

RAPPORTO SDO 2017



171 mila ricoveri in meno. Gli acuti in regime diurno quelli che scendono di più. Migliora l'appropriatezza, stabile la mobilità sanitaria

Publicato il nuovo rapporto sulle Schede di dimissioni ospedaliere. Prosegue il trend del calo dei ricoveri sia per gli acuti che nella riabilitazione e lungodegenza. In discesa anche il tasso di ospedalizzazione così come i ricoveri inappropriati. Stabile il livello della mobilità interregionale con circa 800 mila cittadini che si vanno a curare fuori regione

PROSEGUE ANCHE NEL 2017 il trend di discesa dei ricoveri ospedalieri che rispetto al 2016 risultano essere stati oltre 171 mila in meno. A fornire il quadro è il Rapporto sulle Schede di dimissioni ospedaliere (Sdo) relative all'anno 2017 del Ministero della Salute.

SCENDE IL NUMERO DEI RICOVERI: NEL 2017 -171 MILA RICOVERI

Dai dati delle schede di dimissione ospedaliere relative all'anno 2017 si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata: **il numero complessivo di dimissioni per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza si riduce di circa**

il 2%, circa 171 mila ricoveri in meno rispetto al 2016. Anche il corrispondente volume complessivo di giornate mostra una analoga riduzione di circa il 2%. Più nel dettaglio, la riduzione più consistente si osserva per l'attività per Acuti in regime diurno (dimissioni -6,7%, giornate -13,1%), poi per la lungodegenza (dimissioni -5,4%, giornate -17,5%) e per la Riabilitazione in regime diurno (dimissioni -4,6%, giornate -3,1%).

Tasso ospedalizzazione in calo. Rispetto al 2016, nel 2017 il tasso di ospedalizzazione per Acuti, standardizzato per età e sesso in Italia si riduce da 126 a 123,2 dimissioni per 1.000 abitanti, suddiviso in 94,2 dimissioni (per 1.000 abitanti) in regime ordinario e 29 in regime diurno (nell'anno precedente i valori erano, rispettivamente, 95 e 31 dimissioni per 1.000 abitanti); si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale. Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso e mostra un andamento decrescente, che interessa sostanzialmente l'attività per Acuti, sia in regime ordinario che diurno, che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 94 e 29 nel 2017. Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 129,4 nel 2017.

Si riduce l'inappropriatezza dei ricoveri. L'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero migliora ulteriormente, come indica l'andamento dei ricoveri afferenti ai DRG a rischio di inappropriatezza se erogati in Regime di ricovero ordinario: in particolare, confrontando i dati dell'anno 2017 con quelli dell'anno precedente, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 33 dei 108 DRG a rischio inappropriatezza; inoltre, fra i restanti 75 DRG, ulteriori 41 DRG, pur presentando una quota di regime diurno inferiore rispetto al 2016, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è pari a 6,8%; infine, si può osservare che 80 DRG mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente. Presumibilmente ciò sta ad indicare il trasferimento della casistica dal setting ospedaliero al setting ambulatoriale: il numero totale di ricoveri afferenti ai 108 DRG a rischio inappropriatezza si riduce di circa il 6,3%, passando da 2.314.129 unità a 2.167.274 unità.

Mobilità sanitaria. Stabile rispetto al 2016 ma il confronto con il 2010 segna un aumento. Per quanto attiene la mobilità interregionale, la

-171.000

NUMERO DI RICOVERI RISPETTO AL 2016

-123,2

NUMERO DI DIMISSIONI PER 1000 ABITANTI RISPETTO AL 2016

4,7% 2010**5,2%** 2017

MOBILITÀ PER LUNGODEGENZA

percentuale di ricoveri in mobilità per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, pur con qualche leggera variazione, si mantiene sostanzialmente costante, rispettivamente, nell'intorno del 8% per l'attività per Acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e del 5% per l'attività di lungodegenza. Più in dettaglio, si osserva che dal 2010 al 2017 la mobilità per Acuti in regime ordinario passa da 7,4% a 8,3%, mentre in regime diurno passa da 7,4% a 9,3%, la mobilità per riabilitazione in regime ordinario passa dal 14,7% al 16,4%, quella in regime diurno è pari al 9,2% nel 2010, tocca un massimo di 11,8% nel 2012 e si attesta al 9,8% nel 2017. Infine, la mobilità per lungodegenza è pari al 4,7% nel 2010 e, con piccole oscillazioni, si attesta al 5,2% nel 2017.

Remunerazione in calo a quota 28,2 mld.

I trend della remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero a carico del S.S.N. negli anni 2010-2017, raggruppate secondo il sistema di classificazione DRG versione 24, per tipo attività e regime di ricovero, stimata sulla base delle tariffe di riferimento nazionali stabilite nel D.M.18/10/2012 (per il calcolo della remunerazione delle giornate di degenza oltre soglia sono state utilizzate le soglie DRG v.24 ex D.M. 18/12/2008. Sono stati considerati i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, esclusi i solventi).

Nel corso degli otto anni osservati, si registra la graduale riduzione dell'ammontare complessivo della remunerazione teorica - la cui composizione è determinata prevalentemente dalla componente Acuti in regime ordinario e a seguire, dalle componenti Acuti in regime diurno e Riabilitazione in regime ordinario -, che passa da 30,9 miliardi di euro nel 2010 a 28,2 miliardi nel 2017. In particolare si osserva una diminuzione della remunerazione totale di circa l'1,3% fra il 2016 ed il 2017, la cui remunerazione teorica complessiva è determinata per 25,8 miliardi di euro dall'attività per Acuti (di cui 23,5 in regime ordinario e 2,3 in regime diurno), per circa 2 miliardi di euro dall'attività di Riabilitazione (di cui 1,9 miliardi in regime ordinario e 88,8 milioni in regime diurno) e per circa 354,3 milioni di euro dall'attività di Lungodegenza, per un totale di circa 28,2 miliardi di euro.



Nel corso degli otto anni osservati, si registra la graduale riduzione dell'ammontare complessivo della remunerazione teorica - la cui composizione è determinata prevalentemente dalla componente Acuti in regime ordinario e a seguire, dalle componenti Acuti in regime diurno e Riabilitazione in regime ordinario

PARTI CESAREI



Un parto su tre col cesareo e nel privato sono il 50%

Le Sdo 2017 evidenziano comunque un leggero calo (-1%) dei parti cesarei che rappresentano però ancora il 33% dei 452 mila parti effettuati nell'anno. Campania, Molise e Puglia le regioni dove se ne fanno di più, Trento, Friuli Venezia Giulia e Veneto quelle dove se ne fanno meno. Da rilevare che nonostante l'accordo Stato Regioni sul Piano punti nascita del 2010, che prevedeva la chiusura di quelli con meno di 500 posti letto, su un totale di 474 punti nascita attivi, il 25% di questi conta meno di 500 parti l'anno

SCENDE, SEPPUR DI POCO, LA PERCENTUALE di parti cesarei sul totale delle nascite che nel 2017 è arrivato al 33,75% nel 2017 contro il 34,86% del 2016. Se ne fanno di più nelle case di cura private e nei punti nascita con meno di 500 parti l'anno che ancora oggi sono 1 su 4. Un dato ancora ben lontano dal 15% raccomandato dall'Oms. È quanto emerge dall'analisi delle Sdo 2017 pubblicate dal Ministero della Salute

Parti cesarei. In totale nel 2017 diminuiscono il loro peso percentuale sulle nascite: sono il 33,75% contro il 34,86% del 2016.

Ma la classifica delle Regioni che ne fanno di più non cambia e **in testa c'è sempre la Campania** con il 54,16% di cesarei sul totale dei parti, anche se con il maggiore calo nel 2017 rispetto al 2016 (-4,82%), seguita dal Molise e dalla Puglia rispettivamente con il 42,15 e 42,11% di cesarei.

Situazione stabile anche in fondo alla classifica, con Trento, Friuli Venezia Giulia e Veneto agli ultimi tre posti, rispettivamente con il 22,03%, 22,43% e 22,97% di cesarei sul totale dei parti. Per quanto riguarda i cesarei, come accennato ca-

lano ovunque anche se di poco (la media nazionale è di -1,11%), tranne che nel Lazio, Abruzzo e a Bolzano dove aumentano, anche in questo caso di pochissimo, tra il +0,03 e il +0,21 per cento.

Cesarei: nelle case di cura private sono il 50%.

Il numero maggiore di parti in assoluto (267.760) è stato eseguito negli ospedali a gestione diretta della Asl e di questi il 29,7% sono stati cesarei. Seguono le aziende ospedaliere (99.587) dove la percentuale di cesarei sale al 36,1 per cento.

Tra le strutture accreditate Policlinici, Irccs ecc. hanno eseguito 37.564 parti e di questi il 35,5% cesarei, mentre i cesarei balzano in alto nelle case di cura accreditate dove sono stati eseguiti 47.721 parti, ma il 50,3% erano cesarei.

Tutti i valori del confronto con il 2016 sono pressoché negativi anche per il calo delle nascite, ma tra i totali gli unici col segno più sono le case di cura accreditate dove di parti rispetto all'anno precedente nel 2017 ne sono stati eseguiti 53 in più.

Infine, **il 6% di parti è stato eseguito in strutture che ne effettuano meno di 500 l'anno** e che sono ancora diffuse quasi tutte tra gli ospedali a gestione diretta delle Asl e contano la percentuale più elevata rispetto alla loro attività di cesarei: dei 26.625 parti effettuati in queste "piccole" strutture il 35,8% (nella altre con oltre 500 parti l'anno è il 33,6%) dei parti sono stati cesarei.

Punti nascita: 1 su 4 sotto la soglia dei 500 parti l'anno.

Secondo i dati delle Sdo in Italia nel 2017 c'erano 474 punti nascita, di cui il 75% sopra la soglia dei 500 parti l'anno. **La Lombardia è la Regione che ha più punti nascita (68)** di cui l'83% sopra i 500 parti l'anno, **segue la Campania con 56** e l'84% sopra i 500 parti l'anno, **poi c'è il Lazio che ha 46 punti nascita** ma solo il 63% supera la soglia dei 500 parti l'anno.

SDO 2017

Si conferma aumento delle infezioni ospedaliere

In tutto sono state oltre 10mila

I peggioramenti più evidenti nelle infezioni post-chirurgiche si hanno nella Pa di Bolzano, in Abruzzo, Puglia e Piemonte ma è in aumento (+25,68 casi ogni 100.000 dimissioni) anche la media italiana e solo in otto Regioni si registra un calo. Il più significativo in Calabria (-71,90 casi su 100mila dimissioni) e in Valle d'Aosta (-125,08). Registrati anche i casi di embolia polmonare e di trombosi venosa profonda post chirurgiche per un totale di 5.549 casi pari a un'incidenza di 149 casi ogni 100mila dimissioni ospedaliere

IN METÀ ITALIA AUMENTANO le infezioni ospedaliere tra il 2016 e il 2017. E soprattutto quelle post chirurgiche. In tutto ne sono state censite attraverso le schede di dimissione ospedaliera 10.135, di cui 541 dovute a cure mediche e 9.594 post chirurgiche (si tratta di un'incidenza ogni 100mila



ricoveri per le prime pari a 12,37 e per le seconde a 258,76.

E anche i casi di embolia/trombosi post chirurgica (un altro degli indicatori di rischio clinico inseriti nelle Sdo) aumentano e nel 2017 sono stati 5.549, con un'incidenza di 149,67 ogni 100mila dimissioni chirurgiche.

I risultati delle Sdo 2017 confrontati con quelli delle Sdo 2016 parlano chiaro e confermano se non addirittura peggiorano **la posizione italiana di ultima in Europa per il contenimento delle infezioni ospedaliere.**

In dieci Regioni (il dato del Molise non è rilevato per nessuno dei due anni) **le infezioni dovute a cure mediche** sono aumentate in un anno per centomila dimissioni, mentre in altre dieci Regioni – ma solo di 0,02 ogni 100mila dimissioni – sono diminuite.

Al top degli aumenti Piemonte, Trento, Valle d'Aosta e Umbria che in un solo anno hanno collezionato oltre 10 infezioni mediche in più su centomila dimissioni (rispettivamente 13,99; 13,67; 10,65 e 10,41).

Va decisamente peggio per **le infezioni post-chirurgiche**. Nella Pa di Bolzano, in Abruzzo, Puglia e Piemonte l'aumento è superiore ai 50 casi ogni 100mila dimissioni in un solo anno (rispettivamente 66,06; 58,79; 54,36 e 50,22), ma è in aumento (+25,68 caso ogni 100mila dimissioni) anche la media italiana e solo in otto Regioni si registra un calo che rispetto agli aumenti ha valori significativi solo in Calabria (-71,90) e in Valle d'Aosta (-125,08).

Questa volta le Regioni in piano di rientro sono 'spalmate' lungo tutta la classifica, dall'Abruzzo con la sua crescita di +58,79 infezioni ogni 100mila dimissioni alla Campania, di poco sotto la media nazionale con -21,16 casi in più, fino alla Calabria che, appunto, di casi ne ha fatti registrare -71,90.

Tra gli indicatori di rischio clinico, come li definiscono le Sdo, ci sono poi **l'embolia polmonare e la trombosi venosa profonda.**

Qui i numeri salgono ancora e in cima alla classifica c'è il Molise con 121,07 casi per centomila dimissioni in più tra il 2016 e il 2017, seguita da Trento sempre al di sopra dei nuovi 100 casi (106,43).

La media italiana è di +1,56, ma solo otto regioni hanno il segno meno e tra queste chi ha fatto meglio sono Umbria (-55,67), Liguria (-48,90) e Toscana (-28,53).

Fibromi uterini: approccio chirurgico e terapia medica a confronto. Quale beneficio per pazienti e sistema a salute?

G. Colombo

Lo standard di approccio terapeutico ai fibromi uterini, quando sintomatici, è stato fino a pochi anni fa essenzialmente chirurgico, rappresentando per anni l'indicazione più diffusa all'isterectomia (Conoscenti GC, 2017). Nel tempo al fine di ridurre il tasso di complicanze e di esiti a distanza e preservare la funzionalità d'organo, si sono affermate tecniche sempre più conservative e sempre meno invasive, quali approcci laparoscopici e isteroscopici e metodiche alternative come termoablazione e embolizzazione delle arterie uterine, mentre di converso il ruolo della terapia medica è stato recentemente rivalutato (Conoscenti GC, 2017) anche grazie all'arrivo di nuovi farmaci modulatori del recettore del progesterone, come ulipristal acetato, in grado di offrire un controllo rapido e prolungato nel tempo dei sintomi legati al sanguinamento (Donnez J, Hum Reprod 2016) e un approccio causale per la riduzione volumetrica del fibroma (Römer T, 2017). Le attuali linee guida Sigo/AOGOI/AGUI di diagnosi e trattamento della fibromatosi uterina, identificano infatti ulipristal acetato (UPA) come farmaco di prima scelta per il trattamento dei fibromi uterini sintomatici (Evidenza livello 2 A) (Conoscenti GC, 2017).

La disponibilità di tale trattamento medico causale sta quindi cambiando l'approccio del ginecologo al problema fibromi, permettendo sia un trattamento pre-chirurgico al fine di operare poi la paziente in condizioni migliori, sia di posticipare e di evitare del tutto la chirurgia (Donnez J, Hum Reprod 2016).

Il razionale di un trattamento pre-chirurgico con UPA 5mg nasce ove necessario operare un recupero rapido dei livelli di emoglobina (Richards T, 2015; Donnez J, 2015) a causa della severa sintomatologia e/o una riduzione volumetrica del fibroma/utero (Powell M, 2016; Donnez J, 2015), per consentire una minore invasività durante intervento al fine di ottenere una minore morbilità post-chirurgica (Woodhead, 2018), rendendo anche procrastinabile nel tempo l'intervento. La terapia medica intermittente risulta la prima linea invece, nei casi selezionati come ad esempio in donne vicino alla menopausa con fibromi sintomatici 2-5, ove il fine della terapia deve essere quello di raggiungere la menopausa senza ricorrere alla chirurgia (Conoscenti GC, 2017), o nelle donne giovani, con fibromi multipli sintomatici e con differenti localizzazioni e desiderose di prole (Conoscenti GC, 2017) e non eleggibili a intervento chirurgico, come quindi donne che non desiderino essere operate, o in donne con marcato rischio anestesiológico (es ASA score >3), che presentino altri rischi da obesità (BMI > 35) o da ripetuta chirurgia e desiderino mantenere la loro fertilità, evitando il rischio di aderenze (Fernandez H, 2018).

Infatti, grazie alla terapia intermittente con UPA 5mg tutti i sintomi legati ai fibromi uterini si riducono (sanguinamento, dolore, stanchezza, minzione frequente) e la qualità di vita della donna migliora (Donnez J, 2016; Lukes AS, 2019), così come la sua vita sociale e sessuale, con effetti che si mantengono nel tempo, anche dopo l'interruzione dello stesso (Donnez J, 2016). Tale trattamento è tuttavia controindicato in pazienti con noti problemi al fegato; test della funzionalità epatica vanno eseguiti prima, durante e dopo l'interruzione del trattamento. Secondo la posologia attuale a cicli ripetuti di trattamento per un periodo massimo di tre mesi ciascun ciclo, intervallati da due mestruazioni, i test di funzionalità epatica (ALT e AST) vanno eseguiti prima di cominciare il trattamento e una volta al mese nei primi due cicli. Quindi i test vanno ripetuti una volta al mese prima di ogni ciclo successivo o quando clinicamente indicato e infine 2-4 settimane dopo la conclusione del trattamento. Il trattamento non deve essere iniziato in donne che presentino livelli di transaminasi con > 2ULN, e interrotto se rilevato incremento >3 ULN o se sviluppano segni e sintomi compatibili con danno epatico (affaticamento, astenia, nausea, vomito, dolore ipocondrio destro, anoressia, ittero). Se dal punto di vista clinico l'approccio terapeutico medico ha un suo preciso razionale, è importante anche considerare l'impatto dei nuovi trattamenti sul sistema sanitario e i costi assistenziali.

Dal punto di vista farmacoeconomico, studi italiani e internazionali hanno dimostrato come l'uso di UPA, sia preoperatorio sia intermittente e ripetuto in donne con fibromi uterini sintomatici da moderati a severi, risulta un trattamento sostenibile e costo-efficace per i sistemi sanitari (Di Carlo et al. 2016, Maratea. 2016; Geale K, 2017). Da uno studio

farmacoeconomico italiano è emerso in particolare che l'utilizzo di UPA intermittente e prolungato presenta un profilo di costo efficacia favorevole rispetto all'uso pre-operatorio dello stesso, grazie all'ottimizzazione dei costi e al miglioramento della qualità di vita delle pazienti (Maratea. 2016). L'opzione di trattamento con UPA intermittente è risultata essere, quindi *cost-saving* per il sistema sanitario italiano (Maratea, 2016).

Questi risultati trovano conferma in una più di recente analisi in cui è stato valutato il rapporto di costo efficacia (ICER o *Incremental Cost-Effectiveness Ratio*) di UPA rispetto all'intervento chirurgico. Lo studio ha espresso l'efficacia in termini di utilità (QALYs, Quality Adjusted Life Years) e, tramite l'impiego di un modello di simulazione di Markov, ha confrontato i costi e l'efficacia di due scenari: senza UPA, in cui tutte le pazienti sono sottoposte direttamente ad intervento chirurgico, e con UPA, in cui alle pazienti è somministrata la terapia intermittente (UPA 5 mg/die per 3 mesi seguiti da 2 mesi di sospensione) e in cui, sulla base dei dati di efficacia clinica, solo alcune pazienti hanno subito l'intervento chirurgico dopo i cicli di terapia. L'analisi ha permesso di valutare il beneficio clinico ed economico delle due opzioni terapeutiche in uso in Italia considerando un intervallo temporale pari a 4 cicli di trattamento con UPA (Di Matteo et al. 2018). Nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano, la terapia intermittente con ulipristal acetato è risultata essere l'opzione terapeutica dominante (meno costosa e più efficace) rispetto al ricorso diretto all'intervento chirurgico nelle pazienti affette da fibroma uterino con sintomi da moderati a gravi, con un risparmio di circa 74 milioni di euro ed un guadagno di efficacia di 500 QALYs (*Qualified Adjusted Life Years*) complessivamente nell'arco temporale di 4 cicli di terapia. Inoltre, il rapporto di costo-efficacia è stato valutato anche in scenari di analisi aggiuntivi per più cicli di terapia con UPA e il trattamento intermittente con ulipristal acetato si è dimostrato dominante anche dopo 1,2,3,6, e 8 cicli. Nelle valutazioni in ambito sanitario sta assumendo sempre maggior importanza l'aspetto legato alla qualità della vita dei pazienti, che con la scelta dell'impiego di UPA intermittente verrebbe quindi sempre più tutelata (Di Matteo et al. 2018).

In conclusione, l'introduzione di UPA ha permesso di ampliare le opzioni terapeutiche a disposizione per trattare i fibromi uterini. L'efficacia nella riduzione dei sintomi, insieme agli elevati tassi di soddisfazione delle pazienti e al profilo farmacoeconomico favorevole, rendono tale terapia medica il trattamento di elezione per colmare un *unmet medical need* importante per il trattamento personalizzato delle pazienti affette da fibroma uterino.

Bibliografia

- Conoscenti GC, Di Spiezio Sardo A et al. *Guidelines for diagnosis and treatment of fibromyomatosis*. It J Gyn & Ob, 29(4) 2017;
- Di Carlo et al. *La gestione clinica ed economica del fibroma uterino: il punto di vista di un Decision Makers Board*. GRHTA 2016;
- Di Matteo et al. *Analisi di costo-efficacia di Esmya® nel trattamento con terapia intermittente del fibroma uterino con sintomi da moderati a gravi in Italia*. Clinico Economics Italian Article on Outcomes Research - Supplemento I, 2018;
- Donnez J, Dolmans MM. *Uterine fibroid management: from the present to the future*. Hum Reprod Update, 1-22, 2016;
- Donnez J et al. *Efficacy and safety of repeated use of ulipristal acetate in uterine fibroids*. Fertil Steril, 2015 Feb;103(2):519-27;
- Donnez J et al. *Long-term medical management of uterine fibroids with ulipristal acetate*. Fertil & Steril 2016 Jan;105(1):165-173;
- Fernandez H. *Ulipristal acetate and SPRM: A new entity for the therapeutic strategy for symptomatic myomas*. Gyn Ob Fert and Senologie, 2018 Nov;46(10-11):671-672;
- Geale K, et al. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2017; 9: 669-676;
- Lukes AS et al. *Ob&Gyn* 2019;
- Maratea D. *Minerva Ginecol*. 2016 Feb;68(1):15-20; Mar;222:84-88;
- Powell M et al. *Women Health* 2016;
- Richards T et al. *PLOS One* 2015;
- Römer T, Doubek K et al. *Symptomatic uterine fibroids - targeted pharmacotherapy*. Frauenarzt, 58(6),496-503 2017;
- Woodhead et al. *J Ob&Gyn* 2018.