

CAPITOLO 3

L'OSPEDALE

L'OSPEDALE

Negli anni recenti, in particolare dal 2009, si è osservato in Toscana un rilevante processo di deospedalizzazione.

Le cure in ospedale sono state rivolte sempre più a patologie di maggiore impegno, e più efficiente è stato l'uso dei diversi *setting* disponibili. Da ciò è conseguita una riduzione della necessità di posti letto. In questi anni gli esiti delle cure hanno continuato a migliorare e i confronti con i dati nazionali sono molto positivi per la Toscana.

Ha contribuito a rendere possibile questo la crescita qualitativa delle cure territoriali e il trasferimento nella pratica clinica delle innovazioni della medicina, di quelle organizzative, tecnologiche e farmacologiche. Tutto ciò ha reso più facile l'aumento delle attività ambulatoriali e della *day surgery* come alternativa a quelle di ricovero. La sanità d'iniziativa ha dato anch'essa il suo contributo dimostrando un ruolo attivo nell'anticipare l'espressione di malattia e nel contenere la progressione delle malattie croniche.

La Regione Toscana, coerentemente a questa evoluzione, ha orientato e sostenuto un cambiamento nell'utilizzo

della risorsa "letto ospedaliero", esaltandone il suo valore come fattore chiave per affrontare le patologie più gravi, senza disperderne il potenziale in altri usi di minore utilità.

RETE DEI PRESIDI E ATTIVITÀ DI RICOVERO

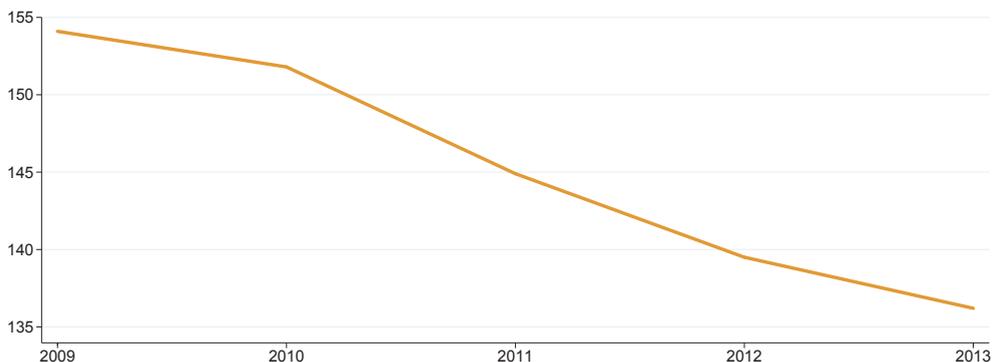
Al 2013 in Toscana sono presenti 68 ospedali (83 "stabilimenti ospedalieri", tra pubblici e privati accreditati). Le aziende ospedaliere universitarie (AOU) sono 4, e altrettanti sono gli istituti di ricerca a carattere scientifico (IRCCS), 47 sono le strutture aziendali (presidi ospedalieri delle AUSL) e 28 quelle del privato accreditato (PACCR). Questi complessivamente hanno 12.978 letti, di cui 1.182, pari al 9%, destinati alla riabilitazione e lungodegenza (1.089 ordinari e 93 day hospital).

Il tasso di ospedalizzazione (**Figura 3.1**), passando da 154 al 136 per 1.000, sta creando le condizioni per operare un ulteriore ammodernamento del sistema, dimostrando un buon equilibrio tra domanda ed offerta.

Anche le politiche intraprese per migliorare la qualità delle cure, l'attenzione

Figura 3.1

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti, popolazione standard: Toscana, 2011– Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: Laboratorio MeS



verso la persona malata, la cautela nello sradicare il paziente dal suo contesto familiare sono state d'aiuto per un uso ancor più appropriato della risorsa posto letto (PL), consentendone la costante e progressiva riduzione.

In questa prospettiva, in continuità con le politiche regionali, il sistema ospedaliero è stato ulteriormente orientato dalla DGRT 1235/2012, che, ribadendo il potenziamento del territorio, ha previsto di portare il parametro dei posti letto per 1.000 abitanti da 3,7 a 3,15 (inclusa riabilitazione e lungodegenza).

Il rischio meccanicistico di tali dispo-

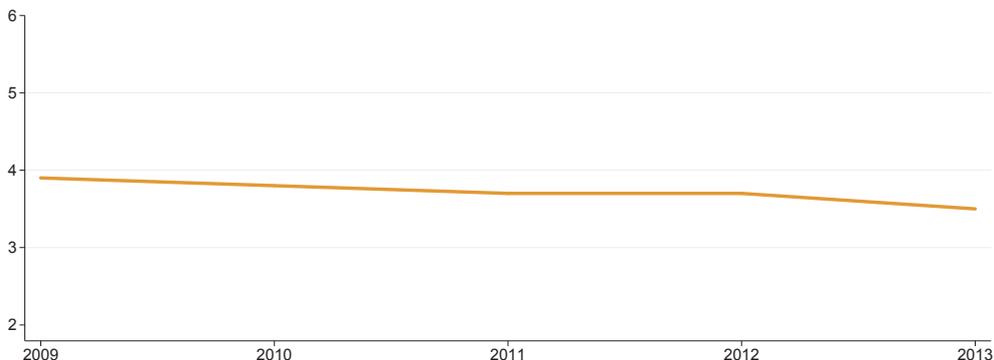
sitivi normativi è stato scongiurato considerando le diversità di contesti organizzativi aziendali e dei fabbisogni dei relativi bacini territoriali di riferimento.

La combinazione di questi elementi ha reso possibile la costante riduzione del parametro letto per abitanti, che è passato dal 3,9 per 1.000 nel 2009 al 3,5 per 1.000 del 2013 (comprensivo di lungo degenza e riabilitazione) (**Figura 3.2**).

Tra il 2009 e il 2013 i posti letto ordinari per acuti sono diminuiti di 1.549 unità, dei quali quasi 1.000 nell'ultimo biennio.

Figura 3.2

Andamento dei posti letto per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2009–2013 – Fonti: ARS e Regione Toscana



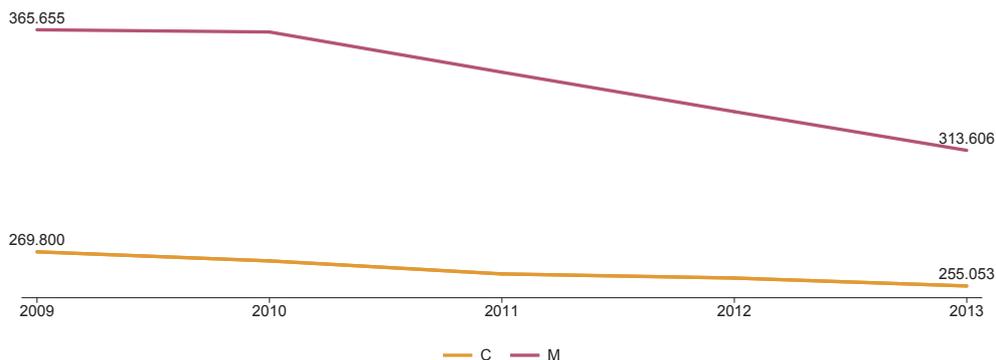
ATTIVITÀ DEGLI OSPEDALI TOSCANI

Nel 2013 negli ospedali toscani sono stati effettuati 568.659 ricoveri, di cui 29.294 per parto (5,1%) e 13.811 per riabilitazione o lungodegenza (2,4%)¹. Il 64% è rappresentato dai ricoveri ordinari con degenza maggiore di un giorno, il 12% dai ricoveri ordinari di un giorno e il 24% da quelli in day hospital (DH). Dei ricoveri per acuti in regime ordinario, il 40% deriva dai ricoveri urgenti e il 60% da ricoveri programmati (di cui il 20% con preospedalizzazione).

La progressiva riduzione dei ricoveri (**Figura 3.3**) vede ragioni diverse per i DRG (*Diagnosis Related Group* ovvero Raggruppamenti omogenei di diagnosi) chirurgici e quelli medici. Per i primi si è osservato un congruo spostamento dell'attività in regime ambulatoriale. Per la riduzione dei DRG medici le cause sono anche in relazione alla migliorata integrazione tra ospedale e territorio, grazie alle attività svolte dalle articolazioni dei medici di medicina generale e all'applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici centrati sul bisogno del paziente, superando il concetto di percorso orientato sulla singola patologia.

Figura 3.3

Andamento del numero di ricoveri per DRG medici e chirurgici – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: ARS



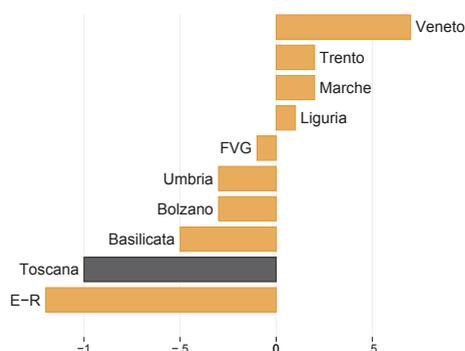
L'efficienza dei processi di ricovero raggiunta in Toscana è evidenziata dal report del Ministero della salute sull'ospedalizzazione in Italia nel 2013². In Toscana la degenza media standardizzata per *case mix*, pari a 6,05 giorni, è la più bassa in Italia. Così come, nel report del Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali prodotto dal Laboratorio MeS, il confronto con l'indice di *performance* della degenza media fra le regioni aderenti al *network* mostra che la Toscana

produce meno giornate di ricovero rispetto alla media delle regioni partecipanti, seconda solo all'Emilia-Romagna (**Figura 3.4**).

I risultati sul tasso di ospedalizzazione e durata della degenza (complessivamente il sistema degli ospedali toscani in 5 anni ha guadagnato mezza giornata di degenza in meno), contestualmente agli indicatori di esito, evidenziano come l'impegno di coniugare efficienza e qualità delle cure sia possibile.

Figura 3.4

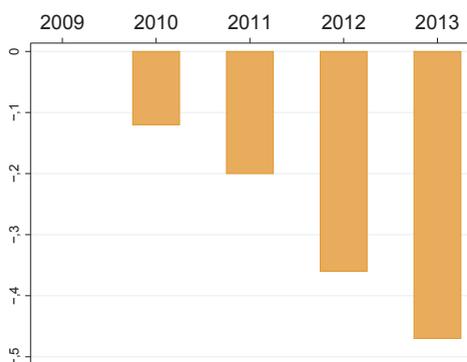
Indici di performance di degenza media (anno di riferimento per il calcolo: 2011) – Regioni aderenti al network, anno 2013 – Fonte: Laboratorio MeS



Nel corso della progressiva riduzione della durata della degenza, solo nell'anno 2013 c'è stata una riduzione di circa 300mila giornate di degenza, che corrispondono al potenziale risparmio di 800 posti letto (Figura 3.5).

Figura 3.5

Indici di performance di degenza media (anno di riferimento per il calcolo: 2009) – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: Laboratorio MeS



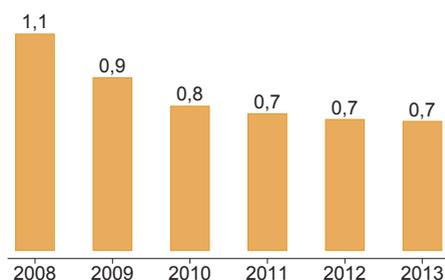
A tale performance ha contribuito in modo sostanziale la buona pianificazione e gestione dei percorsi di chirurgia

elettiva, che vede la Toscana con una degenza preoperatoria fra le più basse in Italia².

Tra il 2008 e il 2013 c'è stato un dimezzamento dei tempi pre-operatori, oggi pari a 0,68 giorni di degenza in media (Figura 3.6). Questo fenomeno, oltre a dare la possibilità ai pazienti di rimanere nel proprio ambito familiare più a lungo, consente di aumentare l'offerta di posti letto, utilizzandoli con migliore efficienza, e di ampliare le opportunità di cura.

Figura 3.6

Andamento della degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati – Toscana, periodo 2008-2013 – Fonte: Laboratorio MeS



Le azioni di governo clinico in Toscana hanno sempre coniugato l'aumento dei livelli di efficienza dei processi con l'uso appropriato dell'ospedale, rafforzando così il suo ruolo di luogo di cura per acuti.

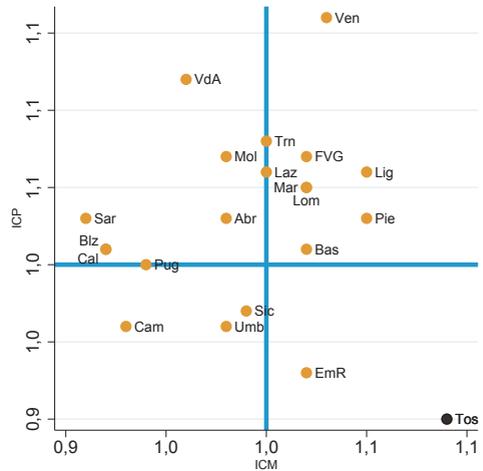
L'indice di *case mix* (ICM), basato sul peso medio dei DRG prodotti, è una buona stima della complessità della casistica trattata e quindi proxy dell'appropriatezza. Valori inferiori a uno indicano minore complessità rispetto allo standard di riferimento, superiori ad uno maggiore complessità.

L'indice di *case performance* (ICP) è basato, invece, sulla lunghezza delle degenze e descrive l'efficienza di un

ospedale. L'interpretazione dell'ICP è inversa a quella dell'ICM: valori superiori ad uno indicano degenze più lunghe, inferiori ad uno più brevi. La lettura congiunta di questi due indici consente una buona stima del valore del ricovero ospedaliero.

La complessità dei ricoveri nel 2013 in Toscana è la più alta (ICM 1,09) d'Italia, con un ICP tra i più bassi (0,90): a parità di gravità dei casi è quindi migliore l'efficienza del ricovero (Figura 3.7). Rispetto al 2012 si è osservato un miglioramento: gli ospedali mantengono la stessa efficienza incrementando ulteriormente la complessità della casistica (ICM di 1,08 nel 2012).

Figura 3.7
Indice di case mix e case performance: ricoveri per acuti in regime ordinario – Italia, anno 2013 – Fonte: Ministero della salute



Il risultato descritto deve essere osservato insieme all'andamento dell'attività di ricovero (Figura 3.8).

Dal 2008 ad oggi osserviamo una riduzione dei DRG medici, sia in ricovero ordinario che in day hospital. Nel 2013 sono stati rispettivamente 234.302 e 65.458.

Nel quinquennio 2008–2013 anche i DRG chirurgici diminuiscono, seppur in

minor misura. Quelli in regime ordinario passano da 186.391 a 137.769, quelli in day surgery da 127.135 a 117.219.

Tra i primi 20 DRG medici e chirurgici erogati in Toscana (Tabella 3.1 e Tabella 3.2), nel 2013 mostrano un peso importante quelli relativi alle nascite e alla salute delle donne (parto, interventi su utero e annessi), alle malattie cardio-respiratorie, alla traumatologia ed ortope-

Figura 3.8
Andamento del numero di ricoveri per DRG medici e chirurgici e regime di ricovero (ricoveri per acuti) – Toscana, periodo 2008-2013 – Fonte: ARS

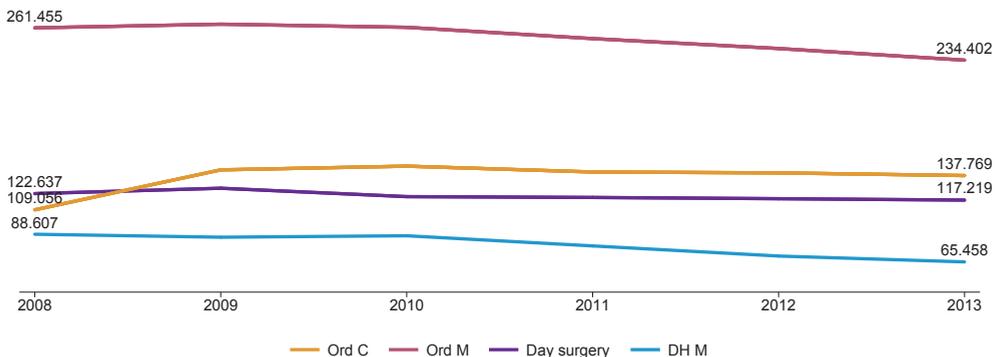


Tabella 3.1

Distribuzione di frequenza dei primi 20 DRG medici erogati dalle strutture toscane – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS

DRG	N	%
Parto senza diagnosi complicanti	20.846	6,6
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	18.304	5,8
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	15.151	4,8
Insufficienza cardiaca e shock	10.335	3,3
Psicosi	8.231	2,6
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	8.119	2,6
Insufficienza renale	6.158	2,0
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	6.109	1,9
Setticemia senza ventilazione meccanica > o = 96 or, età > 17 anni	5.141	1,6
Malattie degenerative del sistema nervoso	5.023	1,6
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	4.289	1,4
Neoplasie dell'apparato respiratorio	3.713	1,2
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	3.194	1,0
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	3.156	1,0
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.151	1,0
Ischemia cerebrale transitoria	3.104	1,0
Neonati con altre affezioni significative	3.037	1,0
Radioterapia	3.021	1,0
Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	2.842	0,9
Malattie del tessuto connettivo senza CC	2.724	0,9
Altro	177.958	56,7
Totale	313.606	100

dia, alle neoplasie e malattie del sistema nervoso centrale.

Tra il 2009 e il 2013 si è osservata anche un progressiva e costante riduzione della proporzione dei DRG medici dimessi dai reparti chirurgici in regime ordinario e day hospital (**Figura 3.9**).

La percentuale di day hospital con finalità diagnostica nel periodo 2009-2013 si è quasi dimezzata, passando dal 42% al 24% (**Figura 3.10**).

Queste misure mostrano il pieno conseguimento dell'adempimento LEA in materia di uso appropriato dei *setting* assistenziali.

Meno evidente il fenomeno dei ricoveri ordinari brevi con DRG medico, che ha mostrato una riduzione: dal 18,7 al 16,5% (**Figura 3.11**).

Altro indicatore di qualità di assistenza ricompreso tra gli adempimenti LEA, e tracciante importante del buon funzionamento di un sistema ospeda-

Tabella 3. 2

Distribuzione di frequenza dei primi 20 DRG chirurgici erogati dalle strutture toscane - Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS

DRG	N	%
Sostituzione di articolazioni maggiori e reimpianto arti inferiori	13.035	5,1
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	10.576	4,1
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	10.046	3,9
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	9.421	3,7
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	8.685	3,4
Parto cesareo senza CC	6.537	2,6
Interventi sul piede	5.989	2,3
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	5.868	2,3
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.785	2,3
Interventi sulla tiroide	4.497	1,8
Interventi su ano e stoma senza CC	4.166	1,6
Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	4.137	1,6
Legatura e stripping di vene	4.119	1,6
Interventi su mano o polso eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	3.683	1,4
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.621	1,4
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	3.537	1,4
Interventi per via transuretrale	3.535	1,4
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	3.377	1,3
Interventi sui tessuti molli senza CC	3.129	1,2
Interventi sulla retina	3.014	1,2
Altro	138.296	54,2
Totale	255.053	100,0

liero, è il grado di tempestività dell'intervento dopo frattura di femore. Infatti si è in grado di valutare l'ospedale nel suo complesso: pronto soccorso, reparti di degenza, presa in cura ortopedica ed internistica, anestesiologia ed organizzazione dei blocchi operatori. La tempestività dell'intervento valutata attraverso la percentuale d'interventi eseguiti entro le 48 ore dalla frattura in

Toscana è passata dal 52% al 71% nel periodo 2009-2013.

Per quanto riguarda un altro importante indicatore LEA, i parti cesarei (NTSV), nel quinquennio 2009-2013 sono scesi dal 20,3% al 18,6%, valore fra i più bassi d'Italia e del *network* delle regioni. Altri buoni risultati in termini di appropriatezza e qualità delle cure vengono dai dati dei Pronto soccorso ospedalie-

Figura 3.9

Proporzione di DRG medici dimessi da reparti chirurgici in regime ordinario o day hospital – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: Laboratorio MeS

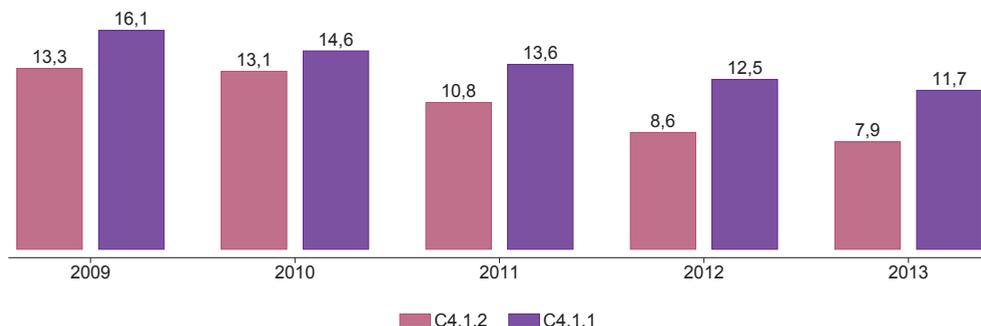


Figura 3.10

Proporzione di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la salute 2010-2012) – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: Laboratorio MeS

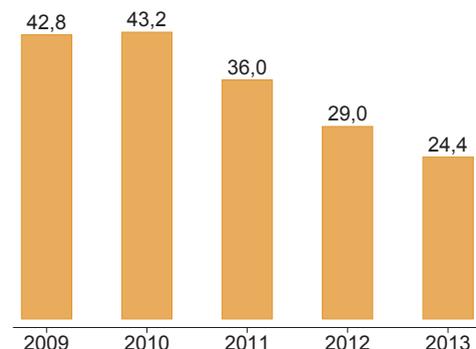
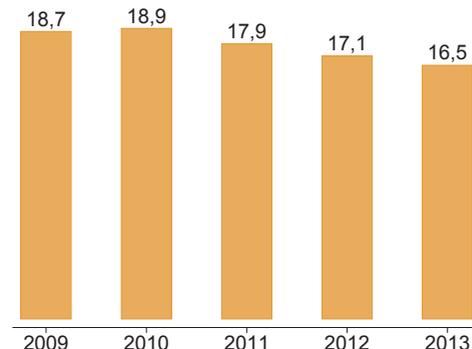


Figura 3.11

Proporzione di ricoveri ordinari brevi con DRG medico (Patto per la salute 2010-2012) – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: Laboratorio MeS

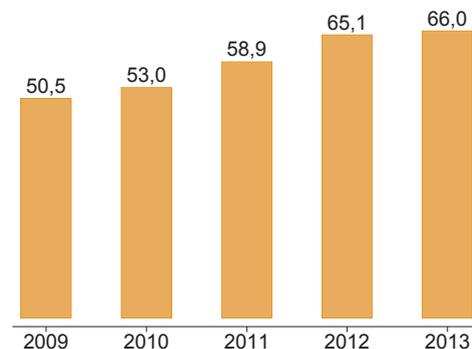


ri toscani. Un indicatore di interfaccia tra ospedale e Pronto soccorso, che dà un'indicazione sia sulla capacità di gestione dei posti letto sia della qualità professionale degli operatori, è il tempo di attesa dei pazienti in Pronto soccorso una volta disposto il ricovero. La percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempo di permanenza in PS entro 8 ore è del 91.2%. In altri termini, meno di 1 paziente su 10 attende per il ricovero più di 8 ore.

Un altro indice di buon uso della risorsa ospedale è la quota di colecistectomie laparoscopiche operate in *day surgery* (Figura 3.12). In Toscana tra il 2009 e

Figura 3.12

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in day surgery e ricovero ordinario (0-1 giorno) – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: Laboratorio MeS



il 2013 tale quota è aumentata, arrivando oltre il 65%. Contemporaneamente la percentuale di colecistectomie laparoscopiche è passata dal 50% al 66%.

Ci sono invece opportunità di migliorare per quanto riguarda il tasso dei reingressi in ospedale. La quota di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione in Toscana è pari al 9,1%, con un andamento costante

negli ultimi anni. Tale fenomeno è conseguenza di più fattori: l'elevata complessità dei pazienti che si ricoverano, la variabilità delle connessioni tra ospedale e territorio, il crescente numero di soggetti con malattie croniche e in condizioni di fragilità. Molteplici iniziative sono in corso al momento per migliorare e puntano su incrementi di qualità, sicurezza e continuità delle cure nei pazienti complessi.

ESITI DELL'OSPEDALE

I risultati di efficienza e appropriatezza dell'attività ospedaliera e il buon livello di aderenza agli adempimenti LEA non sono in grado da soli di illustrare completamente il livello di qualità e sicurezza delle cure raggiunto negli ospedali toscani.

Il Programma nazionale esiti (PNE) dell'Agenas pubblica ogni anno gli indicatori degli esiti di numerosi interventi sanitari forniti dal Sistema sanitario nazionale, assumendo così il ruolo di valutatore terzo ed indipendente, anche rispetto al Sistema sanitario toscano.

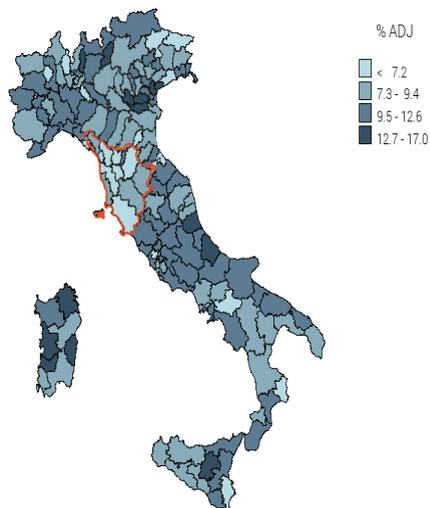
Anche nel 2013 la Toscana ha mantenuto il suo livello tradizionalmente alto in quanto a esiti clinici. Una minima proporzione di indicatori peggiori rispetto alla media nazionale, un primato condiviso con la sola Provincia autonoma di Trento.

Per descrivere gli esiti delle cure fornite dagli ospedali abbiamo selezionato alcune condizioni traccianti, cioè maggiormente indicative della capacità di un sistema sanitario di erogare cure di valore secondo la letteratura scientifica.

Per le patologie acute con prospettiva di cronicizzazione sono state scelte l'infarto miocardico acuto e l'ictus ischemico. Per fare un focus sul risultato della continuità di cura nelle patologie croniche sono stati scelti lo scompenso cardiaco e la broncopatia cronica ostruttiva (BPCO). Per l'efficacia dell'area oncologica, la mortalità dopo interventi per le neoplasie del colon, del polmone e dello stomaco.

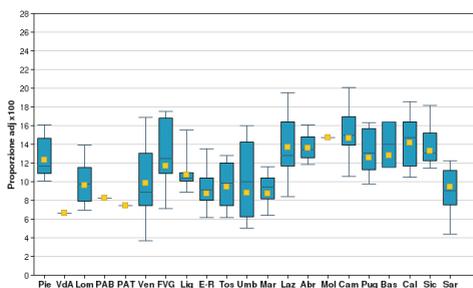
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni. In tutta la regione è pari o inferiore alla media nazionale (**Figura 3.13**)

Figura 3.13
Infarto miocardico acuto – Tasso aggiustato di mortalità a 30 giorni – Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti



La **Figura 3.14** evidenzia anche per l'**ictus** un buon andamento in Toscana.

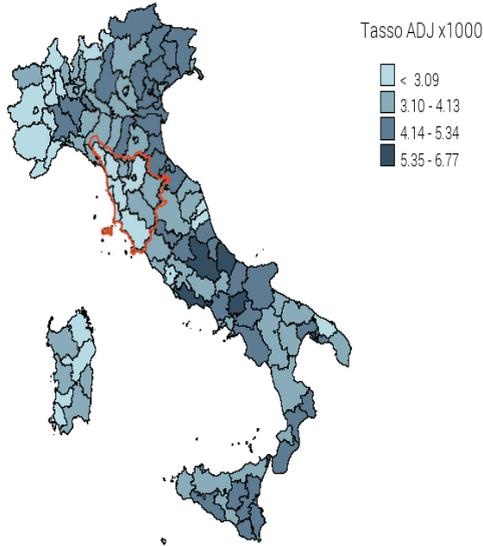
Figura 3.14
Ictus – Tasso aggiustato di mortalità a 30 giorni – Italia, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti



Per le **patologie croniche**, quali lo scompenso cardiaco, l'indicatore è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione e di riammissione entro 30 giorni (**Figura 3.15**).

Figura 3.15

Scopenso cardiaco – Tasso aggiustato di ospedalizzazione per 1.000 residenti – Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti



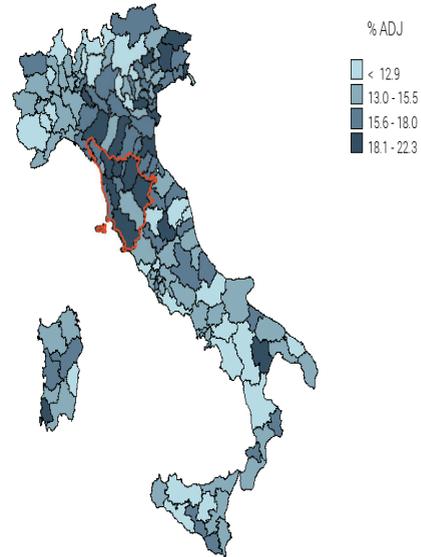
Si evidenzia come in Toscana vi sia un minor tasso di ricovero (azzurro più tenue), ma verosimilmente con pazienti più gravi che quindi rientrano frequentemente in ospedale, com'è anche visibile dalle gradazioni di colore nella **Figura 3.16**. Ciò nonostante anche il tasso di riammissioni in regione è inferiore alla media nazionale (Toscana 14.9% vs Italia 17.9%).

La cura della BPCO rappresenta un'area da presidiare, in cui attuare un'attenta analisi dei fenomeni per mettere in atto una strategia di miglioramento.

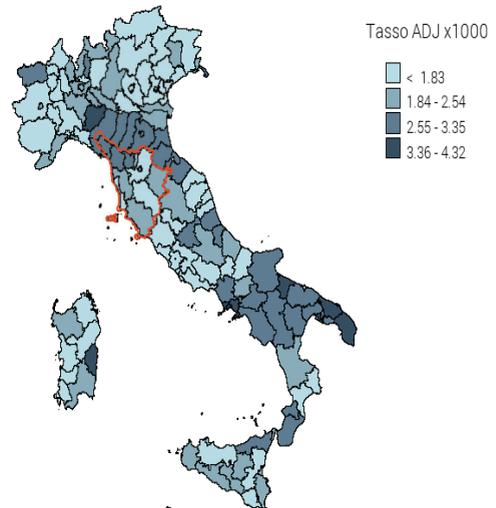
Infatti, come visibile in **Figura 3.17**, la Toscana presenta un basso tasso di ricovero, verosimilmente selezionando una casistica più grave. Infatti, il fatto che i tassi grezzi di ospedalizzazione (262,04 per 100.000) siano più elevati rispetto a quelli aggiustati (104,54 per 100.000)

Figura 3.16

Scopenso cardiaco – Tasso aggiustato di riammissione a 30 giorni – Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti

**Figura 3.17**

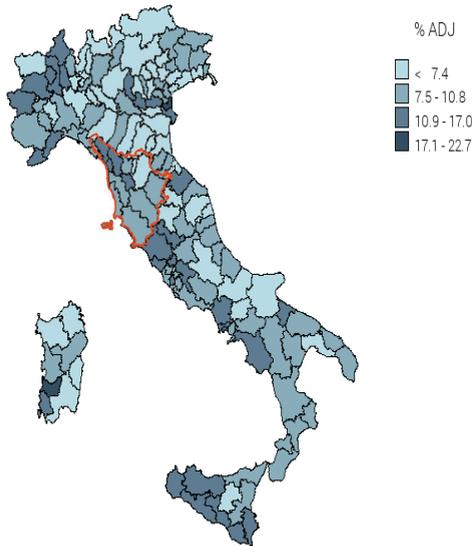
BPCO: tasso aggiustato di ospedalizzazione per 1000 residenti - Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: Agenas - Piano nazionale esiti



suggerisce che la popolazione ricoverata in Toscana per BPCO riacutizzata sia più grave della media nazionale. In effetti,

dalla **Figura 3.18**, si osserva una mortalità superiore alla media seppur all'interno della variabilità delle regioni italiane.

Figura 3.18
BPCO – Tasso aggiustato di mortalità a 30 giorni – Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti

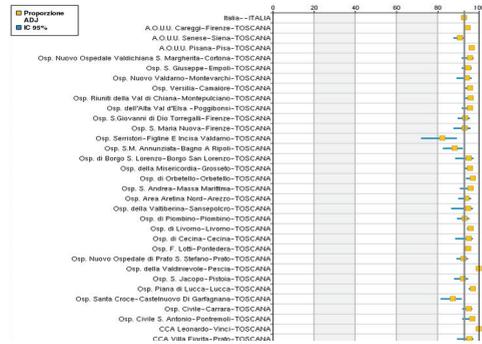


Come tracciante per il percorso chirurgico non oncologico, sono stati scelti come indicatori la proporzione di colecistectomie eseguite in laparoscopia e la tempestività d'intervento per frattura del femore.

Il **Figura 3.19** mostra come i risultati siano simili per i diversi ospedali, quindi come i benefici dell'innovazione siano equamente distribuiti su tutto il territorio; la tecnica laparoscopica viene ampiamente utilizzata in tutti i nostri ospedali, garantendo le pari opportunità di accesso all'alta tecnologia su tutto il territorio toscano.

L'altro tracciante di processo selezionato egualmente mostra come sia parimenti garantita l'opportunità di accesso

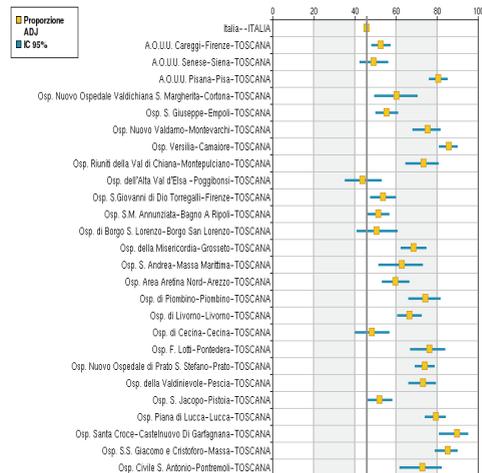
Figura 3.19
Colecistectomia in regime ordinario e day surgery – Proporzioe aggiustata di interventi in laparoscopia – Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti



alla tempestività del trattamento chirurgico dopo frattura di femore.

Come mostra la **Figura 3.20**, il 90% degli ospedali toscani è al di sopra della media nazionale.

Figura 3.20
Fratture del collo del femore – Proporzioe aggiustata di fratture con intervento chirurgico entro 2 giorni – Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti



Per l'area oncologica le mortalità dopo intervento per tumore dello stoma-

co, colon e polmone (**Figura 3.21, 3.22 e 3.23**) sono in linea o leggermente inferiori a quelle nazionali. Per l'intervento per neoplasia al colon la Toscana ha il tasso grezzo di mortalità allineato a quello italiano (4,2%). Per quanto riguarda la mortalità dopo intervento per tumore del colon e del polmone, si evidenziano risultati non statisticamente differenti dalla media nazionale.

Figura 3.21

Neoplasia del polmone – Tasso aggiustato di mortalità a 30 giorni – Toscana, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti

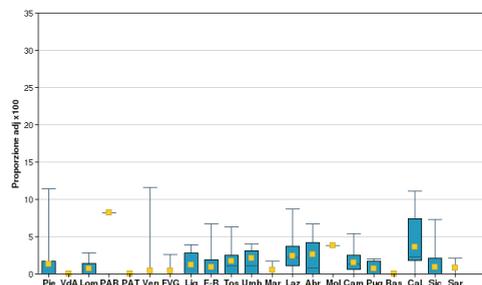
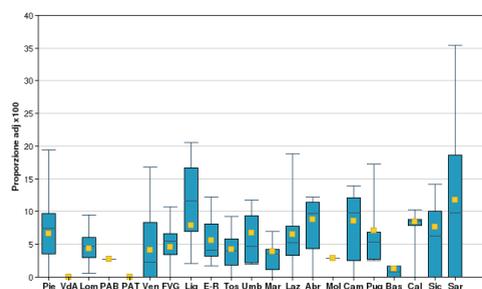


Figura 3.22

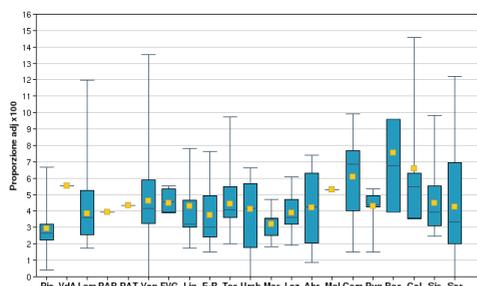
Neoplasia dello stomaco – Tasso aggiustato di mortalità a 30 giorni – Toscana, anno 2013 – Fonte: AgeNas - Piano nazionale esiti



In conclusione, gli esiti delle cure fornite in Toscana presentano buoni livelli di qualità, che vengono costantemente monitorati a livello nazionale dal PNE e a livello regionale dal Programma di osservazione degli esiti (PrO-

Figura 3.23

Neoplasia del colon: tasso aggiustato di mortalità a 30 giorni – Toscana, anno 2013 – Fonte: AgeNas



SE)³ dell'ARS. Entrambi gli strumenti forniscono un sistema d'indicatori, il cui uso si sta dimostrando in grado di promuovere il miglioramento attraverso la comprensione dei processi a livello di microsistemi, professionali ed organizzativi, con buoni margini di condivisione tra clinici e management, e quindi solidi risultati.

MOBILITÀ

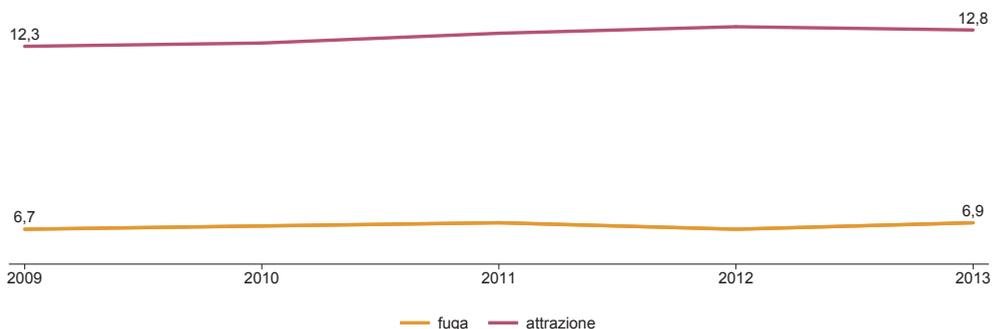
Nel corso del 2013 le aziende sanitarie toscane hanno soddisfatto la domanda di ricovero del 93% dei residenti toscani, mentre il 6,9% dei ricoveri di cittadini toscani è avvenuto in altre regioni italiane, per un totale di 36.950 ricoveri fuori regione (mobilità passiva)⁴. Al contrario, su 100 ricoveri effettuati in presidi toscani, il 12,8% è sostenuto da residenti di altre regioni (mobilità attiva), per un totale di 72.720 ricoveri.

L'andamento dei 2 indicatori di mobilità, in crescita già negli anni precedenti al 2009, mostrano ancora una lieve crescita fino al raggiungimento di una stabilità nell'ultimo biennio (2012-2013). Nella **Figura 3.24** ne è riportato il dettaglio.

Più del 70% dei cittadini toscani trovano risposta ai loro bisogni di ricovero nella propria AUSL o nell'azienda

Figura 3.24

Andamento dell'indice di mobilità attiva e passiva – Toscana, anni 2009-2013 – Fonte: ARS

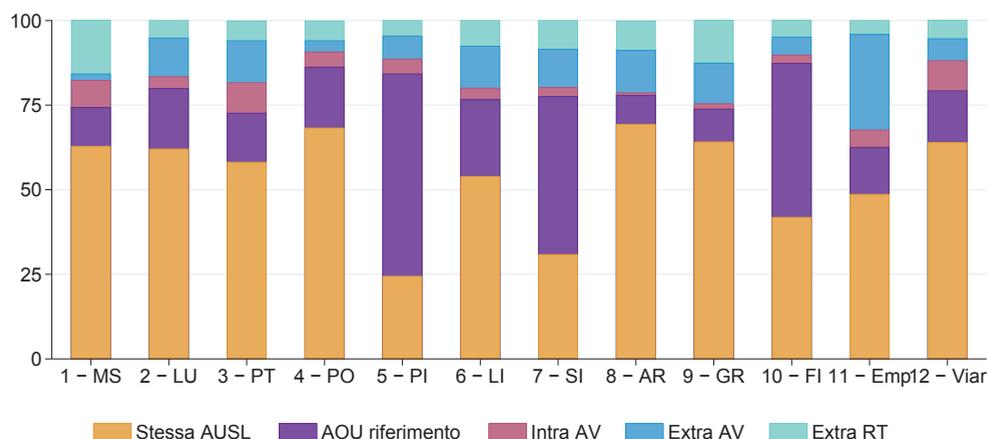


ospedaliero-universitaria di riferimento (**Figura 3.25**). Fanno eccezione solo i residenti di Empoli, per i quali questa quota è pari al 62%. Inoltre più del 90% riceve una risposta in regione, fatta eccezione dei residenti delle aziende di

Massa Carrara e Grosseto, dove la percentuale scende leggermente: 87% e 84% rispettivamente. La quota di ricoveri fuori regione si concentrano principalmente nelle aziende sanitarie collocate sui confini regionali.

Figura 3.25

Distribuzione dei ricoveri per AUSL di residenza ed istituto di erogazione di riferimento – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS

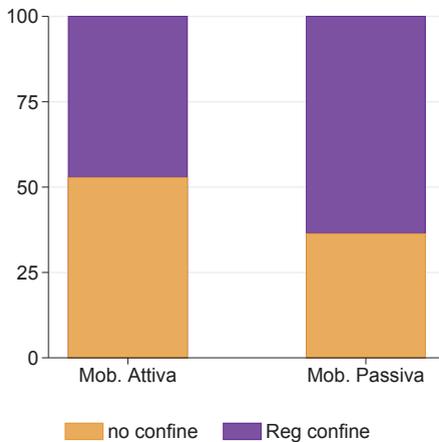


Le fughe dei cittadini verso altre regioni italiane sembrano determinate da una logica di confine: infatti il 63,7% di queste si rivolgono principalmente a regioni collocate proprio lungo i confini

toscani. Al contrario, il sistema ospedaliero toscano riesce ad attrarre maggiormente cittadini residenti in regioni non posizionate geograficamente lungo i confini regionali (**Figura 3.26**).

Figura 3.26

Quota di mobilità attiva e passiva per regione di confine – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS



Le motivazioni che spingono allo spostamento dei cittadini sono molteplici: ne diamo uno spaccato nelle **Tabelle 3.3** e **3.4** che seguono, dove sono riportati i primi cinque DRG (*Diagnosis-Related Groups* ovvero raggruppamenti omogenei di diagnosi) che raggruppano al loro interno circa il 16% dei ricoveri che compongono i 2 indici di mobilità. La presenza sul territorio toscano di centri di riferimento per le malattie della tiroide e le patologie psichiatriche sono alla base della capacità attrattiva della nostra regione. Le prestazioni di natura ortopedica, alla base sia della mobilità attiva e passiva, mostrano la necessità di sviluppare percorsi diagnostici terapeutici specialmente nelle zone di confine.

Tabella 3.3

Distribuzione dei DRG dei ricoveri in mobilità attiva – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS

DRG mobilità attiva	N	%
Sostituzione di articolazioni maggiori e reimpianto arti inferiori	2.807	3,9
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.588	3,6
Interventi sulla tiroide	2.414	3,3
Interventi sul piede	2.277	3,1
Psicosi	2.190	3,0
Totale	72.720	100,0

Tabella 3.4

Distribuzione dei DRG dei ricoveri in mobilità passiva – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS

DRG mobilità passiva	N	%
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.252	6,1
Interventi sul piede	1.242	3,4
Sostituzione di articolazioni maggiori e reimpianto arti inferiori	1.223	3,3
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	701	1,9
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	639	1,7
Totale	36.950	100

NOTE

- 1 *Tutte le analisi riportate in questo capitolo sono state effettuate escludendo i ricoveri relativi ai neonati sani (23.311 schede di dimissione nel 2013). Ricovero di "neonato sano" definito come ricovero per nascita con DRG 391 (neonato sano o con condizioni patologiche di lieve entità) ed età alla dimissione compresa tra 0 e 28 giorni.*
- 2 *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2013. Ministero della salute, Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale Dir. gen. della Programmazione sanitaria Ufficio VI. Luglio 2014: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2190_allegato.pdf*
- 3 *Portale ARS Programma di osservazione degli esiti (PrOsE): <https://www.ars.toscana.it/it/osservazione-esiti.html>*
- 4 *Il dato di mobilità passiva non contempla i ricoveri effettuati all'estero.*