



Ministero della Salute

RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

DATI SDO ANNO 2016

Dai dati delle schede di dimissione ospedaliere relative all'anno 2016 si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata: rispetto all'anno precedente, il numero complessivo di dimissioni per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza mostra una diminuzione di circa il 2,7%, mentre il corrispondente volume complessivo di giornate si riduce di circa il 2,1%.

Più nel dettaglio, la riduzione più consistente si osserva per l'attività di riabilitazione in regime diurno (-6,4% per le dimissioni e -3,3% per il numero di accessi), poi per l'attività per Acuti in regime diurno (-5,7% per le dimissioni e -6,4% per il numero di accessi) e la lungodegenza (-5,3% per le dimissioni e -4% per il numero di giornate).

Più contenuta appare la riduzione osservata per gli Acuti in regime ordinario (-1,7% per le dimissioni e -1,5% per le giornate) ed infine per la Riabilitazione in regime ordinario (il numero di dimissioni è sostanzialmente sovrapponibile all'anno precedente, mentre il numero di giornate si riduce del 1,3%) (cfr. Tabella 1).

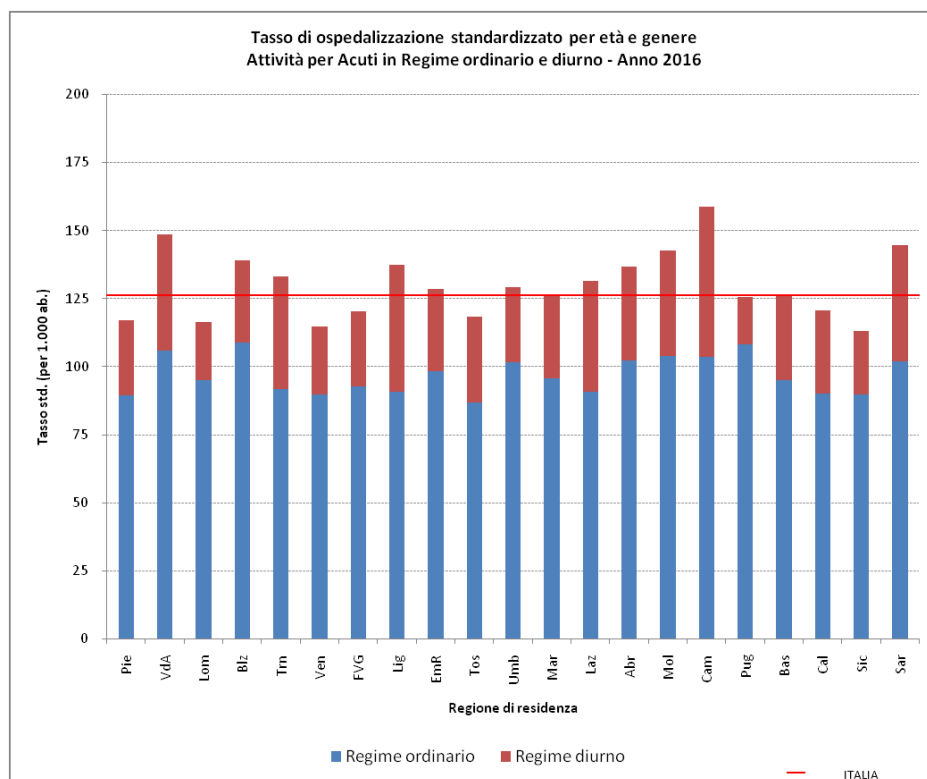
ATTIVITÀ	DIMISSIONI			GIORNATE / ACCESSI		
	2015	2016	var %	2015	2016	var %
Acuti - Regime ordinario	6.398.034	6.286.272	-1,7	43.829.193	43.160.653	-1,5
Acuti - Regime diurno	2.069.823	1.951.015	-5,7	5.712.227	5.348.182	-6,4
Riabilitazione - Regime ordinario	318.307	318.359	0,0	8.326.018	8.213.676	-1,3
Riabilitazione - Regime diurno	34.106	31.931	-6,4	487.206	471.111	-3,3
Lungodegenza	110.709	104.794	-5,3	3.012.029	2.890.779	-4,0
TOTALE	8.930.979	8.692.371	-2,7	61.366.673	60.084.401	-2,1

Tabella 1 – Distribuzione delle dimissioni e delle giornate per tipo attività e regime di ricovero – confronto anni 2015-2016

Rispetto al 2015, nel 2016 il tasso di ospedalizzazione per Acuti (graf. 1) si riduce da 129,9 a 126 dimissioni per 1.000 abitanti, articolato in 95 dimissioni (per 1.000 abitanti) in regime ordinario e 31 in regime diurno (nell'anno precedente i valori erano, rispettivamente, 97 e 32,9 dimissioni per 1.000 abitanti); si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale, come illustrato nel grafico seguente.



Ministero della Salute

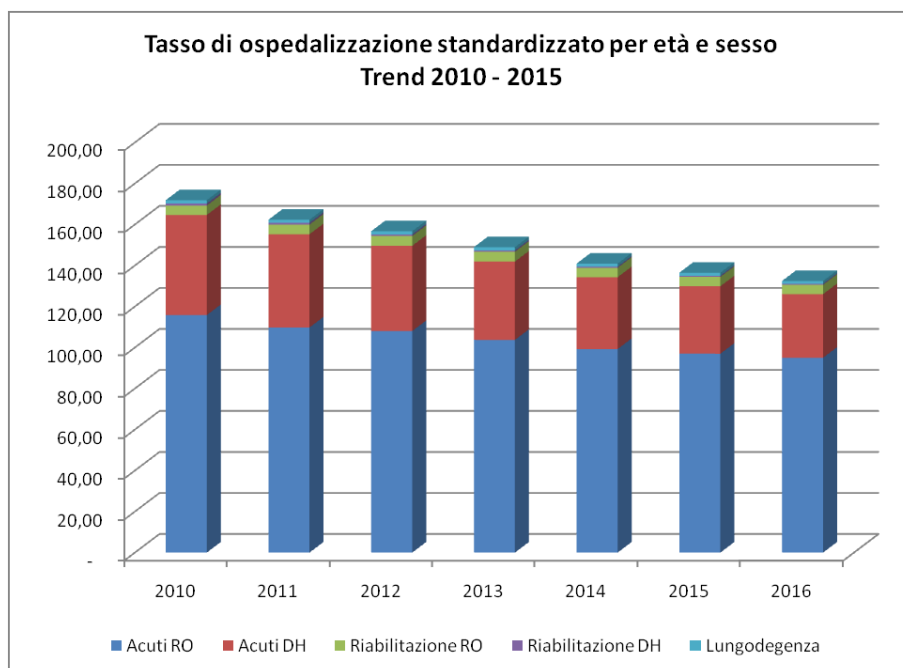


Graf.1 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e genere - Attività per Acuti in regime ordinario e diurno - Anno 2016

Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso 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 95 e 31 nel 2016. **Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 132,5 nel 2016 (graf.2).**



Ministero della Salute



Graf. 2 Trend tasso di ospedalizzazione per tipo attività e regime di ricovero, standardizzato per età e sesso – Anni 2010 - 2016

L'appropriatezza del ricovero ospedaliero migliora ulteriormente, come indica l'andamento dei ricoveri afferenti ai DRG a rischio di inappropriately se erogati in Regime di ricovero ordinario¹: In particolare, confrontando i dati dell'anno 2016 con quelli dell'anno precedente, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 45 dei 108 DRG a rischio inappropriately; inoltre, fra i restanti 63 DRG, ulteriori 51 DRG, pur presentando una quota di Regime diurno inferiore rispetto al 2015, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è pari a 6,3%; infine, si può osservare che 98 DRG mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente.

Complessivamente, quindi, **per i 108 DRG LEA si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.**

La **mobilità interregionale**, pur con qualche leggera variazione, si mantiene sostanzialmente costante per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, 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.

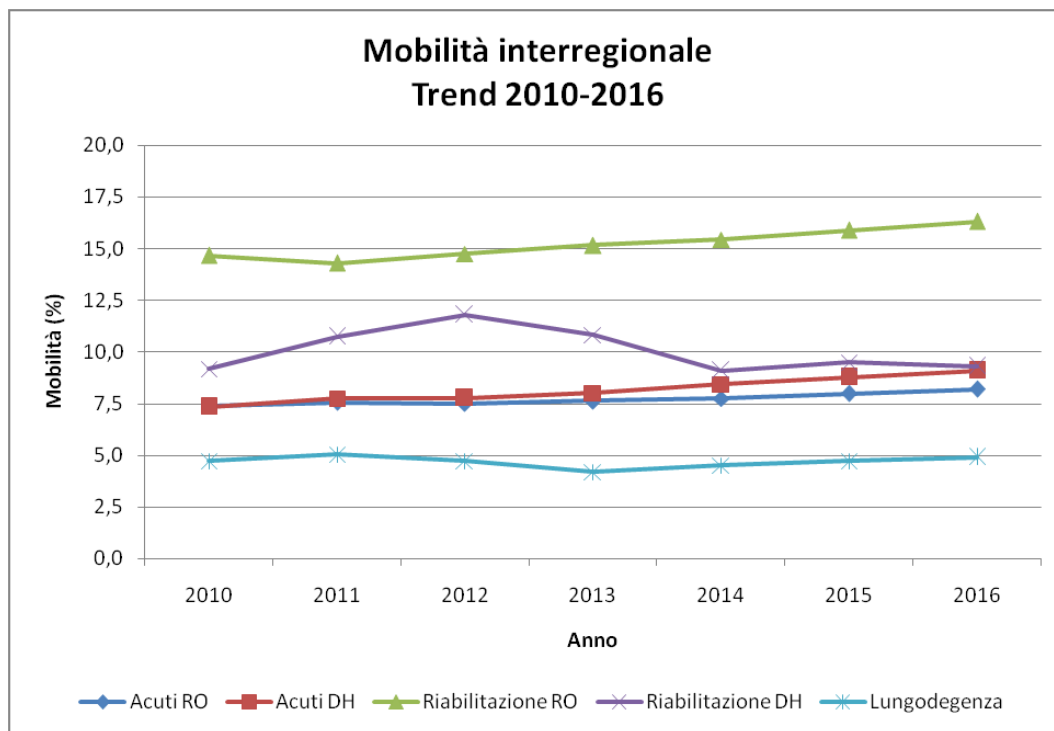
Più in dettaglio, la mobilità per Acuti in regime ordinario passa dal 7,4% nel 2010 al 8,2% nel 2016, la mobilità per Acuti in regime diurno passa dal 7,4% nel 2010 al 9,1% nel 2016; la mobilità per riabilitazione in regime ordinario passa dal 14,7% nel 2010 al 16,3% nel 2016, mentre la mobilità per riabilitazione in regime diurno è pari al 9,2% nel 2010,

¹ Per la lista dei DRG a rischio inappropriately se erogati in modalità di ricovero ordinario si guardi il Patto per la Salute 2010-2012 e Patto per la Salute 2014-2016.



Ministero della Salute

tocca un massimo di 11,8% nel 2012 e si attesta al 9,3% nel 2016. Infine, la mobilità per lungodegenza è pari al 4,7% nel 2010 e, con piccole oscillazioni, si attesta al 4,9% nel 2016 (graf.3).



Graf. 3 Trend mobilità interregionale per tipo attività e regime di ricovero – Anni 2010-2016

Se si entra nello specifico delle situazioni regionali, il graf. 4 o illustra la posizione delle Regioni rispetto all'indice di fuga e l'indice di attrazione.²

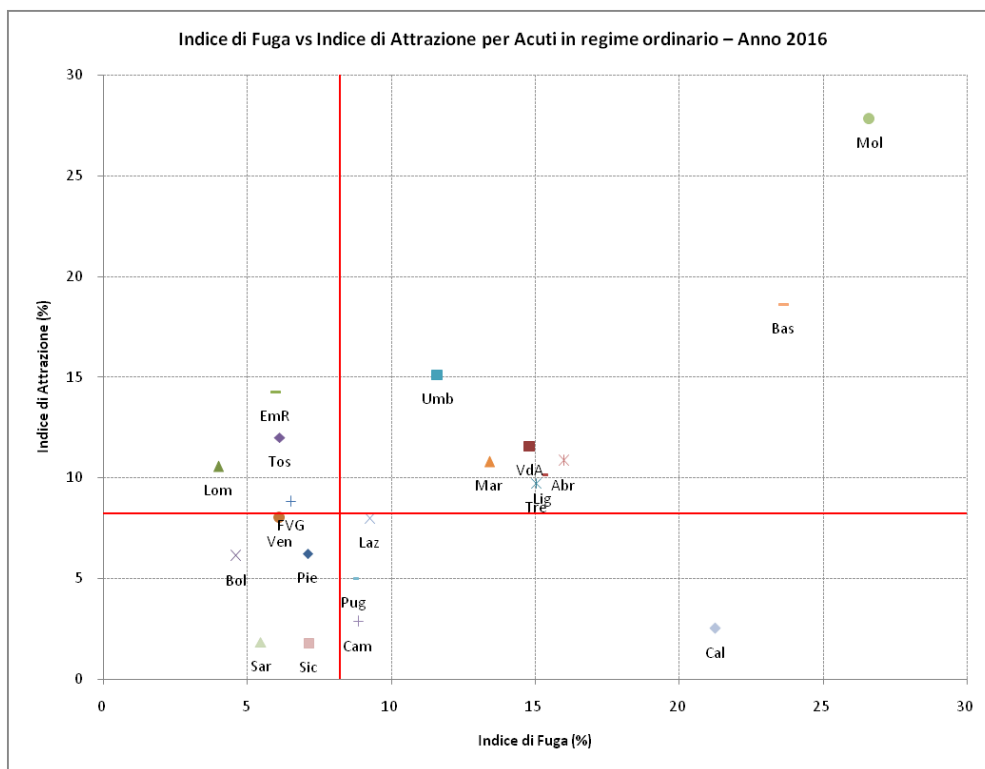
Entrambi questi indicatori possono essere interpretati come misura proxy della qualità (reale o percepita) dell'assistenza sanitaria erogata in una data regione: un elevato indice di fuga potrà essere dovuta a carenze dell'offerta assistenziale, mentre un elevato indice di attrazione potrà essere dovuto alla presenza di centri di eccellenza per particolari patologie, o più in generale ad una assistenza sanitaria ritenuta qualitativamente migliore (ad esempio, in termini di efficacia, di tempi di attesa etc.). Tuttavia, occorre tenere presente del fenomeno della cd "mobilità di confine", in base al quale la popolazione che risiede in prossimità del confine con un'altra regione tende comunque ad effettuare prestazioni sanitarie al di fuori della propria regione per motivi che esulano dalla qualità e dall'offerta assistenziale disponibile.

² L'indice di fuga quantifica la propensione della popolazione ad allontanarsi dalla propria Regione per usufruire delle prestazioni richieste, ed è calcolato come rapporto fra il numero di dimissioni di pazienti residenti nella Regione, effettuate nel resto del territorio nazionale ed il totale dei ricoveri di residenti nella Regione effettuati su tutto il territorio nazionale; sono esclusi dal calcolo i cittadini stranieri e di nazionalità sconosciuta.

L'indice di attrazione, al contrario, misura la capacità di una Regione di attirare pazienti da altre Regioni, ed è calcolato come rapporto fra il numero di dimissioni di pazienti non residenti nella Regione ed il totale dei ricoveri effettuati nella Regione; dal calcolo sono esclusi i cittadini stranieri e di nazionalità sconosciuta.



Ministero della Salute



Graf. 4 Confronto Indice di Fuga vs Indice di Attrazione per Acuti in regime ordinario – Anno 2016

Il graf.5 descrive il trend della remunerazione teorica negli anni 2010 – 2016, per tipo attività e regime di ricovero.

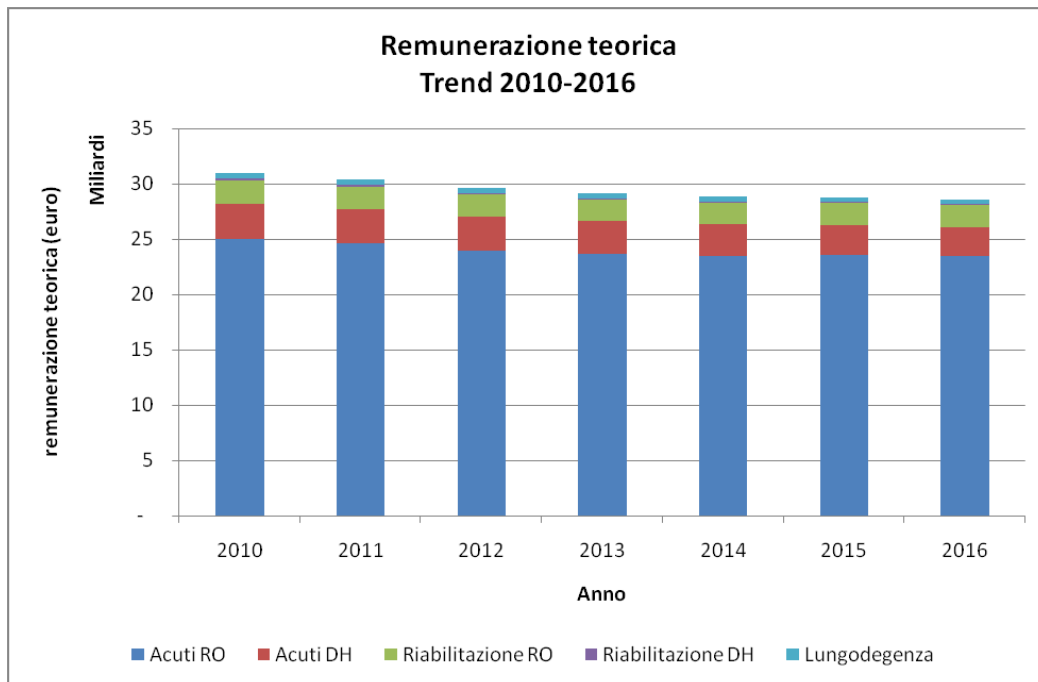
Si può osservare una graduale riduzione dell'ammontare complessivo, che passa da 30,9 miliardi di euro nel 2010 a 28,6 miliardi nel 2016; la componente per Acuti in regime ordinario risulta ovviamente preponderante, con, a seguire, la componente per Acuti in regime diurno e per Riabilitazione in regime ordinario.

Più in dettaglio, per l'anno 2016 la remunerazione complessiva si attesta a circa 26,1 miliardi di euro per l'attività per Acuti (di cui 23,5 miliardi di euro in regime ordinario e 2,6 miliardi di euro in regime diurno), circa 2,1 miliardi di euro per l'attività di Riabilitazione (di cui 2 miliardi di euro in regime ordinario e 91 milioni di euro in regime diurno), e circa 428,9 milioni di euro per l'attività di Lungodegenza, per un totale di circa 28,6 miliardi di euro complessivi.

Fra il 2015 ed il 2016 si osserva, per il totale della remunerazione, una diminuzione di circa lo 0,8%.



Ministero della Salute



Graf. 5 Trend remunerazione teorica per tipo attività e regime di ricovero – Anni 2010-2016

Anche per l'anno 2016, la banca dati SDO è caratterizzata da un **elevato livello di completezza della rilevazione**, pari al 99,4% per gli istituti pubblici e 99,1% per gli istituti privati accreditati, con una copertura complessiva pari al 98,1% ed una **qualità della compilazione in costante miglioramento**: il numero di errori per 100 schede si riduce da 27,6 nel 2015 a 25 nell'anno 2016, con una diminuzione di 2,6 punti, come pure si riduce **Il numero complessivo di schede con almeno un errore di compilazione si riduce**, passando dal 19,9% nel 2015 al 18,8% delle schede pervenute nell'anno 2016, con una diminuzione di 1,1 punti percentuali.