

3. Le procedure a rischio di inapproprietezza

3.1 Procedure selezionate

Nel corso dell'analisi condotta per l'Atlante ERA 2009 sulla letteratura scientifica nazionale e internazionale in materia di ospedalizzazione evitabile è stata rilevata una specifica attenzione riguardo alle *procedure a rischio di inapproprietezza*.

In particolare, la statunitense *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* ha identificato una serie di procedure ospedaliere che possono essere utilizzate in modo *potenzialmente inappropriato*, ed è utile sottoporle a monitoraggio¹.

La letteratura indica che si tratta di procedure che possono risultare – in base a confronti fra differenti unità geografiche, comunque omogenee – *sovra* o *sottoutilizzate*, o per le quali, più in generale, può essere interessante identificare gli scostamenti sia fra diverse zone territoriali sia rispetto alla media nazionale, valore quest'ultimo che talvolta può assumere, in assenza di altri parametri, anche la funzione di *standard di riferimento*.

In linea con l'obiettivo del Progetto ERA di fornire strumenti utili alla politica sanitaria, l'Atlante 2009 offre un approfondimento dedicato a una selezione di procedure ospedaliere²: *Laminectomia* e *Artrodesi vertebrale* (codici ICD-9-CM³ 03.09 e 81.0); *By-pass aorto-coronarico* (36.1*); *Colecistectomia laparoscopica* e *tradizionale* (51.23-24 e 51.21-22); *Prostatectomia transuretrale* e *altre prostatectomie*, inclusa la radicale (60.2 e 60.5-6); *Isterectomia* (68.3-7; 68.9). Infine, per poter fornire una lettura esaustiva del ricorso al *Taglio cesareo* sono state elaborate le SDO in base ai DRG relativi al parto così da identificare i *Parti cesarei* (DRG 370-371).

3.2 Indicatori elaborati

In tema di procedure potenzialmente inappropriate è stato scelto di descrivere il fenomeno in termini di frequenza assoluta della casistica nazionale, tassi standardizzati regionali, rischio relativo di ospedalizzazione⁴ e composizioni percentuali. Il set di indicatori proposto è finalizzato a quantificare la dimensione dell'escursione fra le diverse realtà territoriali e la distanza dalla media nazionale. Data inoltre la nota eterogeneità nel Paese relativamente al ricorso al parto cesareo e la significativa consistenza di questo fenomeno, limitatamente a questa variabile gli indicatori sono stati elaborati anche a livello di singola USL⁵.

Gli indicatori, elaborati per genere, si riferiscono ai casi di dimissione per entrambi i regimi di degenza (ricovero ordinario e diurno); tale variabile, infatti, pur rilevata senza tener conto dei cosiddetti "ricoveri ripetuti" è quella che si ritiene meglio approssimare la numerosità delle procedure eseguite e può fornire, al di là dei casi di ricovero, una stima accettabile della frequenza nella popolazione delle prestazioni esaminate.

L'analisi è tuttavia circoscritta alle SDO in cui ciascuna procedura compare come *intervento principale*; sono stati esclusi pertanto tutti i casi in cui le procedure citate sono indicate come secondarie, al fine di concentrare l'attenzione esclusivamente sui ricoveri per i quali le prestazioni studiate rappresentano l'evento di maggior rilievo.

Va ricordato che, come per gli indicatori di ERA relativi alla ospedalizzazione totale, potenzialmente inappropriata e prevenibile (cfr capitoli precedenti), anche gli indicatori elaborati per le procedure a rischio di inapproprietezza sono calcolati per residenza del dimesso e non della struttura

erogante la prestazione: in linea con le finalità del Progetto ERA, tale analisi consente infatti di cogliere in quale misura relativa le diverse popolazioni locali ricorrano o siano sottoposte a differenti scelte assistenziali relativamente alle procedure selezionate.

Per una corretta lettura degli indicatori elaborati per le procedure a rischio di inappropriatelyzza va tenuto conto, infine, che l'obiettivo di questa edizione di ERA è di proporre una visione d'insieme, a fini descrittivi, della casistica associata alle prestazioni selezionate, finalità che ha indotto a non avvalersi di ulteriori criteri metodologici oltre quelli sopra menzionati⁶.

3.3 Note per la lettura degli indicatori

Come già accennato, per alcune delle procedure analizzate sono i valori elevati a segnalare utilizzi potenzialmente non appropriati, per altre invece sono quelli più contenuti che possono lasciar ipotizzare eventuali criticità:

- al primo gruppo si possono associare *taglio cesareo*, *isterectomia*, *laminectomia* e *artrodesi vertebrale* (per queste ultime tuttavia sarebbe opportuno analizzare in generale risultati comunque lontani dalla media, in eccesso o in difetto);
- al secondo gruppo afferiscono invece *by pass aorto-coronarico* (in termini di procedure effettuate), *prostatectomia transuretrale* e *colecistectomia laparoscopica* (in rapporto alle corrispondenti procedure secondo modalità "tradizionali").

In ogni caso, il tasso di dimissioni sulla popolazione fornisce una sola misura, non certo esaustiva, tra quelle necessarie a descrivere eventuali fenomeni correlati, se non condizionanti, il ricorso alle procedure menzionate: *dati epidemiologici*; *volumi di attività* delle stesse procedure o di altre prestazioni correlate; *esiti clinici* e *severità clinica*; *dati di contesto*, e così via.

Rimandando ad altre sezioni del volume e al modello di navigazione disponibile su atlantesanitario.it (*ERA_{web}*)⁷ per approfondimenti su alcuni aspetti di carattere demografico ed epidemiologico, in questo capitolo sono forniti indicatori utili a una migliore e più estesa lettura dei dati relativi alle procedure a rischio di inappropriatelyzza rilevabili dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, con particolare riferimento all'anno 2008.

Si ricorda tuttavia che su atlantesanitario.it sono disponibili anche le elaborazioni condotte sulle analoghe banche dati 2006 e 2007 e che gli indicatori riferiti ai parti sono consultabili anche mediante i cruscotti e i cartogrammi di *ERA_{web}*, essendo disponibili disaggregati anche per USL, oltre che per regione.

3.4 Casistica nazionale

La consistenza della casistica per le singole procedure considerate è piuttosto eterogenea (**tavola 3.1**): osservando i dati riferiti all'anno 2008 si nota come le dimissioni con indicazione di *parto cesareo* siano oltre 212.000 (contro quasi 340.000 *parti vaginali*), quelle con *isterectomia* più di 58.000, mentre il numero di *prostatectomie* rilevato è di poco inferiore (51.000), per i due terzi dichiarate come eseguite in modalità *transuretrale*.

Per quanto riguarda le procedure comuni ai due generi, le *colecistectomie* ammontano a quasi 102.000 casi, dei quali il 40% in pazienti maschi e il restante 60% in dimesse femmine, con un ricorso alla procedura *laparoscopica* nell'82% dei casi maschili e in quasi il 90% di quelli femminili. Le *laminectomie* e le *artrodesi vertebrali* invece hanno interessato circa 26.000 dimissioni, pressoché equamente divise tra maschi e femmine, mentre i poco più di 20.000 *bypass aortocoronarici* sono stati nell'80% dei casi eseguiti su uomini e solo nel rimanente 20% sulle donne.

3.5 Casistica territoriale

I diversi indicatori adottati (rischio relativo, tassi standardizzati, composizioni percentuali) vengono più avanti rappresentati con i consueti cartogrammi⁸, realizzati utilizzando 5 gradazioni di colore, a seconda della distanza del valore osservato dalla media nazionale e in funzione della dispersione dei valori rilevati: *rosso* (valori alti), *arancione* (valori medio-alti), *giallo* (valori prossimi alla media nazionale), *verde* (valori medio-bassi), *blu* (valori bassi).

Parto cesareo

Il ricorso al parto cesareo incide, in media nazionale, per quasi il 40% sul totale dei parti, media rappresentativa di un limitato numero di realtà territoriali; dal cartogramma della **tavola 3.2** si nota infatti come questo indicatore sia caratterizzato da un peculiare andamento geografico, che vede tutte le USL con valori bassi e medio-bassi al centro-nord e quelle con valori alti e medio-alti al centro-sud. Tale indicatore è sensibilmente variabile attorno alla media nazionale, con un minimo nella USL

di Prato di meno di un parto cesareo ogni cinque a fronte del massimo registrato nella USL Napoli Nord, dove almeno due parti su tre sono cesarei⁹.

Il dato sul ricorso all'una o all'altra modalità di parto può essere letto anche alla luce di un indicatore più generale, quello del tasso *standardizzato di dimissione per parto* che, differentemente da indici grezzi quali il tasso di natalità o il carico di bimbi per donna in età feconda, consente di confrontare le differenti aree del Paese eliminando l'effetto quantitativo legato alla differente composizione per età della popolazione, caratterizzante come noto le realtà territoriali italiane.

Dalla **tavola 3.3** si nota come il fenomeno del parto nel suo complesso trova la massima incidenza in alcune USL del nord (Brescia, Reggio Emilia, Bergamo, per citare le prime tre), mentre le ultime posizioni in una ideale classifica del tasso standardizzato di dimissione per parto sono monopolizzate quasi esclusivamente da USL della Sardegna.

Osservando i due cartogrammi proposti non emerge alcuna correlazione grafica, come sembra confermare anche la sele-

Tavola 3.1

Dimissioni con indicazione di procedura a rischio di inapproprietezza, per genere

Degenza ordinaria e day hospital - Valori assoluti e composizione percentuale - Anno 2008

Descrizione	Maschi		Femmine	
	Valori assoluti	Compos. percent.	Valori assoluti	Compos. percent.
Parto			550.993	100,0%
- cesareo			212.486	38,6%
- vaginale			338.507	61,4%
Isterectomia			58.315	
Prostatectomia	50.983	100,0%		
- transuretrale	33.742	66,2%		
- non transuretrale	17.241	33,8%		
Colecistectomia	40.317	100,0%	62.006	100,0%
- laparoscopica	33.184	82,3%	55.513	89,5%
- non laparoscopica	7.133	17,7%	6.493	10,5%
Laminect. e Artrodesi vertebr.	13.036		12.717	
Bypass per rivascolar. cardiaca	16.245		4.076	

Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

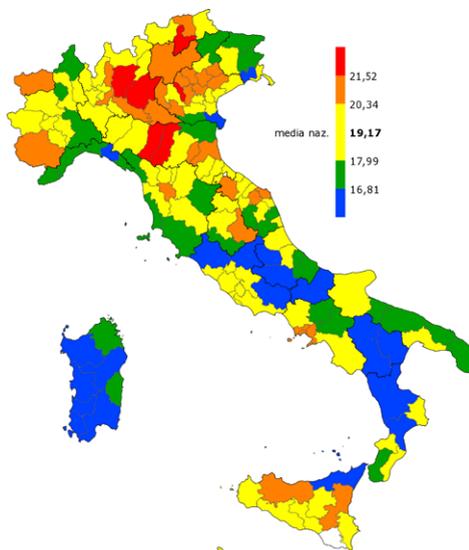
zione di dati riportata nella **tavola 3.4**, che evidenzia, in particolare, le USL per le quali è stata rilevata la percentuale più elevata o, di contro, più contenuta di parti cesarei sul totale, affiancata dal relativo tasso di dimissione per il complesso dei parti. A titolo di esempio, a fronte di tassi pressoché sovrapponibili per le USL di Napoli Nord ed Asolo, la prima presenta un'incidenza di cesarei del 69%, la seconda del 19%.

Pur tenendo conto che sarebbe opportuno contestualizzare il fenomeno anche in rapporto ad altre variabili (ad esempio se il parto cesareo è successivo ad altri parti cesarei o se vi siano specifici quadri epidemiologici che possono significativamente condizionare il ricorso a questa modalità di parto), è evidente l'ampia variabilità del valore assunto dall'indicatore proposto e la sua tipizzazione geografica, entrambe non sovrapponibili a quelle di altri fenomeni misurati da ERA.

Tavola 3.3

Parto cesareo e vaginale

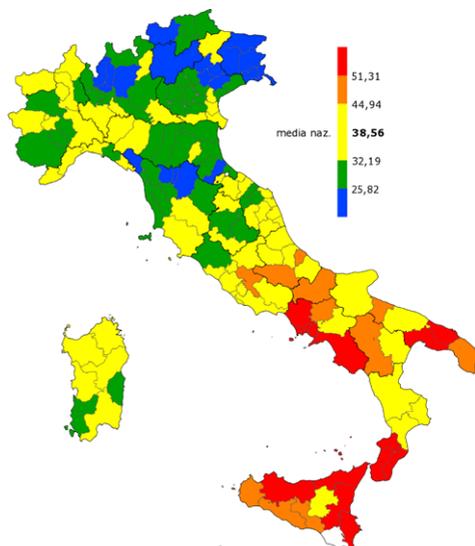
Tasso standardizzato di dimissione (× 1.000)
Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008



Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.2

Parto cesareo – Percentuale su totale parti
Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008



Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.4

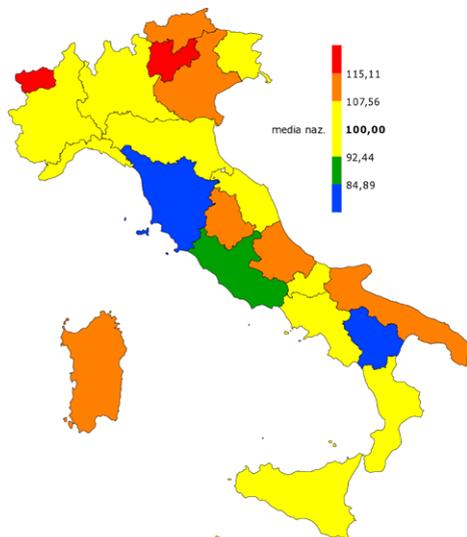
Percentuale parti cesarei su totale parti (prime ed ultime 6 USL e media nazionale) e tasso standardizzato delle dimissioni per tutti i parti per 1.000
Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

USL / media naz.	cesarei su totale parti valori % (1)	tasso std totale parti × 1.000
USL Napoli Nord	68,91	21,44
USL Napoli Centro	64,94	21,31
USL Caserta	64,78	19,67
USL Napoli Sud	60,9	20,91
USL Salerno	59,15	18,23
USL Brindisi	59,13	17,11
<i>Media nazionale</i>	38,56	19,17
USL Lecco	21,33	21,04
USL Como	20,9	19,75
USL Alto Friuli	20,21	17,89
USL Bassa Friulana	19,93	16,52
USL Asolo	19,24	21,34
USL Prato	18,05	20,33

Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.5

Isterectomia – Rischio relativo di dimissione
 Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008



Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.6

Isterectomia
 Tassi standardizzati di dimissione × 10.000 abitanti
 Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

Regione / Prov. Aut.	Isterectomia (I)
Valle d'Aosta	21,08
Trento	18,97
Puglia	18,43
Abruzzo	18,05
Bolzano	18,02
Sardegna	17,85
Veneto	17,83
Umbria	17,79
Friuli Venezia Giulia	17,47
Piemonte	16,89
Sicilia	16,76
Lombardia	16,66
Marche	16,44
Molise	16,14
Calabria	15,91
Liguria	15,63
Campania	15,39
Emilia Romagna	15,25
Lazio	15,07
Basilicata	12,36
Toscana	11,90
Media nazionale	16,30

Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Isterectomia

Procedura potenzialmente sovrautilizzata, l'isterectomia presenta valori del rischio relativo di ospedalizzazione (**tavola 3.5**) prossimi alla media nazionale in metà delle Regioni; tra le restanti si registrano due valori significativamente più contenuti della media nazionale (Toscana e Basilicata) e altrettanti, di contro, sensibilmente più elevati (Valle d'Aosta e Trento), con una rilevante variabilità degli indicatori regionali: a fronte di un tasso standardizzato di dimissione medio nazionale pari a 16 × 10.000 si registrano infatti un minimo e un massimo rispettivamente pari a 12 e a 21 (**tavola 3.6**).

Prostatectomia transuretrale

Dal cartogramma dedicato alla prostatectomia (**tavola 3.7**) si osserva come il ricorso alla procedura in modalità transuretrale sia rilevato, a livello nazionale, nei due terzi di tutta la casistica osservata riguardo a questa procedura, ma anche che tale incidenza, tuttavia, rappresenta un valore intermedio fra realtà sensibilmente differenti: l'utilizzazione della prostatectomia transuretrale si riscontra in oltre il 75% dei casi di Sardegna, Basilicata e Sicilia, mentre si attesta intorno al 45-55% in Valle d'Aosta e Toscana.

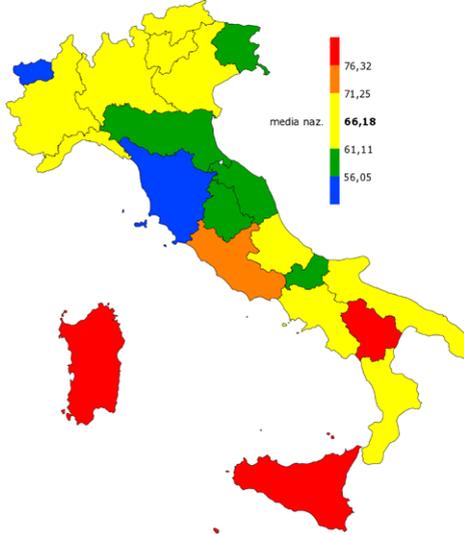
L'andamento di questa variabile non sembra essere direttamente correlato alla serie dei tassi standardizzati di dimissione per le medesime procedure (**tavola 3.8**):

- nel caso della prostatectomia transuretrale si nota come Bolzano e Lazio assumano valori significativamente più elevati della media nazionale, dalla quale si scostano, in direzione contraria, Molise, Toscana, Umbria, Calabria, Trento;
- per la procedura eseguita con metodo tradizionale invece si distinguono Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia per i tassi più elevati e Sardegna e Basilicata per quelli più contenuti.

Tavola 3.7

Prostatectomia transuretrale – Percentuale su totale prostatectomie

Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008



Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.8

Prostatectomia transuretrale e tradizionale

Tassi standardizzati di dimissione × 10.000 abitanti
Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

Regione / Prov. Aut.	Transur. (↓)	Tradiz.
Bolzano	12,06	5,89
Lazio	11,13	4,34
Piemonte	10,50	5,11
Lombardia	10,08	5,36
Veneto	9,27	6,13
Sicilia	8,67	2,98
Friuli Venezia Giulia	8,60	7,24
Sardegna	8,35	2,41
Basilicata	8,31	2,49
Abruzzo	8,10	4,64
Marche	7,58	5,44
Puglia	7,32	3,79
Emilia Romagna	7,14	6,25
Liguria	6,98	4,09
Campania	6,33	3,35
Valle d'Aosta	6,15	8,43
Trento	5,48	3,29
Calabria	5,25	2,94
Umbria	5,21	4,48
Toscana	5,11	4,99
Molise	4,01	3,70
Media nazionale	8,37	4,68

Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Colecistectomia laparoscopica

Le elaborazioni relative alla colecistectomia evidenziano (**tavola 3.9**) un ricorso alla procedura in laparoscopia rispetto a quella tradizionale almeno 8 volte su 10 nel caso dei maschi e quasi 9 per le femmine, con una dispersione dei valori regionali attorno alla media nazionale relativamente contenuta, soprattutto tra i casi femminili.

I cartogrammi per genere restituiscono, in ogni caso, una indicazione piuttosto uniforme fra i due generi: si rilevano valori significativamente elevati in Valle d'Aosta e a Trento, con oltre il 90% delle procedure laparoscopiche rispetto al totale nel caso dei maschi e oltre il 95% tra le femmine; di contro, le Marche per entrambi i generi e l'Abruzzo limitatamente ai maschi fanno registrare valori significativamente inferiori dell'ordine dei 10-15 punti percentuali.

I dati della **tavola 3.10** mostrano inoltre come, a livello nazionale, le colecistectomie laparoscopiche risultino maggiormente frequenti per le femmine, con un tasso standardizzato del 60% circa superiore a quello dei maschi, per i quali si rileva invece una maggiore incidenza nel caso delle restanti colecistectomie.

Non sembra emergere una correlazione tra gli andamenti dei due indicatori presentati, vale a dire la percentuale di procedure in laparoscopia sul totale e il tasso standardizzato di colecistectomie secondo la modalità di esecuzione:

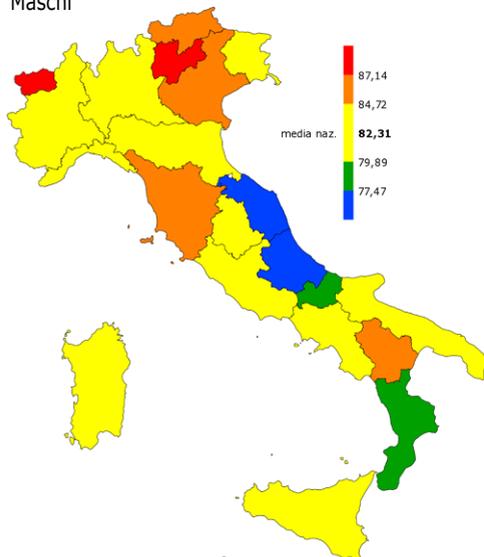
- nel caso dei tassi si rilevano per la colecistectomia laparoscopica valori significativamente più bassi della media nazionale in Friuli Venezia Giulia e in Alto Adige oltre che, limitatamente ai maschi, in Sardegna e Calabria; valori elevati si registrano invece in Valle d'Aosta e, con riferimento ai soli pazienti maschi, in Abruzzo e Umbria;
- relativamente alla procedura eseguita in modalità tradizionale i tassi più contenuti si registrano in Valle d'Aosta e nel Trentino, cui si aggiungono la Basilicata nel caso dei maschi e il Veneto per le femmine; di contro, tassi sensibilmente superiori alla media nazionale sono rilevati in Abruzzo e, per le sole femmine, in Campania.

Tavola 3.9

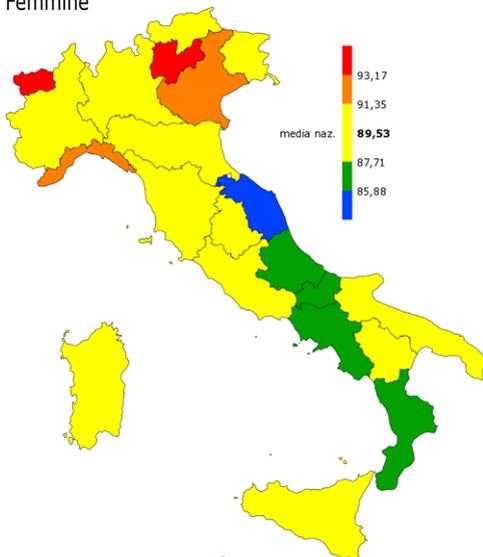
Colecistectomia laparoscopica – Percentuale su totale colecistectomie

Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.10

Colecistectomie laparoscopiche e tradizionali - Tassi standardizzati di dimissione x 10.000 abitanti

Degenza ordinaria e day hospital – Anno 08

Regioni / Prov. Aut.	Colecistectomie laparoscopiche		Colecistectomie tradizionali	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Valle d'Aosta	11,85	23,12	0,76	0,69
Abruzzo	11,24	18,85	2,89	2,05
Basilicata	9,36	18,12	1,25	1,43
Umbria	11,52	18,10	2,11	1,71
Molise	10,52	18,07	2,37	2,02
Liguria	10,34	17,76	1,72	0,99
Piemonte	10,42	17,55	1,78	1,29
Campania	9,58	16,69	2,14	2,31
Puglia	9,60	16,62	1,68	1,50
Sicilia	8,86	16,36	1,78	1,73
Trento	11,00	16,23	1,05	0,37
Lazio	10,38	16,14	2,19	1,76
Toscana	10,23	16,02	1,36	1,11
Lombardia	9,79	15,31	1,96	1,11
Veneto	9,76	14,25	1,34	0,84
Sardegna	8,15	14,02	1,80	1,40
Emilia Romagna	8,92	13,96	1,72	1,37
Calabria	7,25	13,63	1,78	1,86
Marche	8,68	13,33	2,20	1,84
Friuli Venezia Giulia	7,91	12,51	1,41	0,88
Bolzano	8,19	10,91	1,44	0,93
Media nazionale	9,66	15,75	1,82	1,44

Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Laminectomia e artrodesi vertebrale

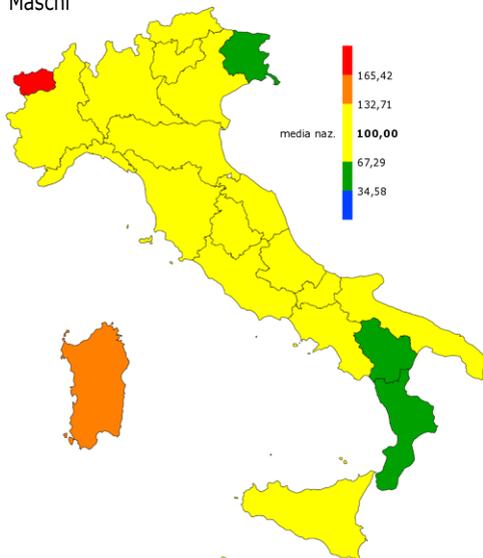
Premesso che per queste procedure i valori per i quali è consigliabile un approfondimento sono quelli più distanti, in senso positivo o negativo, dalla media nazionale con particolare attenzione, tuttavia, a possibili sovrautilizzazioni, dalle **tavole 3.11 e 3.12** si rileva anzitutto una maggiore incidenza delle due procedure in esame fra i maschi, e sempre per i maschi è evidente una più ampia dispersione degli indicatori regionali attorno alla media nazionale. I due cartogrammi, inoltre, sono sovrapponibili solo parzialmente, ma per entrambi i generi si nota come in Valle d'Aosta il rischio di ospedalizzazione sia significativamente superiore a quello medio nazionale (oltre il triplo nel caso dei maschi e più del doppio per le femmine) e come la Sardegna presenti un rischio di ospedalizzazione medio-alto per entrambi i generi, per le femmine sovrapponibile a quello registrato nel Lazio.

Tavola 3.11

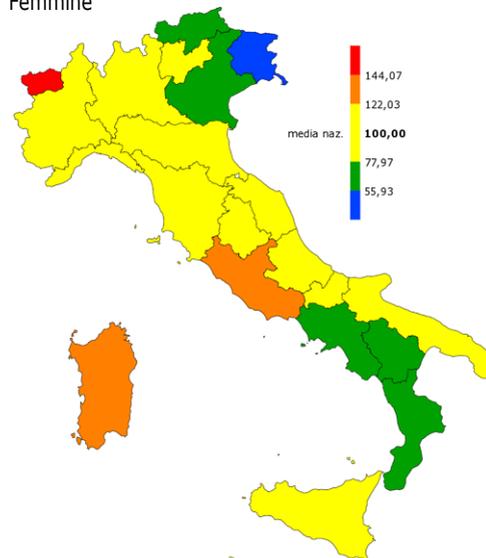
Laminectomia e Artrodesi vertebrale – Rischio relativo di ospedalizzazione

Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.12

Laminectomia e Artrodesi vertebrale

Tassi standardizzati di dimissione × 10.000 abitanti

Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

Regione / Prov. Aut.	Maschi (l)	Femmine
Valle d'Aosta	12,40	8,07
Sardegna	5,68	4,74
Lazio	4,92	4,70
Piemonte	4,44	3,85
Puglia	4,22	4,07
Trento	4,19	2,87
Umbria	4,19	3,79
Abruzzo	4,16	3,87
Toscana	4,11	3,58
Sicilia	4,08	3,30
Liguria	4,03	3,59
Molise	3,99	3,37
Lombardia	3,69	3,41
Marche	3,63	2,87
Emilia Romagna	3,47	3,50
Campania	3,08	2,61
Bolzano	3,03	2,46
Veneto	3,01	2,51
Calabria	2,31	2,46
Basilicata	2,19	2,44
Friuli Venezia Giulia	1,61	1,74
Media nazionale	3,82	3,45

Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Bypass aorto-coronarico

Per questa procedura la dispersione degli indicatori regionali attorno alla media nazionale è pressoché analoga fra i generi, come evidente dalle soglie delle legende nei cartogrammi della **tavola 3.13**, che mostrano anche come l'andamento territoriale sia pressoché omogeneo fra maschi e femmine. Le Regioni che si discostano positivamente per oltre il 30% dal valor medio italiano sono Molise e Campania; a queste seguono, con valori medio-alti, Lombardia e, limitatamente alle femmine, Puglia. Sono invece concentrate nel centro-nord, con l'aggiunta della Sardegna, le Regioni che presentano valori inferiori alla media nazionale di almeno il 20%.

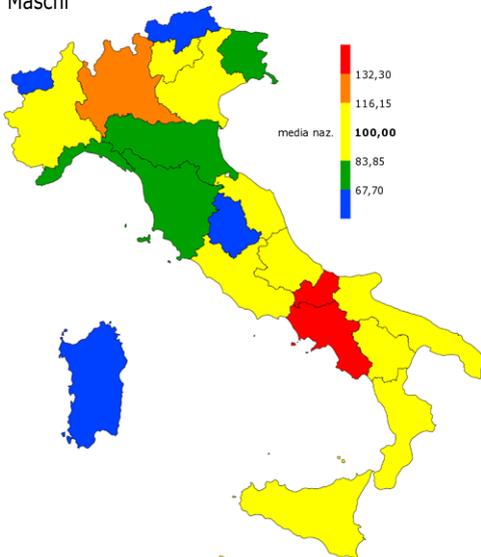
L'evidenza principale relativamente ai dati sul bypass aortocoronarico riguarda tuttavia, come anticipato, la frequenza dell'intervento per genere, con un rapporto maschi/femmine prossimo a 5, valore che tuttavia rappresenta un baricentro tra realtà locali piuttosto diversificate, che vanno dall'oltre 7,5 registrato nella provincia autonoma di Trento al quasi 3,5 della Valle d'Aosta (**tavola 3.14**).

Tavola 3.13

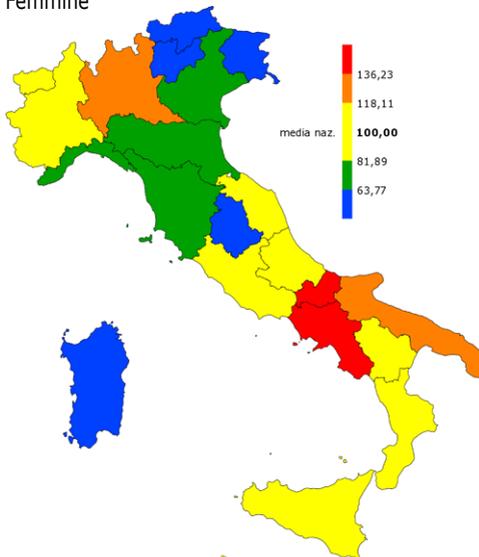
Bypass aorto-coronarico – Rischio relativo di ospedalizzazione

Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

Tavola 3.14

Bypass aortocoronarico

Tassi standardizzati di dimissione × 10.000 abitanti
Degenza ordinaria e day hospital – Anno 2008

Regione / Prov. Aut.	Maschi (↓)	Femmine
Molise	6,97	1,19
Campania	5,69	1,23
Lombardia	5,39	1,00
Marche	4,85	0,88
Lazio	4,60	0,75
Abruzzo	4,29	0,89
Puglia	4,25	0,98
Sicilia	4,15	0,89
Veneto	4,06	0,59
Trento	3,83	0,46
Piemonte	3,76	0,81
Calabria	3,73	0,70
Basilicata	3,61	0,79
Emilia Romagna	3,35	0,64
Toscana	3,32	0,66
Liguria	3,22	0,55
Friuli Venezia Giulia	3,19	0,50
Umbria	2,87	0,46
Sardegna	2,79	0,46
Valle d'Aosta	2,36	0,74
Bolzano	2,36	0,36
Media nazionale	4,27	0,81

Fonte: elaborazione ERA (www.atlantesanitario.it) su dati Ministero della Salute (SDO 2008)

3.6 Considerazioni conclusive

Lo studio di ERA in tema di procedure a rischio di inapproprietezza conferma, in linea generale, alcune evidenze già altrove sottolineate (ad esempio, per citare il caso più eclatante, l'incidenza del ricorso al parto cesareo in alcune aree del Paese ben oltre le soglie suggerite dalla letteratura) e permette di cogliere le divergenze più o meno ampie a livello territoriale anche in termini di dispersione attorno all'andamento medio nazionale.

Se da un lato va sottolineata, come premesso, l'inadeguatezza degli indicatori proposti per descrivere compiutamente i fenomeni in questione, dall'altro va riconosciuto agli stessi indicatori la capacità di segnalare con chiarezza la necessità di attenzione e di approfondimento su eventuali aree critiche (o di eccellenza). Le scelte assistenziali hanno infatti una determinante valenza sulla qualità delle prestazioni e quindi sulle relative ricadute in termini di esito, e di conseguenza

comportano un rilevante impatto in termini di risorse e costi. La lettura degli indicatori relativi alle procedure a rischio di inappropriatelyzza nel più ampio contesto del modello ERA e degli studi disponibili lascia peraltro ipotizzare che i diversi andamenti territoriali siano sensibilmente condizionati da aspetti organizzativi, prima ancora che da differenti condizioni nello stato di salute delle popolazioni assistite.

Per questi motivi appare opportuno segnalare un utilizzo degli indicatori di ERA quale possibile base di partenza per successivi approfondimenti, mirati, oltre

che ad affinare la descrizione quantitativa dei fenomeni studiati, a comprenderne le cause e a revisionare, laddove necessario, le relative scelte di programmazione sanitaria.

In ultimo, così come per l'analisi degli altri fenomeni all'attenzione di ERA, anche per le procedure è auspicabile una sempre maggior attenzione nella corretta compilazione delle variabili cliniche delle Schede di Dimissione Ospedaliera, con conseguente miglioramento nel tempo della qualità degli indicatori che sulla banca dati SDO vengono elaborati. □

Note

¹ Cfr http://qualityindicators.ahrq.gov/hcup_archive.htm#4 (Potentially inappropriate utilization of hospital procedures), 2004. La stessa fonte è stata successivamente adottata dal Ministero della Salute italiano per il Progetto Mattoni SSN riguardo alla Misura dell'Appropriatezza, cfr <http://www.mattoni.salute.gov.it> (Mattone 7 - Misure dell'Appropriatezza), 2007.

² Sono state escluse, rispetto all'originario elenco della AHRQ due procedure per le quali la numerosità riscontrata nella banca dati SDO è stata valutata non significativa ai fini dell'analisi ipotizzata: appendicectomia in corso di altro intervento e amputazione dell'arto inferiore, rispettivamente poco più di 300 e di 1900 casi di dimissione nel 2008 a livello nazionale.

³ International Classification of Diseases - Clinical Modification (9ª revisione) vers. 2002

⁴ Il rischio relativo di ospedalizzazione è calcolato sulla base del tasso standardizzato

delle dimissioni e fornisce una misura della probabilità - a livello locale rispetto alla media nazionale (posta pari a 100) - che si verifichi un ricovero (in degenza ordinaria o in day hospital) per una data procedura - cfr Nota metodologica.

⁵ Gli indicatori relativi alla media nazionale e a quella della Regione Siciliana sono stati elaborati escludendo la USL di Ragusa, per la quale risulta mancante una significativa quota di SDO per l'anno 2008 (cfr Nota metodologica).

⁶ Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla Nota metodologica.

⁷ Cfr il capitolo dedicato a "Gli strumenti di consultazione di ERAweb".

⁸ Cfr il Capitolo Gli strumenti di consultazione di ERAweb.

⁹ Si ricorda che tale indicatore è elaborato per residenza della paziente e non per ubicazione dell'Istituto di ricovero. La serie completa dei valori assunti dalle USL italiane per gli indicatori citati è reperibile su atlantesanitario.it.