

# L'erogazione dei LEA nelle Regioni in Piano di rientro Trend 2007-2012

---

*Ufficio "SiVeAS"  
DG della Programmazione Sanitaria  
Ministero della Salute*

*Giugno 2014*



*Ministero della Salute*

**Introduzione**

**Analisi assistenza territoriale**

**Analisi assistenza ospedaliera**

**Piano integrato ospedale-territorio**

**Analisi assistenza farmaceutica**

**Risultati economici SSN e Griglia LEA**



L'obiettivo del presente documento è rappresentare, con una visione d'insieme, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (nelle macro aree territoriale, ospedaliera e farmaceutica), negli anni dal 2007 al 2012, distinguendo le Regioni tra quelle in Piano di Rientro e non.

In particolare:

1. è stata effettuata un'analisi degli effetti e dei cambiamenti generati dalle nuove disposizioni normative e di indirizzo in materia sanitaria, utilizzando gli indicatori di assistenza sanitaria più significativi;
2. è stata definita ed implementata una metodologia che permette di rappresentare in maniera integrata l'assistenza ospedaliera e territoriale;
3. è stato elaborato un confronto tra i costi dei SSR e l'erogazione dei livelli di assistenza, evidenziando il "posizionamento" di ciascuna Regione, rispetto allo scenario nazionale.

**Introduzione**

**Analisi assistenza territoriale**

**Analisi assistenza ospedaliera**

**Piano integrato ospedale-territorio**

**Analisi assistenza farmaceutica**

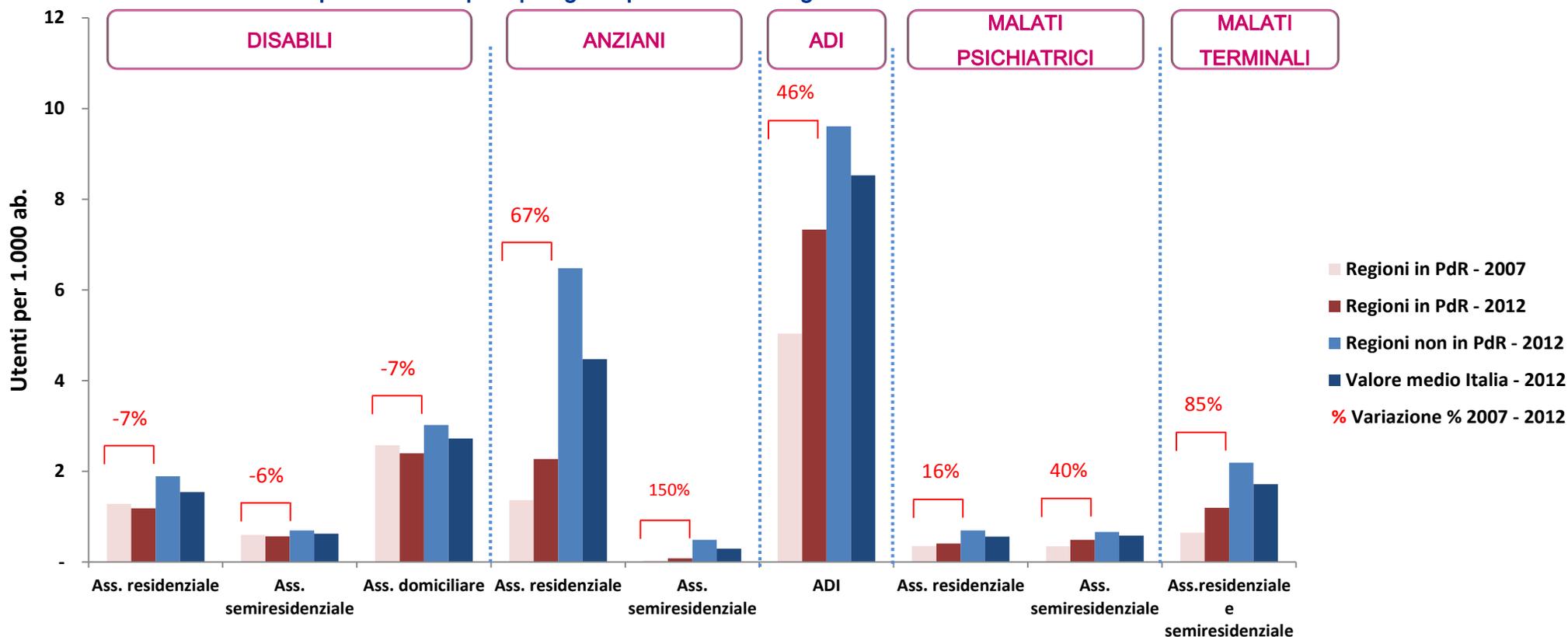
**Risultati economici SSN e Griglia LEA**



# Assistenza territoriale – Utenti assistiti

Nel periodo 2007-2012, le Regioni che hanno sottoscritto un Piano di Rientro, hanno registrato un incremento dell'assistenza territoriale per gli anziani, i malati affetti da disturbi psichici e i malati terminali. In lieve decremento sono risultate le attività territoriali rivolte ai disabili. In tutti gli ambiti si evidenzia un risultato di maggiore assistenza nelle Regioni non in piano di rientro (es. ass. residenziale per gli anziani e i malati terminali)

Assistenza territoriale – Utenti per 1.000 ab. per tipologia di paziente e setting assistenziale



\* Assistenza res. /semires/domiciliare per Disabili = comprende l'assistenza per disabili fisici, psichici, disabili in strutture riabilitative ex ar. 26

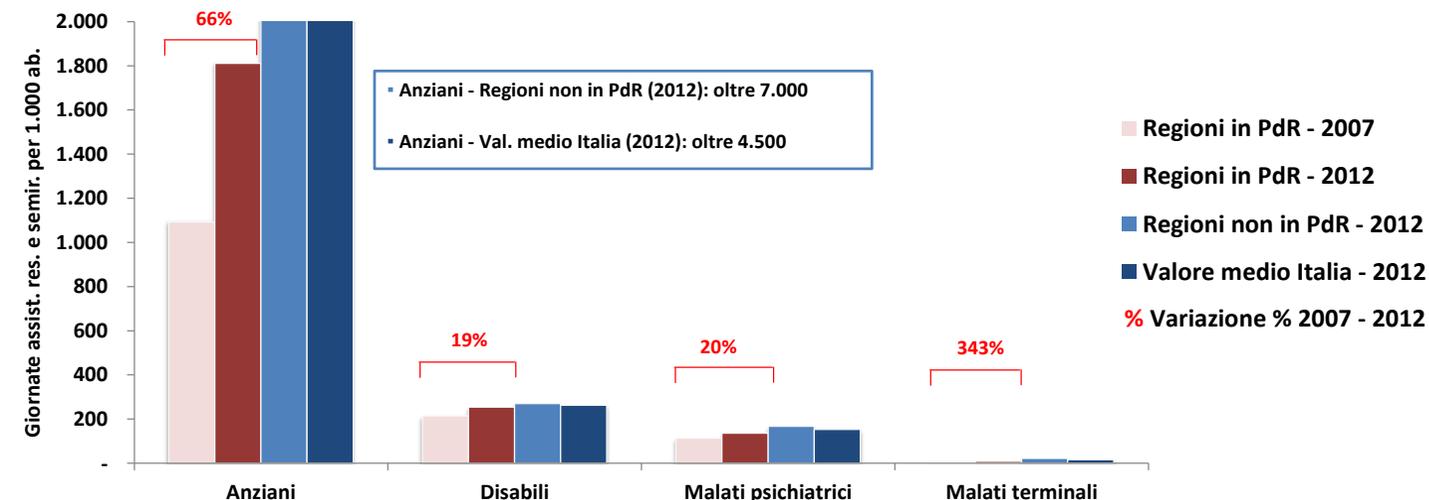
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Assistenza territoriale – Domanda e offerta

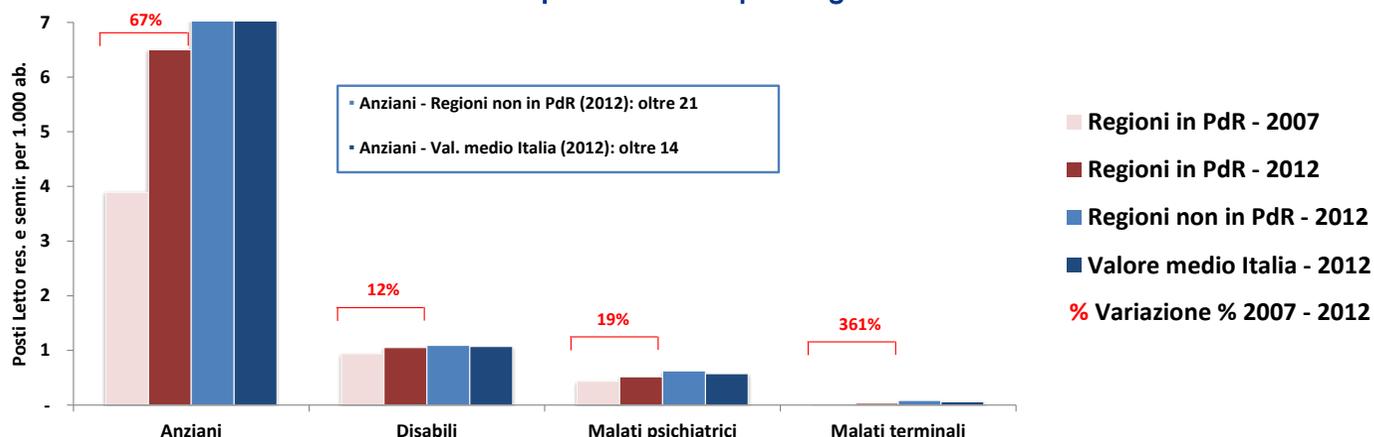
Nel periodo 2007-2012, nelle Regioni in Piano di Rientro, l'incremento delle giornate di assistenza residenziale e semiresidenziale è risultato analogo all'incremento che si è verificato nell'offerta di posti letto

Giornate di assistenza residenziale e semiresidenziale per 1.000 ab. per target di assistito



L'incremento nelle giornate di assistenza ha interessato in particolare la popolazione anziana e i malati terminali

Posti letto residenziali e semiresidenziali per 1.000 ab. per target di assistito



L'incremento nell'offerta di posti letto nell'assistenza territoriale è stato fortemente influenzato dai principali provvedimenti disposti dalle normative nazionali e regionali

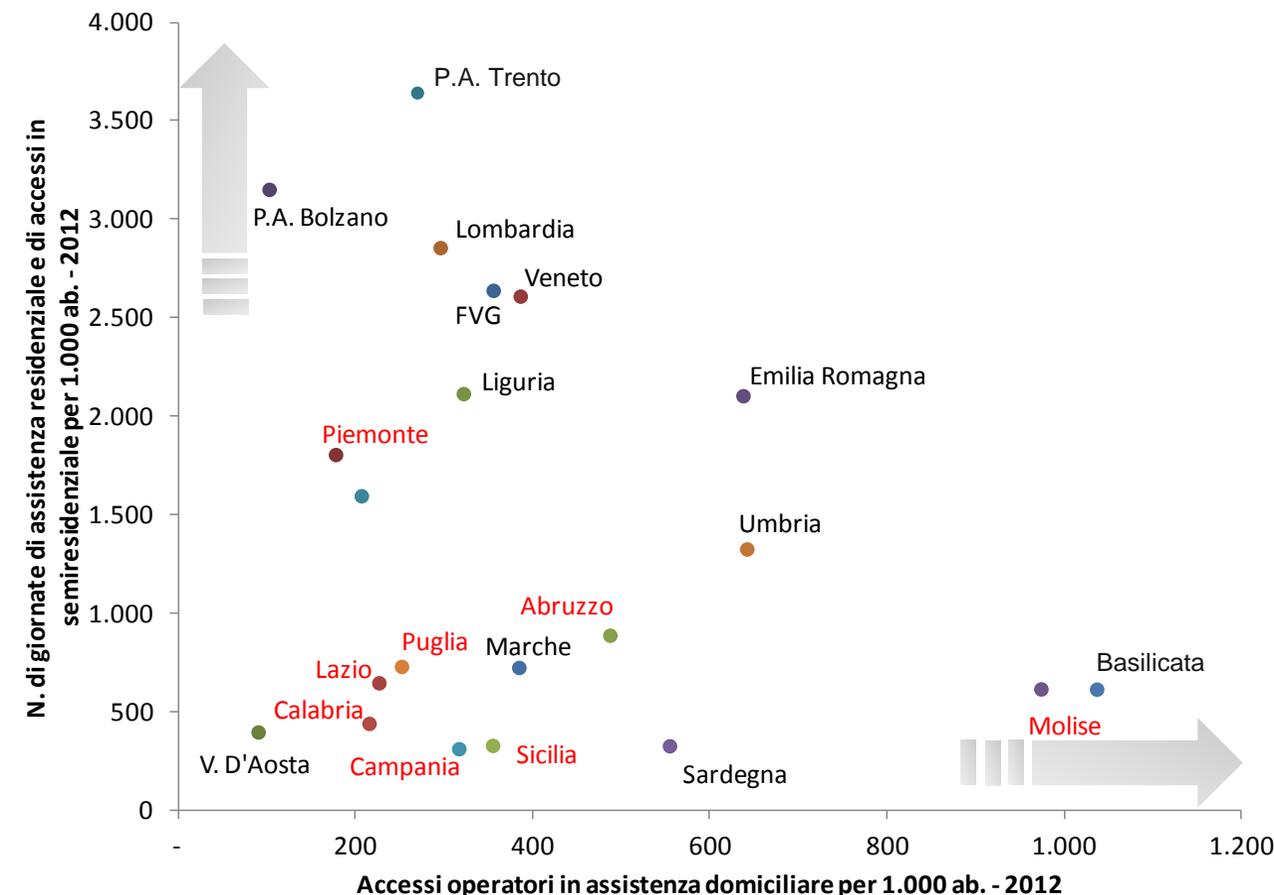
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Assistenza territoriale – Residenziale e semiresidenziale vs ADI

Nella maggior parte delle Regioni in PdR, risulta ancora carente l'assistenza territoriale sia in regime residenziale e semiresidenziale che in regime domiciliare, come si evidenzia dai valori piuttosto contenuti degli indicatori rispetto alle altre realtà regionali

Distribuzione regionale degli accessi in assistenza domiciliare e del numero di giornate di assistenza residenziale e semiresidenziale - Anno 2012



Nel grafico accanto sono riportati i posizionamenti regionali rispetto alle giornate di ass. resid./semires. e agli accessi in assistenza domiciliare.

Le Regioni in Piano di rientro, ad eccezione del Piemonte, e del Molise si concentrano nel quadrante inferiore sinistro del grafico, corrispondente a pochi accessi e poche giornate erogate.

-Il Piemonte presenta una maggiore erogazione di attività residenziale/semires. mentre

-il Molise un numero maggiore di accessi in ADI. Da tenere presente che le fonti informative al momento utilizzabili non forniscono dati omogenei.

Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS

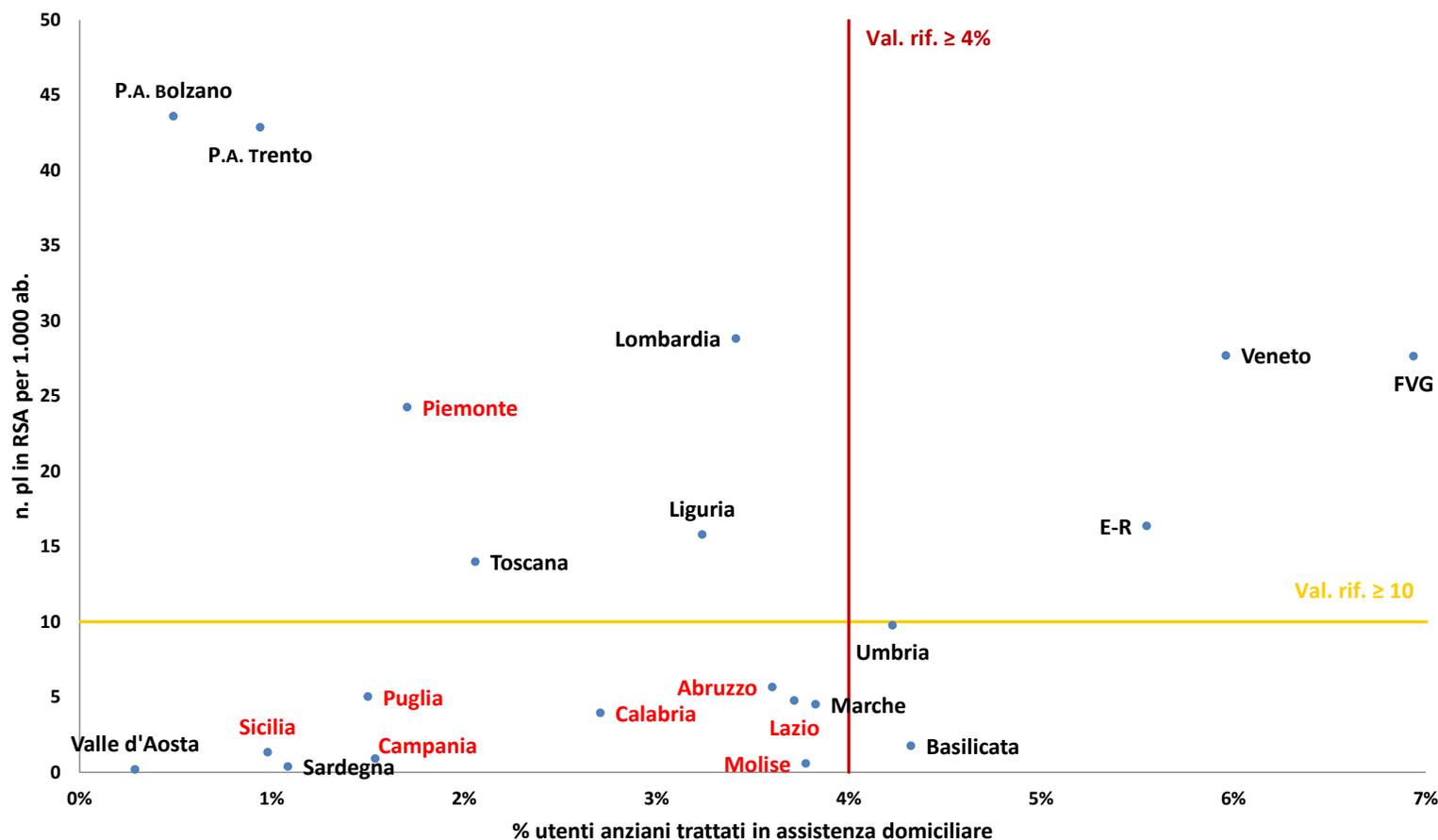


# Assistenza territoriale – Residenziale e semiresidenziale vs ADI

## Focus Anziani

Se si confronta la medesima analisi con gli standard della Griglia LEA si evince che le Regioni in Piano di Rientro, seppure ci sia stato un miglioramento rispetto agli anni precedenti, si posizionano ancora al di sotto dei valori di riferimento.

Distribuzione regionale della % di utenti anziani trattati in ADI e pl in RSA - Confronto valori Griglia Lea - Anno 2012

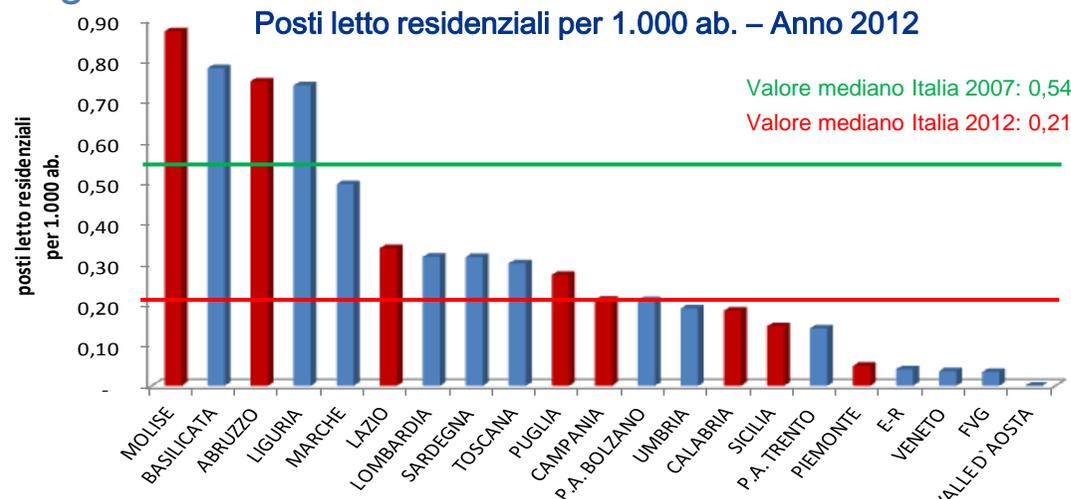


Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS

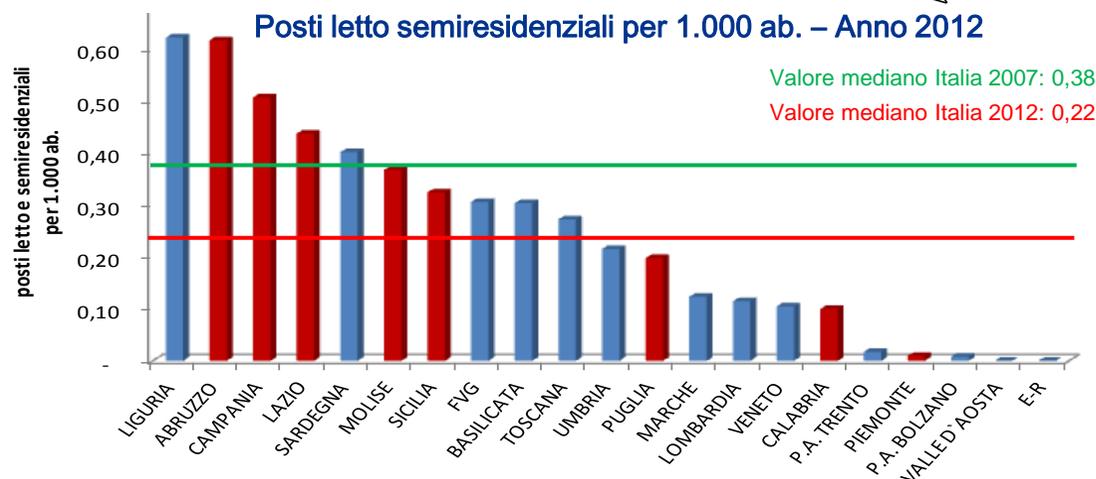


# Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per disabili

Nel periodo 2007-2012, l'offerta di posti letto in strutture per disabili riabil. ex art. 26, fisici e psichici, a livello nazionale, ha fatto registrare una riduzione del 61% per il regime residenziale e del 42% per il regime semiresidenziale



L'offerta di assistenza residenziale per disabili riab. ex. art. 26, fisici e psichici delle Regioni in PdR, per il 2012, si posiziona al di sopra del valore mediano Italia pari a 0,21 pl per 1.000 ab., ad eccezione di **Calabria, Sicilia e Piemonte**.



L'offerta di assistenza semiresidenziale per disabili riab. ex. art. 26, fisici e psichici delle Regioni in PdR per il 2012, si posiziona al di sopra del valore mediano Italia pari a 0,22 pl per 1.000 ab. per **Abruzzo, Campania, Piemonte, Lazio e Molise, Sicilia** mentre **Puglia, Calabria e Piemonte** fanno registrare valori inferiori al valore mediano.

Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



**Introduzione**

**Analisi assistenza territoriale**

**Analisi assistenza ospedaliera**

**Piano integrato ospedale-territorio**

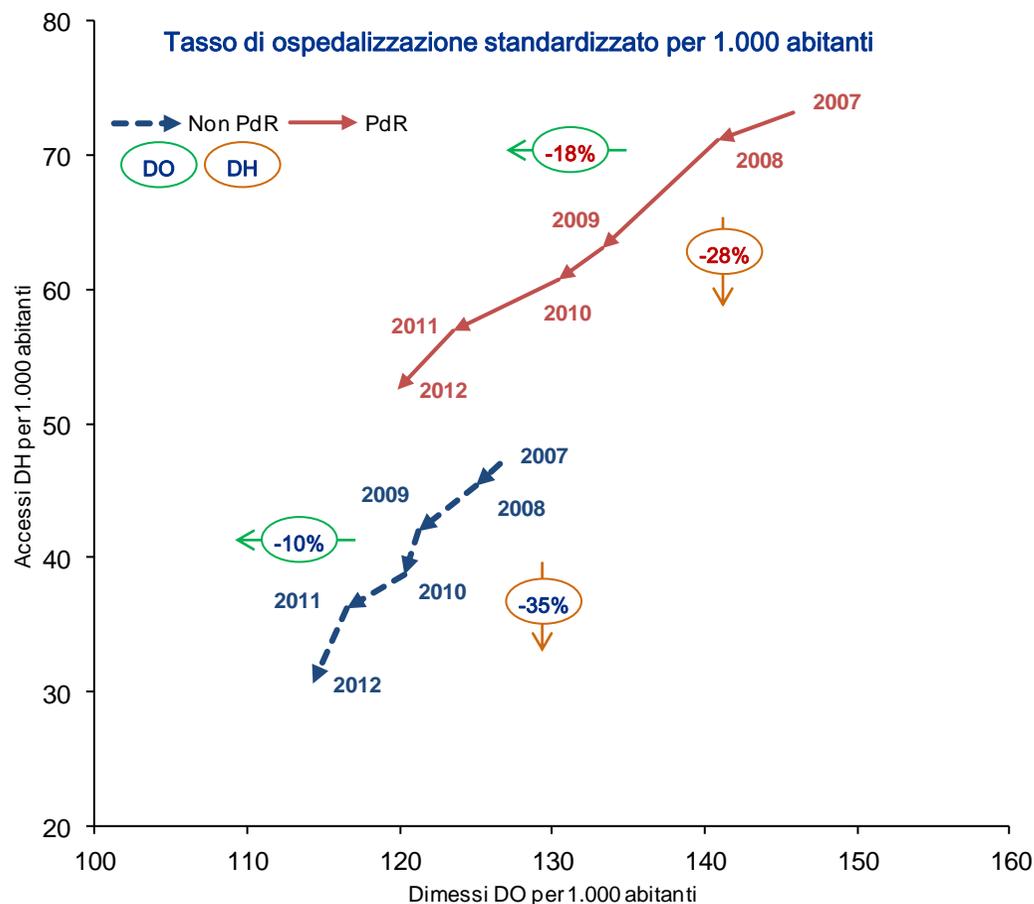
**Analisi assistenza farmaceutica**

**Risultati economici SSN e Griglia LEA**



# Assistenza ospedaliera – Tasso ospedalizzazione e inappropriatazza

Il percorso intrapreso dalle Regioni tra il 2007-2012, nella riduzione del tasso di ospedalizzazione, evidenzia un progressivo contenimento della potenziale inappropriatazza.



Gli effetti rilevati tra le Regioni in PdR e quelle non in PdR, sono simili, più evidenti nelle Regioni in Piano di rientro. Il divario tra le Regioni in PdR e le altre Regioni è ascrivibile alla rilevante incidenza dei dimessi in Day Hospital (44% versus 27%), e trova ulteriore conferma osservando nel dettaglio la riduzione % dei ricoveri in Day Hospital dal 2007 al 2012 (-28% vs -35%).

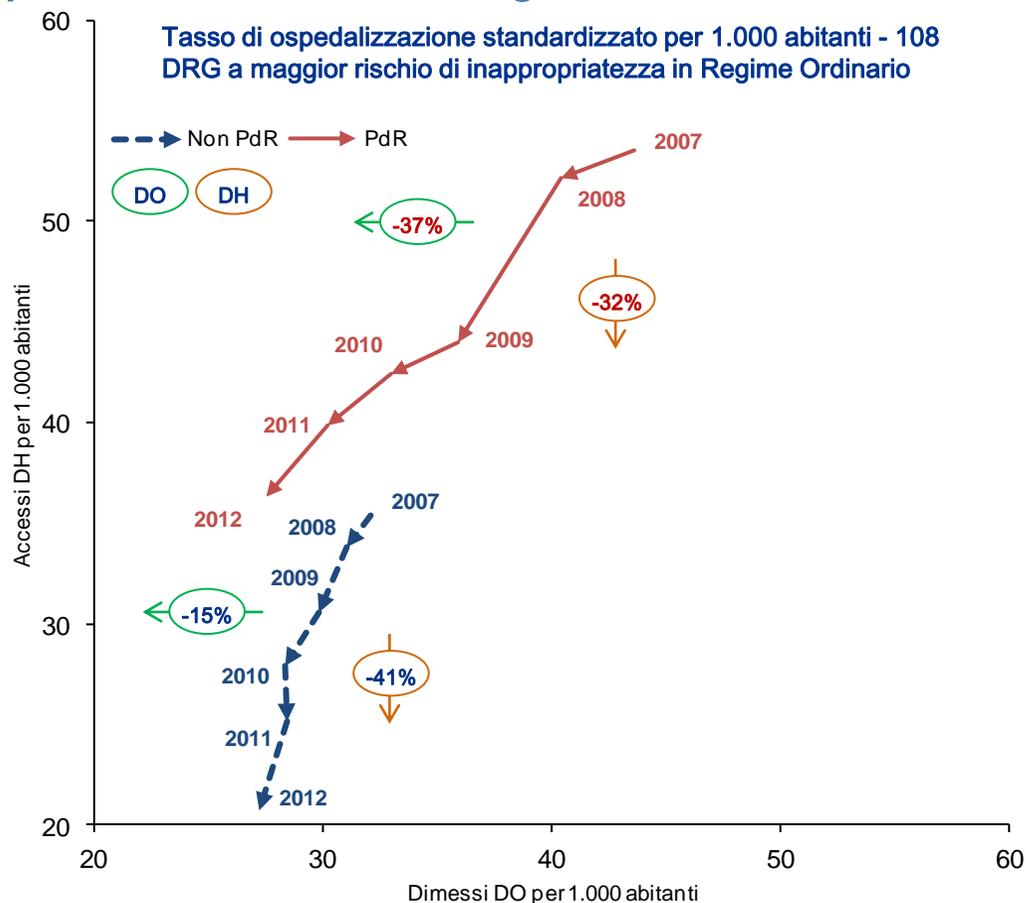
Le Regioni Non in PdR sono: Valle d'Aosta, Lombardia, Prov. Auton. Bolzano, Prov. Auton. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Assistenza ospedaliera – Tasso ospedalizzazione e inappropriatezza

Considerando i 108 DRG a rischio di non appropriatezza se erogati in regime ordinario, di cui al Patto per la Salute 2010-2012, si evidenzia una rilevante riduzione del relativo tasso di ospedalizzazione nelle Regioni in Piano di Rientro.



Il tasso di ospedalizzazione delle Regioni in Piano di Rientro, in modalità ordinaria ordinaria è sostanzialmente analogo a quello delle Regioni non in PdR.

La differenza ancora riscontrabile è attribuibile ai dimessi in Day Hospital, dove presumibilmente nelle Regioni non in PdR è già in atto un maggiore trasferimento verso setting ambulatoriali.

Le Regioni Non in PdR sono: Valle d'Aosta, Lombardia, Prov. Auton. Bolzano, Prov. Auton. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

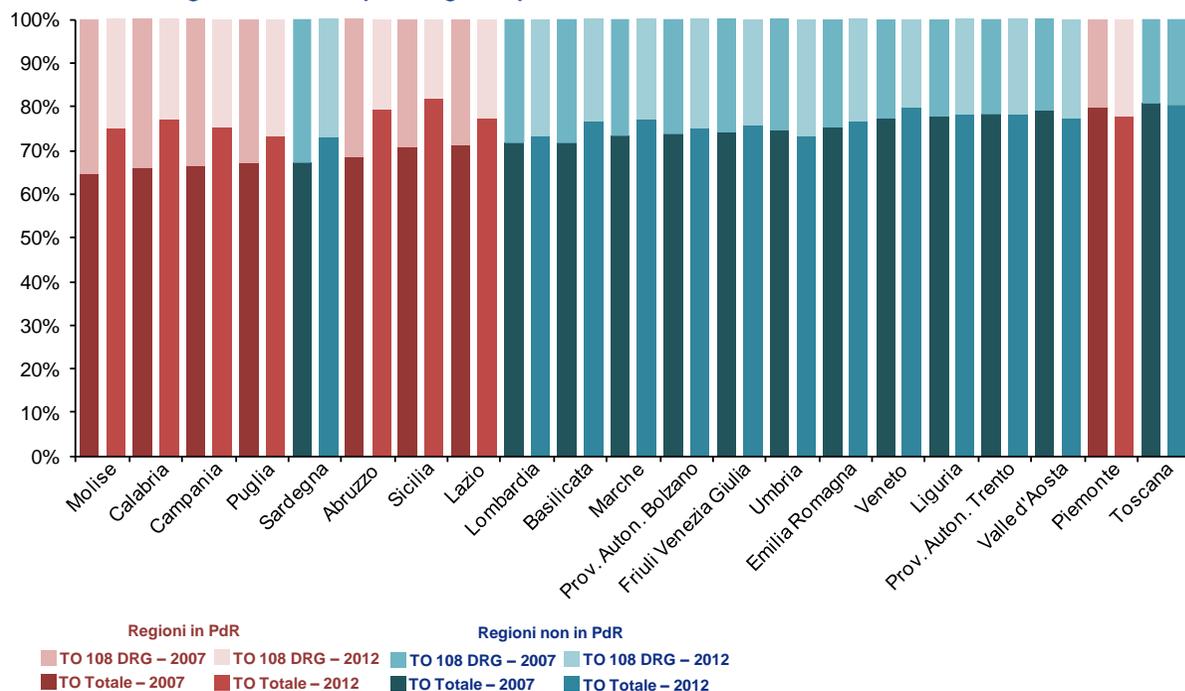
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Assistenza ospedaliera – Tasso ospedalizzazione e inappropriatezza

Osservando le singole Regioni nel dettaglio, si conferma in gran parte delle stesse, ed in particolar modo per le Regioni in PdR, la riduzione del tasso di ospedalizzazione per i 108 DRG a rischio di non appropriatezza.

Incidenza del Tasso di ospedalizzazione standardizzato totale e per i 108 DRG in regime ordinario per Regione per 1.000 abitanti



Nel grafico è rappresentata la composizione nei tassi di ospedalizzazione di ciascuna Regione, per gli anni 2007 e 2012 del tasso di ospedalizzazione in modalità ordinaria dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza sul tasso dei ricoveri complessivo. Le barre sono ordinate per valori decrescenti dell'incidenza del tasso di ospedalizzazione dei 108 DRG rilevata nel 2007.

Ne emerge come, ad eccezione del Piemonte, le Regioni in PdR abbiano un'incidenza più elevata di ricoveri ordinari per i 108 DRG a rischio di inappropriatezza nel 2007, ed altresì si sia registrata una maggiore riduzione nel 2012.

Le Regioni Non in PdR sono: Valle d'Aosta, Lombardia, Prov. Auton. Bolzano, Prov. Auton. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

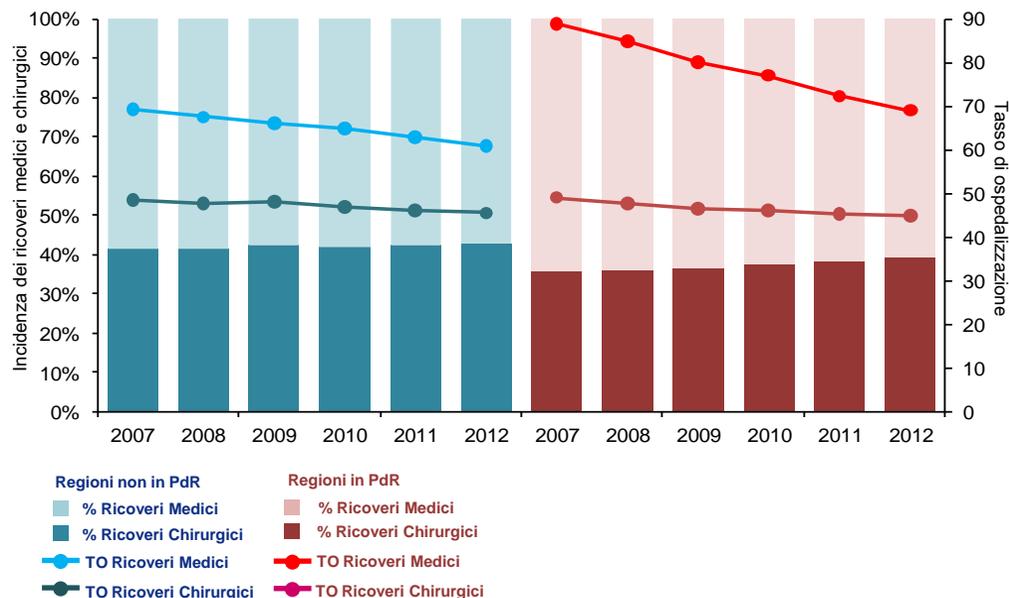
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



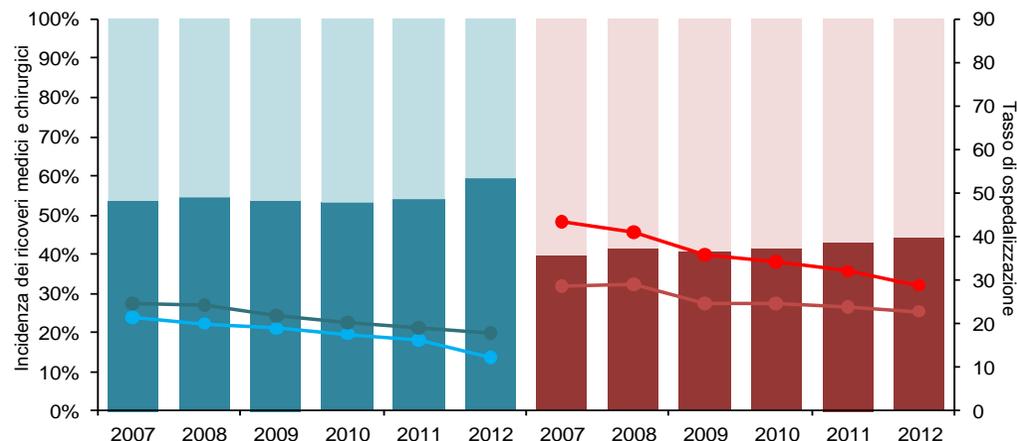
# Assistenza ospedaliera – Ricoveri medici e chirurgici

Declinando l'analisi sui ricoveri medici e chirurgici, l'incidenza di questi ultimi tende ad aumentare nel periodo 2007-2012, mentre i ricoveri medici risultano in diminuzione nello stesso periodo. Tale fenomeno assume un rilievo maggiore nelle Regioni in PdR rispetto alle Regioni non in PdR.

Incidenza dei ricoveri medici e chirurgici in regime ordinario sul Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 abitanti



Incidenza Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 abitanti ricoveri medici e chirurgici in regime Day Hospital



Le Regioni Non in PdR sono: Valle d'Aosta, Lombardia, Prov. Auton. Bolzano, Prov. Auton. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS

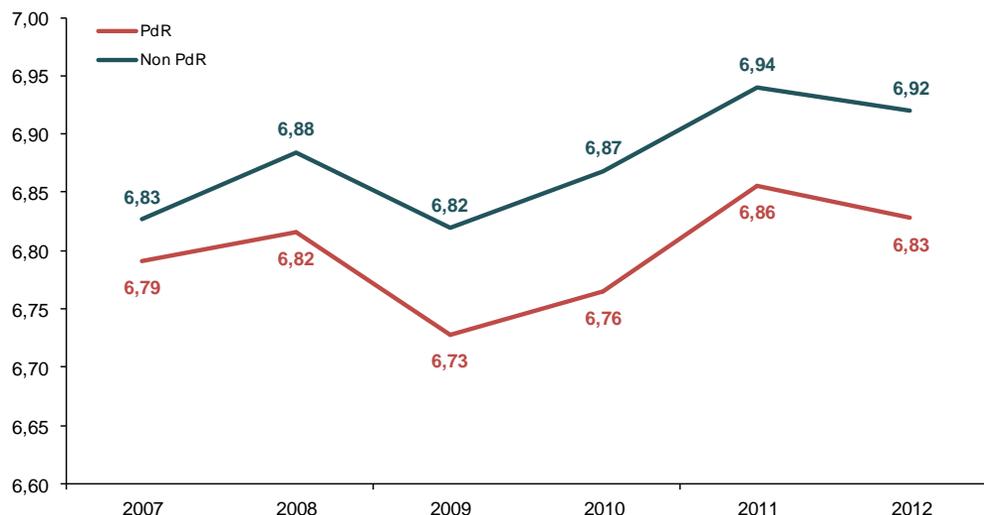


# Assistenza ospedaliera – Degenza media

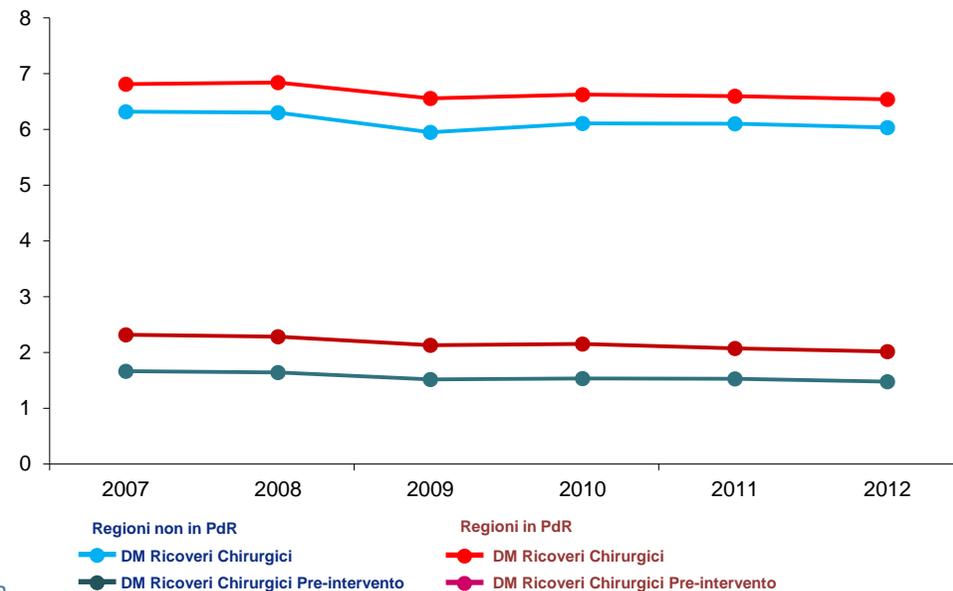
L'andamento della degenza media standardizzata per Case-mix è simile negli anni tra le Regioni in PdR e non in PdR. In generale le Regioni non in PdR hanno un valore superiore (6,92 cfr. con 6,83).

Per quanto riguarda il dettaglio della degenza media per i ricoveri chirurgici in regime ordinario si evidenzia una riduzione, da ascrivere principalmente alla degenza media pre-intervento, sia per le Regioni in PdR (c.a. 2 gg nel 2012) che non in PdR (c.a. 1,5 gg nel 2012).

Degenza Media standardizzata per Case-mix in degenza ordinaria



Degenza Media ricoveri chirurgici DO, totale e Pre-intervento



Le Regioni Non in PdR sono: Valle d'Aosta, Lombardia, Prov. Auton. Bolzano, Prov. Auton. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

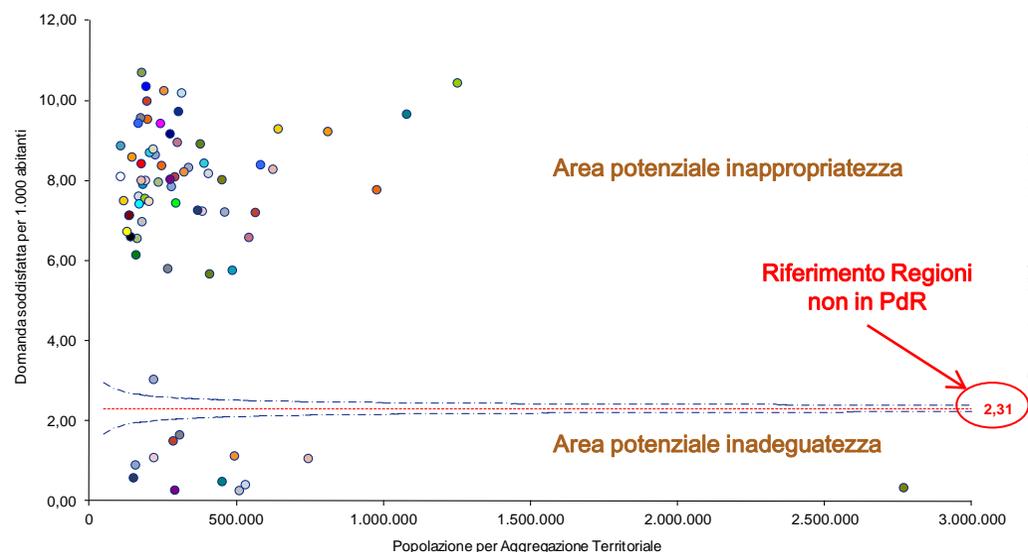
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



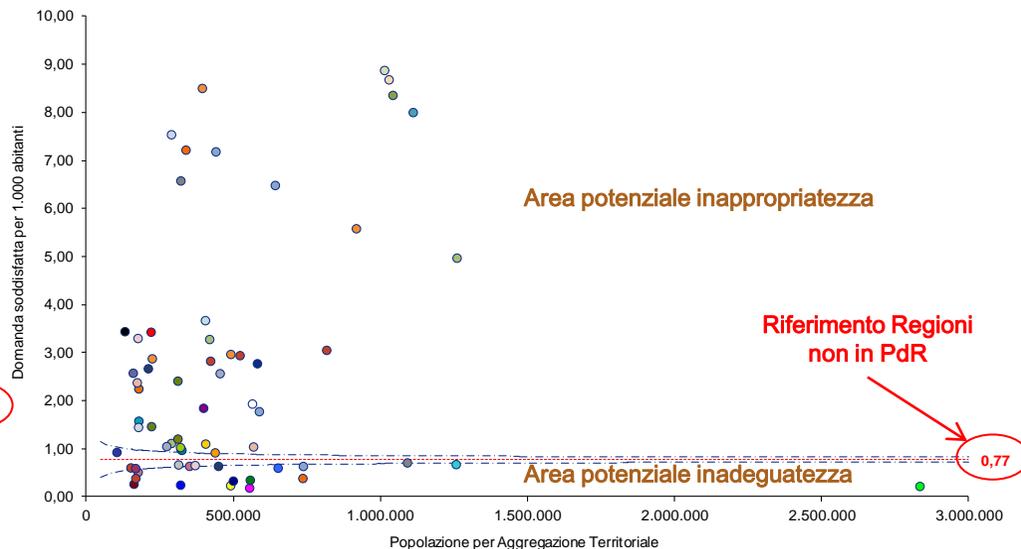
# Assistenza ospedaliera – Appropriatelyzza Cristallino e cataratta

Dall'analisi dell'ospedalizzazione per l'ACC "015-Procedure su cristallino e cataratta", si rileva una riduzione della domanda soddisfatta in generale. Osservando i grafici sottostanti si rileva una significativa riduzione del valore di riferimento per le Regioni non in PdR (da 2,3 a 0,8), ed una riduzione nella maggior parte delle aziende delle Regioni in Piano.

Analisi di variabilità della domanda soddisfatta ASL Regioni in PdR Anno 2007  
ACC 015-Procedure su cristallino e cataratta



Analisi di variabilità della domanda soddisfatta ASL Regioni in PdR Anno 2012  
ACC 015-Procedure su cristallino e cataratta



La modalità di rappresentazione grafica riportata, permette di visualizzare il posizionamento di una singola Azienda, in funzione della popolazione residente e della domanda soddisfatta standardizzata per età e per genere, rispetto ad un'area di variabilità definita accettabile (c.d. Trombetta), che si riduce all'aumentare della popolazione residente. Il posizionamento al di sopra o al di sotto di tale area determina la valutazione delle singole Aziende rispetto alle tipologie di ricoveri considerati.

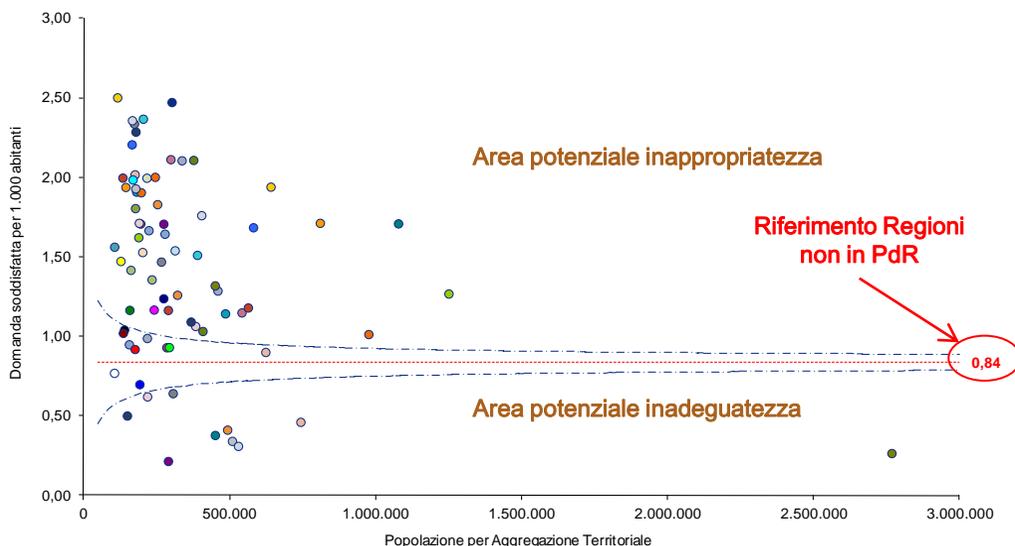
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



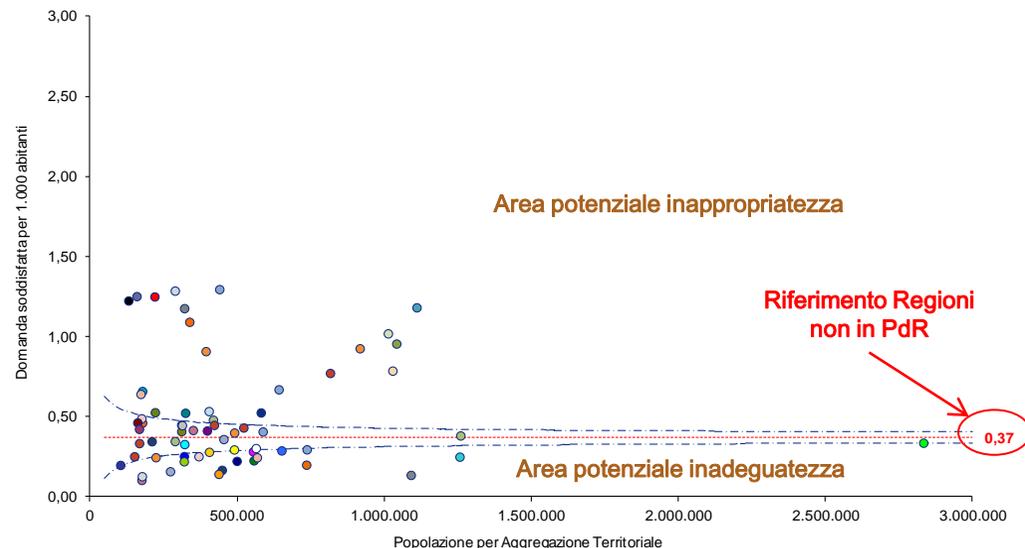
# Assistenza ospedaliera – Appropriately Decompressione nervo periferico

Confrontando l'ospedalizzazione per l'ACC "006-Decompressione nervo periferico", si rileva un'evidente diminuzione della domanda soddisfatta nelle ASL delle Regioni in PdR, in analogia al valore di riferimento rappresentato dalle Regioni non in PdR. Aumenta sensibilmente, pertanto, il numero delle ASL che si posizionano sia nell'area "accettabile" sia in quella di potenziale inadeguatezza nel 2012 rispetto al 2007.

Analisi di variabilità della domanda soddisfatta ASL Regioni in PdR Anno 2007  
006-Decompressione nervo periferico



Analisi di variabilità della domanda soddisfatta ASL Regioni in PdR Anno 2012  
006-Decompressione nervo periferico



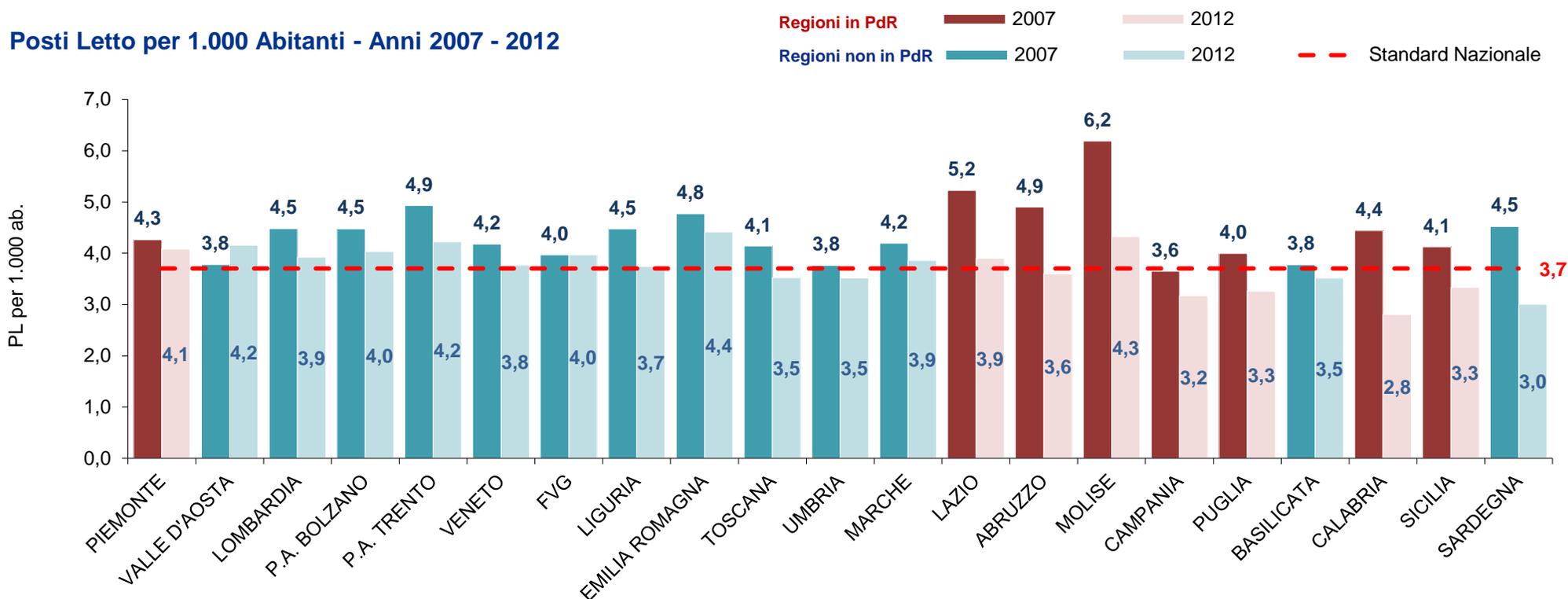
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Assistenza ospedaliera – PL Totali

La dotazione di posti letto fa registrare un trend in diminuzione per tutte le Regioni (ad eccezione della Valle d'Aosta). Tuttavia non tutte nel 2012 rispettano lo standard di riferimento previsto pari a 3,7 p.l. per 1.000 ab. ai sensi del articolo 15, comma 13, lett. c, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Posti Letto per 1.000 Abitanti - Anni 2007 - 2012

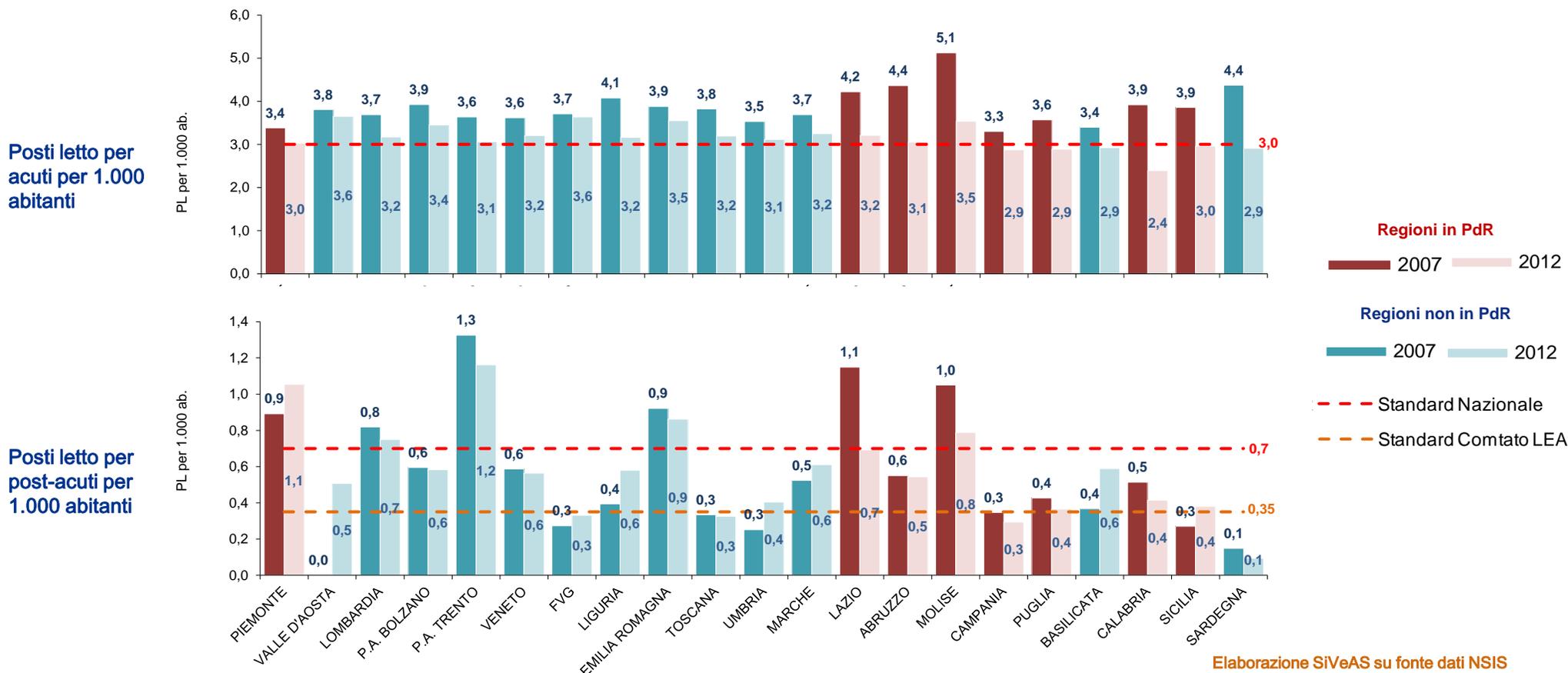


Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Assistenza ospedaliera – PL Acuti e Post-acuti

Distinguendo nel dettaglio le dotazioni di posti letto per acuti e post-acuti, si rileva una dotazione prevalentemente superiore allo standard di 3 p.l. per 1.000 ab. per gli acuti, a fronte di dotazioni per post-acuti in alcuni casi largamente inferiori al parametro di riferimento di 0,7 p.l. per 1.000 ab ed allo 0,35 ritenuto adeguato dal Comitato LEA.

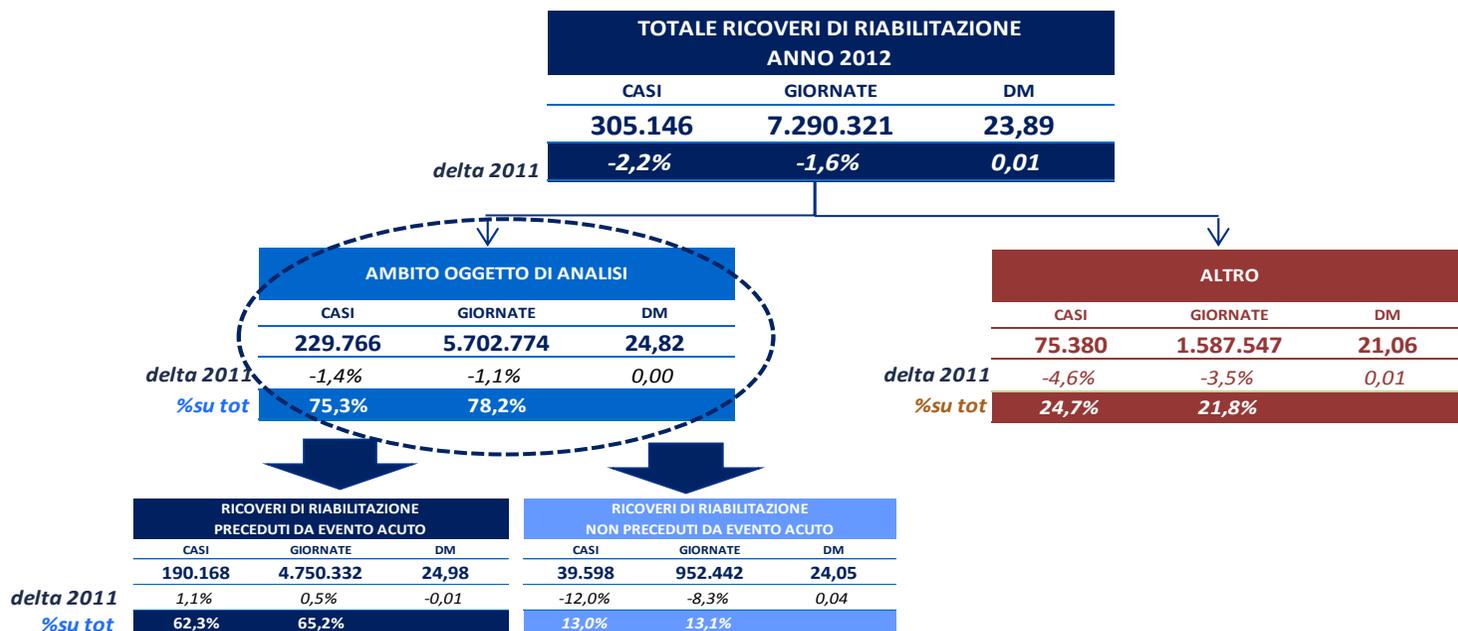


Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Valutazione dell'appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione

- Il totale ricoveri per la riabilitazione ospedaliera per l'anno 2012 è pari a 305.146 e mostra una riduzione del 2,2% rispetto al 2011, così come le giornate di degenza (-1,6%).
- L'ammontare complessivo dei ricoveri è pari a 229.766, che corrisponde al 75,3% dei casi totali (nel 2011 era 74,7%), e registra una contrazione rispetto al 2011 (-1,4% rispetto al 2011).



- Rispetto all'anno precedente, si rileva un lieve aumento dei ricoveri per riabilitazione preceduti da evento acuto (+1,1%) ed una notevole riduzione dei ricoveri non preceduti da evento acuto (12%). In riduzione anche il trend delle giornate di degenza oggetto di studio (+18% nel triennio).
- La degenza media anche nel 2012 risulta più elevata nei ricoveri di riabilitazione preceduti da evento acuto (24,9) rispetto agli altri ricoveri di riabilitazione oggetto di studio (24,0).

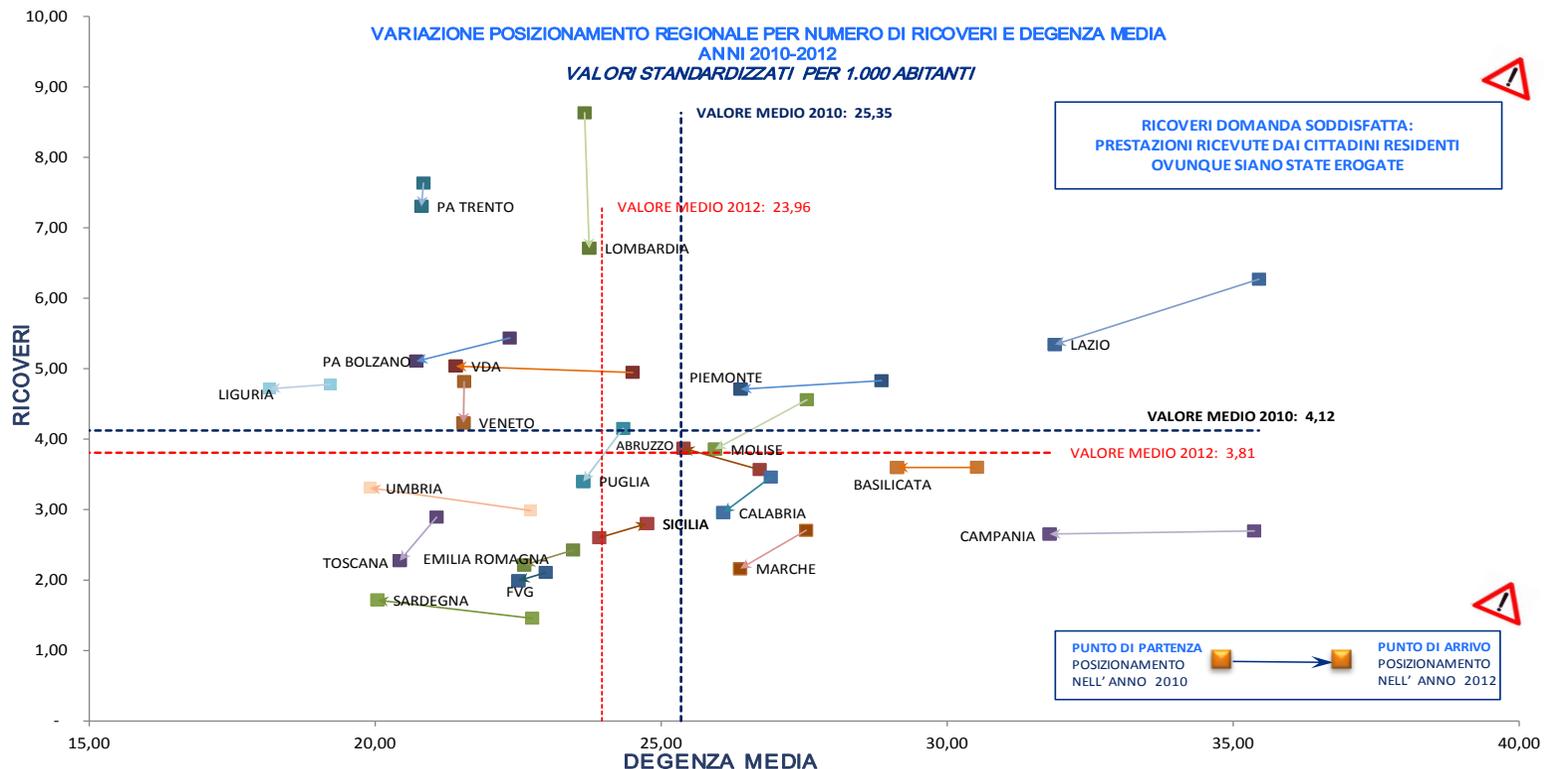
Fonte: Dati SDO – Anno 2012



# Variazione regionale casi e degenza media 2010-2012

- I ricoveri di riabilitazione ospedaliera oggetto di studio nell'anno 2012 sono pari a 229.766 (pari al 75,3% del totale ricoveri di riabilitazione): rispetto alla contrazione complessiva dell'1,4% dei casi rispetto al 2011 e del 1,1% delle giornate di degenza, il grafico approfondisce il trend regionale 2010-2012 di casi e degenza media.

- Il grafico mostra il trend regionale 2010-2012 di casi e degenza media;
- Le variazioni in diminuzione più rilevanti nel numero di ricoveri si rilevano in Lombardia, Lazio, Puglia, Molise, Toscana, Veneto, Marche, Calabria.
- La riduzione della degenza media è particolarmente significativa in Campania, Lazio, Valle d'Aosta, Umbria, Sardegna e Piemonte.



Fonte: Dati SDO – Anni 2010-2011-2012  
 Popolazione ISTAT – Anno 2012



# Risultati – potenziale inappropriately complessiva

## POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA – ORGANIZZATIVA - INEFFICIENZA

- L'applicazione della metodologia all'ambito oggetto di analisi individua 1.519.445 giornate di degenza ad elevato rischio di inappropriately suddivise in:
  - 890.282 giornate di degenza potenzialmente inappropriate relative a ricoveri con potenziale inappropriately clinica (30.723);
  - 629.163 giornate di degenza potenzialmente inappropriate, relative a ricoveri clinicamente appropriati ma con durata di degenza fuori dal range appropriato.
- L'inappropriately complessiva è pari al 26,6% del totale giornate di degenza 2012, incidenza in diminuzione rispetto al 2011 (circa 28%): la riduzione in valore assoluto del numero di giornate potenzialmente inappropriate, pertanto, non è proporzionale alla contrazione dei ricoveri e delle giornate di degenza totali.



Fonte: Dati SDO – Anno 2012



# I criteri di analisi

- Misura il numero di ricoveri potenzialmente inappropriati per:
  - correlazione clinica
  - distanza evento acuto
  - tipologia casistica

**Inappropriatezza clinica**

**1**

DOMANDA SODDISFATTA \*

- Misura il numero di ricoveri con durata inferiore alla soglia minima del range di durata appropriato

**Inappropriatezza organizzativa**

**2**

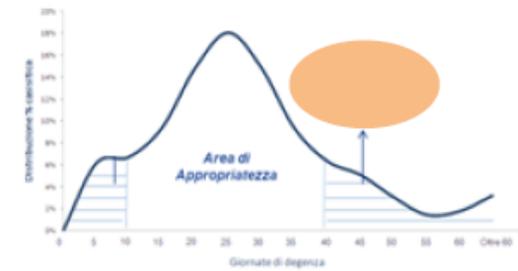
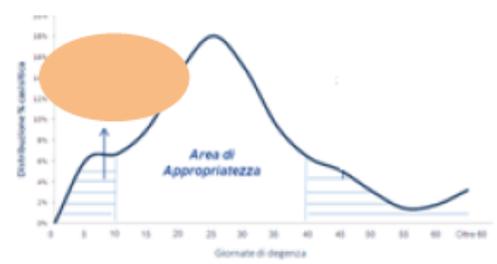
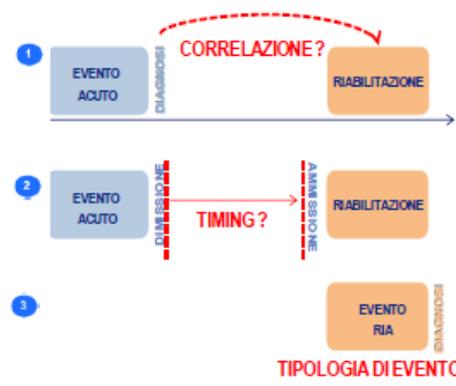
PRESTAZIONI EROGATE

- Misura il numero di giornate di degenza superiori alla soglia massima del range di durata appropriato

**Inefficienza**

**3**

PRESTAZIONI EROGATE



RESTAZIONI RICEVUTE DAI CITTADINI RESIDENTI OVUNQUE SIANO STATE EROGATE

# Risultati – Indicatori regionali 2010-2012 (1/2)

1

INDICATORE LATO DOMANDA

2

INDICATORE LATO OFFERTA

3

INDICATORE LATO OFFERTA

REGIONI

%INAPPROPRIATEZZA CLINICA

%INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

%INEFFICIENZA

% RICOVERI AD ALTRO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA

% RICOVERI AD ALTRO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA

REGIONI IN PDR

REGIONI	%INAPPROPRIATEZZA CLINICA					%INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA					%INEFFICIENZA				
	2010	2011	2012	Δ 2012-2010	Δ VALORE ITALIA	2010	2011	2012	Δ 2012-2010	Δ VALORE ITALIA	2010	2011	2012	Δ 2012-2010	Δ VALORE ITALIA
VALLE D'AOSTA	12,8%	13,3%	10,8%	↓	↓	4,1%	5,5%	7,0%	↑	↓	7,8%	6,5%	7,7%	→	↓
LOMBARDIA	16,4%	15,5%	13,0%	↓	↓	9,5%	10,2%	9,2%	↓	↓	5,4%	6,7%	8,4%	↑	↓
PROV. AUTON. BOLZANO	16,3%	14,5%	16,5%	→	↑	12,1%	13,0%	14,2%	↑	↑	4,6%	3,8%	4,2%	↓	↓
PROV. AUTON. TRENTO	19,2%	16,8%	16,2%	↓	↑	5,5%	6,5%	9,7%	↑	↓	3,5%	4,9%	5,6%	↑	↓
VENETO	17,5%	14,8%	14,1%	↓	↑	7,6%	7,2%	7,4%	→	↓	5,3%	6,1%	6,2%	↑	↓
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,4%	24,8%	25,9%	↓	↑	6,9%	4,5%	5,5%	↓	↓	12,8%	10,6%	11,3%	↓	↑
LIGURIA	16,1%	14,3%	11,7%	↓	↓	18,7%	14,7%	15,0%	↓	↑	3,5%	2,9%	3,1%	↓	↓
EMILIA ROMAGNA	18,9%	17,5%	13,7%	↓	→	14,3%	16,4%	13,6%	↓	↑	8,7%	12,0%	12,0%	↑	↑
TOSCANA	12,5%	11,7%	11,4%	↓	↓	20,6%	23,1%	24,7%	↑	↑	4,3%	4,3%	3,7%	↓	↓
UMBRIA	15,3%	15,4%	11,8%	↓	↓	14,9%	14,4%	13,9%	↓	↑	6,5%	7,2%	7,8%	↑	↓
MARCHE	11,8%	12,4%	11,5%	↓	↓	10,7%	7,6%	8,9%	↓	↓	9,2%	10,7%	10,9%	↑	↑
BASILICATA	11,7%	10,7%	10,2%	↓	↓	10,8%	6,1%	9,3%	↓	↓	15,0%	14,7%	13,2%	↓	↑
SARDEGNA	9,9%	11,0%	10,5%	↑	↓	10,4%	11,5%	10,5%	→	→	7,4%	6,1%	4,7%	↓	↓
PIEMONTE	10,9%	9,9%	9,9%	↓	↓	5,5%	4,7%	6,0%	↑	↓	10,1%	9,9%	9,9%	→	↑
LAZIO	15,8%	13,5%	12,8%	↓	↓	7,6%	8,0%	9,1%	↑	↓	16,5%	17,7%	15,2%	↓	↑
ABRUZZO	12,4%	9,5%	9,3%	↓	↓	8,9%	9,3%	9,2%	↑	↓	7,9%	8,5%	8,9%	↑	→
MOLISE	18,5%	18,8%	15,7%	↓	↑	11,6%	10,4%	8,4%	↓	↓	6,2%	11,9%	6,5%	↑	↓
CAMPANIA	19,5%	18,5%	16,9%	↓	↑	5,6%	9,7%	9,6%	↑	↓	15,7%	15,4%	15,9%	→	↑
PUGLIA	18,4%	15,6%	15,0%	↓	↑	21,5%	19,5%	18,5%	↓	↑	11,1%	12,2%	11,6%	↑	↑
CALABRIA	17,1%	16,7%	12,7%	↓	↓	20,2%	12,0%	7,9%	↓	↓	15,9%	12,0%	10,6%	↓	↑
SICILIA	20,0%	17,3%	17,3%	↓	↑	17,1%	10,5%	9,5%	↓	↓	9,0%	9,1%	8,6%	↓	↓
ITALIA	16,1%	14,7%	13,5%	↓		10,7%	10,2%	10,5%	→		8,7%	9,3%	9,1%	↑	

LEGENDA

↓ Variazione positiva >0,25%

→ Leggera variazione positiva da 0,10 a 0,25%

→ Nessuna Variazione da -0,1 a +0,1%

→ Leggera variazione negativa da -0,25 a -0,10%

↑ Variazione negativa <-0,25%



# Risultati – Indicatori regionali 2010-2012 (2/2)

- Dallo schema indicatori della pagina precedente emergono in particolare gli aspetti evidenziati di seguito.

## % inappropriata clinica

- ❑ Ad eccezione della Sardegna e della Prov di Bolzano, **tutte le Regioni riducono la % ricoveri ad alto rischio di inappropriata clinica** nel biennio 2010-2012.
- ❑ Come conseguenza, **il valore medio Italia migliora** sensibilmente passando da 16,1% a 13,5% nel biennio 2010-2012.
- ❑ Alcune Regioni (Molise, Campania, Puglia, Sicilia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e le due Prov Autonome) nel 2012 mostrano comunque una % elevata di ricoveri ad alto rischio di inappropriata clinica, posizionandosi **al di sopra del valore medio Italia** (13,5%).

## % inappropriata organizzativa

- ❑ La variazione della % di inappropriata organizzativa risulta molto diversificata tra le diverse Regioni.
- ❑ Come conseguenza, **il valore medio Italia rimane sostanzialmente stabile**, con un leggero miglioramento da 10,7% a 10,5% nel biennio 2010-2012.
- ❑ Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Puglia e la Prov. Di Bolzano si posizionano **al di sopra del valore medio Italia anno 2012** (10,5%).

## % inefficienza

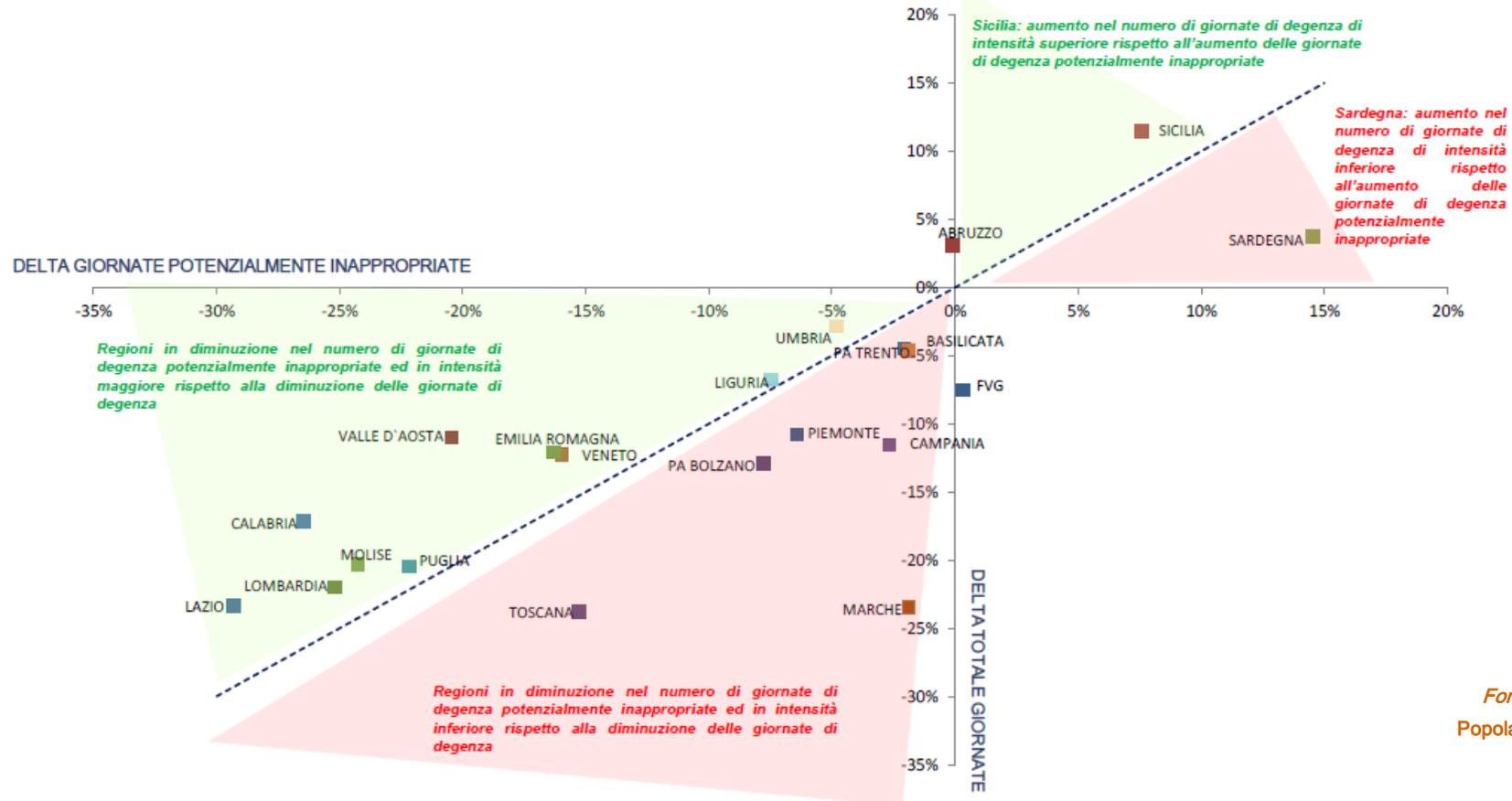
- ❑ La % di **giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza aumenta** nel periodo 2010-2012 a livello di valore medio Italia, passando da 8,7% a 9,1%.
- ❑ Anche in questo caso l'andamento è molto diversificato tra le varie Regioni.
- ❑ **Alcune Regioni, pur riducendo la % di giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza** nel biennio considerato, rimangono **al di sopra del valore medio Italia** (Calabria, Lazio, Basilicata e Friuli Venezia Giulia).



# Risultati – variazione giornate di degenza

- La figura rappresenta la variazione percentuale del totale giornate di degenza 2010-2012 e la variazione percentuale delle giornate di degenza potenzialmente inappropriate\* nello stesso periodo.

## POSIZIONAMENTO REGIONALE PER DELTA TOTALE GIORNATE E DELTA GIORNATE POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE VALORI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI – ANNI 2010 - 2012



Fonte: Dati SDO – Anno 2012  
Popolazione ISTAT – Anno 2012



**Introduzione**

**Analisi assistenza territoriale**

**Analisi assistenza ospedaliera**

**Piano integrato ospedale-territorio**

**Analisi assistenza farmaceutica**

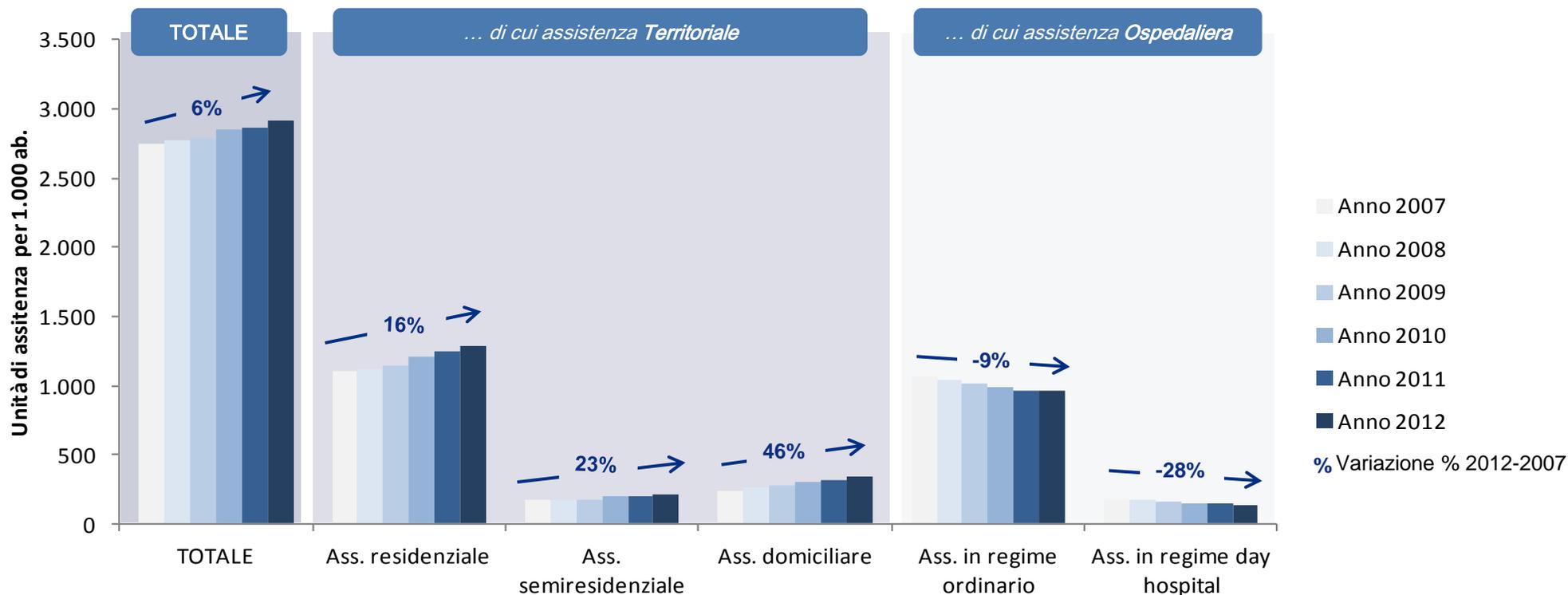
**Risultati economici SSN e Griglia LEA**



# Il Piano integrato Ospedale – Territorio (1/4)

Nel quinquennio 2007-2012, in totale, si è assistito a un generale aumento delle unità di assistenza\*, pari al 6%. Tale fenomeno si è verificato per l'effetto combinato di un incremento dell'assistenza territoriale, ed una riduzione dell'assistenza ospedaliera.

Trend temporale (2007-2012) delle unità di assistenza per 1.000 abitanti per tipologia di assistenza



\*Unità di assistenza: unità di assistenza territoriale (giornate di assistenza in strutture residenziali; accessi in strutture semiresidenziali; accessi degli operatori presso pazienti assistiti in assistenza domiciliare) + unità di assistenza ospedaliera (giornate di degenza in regime ordinario; accessi in day hospital)

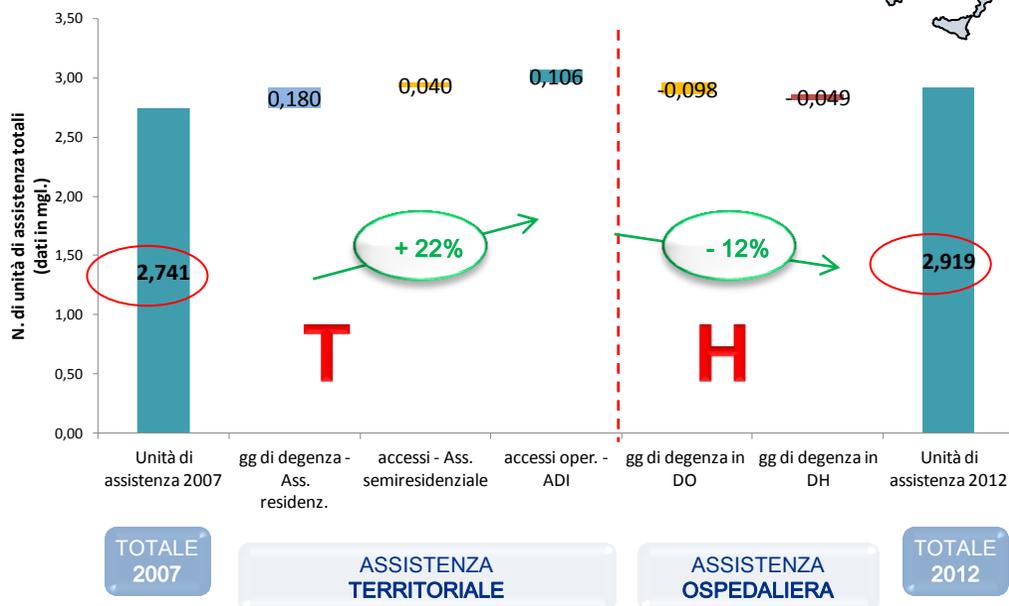
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



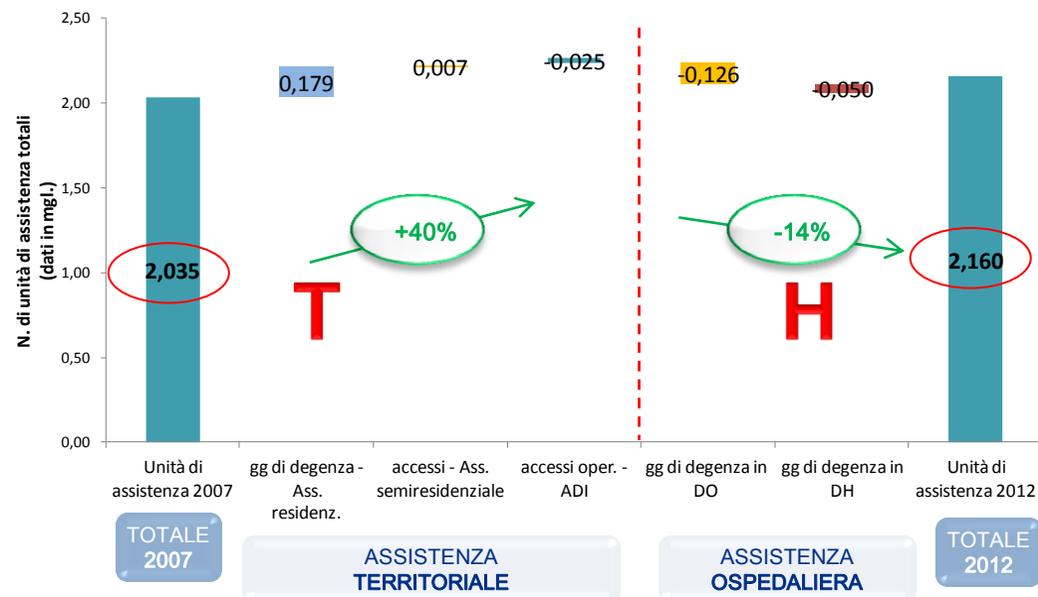
# Il Piano integrato Ospedale – Territorio (2/4)

Tali evidenze confermano che, nel periodo considerato, il percorso intrapreso dalle Regioni, soprattutto quelle in Piano di Rientro, è stato finalizzato alla promozione di **interventi volti all'incremento dell'assistenza a livello territoriale**, a seguito anche ad esempio di processi di riorganizzazione e riconversione delle strutture territoriali.

**ITALIA - Variazione delle unità di assistenza dal 2007 al 2012**



**REGIONI IN PDR - Variazione delle unità di assistenza dal 2007 al 2012**



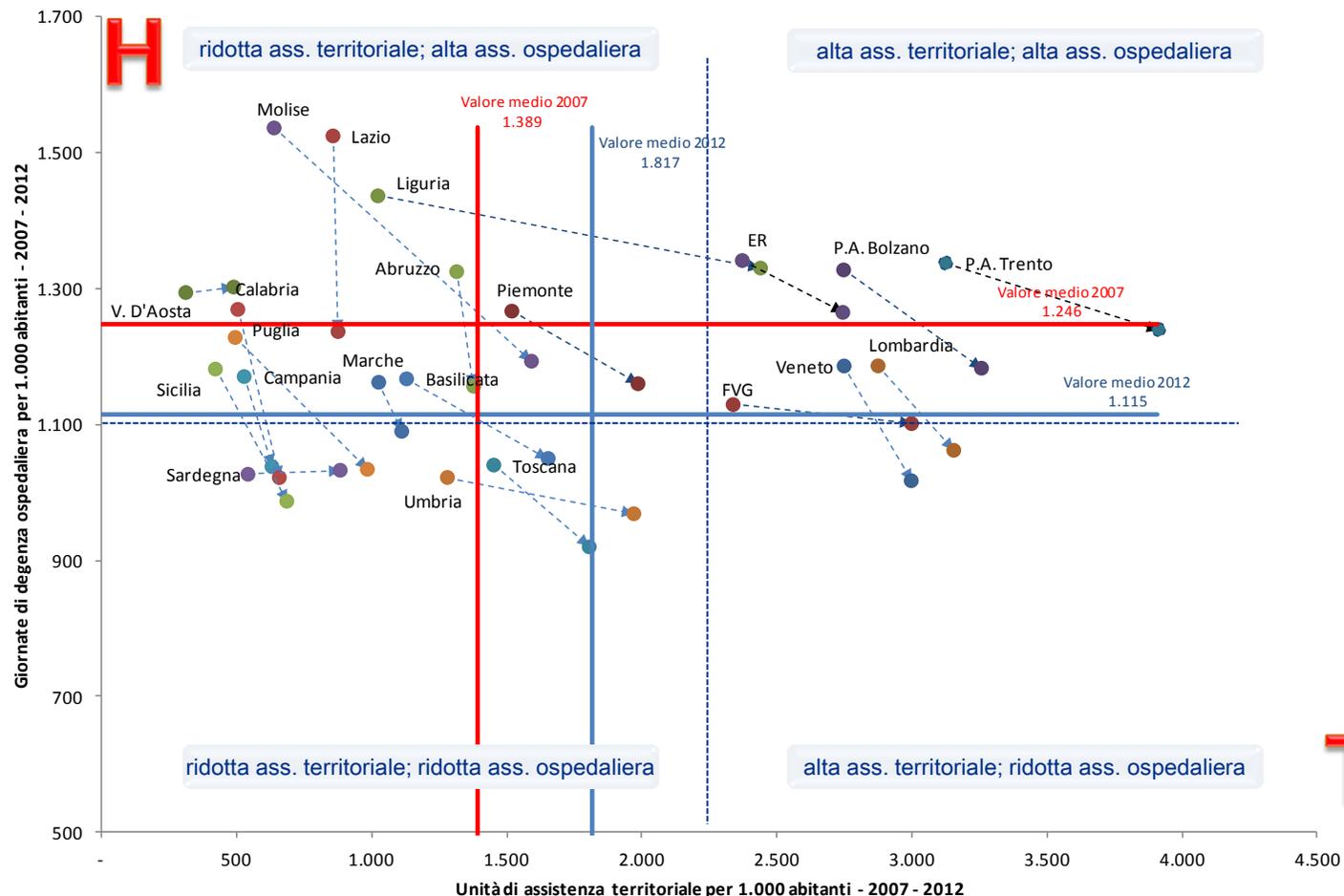
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Il Piano integrato Ospedale – Territorio (3/4)

Tutte le Regioni, dal 2007 al 2012, potenziano l'assistenza territoriale (valore medio 2012 – 1.817 gg per 1.000 ab.) e riducono l'assistenza ospedaliera attestandosi, nel 2012 ad un valore medio di ca. 1.115 gg per 1.000 abitanti

Variatione regionale delle unità di assistenza territoriale e giornate di degenza ospedaliere -Anno 2007 - 2012



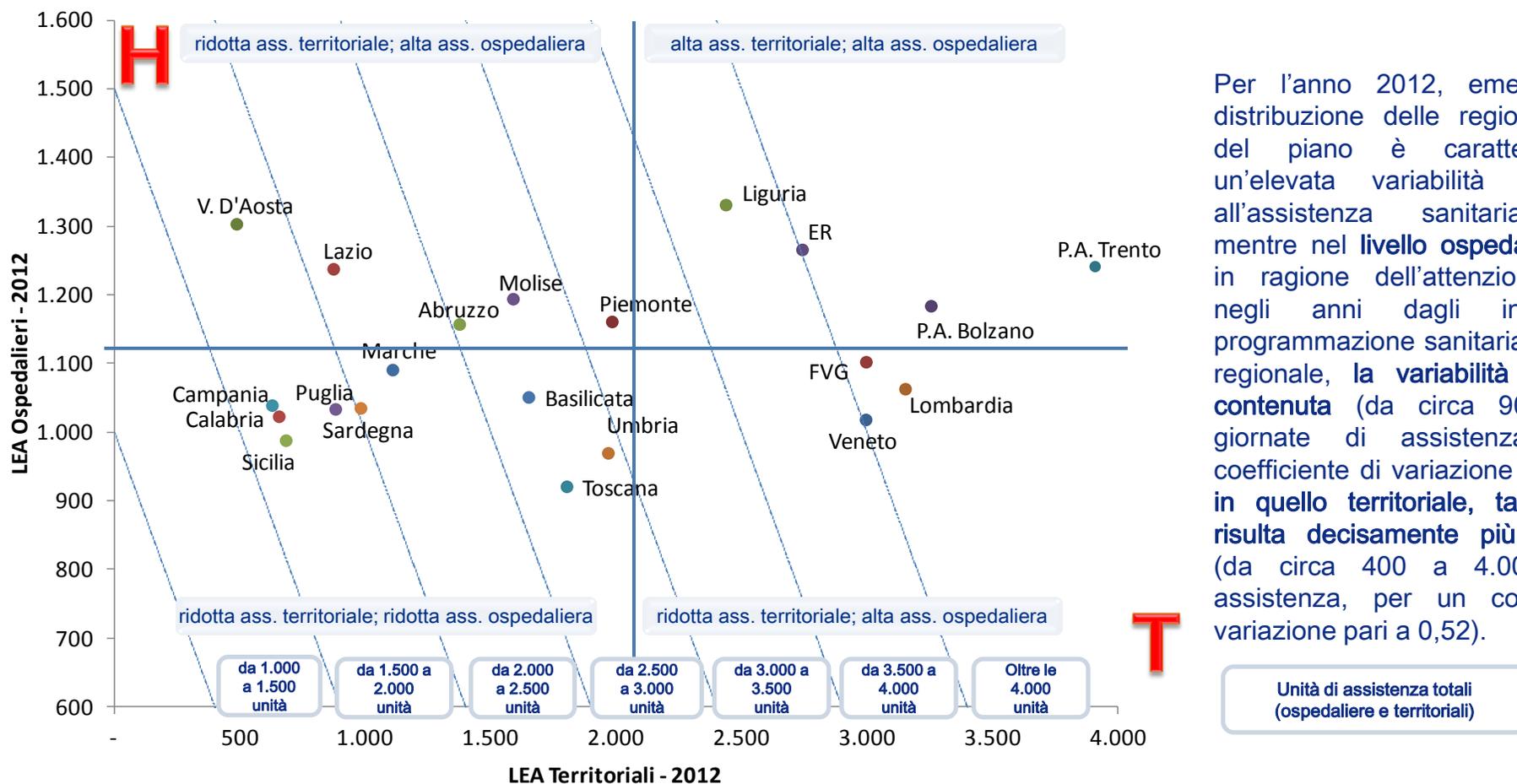
Dal grafico, che pone a confronto sullo stesso piano l'assistenza ospedaliera e territoriale (c.d. Piano Ospedale-Territorio), consentendo una lettura combinata dei due ambiti assistenziali, si evince che tra le **Regioni in PdR**, per il **Molise** e la **Puglia** si rileva una notevole crescita delle unità di assistenza territoriale.

Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS



# Il Piano integrato Ospedale – Territorio (4/4)

Distribuzione regionale delle unità di assistenza territoriale e delle giornate di degenza ospedaliere - Anno 2012



Per l'anno 2012, emerge che la distribuzione delle regioni all'interno del piano è caratterizzata da un'elevata variabilità nel ricorso all'assistenza sanitaria: tuttavia, mentre nel **livello ospedaliero**, anche in ragione dell'attenzione dedicata negli anni dagli interventi di programmazione sanitaria nazionale e regionale, **la variabilità appare più contenuta** (da circa 900 a 1.400 giornate di assistenza, per un coefficiente di variazione pari a 0,10), **in quello territoriale, tale variabilità risulta decisamente più consistente** (da circa 400 a 4.000 unità di assistenza, per un coefficiente di variazione pari a 0,52).

Nel grafico sono state, inoltre, individuate delle **aree di iso-assistenza**, ossia delle fasce all'interno delle quali, indipendentemente dalla tipologia di assistenza, ospedaliera e/o territoriale, la **quantità di unità di assistenza ricevute dai pazienti residenti nella regione è analoga**.

Si nota, ad esempio, che realtà come Abruzzo ed Umbria, pur ricadendo nella stessa area di iso-assistenza, e registrando, quindi, una quantità di unità di assistenza totale compresa tra i valori di 2.500 e 3.000, presentano un differente mix: 1.967 unità di assistenza territoriale e 970 giornate di assistenza ospedaliera per l'Umbria rispetto alle 1.375 unità di assistenza territoriale e 1.157 giornate di assistenza ospedaliera per l'Abruzzo.

Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS

**Introduzione**

**Analisi assistenza territoriale**

**Analisi assistenza ospedaliera**

**Piano integrato ospedale-territorio**

**Analisi assistenza farmaceutica**

**Risultati economici SSN e Griglia LEA**

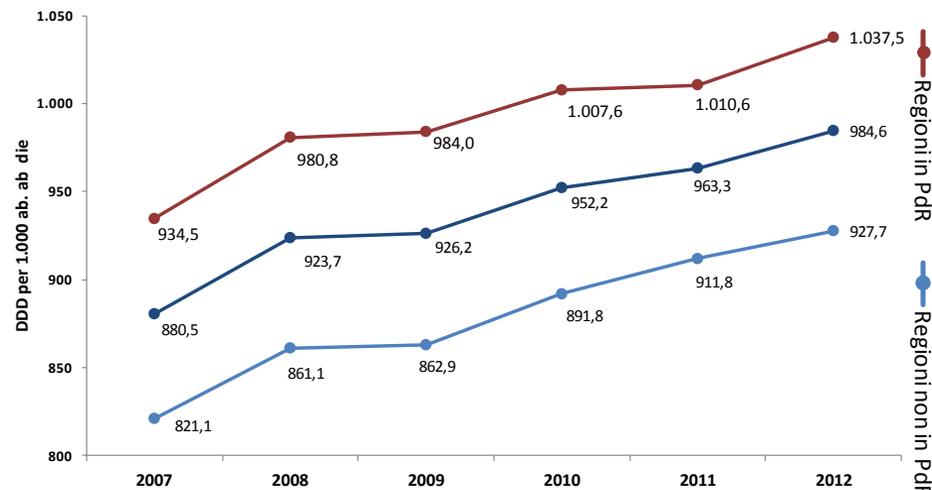


# Assistenza farmaceutica – Consumi territoriali vs spesa netta pro-capite

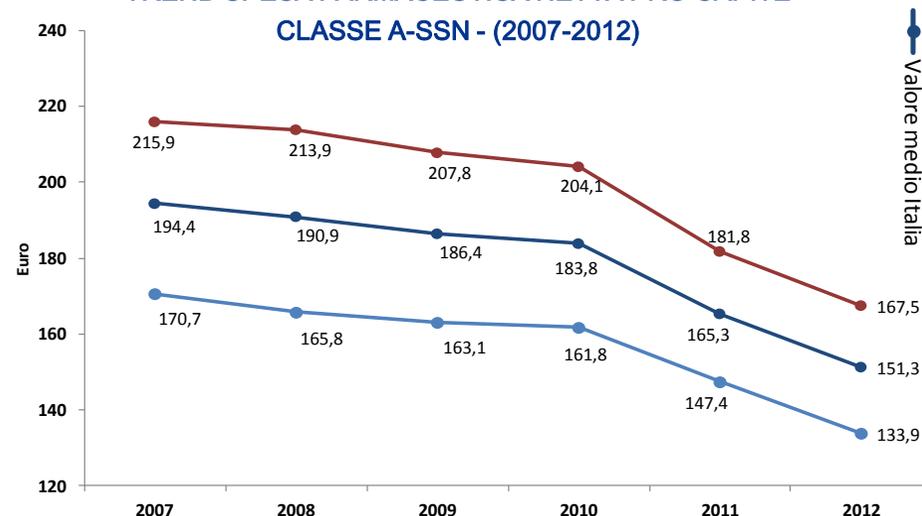
Nel periodo 2007 – 2012, si riscontra, a livello medio Italia, che a fronte di un **aumento dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN**, pari al **12%**, si è registrata una **riduzione della spesa farmaceutica netta pro capite di farmaci di classe A-SSN del 22%**. Ciò è dovuto alla messa in atto di interventi di razionalizzazione dei consumi e della spesa (ad esempio incentivazione all'utilizzo dei farmaci generici, ricorso alla distribuzione diretta e per conto che molte Regioni hanno adottato, introduzione di meccanismi di pay-back, e di formule di compartecipazione alla spesa).

La spesa, infatti, passa da € 102 della P.A. di Bolzano (-33% rispetto al valore medio Italia di € 165) a € 192 della Regione Sardegna (+27% rispetto al valore medio Italia). Per le **Regioni in Piano di Rientro** si registra una spesa media pro capite pari a **€ 167**, con uno scostamento percentuale medio rispetto alla spesa media nazionale pari al **+10%**. Nonostante ciò, per tali Regioni si riscontra un trend di consumi e spesa farmaceutica simile a quello medio nazionale.

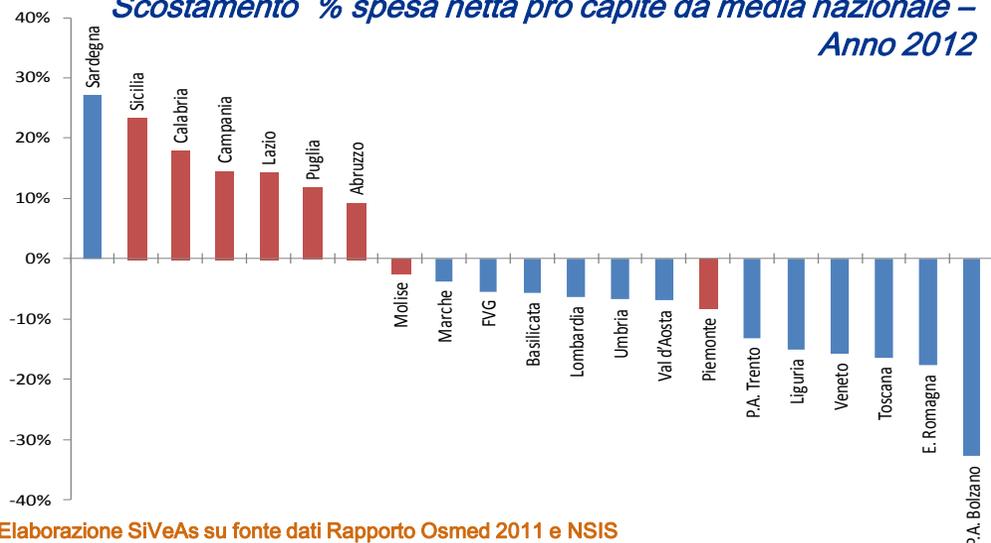
## TREND CONSUMI FARMACEUTICI TERRITORIALI CLASSE A-SSN (2007-2012)



## TREND SPESA FARMACEUTICA NETTA PRO CAPITE CLASSE A-SSN - (2007-2012)



## Scostamento % spesa netta pro capite da media nazionale – Anno 2012



Elaborazione SiVeAs su fonte dati Rapporto Osmmed 2011 e NSIS



**Le fonti informative per il monitoraggio dei LEA**

**Piano integrato ospedale-territorio**

**Analisi assistenza ospedaliera**

**Analisi assistenza territoriale**

**Analisi assistenza farmaceutica**

**Risultati economici SSN e Griglia LEA**



# Il modello di riferimento

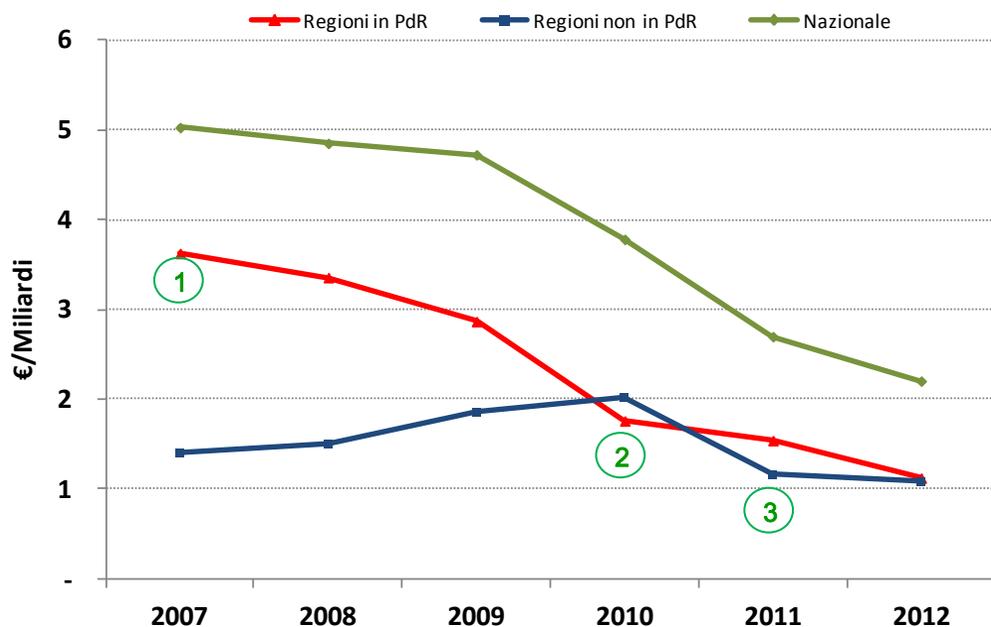
I Piani di Rientro hanno quindi come obiettivo primario un percorso di risanamento strutturale dei Sistemi Sanitari regionali ed il conseguente riequilibrio economico finanziario



**Necessario ricordare che i consuntivi economici (e quindi costi e disavanzi) sono l'effetto delle scelte di programmazione sanitaria e delle relative azioni attuate sui diversi livelli di assistenza**

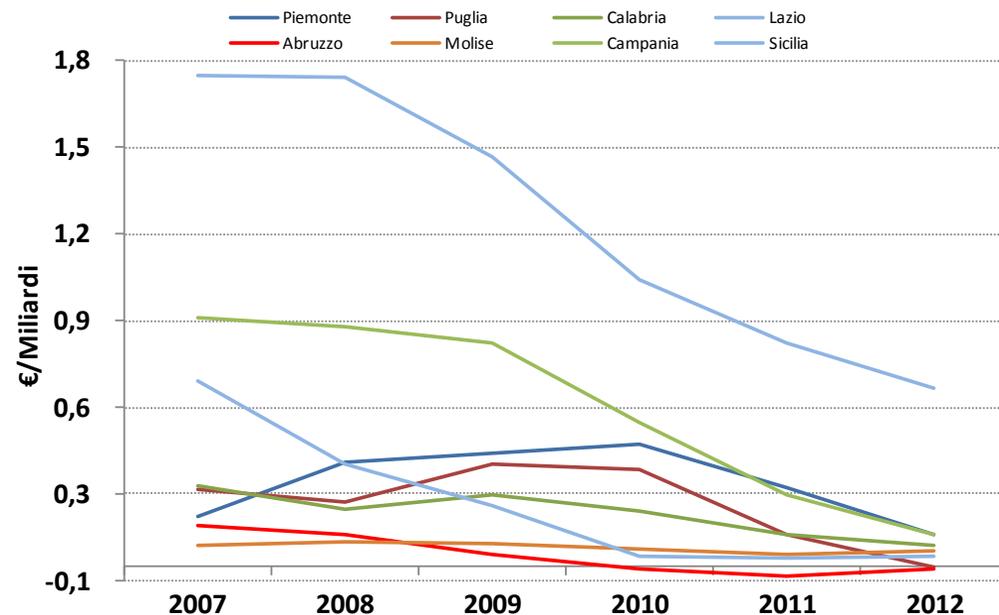
## Risultati di gestione del SSR prima delle coperture dal 2007 al 2012

Trend disavanzo del SSN 2007-2012



- 1) Anno 2007 - Regioni comprese: Abruzzo; Campania; Lazio; Liguria; Molise; Sardegna; Sicilia
- 2) Anno 2010 - Dalle precedenti: sono escluse le Regioni Liguria e Sardegna; è inclusa la Regione Calabria
- 3) Anno 2011 - Oltre alle Regioni del 2010 sono ricomprese le Regioni Puglia e Piemonte

Trend disavanzi Regioni in Piano di Rientro nel 2012

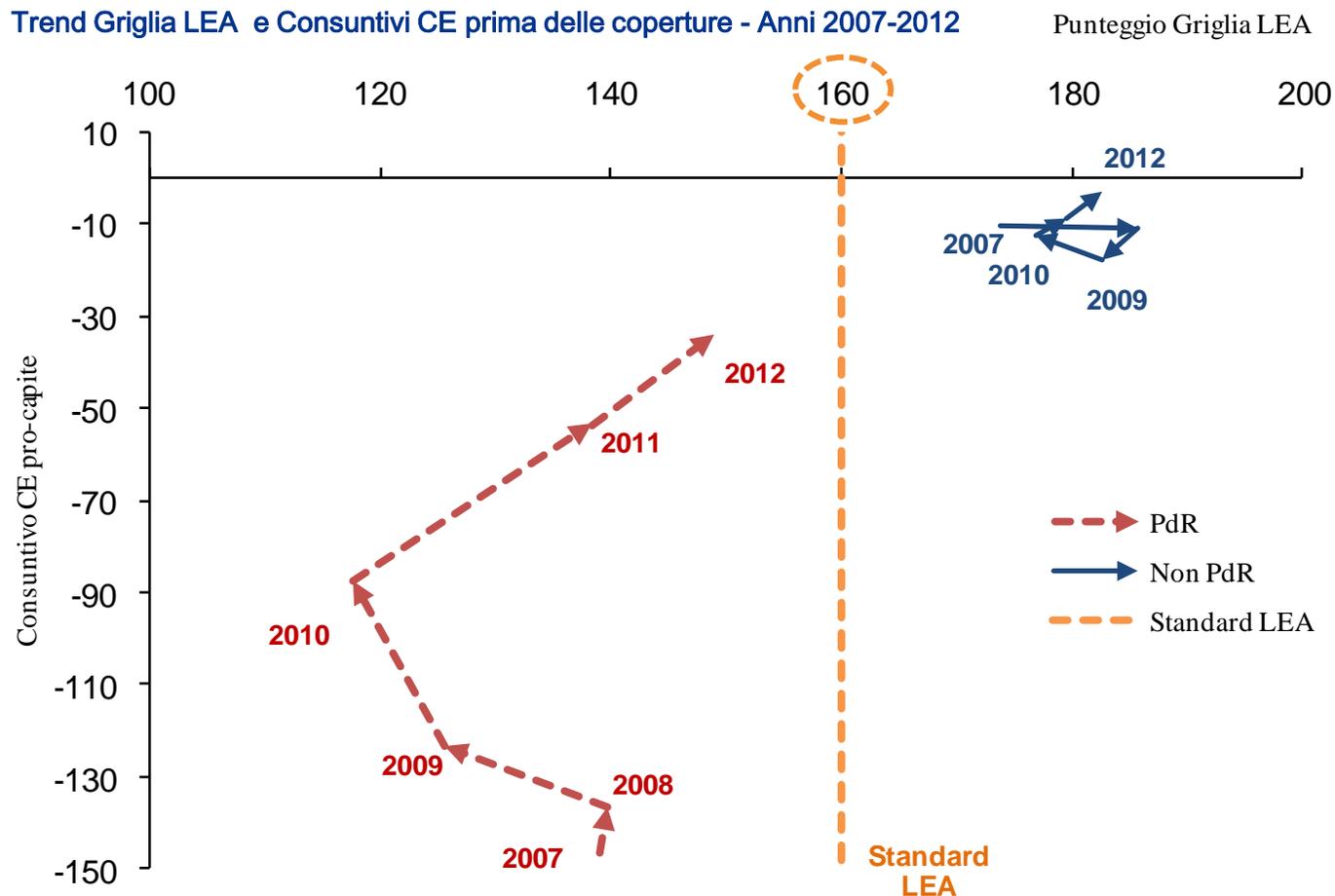


Elaborazione DGPROG su fonte dati NSIS



## I Livelli Essenziali di Assistenza e i risultati di gestione 2007-2012 complessivi nelle Regioni in Piano di Rientro

Trend Griglia LEA e Consuntivi CE prima delle coperture - Anni 2007-2012



Il grafico riporta i trend dei punteggi della Griglia LEA (in asse delle ascisse) e dei Consuntivi CE prima delle coperture (in asse delle ordinate) dal 2007 al 2012.

Il grafico pone in evidenza come si posizionano complessivamente le Regioni in PdR (valore medio) rispetto alle altre regioni non in PdR, sia da un punto di vista di erogazione dell'assistenza, sia di gestione economico-finanziaria.

Dal confronto emerge che le Regioni in PdR:

- presentano punteggi della Griglia LEA inferiori alle Regioni non in PdR;
- fanno registrare un significativo miglioramento nei consuntivi nel periodo in esame rispetto alle Regioni non in PdR, mentre lo stesso non può dirsi in termini di erogazione dei LEA.

N.B. - Regioni oggetto dell'analisi: Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lombardia, Veneto, Marche, Piemonte, Basilicata, Liguria, Molise, Abruzzo, Lazio, Sicilia, Puglia, Campania, Calabria.

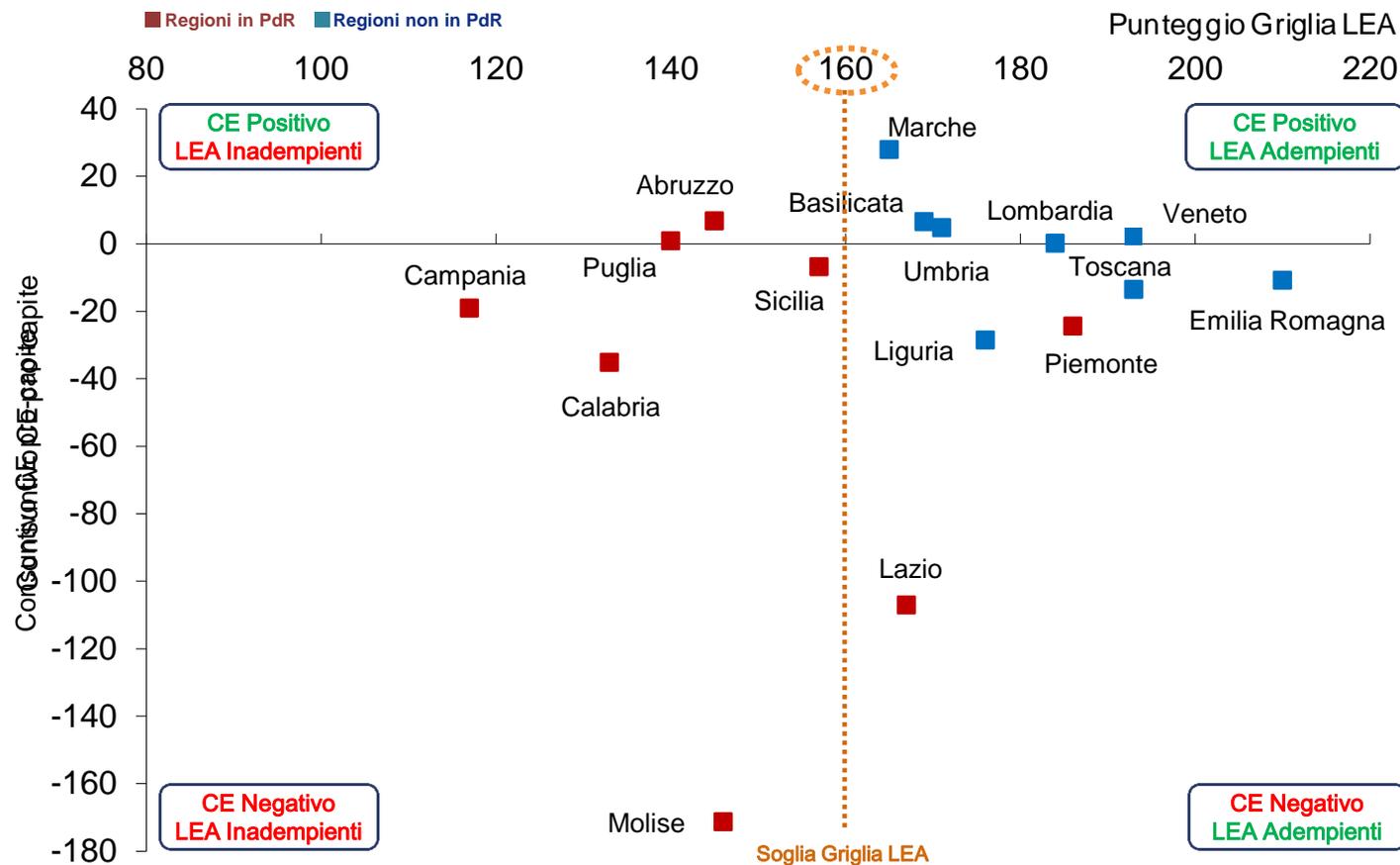
Elaborazione SiVeAS su fonte dati Griglia LEA e NSIS



# Costi vs LEA

## La distribuzione delle singole Regione sottoposte alla verifica degli adempimenti LEA per il 2012

Posizionamento Griglia LEA e Consuntivi CE prima delle coperture per Regione – Anno 2012



Osservando il posizionamento delle singole Regioni, sottoposte alla verifica degli Adempimenti LEA, emerge un'ampia variabilità dei dati di CE sia tra le Regioni in PdR che non in PdR.

Viceversa prendendo in esame il punteggio della Griglia LEA, si denota una netta spaccatura tra le Regioni in PdR rispetto alle altre. Soltanto Piemonte e Lazio tra le Regioni in Piano superano la soglia di adempienza (160), posizionandosi con le Regioni non in PdR. Le altre si attestano a valori inferiori rispetto alla soglia.

Le Regioni in PdR, con la sola eccezione dell'Abruzzo e della Puglia, presentano valori a CE prima delle coperture negativi.

Elaborazione SiVeAS su fonte dati Griglia LEA e NSIS

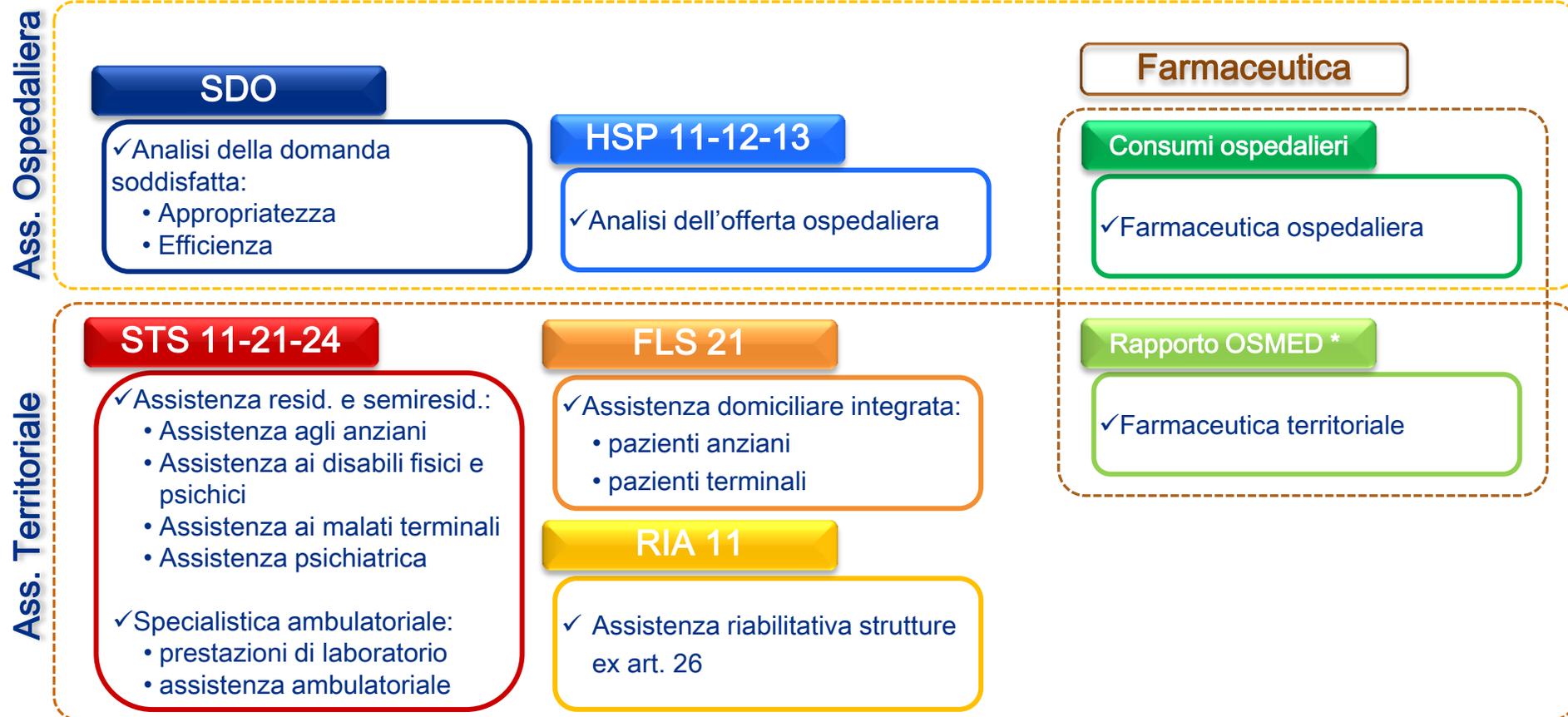


# ALLEGATI



# Le fonti informative per il monitoraggio dei LEA

## I dati utilizzati per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza nelle Regioni in PdR



\* Fonte *Rapporto Osmed* – Agenzia Italiana del Farmaco

Fonte dati SIS – NSIS del Ministero della Salute

