

1. La classifica ERA 2009: l'ospedalizzazione a rischio di inappropriately nelle unità sanitarie territoriali italiane

1.1 Il quadro generale dell'ospedalizzazione

1.1.1 Un primo segnale di attenzione

Il confronto per unità sanitaria territoriale del *rischio relativo di passare un giorno in ospedale* è stato lo strumento che aveva caratterizzato il precedente Atlante di ERA: utilizzando dati riferiti al 2005 era emersa una profonda polarizzazione nord-sud dell'intensità di assistenza ospedaliera per abitante.

Questa edizione di ERA si basa su dati 2008 e vale la pena di iniziarne la disamina partendo dalla mappa, aggiornata, proprio del rischio relativo di passare un giorno in ospedale, costruito con dati di tre anni più recenti. La **tavola 1.1** presenta, distintamente per genere, tale indicatore

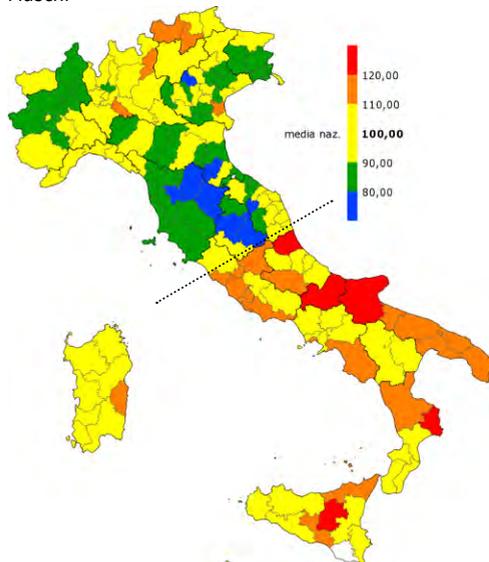
e consente di verificare una prima chiara evidenza in quanto per entrambi i generi si conferma una evidente polarizzazione nord-sud del rischio di passare un giorno in ospedale:

- tutte indistintamente le popolazioni residenti nelle unità sanitarie territoriali con un rischio relativo medio basso, cioè del 10-20% inferiore alla media italiana (in verde nelle mappe) o basso, cioè oltre il 20% sotto la media nazionale (in blu) risultano collocate nell'Italia del centro nord
- di converso, la quasi totalità delle popolazioni caratterizzate da un rischio relativo medio alto, e cioè superiore del 10-20% alla media nazionale (in arancione), o alto, cioè di oltre il 20% la media nazionale (in rosso), trovano posto nella sezione inferiore della mappa.⁽¹⁾

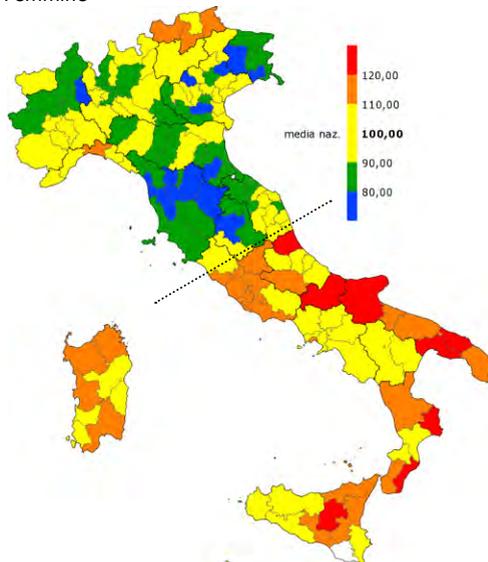
Tavola 1.1

Mappa per unità territoriale sanitaria del rischio relativo di passare un giorno in ospedale Anno 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale per classe di scostamento

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

La distanza di rischio relativo di ospedalizzazione fra queste due popolazioni è pari al 38% e, in assenza di una valida ipotesi epidemiologica alternativa in relazione a differenze strutturali negli stati di salute, questa differenza così marcata tra Nord e Sud Italia può essere in buona misura ascritta alle modalità di risposta dei servizi sanitari ai bisogni di salute della popolazione.⁽²⁾ Sembra confermato, quindi, a tre anni di distanza, quanto emerso nella precedente indagine: vi sono sufficienti indizi per sottoporre ad attenta analisi quanto viene evidenziato dall'uso dello strumento "distribuzione geografica" dell'assistenza ospedaliera, per verificare margini di recupero di efficienza e migliori allocazioni di risorse fra ospedale e restante assistenza sanitaria.

1.1.2 Due segnali positivi

Le cartine aggiornate della *tavola 1.1* confermano una indicazione di evidente polarizzazione, ma non sono esattamente sovrapponibili a quelle realizzate con dati 2005: se si prendessero le pagine di quel volume si potrebbe notare come sia le zone blu che quelle rosse, che rappresentano le situazioni più estreme, oggi regrediscono rispetto al passato, mentre le aree gialle, cioè quelle più vicine alla media nazionale, conquistano terreno. La distribuzione osservata sui dati 2005 assomigliava ad una sorta di cappello a tre punte: in tutto più italiani allocati nelle code, cioè con un rischio lontano dalla media (33 milioni in tutto), che con un rischio di ospedalizzazione prossimo alla media (25 milioni). Nel 2008 il quadro risulta mutato, ancora non omogeneo, ma sicuramente spostato nella direzione di un rientro delle situazioni più estreme:

- la popolazione con un rischio relativo vicino alla media nazionale rappresenta oltre 29 milioni di abitanti fra maschi e femmine, ha cioè superato, anche se di pochissimo, la soglia del 50% della popolazione italiana

- i colori più tenui prevalgono sui colori più accesi
 - 11,5 milioni di abitanti con rischio relativo medio basso in verde si contrappongono ai 3,2 milioni con rischio relativo basso, in blu
 - 13,4 milioni un rischio relativo medio alto in arancione superano di gran lunga i 2,2 milioni con un rischio relativo alto (in rosso).

È in atto quindi un evidente percorso di "normalizzazione": questo è il secondo segnale che si propone all'attenzione, nel senso che i numeri appena citati vedono le frequenze più elevate nelle fasce centrali e numerosità che tendono a diminuire allontanandosi dalla media.

Ma vi è un terzo segnale da mettere sotto osservazione per completare il quadro: rispetto al 2005 il carico di ospedalizzazione generale per abitante, espresso in termini di tasso standardizzato, è diminuito sensibilmente, di circa il 10%, per l'esattezza del 10,2% per il genere maschile e del 9,6% per il genere femminile. Non solo la distribuzione, quindi, ma anche il baricentro dell'intero sistema sta migliorando significativamente.

In definitiva il quadro che emerge mettendo insieme questi segnali è quello di una sorta di convoglio in movimento, che ancora deve e può trovare il suo assetto, ma nel quale tutte le componenti migliorano, anche se a velocità differenti.

Per apprezzare queste due dimensioni la **tavola 1.2** presenta congiuntamente, distintamente per genere, il tasso standardizzato della degenza ospedaliera per abitante e il rischio relativo di passare un giorno in ospedale, che altro non è che la distribuzione relativa del tasso standardizzato trasformata ponendo a 100 la media nazionale.

La prima parte, quella del tasso standardizzato delle giornate di degenza, restituisce con grande chiarezza i segnali positivi appena ricordati, sia in termini di spostamento del baricentro (la ricordata diminuzione intorno al 10% per i maschi

come per le femmine del carico di giornate di degenza per abitante), sia in termini di rientro in direzione di una normalizzazione, in particolare quello di alcune regioni con un rischio relativo di ospedalizzazione nel 2005 piuttosto elevato: -20% il Lazio, -21/22% l'Abruzzo, -16/17% la Sardegna, -14/15% il Molise.

La seconda parte della *tavola 1.2*, quella del rischio relativo di passare un giorno in ospedale, è stata ricompresa nella tavola per evidenziare una lettura composita, che non deve trascurare le due diverse dimensioni proposte: basti sottolineare che per tutte le quattro regioni appena citate, nonostante il percorso di rientro già

compiuto, si registra nel 2008 un carico di rischio di andare in ospedale per le proprie popolazioni comunque più elevato della media nazionale, anche se fortemente migliorato rispetto al 2005.

1.1.3 La misura del cambiamento 2005-2008

La **tavola 1.3**, che chiude la sezione dell'Atlante dedicata alla ospedalizzazione generale, propone, prima di affrontare il tema della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata, un confronto tra le situazioni osservate nei due periodi temporali studiati. È infatti costruita ponendo uguale a 100 la media nazionale 2005 di

Tavola 1.2

Ospedalizzazione generale: tassi standardizzati delle giornate di degenza (DO + DH)

Dati per Regione e Provincia autonoma e genere. Anni 2005 e 2008

Valori per abitante e variazioni percentuali

	Tasso standardizzato giornate di degenza						Rischio relativo di ospedalizzazione					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	2005	2008	Var. %	2005	2008	Var. %	2005	2008	Var. %	2005	2008	Var. %
Piemonte	0,72	0,68	- 6,2	0,63	0,60	- 4,4	87,1	91,0	+ 4,4	86,9	91,8	+ 5,7
Valle d'Aosta	0,84	0,81	- 2,8	0,72	0,71	- 0,4	100,88	109,2	+ 8,2	99,6	109,7	+ 10,2
Lombardia	0,79	0,73	- 7,3	0,64	0,60	- 5,8	94,82	97,9	+ 3,3	88,3	92,0	+ 4,1
P.A. Bolzano	0,92	0,83	- 9,8	0,81	0,74	- 8,5	110,44	111,0	+ 0,5	111,9	113,3	+ 1,2
P.A. Trento	0,77	0,73	- 5,7	0,64	0,62	- 3,8	92,76	97,4	+ 5,0	88,9	94,6	+ 6,4
Veneto	0,79	0,70	- 10,8	0,66	0,59	- 10,5	94,74	94,1	- 0,7	92,1	91,1	- 1,0
Friuli . Giulia	0,70	0,65	- 6,8	0,57	0,55	- 4,2	84,17	87,3	+ 3,8	79,2	83,9	+ 5,9
Liguria	0,83	0,76	- 8,5	0,71	0,69	- 3,5	99,74	101,6	+ 1,9	98,6	105,3	+ 6,8
Em. Romagna	0,71	0,65	- 7,4	0,62	0,58	- 5,5	85,10	87,7	+ 3,1	85,7	89,5	+ 4,5
Toscana	0,69	0,61	- 12,0	0,59	0,53	- 10,1	83,16	81,5	- 2,0	81,8	81,3	- 0,6
Umbria	0,67	0,64	- 4,5	0,58	0,56	- 4,6	80,33	85,4	+ 6,3	81,3	85,7	+ 5,5
Marche	0,75	0,70	- 7,3	0,62	0,60	- 4,5	90,64	93,6	+ 3,3	86,7	91,5	+ 5,6
Lazio	1,04	0,84	- 20,0	0,92	0,73	- 20,0	125,68	112,0	- 10,9	127,2	112,6	- 11,5
Abruzzo	1,03	0,81	- 21,9	0,90	0,71	- 21,0	124,30	108,2	- 13,0	124,8	109,0	- 12,6
Molise	1,08	0,92	- 14,7	0,94	0,81	- 14,0	129,84	123,4	- 5,0	131,0	124,6	- 4,9
Campania	0,86	0,81	- 6,2	0,75	0,70	- 6,7	103,52	108,1	+ 4,4	104,0	107,3	+ 3,1
Puglia	0,92	0,86	- 6,7	0,82	0,77	- 6,1	110,46	114,7	+ 3,8	114,4	118,8	+ 3,8
Basilicata	0,81	0,74	- 9,4	0,71	0,65	- 8,6	97,90	98,8	+ 0,9	98,5	99,6	+ 1,1
Calabria	0,93	0,83	- 10,5	0,84	0,75	- 10,5	112,14	111,8	- 0,3	116,6	115,3	- 1,1
Sicilia	0,89	0,79	- 11,2	0,80	0,70	- 12,6	107,45	106,3	- 1,1	111,7	108,0	- 3,3
Sardegna	0,95	0,80	- 15,8	0,87	0,73	- 16,7	113,83	106,7	- 6,2	121,4	111,8	- 7,9
Italia	0,83	0,75	- 10,2	0,72	0,65	- 9,6	100,00	100,0	-	100,0	100,0	-

Nota: (*) Per sommare degenza ordinaria e day-hospital è stata utilizzata la convenzione di considerare ogni accesso in day-hospital equivalente ad 1/3 di giornata di ricovero. Non sono considerati i dati della unità territoriale locale di Ragusa (cfr. cap. 6). Il rischio relativo è calcolato ponendo a 100 la media nazionale

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

riferimento per la costruzione del rischio relativo. Le mappe relative al 2005 sono di conseguenza identiche a quelle pubblicate nel precedente Atlante, mentre quelle del 2008 sono state "relativizzate" alla media nazionale 2005.

Questa ulteriore angolazione consente di apprezzare visivamente, per ciascun genere, il positivo percorso fatto negli ultimi tre anni. Le mappe della *tavola 1.3* risultano infatti incoraggianti:

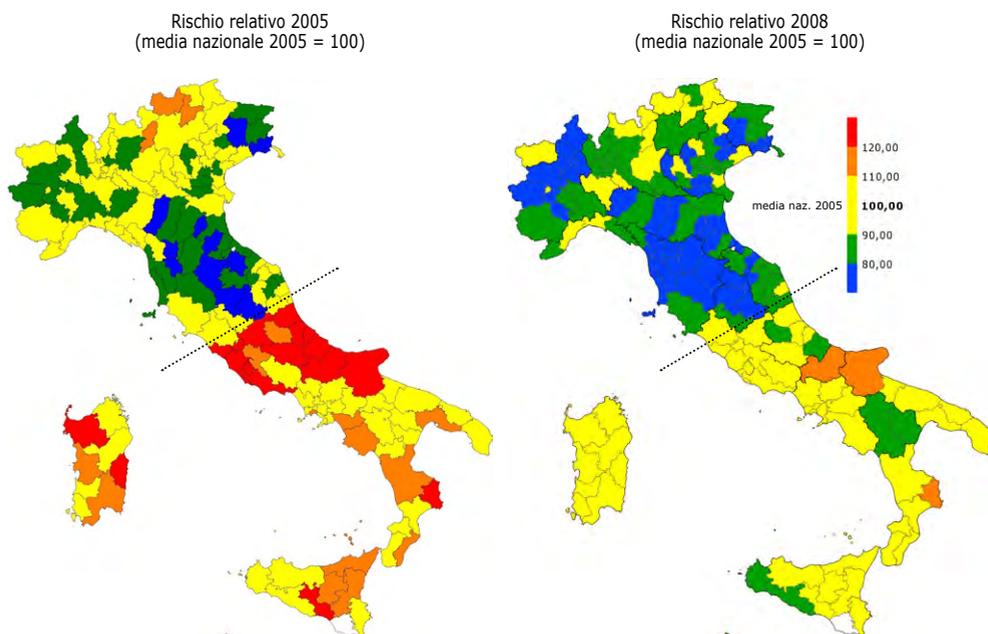
- praticamente tutta l'Italia del centro-nord si attesta sulle tonalità verdi e blu, cioè quelle di rischio 2005 rispettivamente basso e molto basso;
- anche nel centro-sud si assiste ad un esteso spostamento verso valori vicini alla media registrata nel 2005, identificati dalla colorazione gialla che si diffonde ampiamente; per il genere maschile scompare del tutto la tonalità rossa e permangono solo tre unità

territoriali di tonalità arancione (unità territoriali sanitarie Molise, Foggia e Crotone); per il genere femminile Foggia, Crotone e Enna rimangono di tonalità rossa (cioè almeno il 20% sopra la media 2005) e a queste si aggiungono con un rischio relativo relativamente alto le unità sanitarie territoriali di Molise, Brindisi e Locri.

La mappa del rischio relativo 2008 rimane quella della *tavola 1.1*, cioè quella disegnata intorno alla media di quell'anno e non di tre anni prima, come nel caso della *tavola 1.3*. Tuttavia, se la tavola più aggiornata conferma il permanere di una evidente polarizzazione nord-sud e invita a proseguire il lavoro di razionalizzazione dei servizi, deve essere riconosciuto, osservando questo mondo con gli occhi di quella che era la "normalità" nel 2005, cioè della *tavola 1.3*, che la strada percorsa è stata davvero molta.

Tavola 1.3a

Mappa per unità territoriale sanitaria del rischio relativo di passare un giorno in ospedale. Maschi
Anni 2005 e 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale 2005 per classe di scostamento



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

1.2 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata

1.2.1 Un inquadramento concettuale

L'approccio è semplice ed esiste un sufficiente consenso nella letteratura scientifica: se l'assistenza extraospedaliera fosse condotta in modo appropriato, in una serie di situazioni cliniche attentamente studiate ed identificate, all'ospedale non si dovrebbe arrivare se non in casi eccezionali. A partire da questa considerazione di fondo si diramano tre filoni di attenzione fra loro complementari:

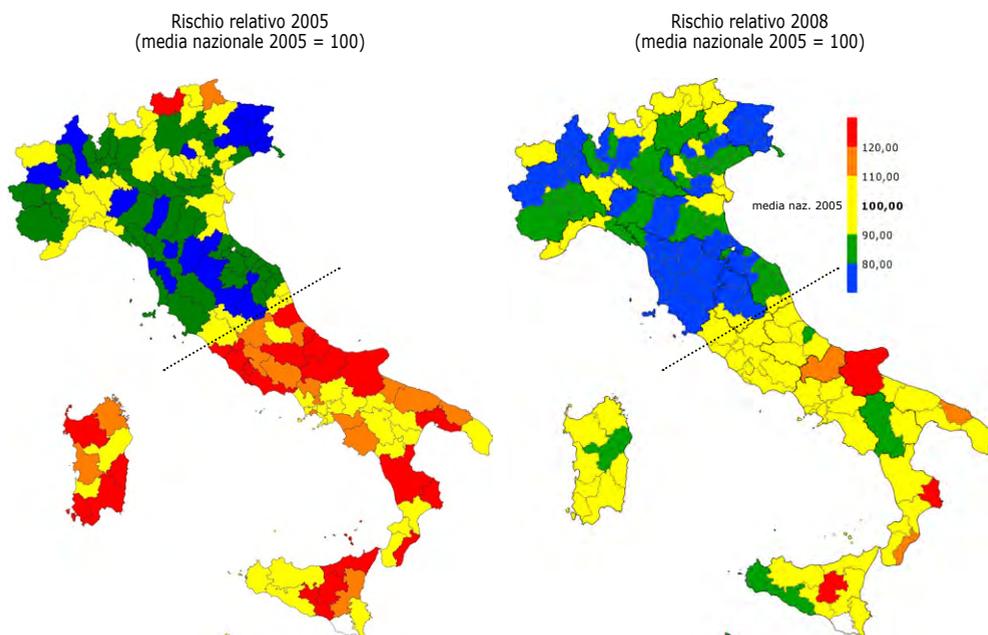
- le *vaccinazioni* – si tratta nel nostro Paese di un tema per fortuna relativamente marginale, ma è un buon modo per chiarire metodologicamente l'argomento; è possibile identificare con precisione, attraverso l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, i ricoveri che si sarebbero

potuti evitare se l'insorgere della malattia fosse stato impedito per tempo grazie ad una appropriata attività vaccinale;

- il *controllo extraospedaliero degli episodi acuti* – questo spaccato è riferito ai casi di ospedalizzazione che si sarebbero potuti evitare, o comunque contrastare, con una efficace assistenza sul territorio, sia con riferimento alla medicina di base che a quella specialistica (un esempio tipico è il caso delle polmoniti, i cui sintomi adeguatamente trattati di norma non dovrebbero portare all'acutizzazione e al conseguente ricovero ospedaliero);
- la terza tipologia di ospedalizzazione evitabile con una appropriata attività di assistenza extra-ospedaliera è la *corretta gestione delle cronicità*, per evitare, con una efficace assistenza extraospedaliera, le complicanze che conducono al ricovero, come nel caso del diabete o della ipertensione.

Tavola 1.3b

Mappa per unità territoriale sanitaria del rischio relativo di passare un giorno in ospedale. Femmine
Anni 2005 e 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale 2005 per classe di scostamento



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

L'*ospedalizzazione generale* descritta nei paragrafi precedenti è una indagine a carattere epidemiologico finalizzata ad identificare, sulla base di semplici confronti territoriali, possibili eccessi nell'uso dello strumento del ricovero. L'*ospedalizzazione potenzialmente inappropriata* è uno strumento conoscitivo più specifico: ha l'obiettivo di mettere a fuoco quei segmenti di ospedalizzazione per i quali la letteratura scientifica nazionale e internazionale indica specifiche azioni di contrasto e, soprattutto, risultati attesi concretamente verificabili una volta attivati i necessari interventi. Dato il quadro generale, quindi, le mappe della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata consentono di ricercare, nei diversi territori, concrete linee di azione per razionalizzare il carico fra assistenza nell'ospedale e assistenza fuori dall'ospedale.

1.2.2 Alcune scelte di omogeneizzazione

È abbastanza conosciuta l'allegoria dei chicchi di riso disposti su una scacchiera: uno nella prima casella, il doppio nella seconda, ancora il doppio nella terza e così via. Partendo dalla semplicità, cioè dal raddoppio lungo una scacchiera che misura otto sole caselle per lato, si arriva rapidamente alla complessità, cioè ad una quantità di riso sull'ultima casella che il raccolto di un anno dell'intera umanità non basterebbe a raggiungere.⁽³⁾

Anche ERA affronta, ovviamente *mutatis mutandis*, problemi di elevata complessità partendo da pochi semplici elementi. Le edizioni precedenti dell'Atlante, focalizzate di volta in volta su un unico tema (*mortalità evitabile* prima e *rischi di ospedalizzazione* in un secondo momento) hanno dato modo di sviluppare volumi a stampa di alcune centinaia di pagine e nel complesso sono state rese disponibili diverse centinaia di indicatori on-line consultabili anche attraverso uno specifico modello di navigazione e benchmark appositamente realizzato. Il presente Atlante si occupa di

un segmento della *ospedalizzazione totale*, quella *evitabile*, analizzata tuttavia lungo ben tre distinti versanti: l'*ospedalizzazione potenzialmente inappropriata*, oggetto del presente capitolo, l'*ospedalizzazione potenzialmente prevenibile*, oggetto del prossimo capitolo ed infine le *procedure ospedaliere a rischio di inapproprietezza*, oggetto del capitolo ancora successivo. Ognuno di questi temi viene proposto nelle sue linee di approfondimento e di dettaglio. Inoltre rispetto al passato si aggiunge una ulteriore, inedita, dimensione di analisi: tutti gli indicatori sono omogeneamente elaborati con la stessa metodologia per gli anni 2006, 2007 e 2008, ed è possibile in ogni caso, sia generale che di dettaglio, operare considerazioni di andamento temporale.

Tornando alla nota dei chicchi di riso sulla scacchiera, laddove la sezione sin qui esposta ha proposto un confronto su basi omogenee con le evidenze riferite all'anno 2005 della precedente edizione di ERA, le analisi successive si avvantaggeranno di alcuni affinamenti che è opportuno rapidamente richiamare:⁽⁴⁾

- utilizzare per i diversi temi sopra ricordati un identico schema di classificazione, in modo da offrire all'utente, sia che si affrontino gli aspetti legati alla ospedalizzazione nel suo complesso che a quella potenzialmente inappropriata che infine a quella evitabile, lo stesso quadro di analisi, rappresentato dalla codifica delle diagnosi di dimissione sviluppata da ERA nell'Atlante 2008 a partire dalla *International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation* proposta da EuroStat, OCSE e OMS;
- standardizzare ed uniformare le soglie di criticità, passando da una misura unica ad una misura sensibile alla specifica variabilità dell'insieme di volta in volta osservato;⁽⁵⁾
- far coincidere nei cruscotti di *benchmark* delle analisi per singolo territorio le soglie critiche con le soglie più accese delle mappe epidemiologiche, quelle che

delimitano l'area rispettivamente blu, di rischio meno elevato e quella rossa, di rischio più elevato. In tal modo i segnali di attenzione delle mappe (cioè i territori identificati con i colori blu e rosso nelle mappe) coincidono con le aree più esterne dei grafici di posizionamento dei cruscotti. (6)

Queste scelte non pretendono ovviamente di risolvere il problema della complessità dei fenomeni proposti all'attenzione e delle loro interrelazioni, ma consentono di offrire un quadro omogeneo e chiaro in cui articolare sia l'ospedalizzazione nel suo complesso, sia l'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata che, come si vedrà più oltre, l'ospedalizzazione prevenibile. La finalità di questi cambiamenti, in sintesi, è quella di offrire alle diverse Autorità sanitarie del Paese analisi complementari, tutte elaborate con una metodologia uniforme e standardizzata, di come le diverse popolazioni residenti nei territori italiani si avvalgono, nel bene e a volte anche nel meno bene, della principale modalità in cui tuttora si espleta l'assistenza sanitaria pubblica, cioè l'ospedale.

1.2.3 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: considerazioni generali

Sono circa 6,4 milioni le giornate di ospedalizzazione che, secondo le elaborazioni effettuate, possono essere contrastate con una migliore assistenza extra-ospedaliera, cioè con attività di vaccinazione, controllo extraospedaliero dei casi acuti e corretta gestione, sempre in ambiente extra-ospedaliero, delle cronicità (**tavola 1.4a**). (7)

Si tratta di valori grosso modo equamente distribuiti per genere (3,3 milioni di giornate per quello maschile e 3,1 per quello femminile). Considerando l'età, descritta in termini di ampie classi, circa 3 milioni di giornate di ospedalizzazione potenzialmente inappropriata riguardano la popolazione anziana (con una leggera prevalenza per le donne), 2,8 milioni la popolazione adulta (con una leggera pre-

valenza per gli uomini) e 0,7 milioni quella pediatrica. (8)

L'ospedalizzazione inappropriata così misurata incide per il 12,4% nel caso maschile e per l'11,4% in quello femminile sulle giornate di ospedalizzazione totali 2008. In termini di età l'ospedalizzazione inappropriata incide in modo proporzionalmente più consistente nell'età pediatrica (17-19%) e in quella anziana (16-18%) rispetto alle età intermedie, dove pesa meno del 10% sia per il genere maschile che per quello femminile.

La prima indicazione di politica sanitaria che emerge osservando i valori medi nazionali è che, applicando indicazioni di ampio consenso desunte dalla letteratura scientifica, oltre un decimo delle giornate di ospedalizzazione appaiono efficacemente contrastabili migliorando l'assistenza extraospedaliera ed alleggerendo corrispondentemente il carico di lavoro delle strutture ospedaliere.

Tavola 1.4a

Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata in confronto con ospedalizzazione totale: giornate di ricovero per grandi classi di età. Anno 2008 (1)

Valori assoluti in migliaia e incid. % su osped. totale

	Fino a 14 anni	15 - 74 anni	75 anni e oltre	Totale
<i>Ospedalizzazione pot. inappropriata</i>				
Maschi	353,8	1.541,0	1.382,4	3.277,1
Femmine	303,2	1.225,5	1.557,2	3.085,9
Totale	657,0	2.766,5	2.939,6	6.363,0
<i>Ospedalizzazione totale</i>				
Maschi	2.030,3	16.565,3	7.785,5	26.381,2
Femmine	1.622,2	15.649,6	9.812,7	27.084,5
Totale	3.652,5	32.215,0	17.598,2	53.465,7
<i>Incidenza % osped. inappr. su totale</i>				
Maschi	17,4	9,3	17,8	12,4
Femmine	18,7	7,8	15,9	11,4
Totale	18,0	8,6	16,7	11,9

Nota: (1) Somma delle giornate di degenza in regime ordinario e del numero di accessi in Day Hospital, convenzionalmente posti pari ad un terzo di giornata in regime ordinario

Fonte: elaborazioni ERA su dati Ministero della Salute

Un diverso spaccato, dato dai tassi grezzi delle giornate di degenza per 1.000 abitanti esposti nella **tavola 1.4b**, offre lo spunto per una ulteriore considerazione:

- gli anziani passano in ospedale ogni anno in media 3 giorni a testa (3.045,4 diviso 1.000), di cui mezza giornata (509 sempre diviso 1.000) per cause di dimissione contrastabili fuori dall'ospedale; grosso modo, quindi, un giorno di ricovero inappropriato ogni sei;
- gli adulti passano in ospedale ogni anno 0,7 giorni, meno di un decimo dei quali (0,06 per essere precisi) per cause di dimissione inappropriate;
- le età pediatriche presentano una ospedalizzazione generale ancora inferiore, 0,4 giorni o poco più a testa, per una quota di inappropriatelyzza che supera, sia pure di poco, quella degli anziani.

La seconda indicazione in termini di politica sanitaria è che la *popolazione ultrasettantacinquenne* costituisce probabilmente la fascia di età su cui questo strumento di indagine attira maggiormente l'attenzione: la popolazione anziana, che peraltro continua ad aumentare a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, non solo

Tavola 1.4b

Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata in confronto con ospedalizzazione totale: giornate di ricovero per grandi classi di età. Anno 2008 ⁽¹⁾

Tassi grezzi per 1.000 abitanti

	Fino a 14 anni	15 - 74 anni	75 anni e oltre	Totale
<i>Ospedalizzazione pot. inappropriata</i>				
Maschi	82,4	68,6	641,7	113,4
Femmine	74,8	53,4	429,6	100,8
Totale	78,7	60,9	508,7	106,9
<i>Ospedalizzazione totale</i>				
Maschi	472,9	737,9	3.614,1	912,9
Femmine	400,0	682,1	2.707,4	884,5
Totale	437,5	709,7	3.045,4	898,3

Nota: ⁽¹⁾ Somma delle giornate di degenza in regime ordinario e del numero di accessi in Day Hospital, convenzionalmente posti pari ad un terzo di giornata in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni ERA su dati Ministero della Salute.

Tavola 1.4c

Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata in confronto con ospedalizzazione totale: giornate di ricovero. Anno 2008 ⁽¹⁾

Tassi standardizzati per 1.000 abitanti

	2006	2007	2008	Var. % 06-08
<i>Ospedalizzazione pot. inappropriata</i>				
Maschi	97,2	92,9	89,4	- 8,1
Femmine	74,1	69,9	67,7	- 8,6
<i>Ospedalizzazione totale</i>				
Maschi	803,7	770,3	746,3	- 7,1
Femmine	701,7	669,7	650,9	- 7,2

Nota: ⁽¹⁾ La standardizzazione è stata operata prendendo a base la popolazione standard europea (cfr. nota metodologica)

Fonte: elaborazioni ERA su dati Ministero della Salute

assorbe la quota maggiore di giornate contrastabili con una più efficace assistenza extra-ospedaliera, ma è relativamente più penalizzata in termini di giornate inappropriate rispetto alle giornate totali.

Continuando l'analisi sui dati di livello nazionale, una ulteriore dimensione che appare importante considerare è data dalla direzione e intensità del cambiamento nel tempo. Nella prima sezione di questo capitolo si è avuto modo di constatare che i tassi standardizzati dell'ospedalizzazione generale si sono contratti in media di circa il 10%, con punte tra il 15 e il 20 per cento e oltre in alcune specifiche regioni del centro-sud del Paese. La **tavola 1.4c** restituisce la variazione della ospedalizzazione inappropriata, anche se limitatamente al triennio 2006-2008, cioè quello per il quale sono presentate le elaborazioni di questa edizione dell'Atlante ERA.

Cosa è successo negli anni che vanno dal 2006 al 2008? L'ospedalizzazione generale fa osservare una contrazione di poco più del 7% sia per gli uomini che per le donne e tale variazione si accentua, ma non di molto, osservando la sola ospedalizzazione inappropriata: - 8,1% per i maschi e - 8,6% per le femmine. ⁽⁹⁾ Cosa vuol dire questa evidenza? Ricordando che le giornate di ospedalizzazione potenzialmente inappro-

priata sono poco più di un decimo di quelle totali (cfr. *tavola 1.4a*) è facile intuire che buona parte della contrazione delle giornate di ricovero è avvenuta al di fuori del perimetro di inappropriatelyzza individuato in queste pagine: la diminuzione osservata nel complesso delle giornate di ricovero dal 2005 al 2008 è infatti pari a circa 2,5 milioni, per soli 0,3 milioni individuate nella componente delle *giornate potenzialmente inappropriately* e per ben 2,2 milioni nelle restanti giornate. Questa è una evidenza molto importante su cui torneremo nelle prossime pagine.

1.2.4 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriately: la distribuzione territoriale

Cosa esprime la distribuzione territoriale della ospedalizzazione inappropriately? Osservando la relativa mappa del rischio relativo rappresentata in **tavola 1.5** si notano tracce della polarizzazione nord-

sud già osservate in termini di ospedalizzazione generale nella *tavola 1.1*, sebbene con rilevanti e a volte estese eccezioni. È vero, infatti, che tutte le aree blu, quelle dove il rischio è ai livelli più bassi, sono concentrate nel centro-nord sia per il genere maschile che per quello femminile. Ma lo stesso non accade per le gradazioni opposte, in rosso nelle mappe, più diffuse al centro sud, ma con rilevanti eccezioni in Trentino Alto-Adige per i maschi (nel solo Alto-Adige per le femmine) e in alcuni limitati territori (*Triestina* e *Chioggia* per entrambi i generi, cui si aggiungono *Vallecamonica-Sebino*, *San Donà di Piave* e *Bassano del Grappa* per i maschi e *Adria* per le femmine).

I segnali di una polarizzazione meno decisa proseguono, amplificati, nelle aree a rischio rispettivamente medio basso (in verde) e medio alto (in arancione):

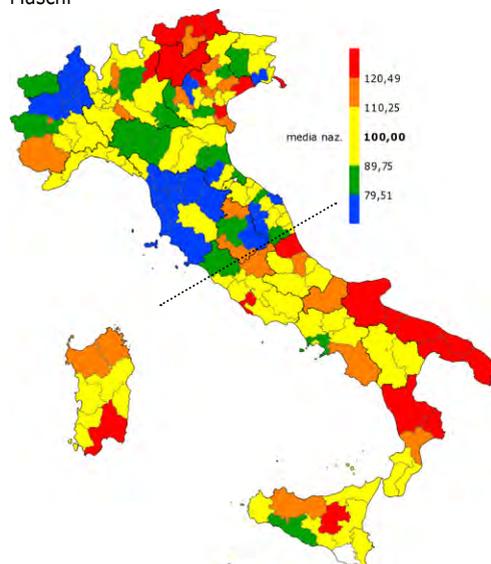
- le aree a rischio medio basso si fanno notare anche al sud sia per i maschi

Tavola 1.5

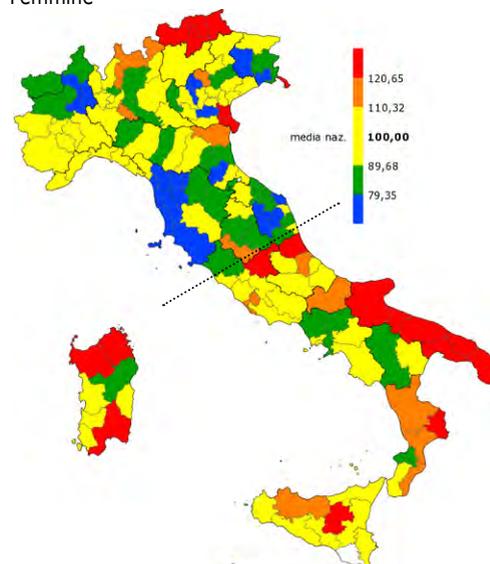
Ospedalizzazione potenzialmente inappropriately: mappa per unità territoriale sanitaria del rischio relativo di passare un giorno in ospedale

Anno 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale per classe di scostamento

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

(*Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Agrigento*) che per le femmine (alla *Napoli 3* si aggiungono *Caserta e Benevento*, in Campania, oltre a *Nuoro, Potenza e Vibo Valentia*);

- le aree a rischio medio alto, infine, insistono in dodici territori del centro-nord per il genere maschile (*Cuneo e Torino AM* in Piemonte, *Lecco e Lodi* in Lombardia, *Bolzano* in Alto Adige, *Verona, Feltre, Cittadella, Treviso e Adria* in Veneto, *Città di Castello e Terni* in Umbria) e in sei per il genere femminile (*Sondrio, Lecco e Lodi* in Lombardia, *Bassano del Grappa* in Veneto e *Ferrara* in Romagna e *Terni* in Umbria).

1.2.5 La "valigetta degli attrezzi" dell'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata

Quali riflessioni induce questa mappatura, unitamente all'osservazione che la vivace riduzione del rischio di andare in ospedale osservata negli ultimi anni è avvenuta tanto nel perimetro della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata che, peraltro in misura predominante, all'esterno di questo perimetro? Si tratta forse del risultato di vincoli economico-finanziari sempre più stringenti che hanno indotto a chiedere uno sforzo di efficienza quasi generalizzato, con riflessi dentro e fuori l'area della ospedalizzazione inappropriata convenzionalmente intesa?

La chiave di lettura che ERA propone, in linea con il ruolo del Servizio sanitario nazionale quale "madre attenta" che il logo della ricerca da sempre evoca, è che l'analisi della *ospedalizzazione potenzialmente inappropriata* condotta per *livelli di rischio della popolazione* va interpretata come un esplicito, e scientificamente fondato, segnale di attenzione, come una opportunità offerta dalla letteratura scientifica per orientare la decisione e l'azione dei diversi livelli di Autorità sanitarie del Paese verso migliori assetti ospedale/territorio "anche" in aiuto di politiche di recupero di efficienza della spesa.

L'ottica per popolazione residente e non quella per luogo di cura è infatti pensata per misurare i livelli di servizi ospedalieri effettivamente goduti dagli abitanti nei diversi territori di responsabilità delle Autorità sanitarie locali. Date le scelte generali in atto (come sintetizzate nelle mappe della ospedalizzazione generale), i livelli di rischio di ospedalizzazione potenzialmente inappropriata sono quindi uno strumento per valutare, anche seguendo singolarmente i diversi gruppi di diagnosi di dimissione proposti nei paragrafi che seguono, se e quanto incidere con interventi appositamente disegnati, distinguendo con una attenzione, nei singoli territori e causa per causa, 6,4 milioni di giornate di ricoveri ospedalieri (e accessi in *day hospital*) pubblicamente finanziati.

Come tutti gli strumenti predisposti dal gruppo di lavoro di ERA, anche questo ha, per definizione, un corredo di documentazione di fonti scientifiche, trasparenza nelle elaborazioni e verificabilità di confronto ex-ante / ex-post degli esiti. Non solo, lo strumento è offerto per indicare, attraverso la comparazione delle diverse aree del Paese, l'evidenza forte di alcuni livelli assistenziali effettivamente goduti da ampie fasce di popolazione individuate nelle aree a basso rischio (blu e verdi) della *tavola 1.5*, che corrispondono a 15,6 milioni di milioni di abitanti (**tavola 1.6**).

Sono concretamente programmabili incisivi interventi correttivi di riequilibrio ospedale-territorio nelle aree a maggior rischio, verificato che le differenze osservate non siano generate da una maggiore domanda determinata da peggiori stati di salute?

Non si tratta di una domanda peregrina, perché va al cuore di processi riorganizzativi anche finalizzati ad una migliore allocazione della spesa con una esplicita attenzione clinico-sanitaria e riguarda, sempre osservando la *tavola 1.6*, in particolare ben 7,5 milioni di italiani della fascia a rischio più elevato.

Riprendendo le mappe della *tavola 1.5*, per esemplificare, il segnale di attenzione è di verificare se davvero le popolazioni

alto-atesine o pugliesi abbiano davvero "bisogno" dei livelli di ospedalizzazione nel perimetro della inappropriatelyzza segnalati nelle mappe ovvero se quei livelli non siano, quantomeno in parte, contrastabili con opportune politiche sanitarie sul territorio e conseguenti risparmi in termini di minor perdita di salute ma anche auspicabilmente di spesa.

1.2.6 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: la distribuzione per gruppo di dimissione

Come accennato nel paragrafo 1.2.2 la codifica delle dimissioni ospedaliere messa a punto dal gruppo di lavoro di ERA a partire

da una *shortlist* condivisa fra i principali organismi internazionali della salute è lo schema di classificazione adottato in modo omogeneo sia per l'ospedalizzazione in generale sia per l'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata, oggetto del presente capitolo, sia per l'ulteriore versante della "evitabilità", costituito dalla *ospedalizzazione potenzialmente prevenibile* (cfr. capitolo successivo).

In questa griglia di analisi delle condizioni di inappropriatelyzza alcune sezioni non compaiono, in quanto non sono state rintracciate in letteratura evidenze che potessero essere ricondotte alla contrastabilità con una più adeguata assistenza extraospedaliere.⁽¹⁰⁾

I gruppi di diagnosi selezionati hanno dato luogo nel 2008 a 6,4 milioni di giornate di ricovero (e accessi in *day hospital* equivalenti) potenzialmente inappropriati, che si distribuiscono come riportato nella **tavola 1.7**.

La *tavola 1.7* evidenzia come quasi la metà delle giornate di ricovero potenzialmente inappropriati, circa 3 milioni, si colloca nell'ambito delle malattie dell'*apparato respiratorio* (polmoniti, asma, bronchiti, enfisemi ecc.). Il gruppo di diagnosi di dimissione residuale denominato come Altre diagnosi (un gruppo eterogeneo che raccoglie ricoveri per *Disturbi psichici, Sintomi segni e stati morbosi non definiti, malattie infettive*

Tavola 1.6

Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: distribuzione delle popolazioni dei diversi territori per livello di rischio relativo. Anno 2008

Valori assoluti in milioni

Livelli di rischio	Maschi	Femmine	Totale
Basso (blu)	2,8	2,2	5,0
Medio basso (verde)	4,7	5,9	10,6
Medio (giallo)	13,6	16,4	30,0
Medio alto (arancione)	3,8	2,7	6,4
Alto (rosso)	4,0	3,5	7,5
Totale	28,9	30,6	59,5

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero Salute

Tavola 1.7

Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: giornate di degenza per gruppo di diagnosi. Anno 2008

Valori assoluti in migliaia e composizione percentuale

	Valori assoluti			Composizione %		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Malattie dell'apparato respiratorio	1.741,8	1.317,2	3.059,0	53,1	42,7	48,1
Altre diagnosi	827,4	923,0	1.750,4	25,2	29,9	27,5
<i>di cui mal. endocrine, nutriz., metabol. e dist. imm.</i>	316,9	348,4	665,3	38,3	37,8	38,0
Sistema circolatorio	323,6	411,4	735,1	9,9	13,3	11,6
Malattie del sistema genito-urinario	120,8	215,1	335,9	3,7	7,0	5,3
Malattie dell'apparato digerente	156,2	113,1	269,2	4,8	3,7	4,2
Mal. sistema nervoso e organi dei sensi	107,4	106,2	213,6	3,3	3,4	3,4
Totale	3.277,1	3.085,9	6.363,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero Salute

e *parassitarie* eccetera) assume particolare rilievo in quanto raccoglie 1,8 milioni di giornate potenzialmente inappropriate, cioè quasi il 30% del totale. La voce di dettaglio più rilevante di questo gruppo (evidenziata anche nella tavola) è quella delle *Malattie endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari* (per un totale di 0,67 milioni di giornate), che a sua volta include le complicanze da *diabete* che sono una delle fattispecie tipiche con cui è identificata la inappropriatezza ospedaliera.

Proseguendo, circa il 12% delle giornate potenzialmente inappropriate si raccoglie nel gruppo *Sistema circolatorio* (in particolare per le dimissioni legate a *Scompenso cardiaco* e *Ipertensione*).

I restanti tre gruppi di cause hanno dimensioni più limitate e raccolgono in tutto poco più di 800 mila giornate.

Ricapitolando quindi, su un totale di 53,5 milioni di giornate di ospedalizzazione complessive (compreso il *day hospital*) registrate nel corso del 2008, circa il 12%, cioè 6,4 milioni, sono classificabili come potenzialmente inappropriate e si concentrano in buona parte (circa la metà) in specifiche diagnosi del gruppo *malattie dell'apparato respiratorio* e per un restante quasi 30% nel gruppo *altre cause*, nel quale la voce che maggiormente spicca è quella delle *complicanze da diabete*.

1.2.6.1 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: il gruppo "malattie dell'apparato respiratorio"

Come accennato è il gruppo più consistente, con oltre 3 milioni di giornate di ospedalizzazione contrastabile con appropriati interventi extra ospedalieri (**tavole 1.8a e 1.8b**):

- quasi 60 giornate ogni 100 di questo gruppo, in termini di tassi standardizzati, sono classificate come potenzialmente inappropriate (57,9% per i maschi e 55,1% per le femmine);
- nel 2006-2008 la contrazione media è stata intorno al 5-6%, con una leggera

Tavola 1.8a

Malattie dell'apparato respiratorio: confronti fra ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e ospedalizzazione totale. Anno 2008

Tassi standardizzati delle giornate di ricovero x 1.000 ab. e variazioni %

	Maschi	Femmine
Tassi standardizzati 2008		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	44,0	25,5
b. Ospedalizzazione totale	76,0	46,3
Incidenza % (a / b x 100)	57,9	55,1
Variazione % 2006-2008 dei tassi standardizzati		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	- 6,3	- 5,8
b. Ospedalizzazione totale	- 6,0	- 5,1

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero Salute

accentuazione della ospedalizzazione inappropriata rispetto a quella generale; come era facile attendersi, data la rilevanza di questo gruppo, si conferma quindi che la contrazione degli ultimi anni ha investito sia il perimetro dell'inappropriatezza che l'ospedalizzazione non classificata come potenzialmente inappropriata;

- aree ad elevato rischio, in rosso nelle mappe, si segnalano in tutta la Puglia e in parte della Sardegna (per entrambi i generi) cui si aggiungono, per il solo genere maschile, anche la provincia di Salerno e buona parte della Calabria (esclusa la porzione centrale formata dai territori di Catanzaro, Vibo Valentia e Locri); ⁽¹¹⁾
- un segnale da non sottovalutare è dato dalle zone a rischio medio-alto (in arancione nelle mappe), che si notano per gli uomini in ben 10 territori del centro-nord (contro solo 5 del centro-sud) e per le donne in 8 territori al centro-nord (contro 7 al centro-sud); ⁽¹²⁾
- non destano invece preoccupazione (in termini di confronto relativo) le ampie aree in giallo (rischio di ospedalizzazione inappropriata in un intervallo di poco di più del 10% in più o in meno della media nazionale) e quelle in verde, di rischio medio basso, queste ultime ampiamente

rappresentate nel centro-nord ma con alcune eccezioni disseminate anche al sud (Benevento e Napoli sud, Matera Vibo Valentia e Caltanissetta per le femmine, Potenza per entrambi i generi, Trapani e Nuoro per i maschi);

- poche infine e abbastanza disperse sul territorio con la sola eccezione di alcune aree del Friuli e della Toscana, le zone a rischio più basso (in blu nelle mappe).

1.2.6.2 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: il gruppo di dimissione "Altre diagnosi"

Con 1,75 milioni di giornate di ospedalizzazione potenzialmente inappropriata, il gruppo *Altre diagnosi*, segue, in ordine di importanza, le *Malattie dell'apparato respiratorio* descritte nel paragrafo precedente.

Questo gruppo, che comprende in particolare le complicanze da diabete, è sin-

tetizzato nelle **tavole 1.9** e nei richiami che seguono:

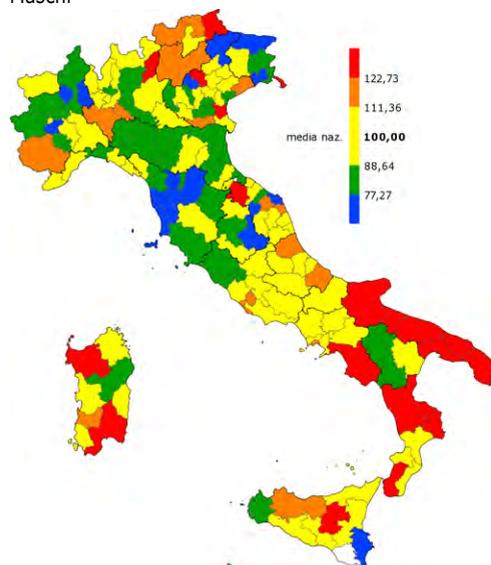
- tasso standardizzato delle giornate potenzialmente inappropriate piuttosto simile per il genere maschile e quello femminile (intorno a 25 ogni mille abitanti), con una incidenza rispetto alla ospedalizzazione generale di poco più di un decimo (circa 13%);
- contrazione leggermente più intensa della *ospedalizzazione potenzialmente inappropriata* (9-10%) rispetto a quella generale (7-8%);
- dispersione più elevata; le soglie di attenzione si attestano infatti nelle mappe della *tavola 1.9b* su intervalli di ampiezza grossomodo del 15% con la conseguenza che le aree in rosso e in blu si collocano rispettivamente circa il 30% sopra e sotto la media nazionale;
- per il genere maschile segnali di attenzione, cioè di alto rischio relativo, con alcune evidenti continuità territoriali; in

Tavola 1.8b

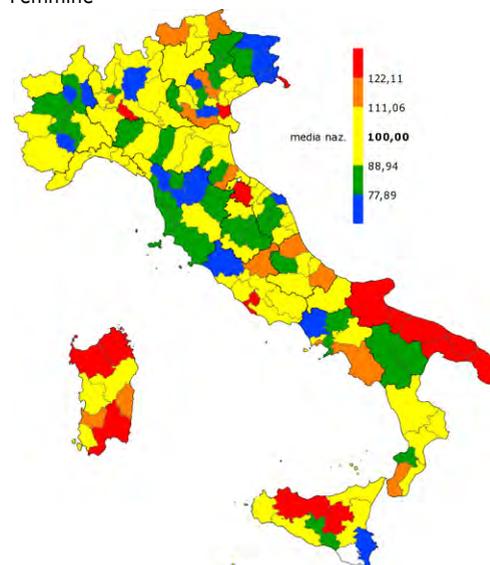
Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: mappa del rischio relativo del gruppo "malattie dell'apparato respiratorio"

Anno 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale per classe di scostamento

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

particolare cuneese (Cuneo 1 e Cuneo 2), tutte le zone territoriali alto-atesine e le contigue zone di Belluno e Feltre in Veneto, Rieti, Teramo e Pescara nel centro Italia, ASR Molise e Foggia al sud, Enna e Palermo in Sicilia; a questi vanno aggiunti l'Area Metropolitana di Torino, la

quasi immancabile Vallecamonica-Sebino lombarda, Crotone in Calabria e Sassari e Lanusei in Sardegna per completare l'elenco dei territori le cui popolazioni risentono di un maggior rischio relativo di passare un giorno in ospedale per cause contrastabili con una migliore assistenza extra-ospedaliera;

Tavola 1.9a

Altre diagnosi: confronti fra ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e ospedalizzazione totale. Anno 2008

Tassi standardizzati delle giornate di ricovero x 1.000 ab. e variazioni %

	Maschi	Femmine
Tassi standardizzati 2008		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	25,8	24,0
b. Ospedalizzazione totale	198,3	181,5
Incidenza % (a / b x 100)	13,0	13,2
Variazione % 2006-2008 dei tassi standardizzati		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	- 9,0	- 10,3
b. Ospedalizzazione totale	- 6,9	- 7,8

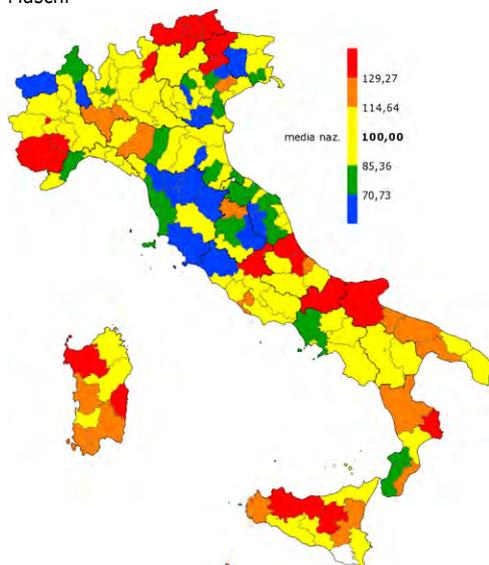
Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero Salute.

- il genere femminile presenta una mappa abbastanza simile a quella maschile in termini di localizzazione territoriale del rischio elevato, anche se non esattamente coincidente; in particolare si aggiungono Lodi, Parma e Adria a nord e Taranto in Puglia, mentre in Sardegna cambiano le gradazioni di colore, con in rosso Olbia e Cagliari;
- i territori a rischio meno elevato (in blu) risultano concentrati per entrambi i generi nel centro-nord del Paese; al centro sud si osservano, in particolare per le femmine, diverse aree a rischio relativo basso, rappresentate in verde. ⁽¹³⁾

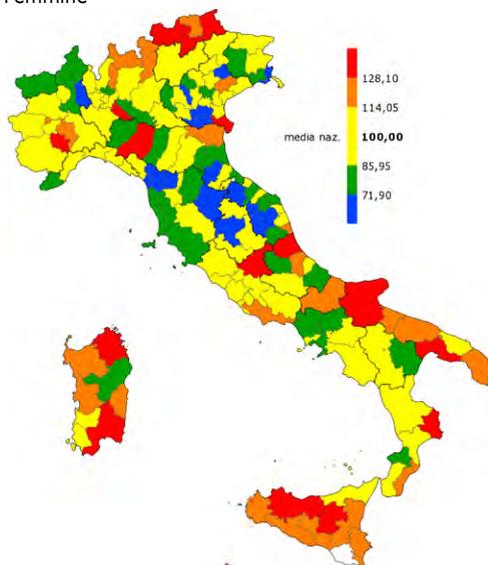
Tavola 1.9b

Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: mappa del rischio relativo del gruppo "Altre diagnosi" Anno 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale per classe di scostamento

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

1.2.6.3 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: il gruppo di dimissione "Sistema circolatorio"

Questo gruppo di diagnosi potenzialmente inappropriata conta poco più di 700 mila giornate di degenza contrastabili con una migliore assistenza territoriale e dimostra come vedremo caratteristiche piuttosto particolari. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione generale per il gruppo *sistema circolatorio* è quasi doppio per gli uomini (129,9 per 1.000 abitanti) rispetto alle donne (74,5). L'incidenza dell'inappropriatezza sul totale della ospedalizzazione è relativamente modesta per entrambi i generi (meno del 6% per i maschi e meno dell'8% per le femmine, **tavola 1.10a**). Dalla tavola emerge soprattutto il positivo segnale di una contrazione praticamente doppia del versante potenzialmente inappropriato rispetto alla ospedalizzazione generale: poco superiore al 15% nel caso maschile e

circa il 18% in quello femminile. Anche la mappa del rischio relativo, raffigurata nella **tavola 1.10b**, evidenzia alcune peculiarità:

- si nota innanzitutto una dispersione vivacemente più elevata rispetto agli altri casi, con un intervallo fra una soglia e

Tavola 1.10a

Sistema circolatorio: confronti fra ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e ospedalizzazione totale. Anno 2008

Tassi standardizzati delle giornate di ricovero x 1.000 ab. e variazioni %

	Maschi	Femmine
Tassi standardizzati 2008		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	7,3	5,8
b. Ospedalizzazione totale	129,9	74,5
Incidenza % (a / b x 100)	5,6	7,8
Variazione % 2006-2008 dei tassi standardizzati		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	- 15,5	- 17,9
b. Ospedalizzazione totale	- 7,7	- 9,5

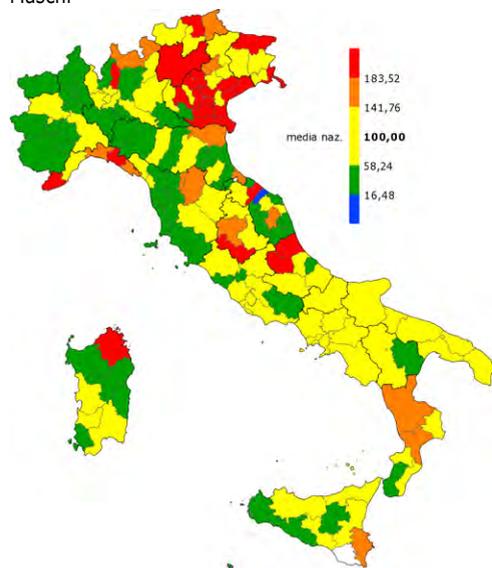
Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero Salute.

Tavola 1.10b

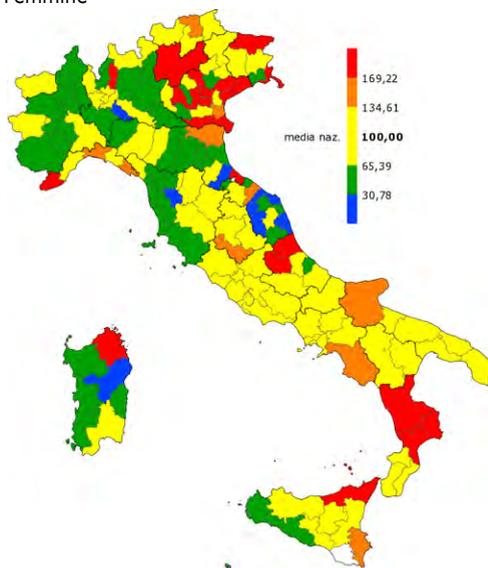
Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: mappa del rischio relativo del gruppo "Sistema circolatorio"

Anno 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale per classe di scostamento

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute

l'altra di circa il 40% nel caso maschile e circa il 35% nel caso femminile;

- ne consegue che le aree rappresentate in rosso sono quelle con un rischio relativo di oltre l'80% superiore alla media per gli uomini e di quasi il 70% per le donne; sono quindi aree che necessitano di essere monitorate con particolare attenzione;
- si tratta di aree circoscritte soprattutto nel triangolo Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia cui si aggiungono, per entrambi i generi, il territorio delle ASL Imperiese, Lecco, Aquila, Teramo e Olbia; infine sono da segnalare per il genere maschile i territori Chiavarese in Liguria, Fano nelle Marche e Terni in Umbria e per il genere femminile Rimini, tutto il nord della Calabria (Cosenza, Crotone e Catanzaro) e la provincia di Messina;
- appare infine opportuno sottolineare anche l'evidenza di un rischio relativo medio-alto, in arancione nelle figure, che coinvolge ancora parte della Liguria, lambisce la Lombardia e l'Emilia Romagna oltre a localizzarsi nel triangolo del nord-est, e prosegue toccando Prato e Firenze, Rimini, Perugia e Macerata, Cosenza Catanzaro e Siracusa per i maschi, Fano, Terni, Foggia, Salerno e ancora Siracusa per le femmine.

1.2.6.4 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: i restanti gruppi

Se i gruppi sin qui osservati coinvolgono nel complesso 5,5 milioni di giornate di ospedalizzazione inappropriata, i rimanenti tre gruppi, pur meritevoli di attenzione nello specifico, raggiungono in totale poco più di 800 mila giornate. Si tratta delle *Malattie del sistema genito-urinario* (336 mila giornate potenzialmente inappropriata nel 2008), delle *Malattie dell'apparato digerente* (269 mila) e delle *Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi* (214 mila giornate). La sintesi quantitativa e la distribuzione territoriale di questi gruppi di

cause sono riportate nella **tavola 1.11a** e nella **mappa 1.11b**.

La modesta numerosità, distribuita in circa 160 unità sanitarie territoriali, si traduce in tassi standardizzati contenuti, in media intorno 3-5 giornate ogni mille abitanti. Tuttavia proprio per questo anche modeste oscillazioni in termini assoluti si traducono in variazioni sostenute del rischio relativo

Tavola 1.11a

Confronti fra ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e ospedalizzazione totale riferiti ai gruppi "minori". Anno 2008

Tassi standardizzati delle giornate di ricovero x 1.000 ab. e variazioni %

Malattie sistema genito-urinario

	Maschi	Femmine
Tassi standardizzati 2008		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	3,4	5,7
b. Ospedalizzazione totale	38,6	39,1
Incidenza % (a / b x 100)	8,9	14,5
Variazione % 2006-2008 dei tassi standardizzati		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	- 2,7	- 4,3
b. Ospedalizzazione totale	- 6,7	- 7,3

Malattie apparato digerente

	Maschi	Femmine
Tassi standardizzati 2008		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	5,1	3,3
b. Ospedalizzazione totale	75,6	58,8
Incidenza % (a / b x 100)	6,7	5,6
Variazione % 2006-2008 dei tassi standardizzati		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	- 8,6	- 10,3
b. Ospedalizzazione totale	- 8,3	- 9,3

Malattie sistema nervoso e organi dei sensi

	Maschi	Femmine
Tassi standardizzati 2008		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	3,8	3,3
b. Ospedalizzazione totale	27,4	26,1
Incidenza % (a / b x 100)	13,9	12,7
Variazione % 2006-2008 dei tassi standardizzati		
a. Ospedalizzazione potenz. inappr.	- 10,2	- 4,0
b. Ospedalizzazione totale	- 11,7	- 12,0

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero Salute.

ed è per questo che si notano casi in cui le tonalità di rischio più elevato di un territorio corrispondono a tonalità di rischio esattamente opposto in un territorio immediatamente confinante. I risultati presentati sono da osservare quindi con molta cautela in termini di robustezza statistica. Pur con queste cautele appaiono meritevoli di attenzione alcuni segnali:

- una bassa contrazione dal 2006 al 2008 che, per le *Malattie del sistema genito-urinario* e quelle del Sistema nervoso e organi dei sensi è persino inferiore rispetto alla corrispondente diminuzione in termini di ospedalizzazione generale;
- per quanto concerne le *Malattie del sistema genito-urinario* una prevalenza di aree a rischio elevato nella dorsale adriatica, in particolare per il genere femminile;
- una relativa concentrazione in alcune aree del Lazio, Abruzzo, Molise e Campania di aree ad alto rischio di ospedalizzazione potenzialmente inappropriata (in rosso in figura) per *Malattie dell'apparato digerente*;
- per le *Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi* si evidenziano alcuni territori ad alto e medio rischio nelle zone più settentrionali del nord-est, in alcune zone dell'Emilia Romagna e ancora nella dorsale adriatica dalle Marche sino alla Puglia.

1.2.7 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: alcune considerazioni per genere

I sei diversi gruppi di dimissione appena esaminati fanno osservare una grande variabilità in termini di peso dell'inappropriatelyzza sul totale dell'ospedalizzazione: si va dal caso delle *Malattie dell'apparato respiratorio*, dove il tasso delle giornate ospedaliere complessive è legato per il 55-60% a cause che una più efficace assistenza territoriale dovrebbe significativamente contribuire a ridurre, al caso del *Sistema circolatorio* o delle *Malattie*

dell'apparato digerente, per le quali l'ospedalizzazione inappropriata non arriva a un decimo del totale. Dalle analisi precedenti non sono invece emerse rilevanti annotazioni in termini di genere. Come mai?

Alcune differenze appaiono immediatamente evidenti:

- nel caso delle *Malattie dell'apparato respiratorio* i livelli di ospedalizzazione sono nettamente a favore delle donne per le quali il tasso standardizzato di ospedalizzazione generale è di 46 giornate ogni 1.000 abitanti contro 76 per gli uomini e la quota valutata potenzialmente inappropriata è rispettivamente di 26 giornate di degenza contro 44;
- per il *Sistema circolatorio* il tasso generale femminile è quasi la metà di quello maschile (75 contro 130), ma le differenze di genere si attenuano per quanto concerne l'inappropriatelyzza (5,8 contro 7,3);
- infine anche le per le *Malattie dell'apparato digerente*, uno dei gruppi "minori", si nota una differenza per genere non trascurabile (rispettivamente 76/59 nel caso della ospedalizzazione generale e 3,3/5,1 in quello dell'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata).

Le differenze appena osservate appaiono legate sicuramente ad una diversa epidemiologia della salute fra uomini e donne, che evidentemente non possono che riflettersi nella risposta ospedaliera.⁽¹⁴⁾

Se si osservano tuttavia le mappe pubblicate in questo capitolo facendo attenzione alle somiglianze di genere si può notare una caratteristica che le accomuna. Infatti da quella introduttiva sul rischio relativo della *ospedalizzazione nel suo complesso* della *tavola 1.1* giù fino alla ultima sezione della *tavola 1.11b* dedicata al più modesto dei gruppi di dimissione osservati risulta evidente una somiglianza di fondo fra maschi e femmine, nonostante puntuali differenze a volte anche frequenti: gli addensamenti generali delle aree più a rischio tendono a manifestarsi nelle medesime zone, nonostante le eccezioni, e lo stesso accade per

le aree vicine alla media nazionale e per quelle a minor rischio, blu e verdi.

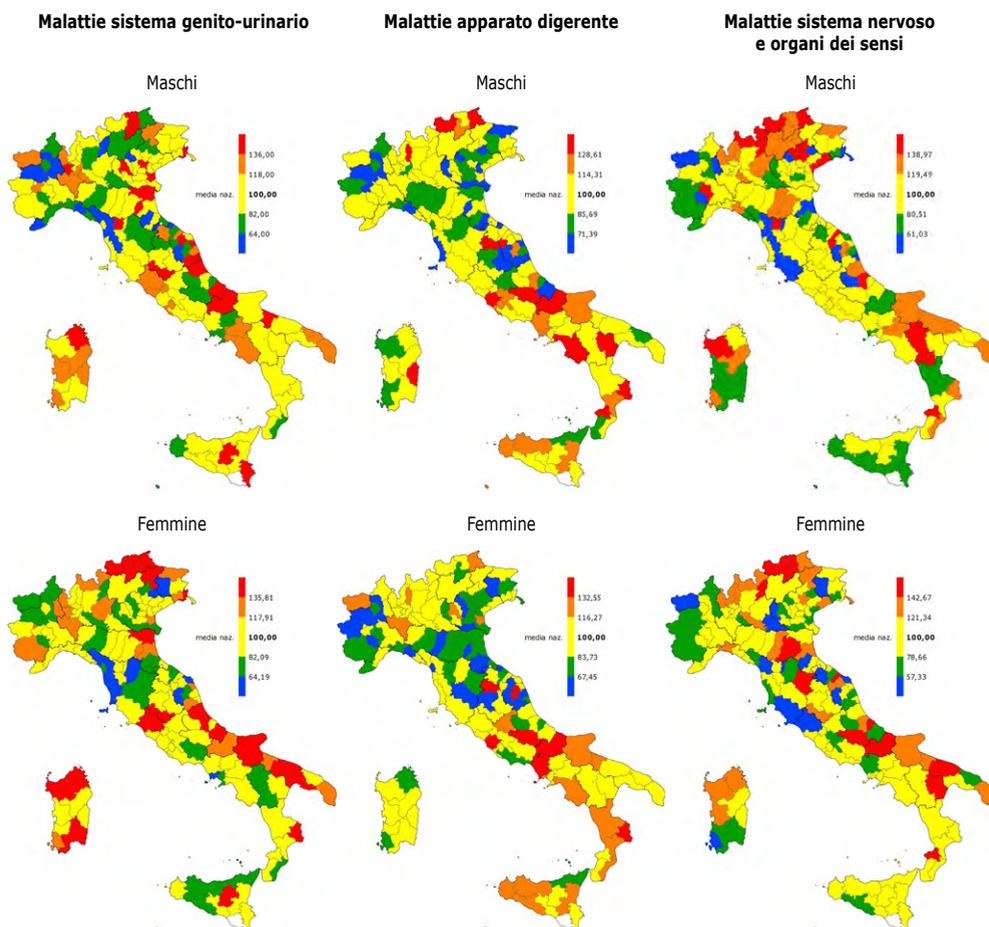
C'è una radice comune fra assistenza ospedaliera agli uomini ed assistenza ospedaliera alle donne, a prescindere dal particolare segmento analizzato? Come mai? Se davvero l'evento ospedalizzazione è l'incontro fra bisogno di assistenza, da un lato, e struttura dell'offerta, dall'altro, come si legge questa somiglianza di fondo? Dipende da stati di salute "simili nella diversità" fra maschi e femmine, legati

al medesimo ambiente e a stili di vita comuni, o dipende forse anche da "stili" nella risposta sanitaria, a loro volta legati a diversi assetti organizzativi, strutturali, tecnologici e di personale?

La cultura epidemiologica su cui si fonda questo Atlante indica che sono proprio gli interrogativi su differenze e somiglianze il vero valore aggiunto in termini di ricerca applicata ai servizi sanitari utilizzato da ERA, per ragionare in modo trasparente e documentato su differenze e/o con-

Tavola 1.11b

Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: mappa del rischio relativo riferite ai gruppi "minori"
Anno 2008. Scostamenti percentuali dalla media nazionale per classe di scostamento



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat e Ministero della Salute.

vergenze fra un'area e l'altra nel Paese e nel tempo. Alcune mappe per genere dei carichi dell'assistenza ospedaliera non possono essere risolutive in termini interpretativi. L'interrogativo posto, se cioè la somiglianza di fondo della distribuzione geografica dell'assistenza ospedaliera per genere derivi da comportamenti uniformi di offerta piuttosto che da concreti bisogni sanitari appare tuttavia un non irrilevante elemento da approfondire per orientare scelte fra assistenza ospedaliera ed assistenza extraospedaliera che le Autorità sanitarie ai diversi livelli sono sempre più pressantemente chiamate a fare.

1.2.8 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: la classifica

L'ultima parte del capitolo introduttivo di ERA è la tradizionale *classifica* riferita alle popolazioni residenti nei territori di responsabilità delle diverse Aziende sanitarie locali in cui è suddiviso il Paese, per comodità definite nell'Atlante Unità sanitarie territoriali. ⁽¹⁵⁾

Quest'anno la classifica è dedicata alla ospedalizzazione potenzialmente inappropriata per genere e, come nelle passate edizioni, consente un ulteriore versante di approfondimento applicativo.

La variabile di ordinamento è il *rischio relativo di ospedalizzazione potenzialmente inappropriata*, cioè il rischio di passare un giorno in ospedale per cause di dimissione che la letteratura scientifica ravvisa come contrastabili con appropriate attività di vaccinazione, controllo extraospedaliero dei casi acuti e corretta gestione, sempre extra-ospedaliera, delle cronicità.

La classifica di ERA è la trasposizione numerica ordinata della mappa dell'ospedalizzazione inappropriata già illustrata nella tavola 1.5 e già commentata, seguendone la suddivisione per livelli di gravità: dal fondo azzurrino che corrisponde alle aree a rischio più moderato (in blu nelle mappe) al fondo di tonalità più accesa che corrisponde ai territori a rischio più

sostenuto, come quelli già evidenziati appartenenti alla Regione Puglia ed alla Provincia autonoma di Bolzano.

Perché una sequenza così esplicita ed ordinata di numeri, allora, se i contenuti generali sono stati già anticipati?

Si tratta innanzitutto di un rilevante strumento di attenzione soprattutto da parte delle Istituzioni locali: le graduatorie consentono con semplicità e trasparenza di collegare il momento espositivo della ricerca con le necessità di approfondimento e di intervento, in particolare rispetto alle popolazioni residenti nei territori che di necessità ogni graduatoria penalizza. La prima considerazione generale, che da sempre accompagna le edizioni di ERA è che una collettività che ragiona su informazioni quantitative verificabili e appositamente elaborate per indagare aspetti rilevanti per le politiche pubbliche del Paese è significativamente più avvantaggiata di una collettività dove le diverse decisioni sono prese in assenza di tali informazioni.

Ma vi è anche una seconda considerazione. L'esposizione ordinata e articolata per Unità sanitaria territoriale è uno strumento che arricchisce a pieno titolo la cosiddetta "valigetta degli attrezzi" più volte richiamata nei diversi Atlanti ERA. La graduatoria consente di verificare la polarizzazione del 38% del rischio relativo medio fra le popolazioni maschili e femminili dei circa venti territori delle aree rispettivamente a maggiore ed a minore rischio e di differenziare al suo interno in modo trasparente fra aree che superano di poco la soglia del 20% oltre la media nazionale ed aree significativamente più distanti.

La graduatoria è poi pensata per consentire a ciascun territorio ulteriori approfondimenti valutativi meritevoli di attenzione. In primo luogo viene esposta l'incidenza fra ospedalizzazione potenzialmente inappropriata della popolazione residente in ciascun territorio e la corrispondente ospedalizzazione complessiva ⁽¹⁶⁾. Questo dato consente di individuare quanta parte della

ospedalizzazione complessiva verrebbe ridotta azzerando completamente, con appropriati interventi extra-ospedalieri, le giornate di degenza classificate come contrastabili:

- per il genere maschile copre un intervallo che va dal 9% circa della popolazione di Aosta sino al quasi 17% di quella di Brianza, quart'ultima in classifica, che evidentemente necessita di ampi spazi di approfondimento su questo versante;
- per il genere femminile l'intervallo va dal 6,6% del territorio primo classificato sino al 14% del territorio della *Asl Triestina*.

L'ulteriore strumento di attenzione, sempre volto a verificare i rapporti fra il tema cui è dedicata questa edizione dell'Atlante e l'ospedalizzazione globalmente intesa, è la pubblicazione della velocità di riduzione (in qualche caso di incremento) osservata in questi due fenomeni nel periodo 2006-2008. Anche in questo caso le evidenze vogliono costituire un invito a comprendere e tenere sotto controllo (non necessariamente modificare, ma sicuramente verificare) la direzione del cambiamento: ⁽¹⁷⁾

- per il genere maschile si va da una riduzione dell'ordine del 30-35% (Lanusei in Sardegna in posizione 114 e Prato, in Toscana, in posizione 18) della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata a fronte di un massimo del 20% della ospedalizzazione totale (Lanciano/Vasto in Abruzzo, n. 109);
- ancora per il genere maschile si registrano degli incrementi della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata che vedono il proprio massimo nel + 18% del territorio della Asl di Pistoia (che tuttavia non sembra dare segnali di criticità relativa, in quanto risulta ottava nella classifica generale), al 4% di incremento della ospedalizzazione globale riferite ad Urbino (posizione 106);
- per il genere femminile l'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata mostra anch'essa riduzioni di rilievo, dell'ordine del 25-30%, per la popolazione delle Asl di Lanusei (posizione 121) e

Prato (n. 18) appena citate per il caso maschile, cui si aggiungono Bussolengo in Veneto (posizione 23) e Chieti e Lanciano-Vasto (posizioni rispettivamente 76 e 115); l'ospedalizzazione complessiva di converso si comprime del 20-25% in due casi appena ricordati, le Asl di Chieti in Abruzzo e Lanusei, in Sardegna;

- infine anche per il genere femminile si assiste ad incrementi del tasso standardizzato di ospedalizzazione inappropriata 2006-2008 del 15-16%, avvenuti tuttavia in due posizioni non critiche della classifica, Fabriano nelle Marche e Pistoia in Toscana, rispettivamente alle posizioni 16 e 17 mentre l'ospedalizzazione complessiva trova nella prima classificata il valore più elevato, circa il 20%.

L'insieme delle tre informazioni proposte nella classifica, e cioè livello di *rischio relativo*, *incidenza della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata* e *intensità e direzione del cambiamento* sono, in sintesi, una sorta di cruscotto generale che permette di visualizzare in un unico e articolato insieme l'argomento affrontato da questa edizione di ERA. Si tratta, in altre parole, di una sorta di quadro di comando e controllo che consente di orientare e rendere maggiormente chiara:

- la lettura dei capitoli successivi, in particolare quelli regionali e le schede di sintesi di *benchmark* realizzate per singola unità territoriale sanitaria
- la fruizione a fini di verifica ed eventuale approfondimento dei dati di tutti gli indicatori utilizzati nel volume, liberamente disponibili, sul sito web dedicato alla ricerca, sia a livello di disaggregazione regionale che al massimo dettaglio territoriale;
- l'utilizzo del modello di navigazione appositamente realizzato nella medesima sede per consentire confronti comparativi pienamente personalizzabili di un qualsiasi territorio rispetto alle soglie critiche individuate nel lavoro ed anche di confronto diretto fra due territori a scelta dell'utente. ⁽¹⁸⁾

1.2.9 Considerazioni di sintesi

Lo scenario che emerge dall'approfondimento sulla ospedalizzazione contrastabile con appropriati interventi fuori dall'ospedale è piuttosto composito. Da un lato consente di cogliere situazioni critiche in specifiche aree del Paese, qualora condivise le scelte della letteratura internazionale, al fine di orientarvi appropriate politiche sanitarie di rientro da una ospedalizzazione relativamente più intensa attraverso una allocazione più efficiente delle risorse sul territorio.

Dall'altro, e soprattutto, ha lo scopo di contribuire alla riflessione su questo tema, affrontato da tempo nei maggiori paesi sviluppati, con un approfondimento orientato al livello di servizio goduto dalle diverse popolazioni. Rilevante appare a questo proposito l'osservazione che, in media, il tasso standardizzato delle giornate di degenza si riduce nel 2006-2008 in misura non troppo dissimile fra ospedalizzazione

generale (poco più del 7%) e ospedalizzazione potenzialmente inappropriata (7-8%, cfr. la già discussa *tavola 1.4c*).

Questa sola ultima evidenza, in definitiva, giustifica tutto il lavoro svolto da questo Atlante e si riassume in una unica questione centrale, che riguarda da un lato scelte fatte in sede di ricerca scientifica nazionale ed internazionale e dall'altro scelte di medio periodo di politiche sanitarie che debbono, e forse possono, avvalersi di ogni supporto per orientare verso una migliore efficienza l'allocazione delle risorse fra ospedale e territorio.

Le evidenze suggerite da questa edizione dell'Atlante meritano attenzione anche in termini di approfondimento e verifica, quindi, anche e soprattutto nelle sedi di decisione delle diverse Istituzioni sanitarie del Paese, nazionali, regionali e locali cui, come consuetudine, la ricerca offre, sia pure con diversi tagli conoscitivi, un unico comune e auspicabilmente condiviso quadro conoscitivo.



Note

⁽¹⁾ Fanno eccezione, in arancione, alcune popolazioni dell'Alto Adige e, limitatamente al genere maschile, delle unità territoriali della Valle Camonica, di Lodi e di Chioggia, oltre a quella Genovese per quello femminile.

⁽²⁾ La distanza è calcolata come rapporto fra il rischio medio di passare un giorno in ospedale delle popolazioni del Centro-Sud a rischio medio alto e alto (in arancione e rosso nelle mappe, 15,6 milioni di abitanti fra maschi e femmine) ed il rischio medio basso e basso delle popolazioni del centro-nord (in verde e blu, per un totale di 14,8 milioni di abitanti). Nella precedente edizione di ERA, dato riferito al 2005, il medesimo calcolo portava ad una distanza del 43%.

⁽³⁾ Circa 2 mila miliardi di tonnellate, a fronte di una produzione mondiale attuale inferiore a 500 miliardi di tonnellate.

⁽⁴⁾ Si rinvia al capitolo 6, "Nota metodologica" per la puntuale descrizione delle innovazioni apportate.

⁽⁵⁾ Per le mappe epidemiologiche la misura rigida prescelta nell'edizione 2008 dell'Atlante aveva

le soglie - 20% - 10% 0% + 10% + 20%, peraltro utilizzate anche nella sezione introduttiva di questo capitolo. Nei casi in cui la variabilità è strutturalmente più elevata, soglie rigide portano a disegnare mappe che a prima vista appaiono molto allarmanti (cioè con ampie zone segnate dai colori più accesi); quando all'opposto la variabilità osservata è relativamente modesta, la mappa risultante risulta pressoché indistintamente colorata di giallo, cioè concentrata in un intorno del $\pm 10\%$ della media. Aniché adottare un intervallo di ampiezza fissa 10% per definire le diverse aree a seconda della distanza dalla media nazionale, si è scelto di utilizzare un intervallo legato alla deviazione standard, la misura più semplice e nota della variabilità, indicata con la lettera greca sigma (σ). La scelta, implementata in occasione della pubblicazione di ERA_{web} (cfr. Capitolo 7 "Gli strumenti di consultazione di ERA_{web}") è caduta su un intervallo pari a 0,6 volte la deviazione standard, valore che approssima (come vedremo) molto da vicino il 10% delle mappe sin qui osservate e standardizza tuttavia le soglie critiche e le conseguenti analisi.



⁽⁶⁾ Per i cruscotti di confronto comparativo le soglie erano in precedenza attestate in modo costante al 5° ed al 95° percentile e restituivano quindi segnali di attenzione differenti da quelli proposti nelle mappe. In luogo di tali soglie è stato individuato l'intervallo di $\pm 1,2$ sigma, cioè quello che generalizza il precedente $\pm 20\%$ dalla media nazionale nelle mappe, per rappresentare il punto che convenzionalmente demarca le aree critiche.

⁽⁷⁾ Giornate di degenza in regime di ricovero ordinario per acuti degli ospedali pubblici e delle case di cura private convenzionate, cui sono sommate le attività di day hospital (per i quali è adottata la convenzione 1 accesso di day hospital pari ad un terzo di giornata di degenza). Sono esclusi i dati della Unità sanitaria territoriale di Ragusa che, come per la precedente edizione dell'Atlante di ERA presenta dati valutati non sufficientemente affidabili.

⁽⁸⁾ L'analisi per classe di età della ricerca è più dettagliata di quella offerta nel presente capitolo (es. per la standardizzazione sono scelte classi di età quinquennali, per le età anziane viene distinta la fascia da 75 a 84 anni dalle età successive, è considerata individualmente la fascia di età 0 anni eccetera). La scelta di ridurre a tre sole macrocategorie di popolazione deriva dalla volontà di attirare l'attenzione delle diverse Autorità sanitarie su possibili scelte di priorità nelle decisioni di contrasto della ospedalizzazione evitabile in ordine a possibili popolazioni bersaglio.

⁽⁹⁾ Il 10% della tavola 1.2 comprendeva anche il 2005.

⁽¹⁰⁾ Sono esclusi dall'analisi della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata i gruppi: Tumori, Traumatismi e avvelenamenti, Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo e Complicanze gravidanza e puerperio.

⁽¹¹⁾ Le restanti aree di gradazione rossa sono molto disperse sul territorio e appaiono quasi delle eccezioni rispetto ai territori confinanti: partendo da nord si nota Brunico, Vallecamonica-Sebino e Bassano del Grappa (maschi), Trieste, Chioggia e Urbino (maschi e femmine), ed infine, per il solo genere femminile, Lodi in Lombardia, Roma H nel Lazio, Palermo in Sicilia e Olbia nel nord della Sardegna.

⁽¹²⁾ Per i maschi si tratta dei territori di Cuneo in Piemonte, Pavia e Lodi in Lombardia, tutti i territori Alto-atesini ad eccezione di Brunico (alto rischio) e Bolzano (rischio vicino alla media nazionale), San Donà di Piave e Rovigo,

in Veneto, Jesi, Civitanova Marche e Teramo, nelle Marche, il territorio della Asl Roma H in Lazio, quello di Lanciano Vasto in Abruzzo e infine Sanluri in Sardegna e Palermo in Sicilia. Per le femmine la popolazione della Asl Città di Milano, in Lombardia, Merano e Brunico in Alto Adige, Bassano del Grappa, Cittadella, Legnago e Rovigo in Veneto, Cesena nelle Marche, Rieti nel Lazio, Teramo e Lanciano Vasto in Abruzzo, Napoli 1 centro e Salerno in Campania, Reggio Calabria nella omonima regione e Sanluri e Lanusei in Sardegna.

⁽¹³⁾ Si tratta dei territori delle Aziende sanitarie locali di Aquila, Lanciano Vasto, Caserta, Benevento, Napoli 3 sud, Matera, ViboValentia e Nuoro; tali territori si dimezzano per il genere maschile che conta invece oltre a Caserta, Napoli 3 sud e Vibo Valentia, presenti anche per il genere femminile, unicamente Reggio Calabria.

⁽¹⁴⁾ A questo proposito si confrontino in particolare le evidenze esposte nei primi capitoli dell'Atlante ERA 2007 dedicato alla mortalità evitabile.

⁽¹⁵⁾ Con alcune eccezioni rappresentate dalle Aree metropolitane di Roma e Torino, che aggregano i territori di diverse Asl e da alcune "zone territoriali" che suddividono la popolazione di una Asl, per motivi di studio, in aree più limitate (come nel caso dell'Alto Adige). Per ogni approfondimento su questo aspetto si rinvia alla nota metodologica in coda all'Atlante.

⁽¹⁶⁾ L'incidenza è calcolata come rapporto tra tassi standardizzati (e non come rapporto del dato grezzo delle giornate di degenza) per eliminare l'effetto determinato dalle significativamente diverse distribuzioni per età della popolazione. Va rilevato che i diversi tassi sono liberamente fruibili al massimo livello di disaggregazione scelto nella ricerca presentata in queste pagine sul sito www.atlantesanitario.it.

⁽¹⁷⁾ Non va dimenticato che le esposizioni ordinate contribuiscono anche a migliorare la qualità del dato qualora se ne verificasse in sede operativa la necessità, in particolare in relazione a quelli che in letteratura scientifica sono definiti come outliers, cioè casi che si distinguono per le evidenze più estremizzate.

⁽¹⁸⁾ Ad esempio Città di Milano e Roma AM, per citare una delle possibili curiosità conoscitive, o più ragionevolmente un particolare territorio valutato come benchmark utile al confronto da ciascuna realtà locale.

Tavola 1.12

Classifica per unità sanitaria territoriale e genere del rischio relativo di passare un giorno in ospedale per cause di dimissione potenzialmente inappropriate. Anno 2008

Rischio relativo (media nazionale per genere = 100), variazione % dei tassi standardizzati delle giornate di degenza per ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e delle giornate di ospedalizzazione generale e rapporto relativo fra tali tassi

MASCHI				FEMMINE				
Ord. Unità sanitaria territoriale	Rischio Relativo	Incidenza % osp. potenz. inappr. su osp. totale	Variazione % 2006-08		Rischio Relativo	Incidenza % osp. potenz. inappr. su osp. totale	Variazione % 2006-08	
			osped. potenz. inappr.	osped. totale			osped. potenz. inappr.	osped. totale
	(a)	(b)	(c)		Ord. Unità sanitaria territoriale	(a)	(b)	(c)
1 Novara [PIE]	64,36	9,62	-16,91	-7,99	1 Camerino [MAR]	58,95	6,62	-19,74 19,25
2 Empoli [TOS]	65,71	10,28	-19,50	-11,28	2 Lucca [TOS]	61,69	7,62	-18,64 -4,66
3 Pisa [TOS]	68,92	10,31	-5,51	-8,12	3 Este [VEN]	65,43	9,09	-21,55 -14,64
4 Livorno [TOS]	69,60	10,21	-8,82	-7,23	4 Novara [PIE]	66,44	8,64	-9,84 -5,89
5 Fabriano [MAR]	71,05	10,73	-4,34	-8,40	5 Versilia [TOS]	68,64	9,55	-11,71 -11,14
6 Lucca [TOS]	71,97	9,68	-12,59	-8,73	6 Ancona [MAR]	69,14	7,92	-10,32 -5,65
7 Ancona [MAR]	72,60	9,38	-12,61	-6,32	7 Forlì [EMR]	72,25	9,55	-20,77 -11,55
8 Pistoia [TOS]	75,11	11,21	17,72	2,81	8 Empoli [TOS]	73,76	9,59	-4,30 -6,11
9 Biella [PIE]	75,69	10,82	-2,30	-3,89	9 Arzignano [VEN]	74,75	8,43	-3,63 -3,28
10 Arzignano [VEN]	75,95	10,23	-9,83	-5,15	10 Pisa [TOS]	74,89	10,03	-5,58 -10,31
11 Thiene [VEN]	75,96	11,68	-21,67	-12,78	11 Grosseto [TOS]	75,02	8,97	-8,92 -10,93
12 Camerino [MAR]	76,22	10,23	-1,01	-6,02	12 Bassa Friulana [FVG]	75,04	10,14	-10,56 0,80
13 Foligno [UMB]	76,55	11,66	-6,52	-1,36	13 Livorno [TOS]	75,53	9,19	-11,66 -7,89
14 Arezzo [TOS]	76,68	12,09	-3,04	-7,30	14 Vercelli [PIE]	77,14	9,56	-4,14 -7,51
15 Grosseto [TOS]	76,79	10,30	-5,99	-13,12	15 Friuli Occidentale [FVG]	77,59	10,25	0,38 -8,31
16 Forlì [EMR]	76,79	11,66	-12,92	-6,56	16 Fabriano [MAR]	77,92	9,36	16,76 -1,35
17 Verbanco-Cusio-Ossola [PIE]	77,28	10,62	-17,93	-6,74	17 Pistoia [TOS]	78,36	10,25	15,00 2,20
18 Prato [TOS]	77,51	11,48	-29,49	-14,38	18 Prato [TOS]	78,41	9,80	-30,10 -5,44
19 Firenze [TOS]	77,94	12,06	-5,73	-6,82	19 Thiene [VEN]	78,97	10,99	-7,56 -10,76
20 Versilia [TOS]	78,53	11,27	0,21	-5,66	20 Macerata [MAR]	79,09	8,97	-3,26 -0,20
21 Bassa Friulana [FVG]	78,78	11,75	-0,79	-7,28	21 Pieve di Soligo [VEN]	79,57	10,81	-2,38 -11,18
22 Vercelli [PIE]	79,13	11,02	-8,17	-9,95	22 Bergamo [LOM]	80,25	9,82	-7,74 -5,03
23 Torino 4 [PIE]	79,21	10,92	-8,56	-2,32	23 Bussolengo [VEN]	80,35	9,79	-27,06 -14,97
24 Torino 3 [PIE]	80,18	11,60	-4,20	-6,33	24 Verbanco-Cusio-Ossola [PIE]	80,50	10,30	-11,52 -6,80
25 Aosta [VDA]	80,98	8,88	-3,73	-3,66	25 Jesi [MAR]	80,51	9,22	-13,06 -3,65
26 Imola [EMR]	81,20	11,03	-18,64	-0,57	26 Firenze [TOS]	80,52	10,68	-12,57 -6,41
27 Torino 5 [PIE]	81,34	11,04	-8,08	-5,54	27 Aosta [VDA]	81,21	7,69	13,04 2,07
28 Viterbo [LAZ]	82,74	9,88	-12,37	-12,97	28 Perugia [UMB]	81,70	10,83	-0,71 -2,36
29 Este [VEN]	82,91	11,60	-2,95	-6,02	29 Caserta [CAM]	81,71	8,29	-11,51 -5,95
30 Piacenza [EMR]	83,05	11,41	-4,44	-2,23	30 Piacenza [EMR]	81,97	9,90	-6,75 -2,14
31 Ascoli Piceno [MAR]	83,11	10,05	-18,06	-9,39	31 Nuoro [SAR]	82,01	8,70	-18,73 -5,07
32 Bussolengo [VEN]	83,17	11,25	-18,44	-10,55	32 Arezzo [TOS]	82,17	11,14	-5,45 -6,59
33 Bergamo [LOM]	83,23	10,87	-11,56	-5,57	33 Napoli Sud [CAM]	82,30	8,46	-10,37 -6,28
34 Ravenna [EMR]	84,65	11,79	-0,47	-6,42	34 Asolo [VEN]	84,18	10,64	-6,46 -11,04
35 Milano 3 [LOM]	84,98	11,35	-10,56	-5,94	35 Ascoli Piceno [MAR]	84,20	8,51	-10,76 5,56
36 Reggio Emilia [EMR]	85,09	12,42	-2,42	-5,87	36 Reggio Emilia [EMR]	84,70	10,81	-3,46 -7,12
37 Senigallia [MAR]	85,95	11,15	0,30	-13,36	37 Milano 3 [LOM]	85,22	10,61	-5,18 -3,59
38 Rimini [EMR]	86,57	12,42	-3,53	-5,20	38 Torino 4 [PIE]	85,66	10,40	-4,37 -2,51
39 Mantova [LOM]	87,58	11,20	-5,29	-5,02	39 Viterbo [LAZ]	85,88	8,96	-16,45 -13,49
40 Parma [EMR]	87,87	11,52	-11,67	-8,24	40 Biella [PIE]	86,04	10,39	7,91 -7,31
41 Agrigento [SIC]	88,52	10,79	-10,18	-7,03	41 Vibo Valentia [CAL]	86,40	8,45	-12,26 -8,95
42 Pieve di Soligo [VEN]	88,81	12,56	-5,77	-8,30	42 Senigallia [MAR]	86,69	9,59	-1,09 -2,99
43 Napoli Sud [CAM]	88,99	10,41	-6,77	-4,11	43 Imola [EMR]	87,00	10,06	-9,76 0,10
44 Friuli Occidentale [FVG]	89,28	13,27	12,41	-2,13	44 Medio Friuli [FVG]	87,35	10,63	-6,00 -3,17
45 Perugia [UMB]	89,57	13,41	7,62	-0,99	45 Foligno [UMB]	87,39	11,22	1,97 -1,55
46 Napoli Nord [CAM]	89,65	10,28	-12,16	-4,07	46 Fermo [MAR]	87,42	9,58	-5,61 -8,88
47 Potenza [BAS]	89,78	10,92	-6,50	-9,51	47 Isoncina [FVG]	87,49	11,05	4,96 0,63
48 Pesaro [MAR]	89,81	12,02	-21,41	-4,27	48 Cremona [LOM]	87,79	10,13	-12,77 -4,43
49 Cremona [LOM]	90,24	11,27	-13,65	-5,85	49 Benevento [CAM]	87,99	8,64	-5,35 -5,36
50 Mirano [VEN]	90,26	12,07	-5,99	-6,50	50 Potenza [BAS]	88,26	9,45	-3,65 -6,15
51 Vibo Valentia [CAL]	90,32	10,32	-11,81	-8,40	51 Ravenna [EMR]	88,85	10,36	-5,20 -9,02
52 Cesena [EMR]	91,06	11,81	-8,95	-0,20	52 Pesaro [MAR]	88,95	10,44	-8,65 -1,63
53 Modena [EMR]	91,17	12,40	-7,63	-4,73	53 Fano [MAR]	89,47	11,12	-16,98 -7,68

Capitolo 1 - La classifica ERA 2009: l'ospedalizzazione a rischio di inappropriatelyzza nelle unità sanitarie territoriali italiane

segue Tavola 1.12

Classifica per unità sanitaria territoriale e genere del rischio relativo di passare un giorno in ospedale per cause di dimissione potenzialmente inappropriate. Anno 2008

Rischio relativo (media nazionale per genere = 100), variazione % dei tassi standardizzati delle giornate di degenza per ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e delle giornate di ospedalizzazione generale e rapporto relativo fra tali tassi

MASCHI				FEMMINE							
Ord.	Unità sanitaria territoriale	Rischio Relativo (a)	Incidenza % osp. potenz. inappr. su osp. totale (b)	Variazione % 2006-08		Rischio Relativo (a)	Incidenza % osp. potenz. inappr. su osp. totale (b)	Variazione % 2006-08			
				osped. potenz. inappr.	osped. totale			osped. potenz. inappr.	osped. totale		
54	Nuoro [SAR]	91,18	10,48	-13,53	-6,49	54	Napoli Nord [CAM]	89,71	8,87	-3,66	-3,11
55	Matera [BAS]	91,32	10,97	-1,18	-2,33	55	Rimini [EMR]	90,61	11,30	-4,10	-5,00
56	Trapani [SIC]	92,46	11,50	-16,56	-9,31	56	Avellino [CAM]	90,61	8,69	-16,23	-2,29
57	Caserta [CAM]	92,47	10,73	-7,94	-3,47	57	Matera [BAS]	90,71	9,03	-0,74	0,83
58	Roma G [LAZ]	92,54	10,17	-18,98	-13,34	58	Torino 5 [PIE]	91,38	10,07	-0,95	-2,73
59	Roma F [LAZ]	92,87	9,75	-18,11	-9,28	59	Massa Carrara [TOS]	92,30	10,84	-1,08	-6,41
60	Siracusa [SIC]	93,44	11,01	-15,71	-7,17	60	Mantova [LOM]	92,32	10,73	6,58	-5,21
61	Roma AM [LAZ]	93,49	9,88	-18,66	-16,22	61	Torino 3 [PIE]	92,36	10,91	5,15	-3,07
62	Bologna [EMR]	94,23	12,54	-6,46	-3,98	62	Carbonia [SAR]	93,02	9,02	-23,73	-9,84
63	Benevento [CAM]	94,37	10,69	-10,98	-6,40	63	Modena [EMR]	93,19	11,08	-6,76	-5,91
64	Fermo [MAR]	94,43	11,24	-1,02	-1,34	64	Agrigento [SIC]	93,47	10,38	-10,84	-10,68
65	Alessandria [PIE]	94,91	12,45	-5,28	-6,61	65	Siena [TOS]	93,68	11,16	-9,61	-8,17
66	Brescia [LOM]	95,19	11,27	-2,57	-4,84	66	Como [LOM]	94,12	11,71	-6,09	-3,36
67	Legnago [VEN]	95,23	11,88	-16,57	-7,09	67	Sanluri [SAR]	94,41	9,18	-0,14	-5,99
68	Cuneo 2 [PIE]	95,39	13,33	-1,40	-7,01	68	Mirano [VEN]	95,34	11,01	1,22	-1,53
69	Asolo [VEN]	95,64	12,79	-1,15	-9,50	69	Chiavarese [LIG]	95,34	10,59	-2,62	-1,74
70	Como [LOM]	95,68	12,35	-6,93	-3,88	70	Cesena [EMR]	95,71	11,33	-10,67	-3,73
71	S. Benedetto dT [MAR]	96,05	11,56	-7,60	-4,64	71	Legnago [VEN]	95,82	11,14	4,70	-5,22
72	Siena [TOS]	96,27	13,54	0,43	-7,61	72	Napoli Centro [CAM]	96,10	8,60	-8,01	-3,96
73	Frosinone [LAZ]	96,49	10,67	-3,87	-10,07	73	Alessandria [PIE]	96,59	10,67	-7,82	-2,20
74	Latina [LAZ]	96,73	10,37	-11,58	-14,95	74	Asti [PIE]	96,86	10,14	9,87	-3,10
75	Ferrara [EMR]	96,91	12,32	-13,97	-7,76	75	Feltre [VEN]	96,92	11,14	-6,53	-2,33
76	Medio Friuli [FVG]	97,05	12,93	-0,08	-1,90	76	Chieti [ABR]	97,03	10,23	-31,32	-24,73
77	Jesi [MAR]	97,33	11,66	-3,82	0,41	77	Urbino [MAR]	97,06	12,33	5,88	-10,38
78	Catania [SIC]	97,61	11,03	-13,25	-10,63	78	Civitanova Marche [MAR]	97,10	11,34	-10,69	-9,93
79	Savonese [LIG]	97,72	11,61	-1,61	-1,17	79	Belluno [VEN]	97,11	9,83	-17,88	-3,55
80	Caltanissetta [SIC]	97,81	10,50	-20,06	-13,07	80	Frosinone [LAZ]	97,53	9,27	-4,31	-9,19
81	Belluno [VEN]	97,91	11,36	-13,59	-4,46	81	Roma AM [LAZ]	97,56	8,93	-21,78	-16,65
82	Genovese [LIG]	97,96	10,86	-6,14	-6,53	82	L'Aquila [ABR]	97,91	10,19	-4,23	-12,62
83	Isontina [FVG]	97,98	14,31	8,63	-1,20	83	Bologna [EMR]	98,12	10,69	-10,52	-1,82
84	Avellino [CAM]	98,01	11,45	-5,58	-5,23	84	S. Benedetto dT [MAR]	98,15	9,96	-5,00	-4,60
85	Spezzino [LIG]	98,31	12,80	-6,87	-7,40	85	Roma G [LAZ]	98,50	9,26	-6,57	-12,90
86	Oristano [SAR]	98,76	11,13	-18,34	-10,15	86	Roma F [LAZ]	99,09	8,70	-10,83	-11,75
87	Milano 1 [LOM]	99,43	12,00	-9,74	-6,44	87	Milano 1 [LOM]	99,22	11,05	-8,49	-4,39
88	Alto Friuli [FVG]	99,63	12,73	-15,81	0,01	88	Cuneo 1 [PIE]	99,80	10,93	3,18	-2,00
89	Messina [SIC]	100,47	10,69	-18,29	-11,36	89	Brescia [LOM]	99,98	10,66	-2,71	-6,48
90	Asti [PIE]	100,53	12,64	5,71	-3,44	90	Vicenza [VEN]	100,20	11,04	-7,03	-9,66
91	Macerata [MAR]	100,90	13,07	-4,36	-1,62	91	Imperiese [LIG]	100,55	10,44	-5,01	-2,88
92	Fano [MAR]	101,24	14,22	-12,68	-6,67	92	Milano 2 [LOM]	100,67	11,95	-2,16	-4,03
93	Chieti [ABR]	101,58	11,73	-25,96	-17,05	93	Cuneo 2 [PIE]	100,76	11,52	1,24	3,82
94	Padova [VEN]	102,18	13,27	-3,84	-3,18	94	Varese [LOM]	100,98	11,48	-4,52	-3,37
95	L'Aquila [ABR]	102,39	13,05	3,17	-17,58	95	Spezzino [LIG]	101,15	11,32	5,36	-4,12
96	Napoli Centro [CAM]	102,69	10,51	-7,07	-4,54	96	Trapani [SIC]	101,98	11,18	-13,98	-11,54
97	Chiavarese [LIG]	102,91	13,50	-14,69	-10,12	97	Latina [LAZ]	102,01	9,49	-13,61	-13,65
98	Imperiese [LIG]	104,51	12,77	-5,82	-3,52	98	Verona [VEN]	102,06	10,66	-14,89	-8,42
99	Massa Carrara [TOS]	104,95	13,13	17,45	-3,11	99	Veneziana [VEN]	102,81	10,98	-8,97	-10,99
100	Varese [LOM]	104,99	12,71	1,88	-1,90	100	Avezzano/Sulmona [ABR]	102,81	9,33	-24,34	-13,52
101	Civitanova Marche [MAR]	105,37	13,04	2,55	-2,14	101	Cittadella [VEN]	103,11	11,49	-20,76	-11,41
102	Vicenza [VEN]	105,52	13,50	1,04	-5,99	102	S. Donà di Piave [VEN]	103,71	11,13	0,50	-0,60
103	Milano 2 [LOM]	105,66	13,07	-0,59	-2,62	103	Savonese [LIG]	103,77	10,30	-8,06	-2,35
104	Carbonia [SAR]	106,05	12,50	-10,11	-5,22	104	Caltanissetta [SIC]	103,77	9,00	-23,77	-10,72
105	Città di Milano [LOM]	106,15	12,73	-2,43	-5,56	105	Pavia [LOM]	104,29	10,37	-2,02	-2,66
106	Urbino [MAR]	106,45	14,04	4,15	4,34	106	Rovigo [VEN]	104,32	12,44	-16,49	-0,93

Capitolo 1 - La classifica ERA 2009: l'ospedalizzazione a rischio di inappropriatelyzza nelle unità sanitarie territoriali italiane

segue Tavola 1.12

Classifica per unità sanitaria territoriale e genere del rischio relativo di passare un giorno in ospedale per cause di dimissione potenzialmente inappropriate. Anno 2008

Rischio relativo (media nazionale per genere = 100), variazione % dei tassi standardizzati delle giornate di degenza per ospedalizzazione potenzialmente inappropriata e delle giornate di ospedalizzazione generale e rapporto relativo fra tali tassi

MASCHI				FEMMINE							
Ord.	Unità sanitaria territoriale	Rischio Relativo	Incidenza % osp. potenz. inappr. su osp. totale	Variazione % 2006-08		Rischio Relativo	Incidenza % osp. potenz. inappr. su osp. totale	Variazione % 2006-08			
				osped. potenz. inappr.	osped. totale			osped. potenz. inappr.	osped. totale		
		(a)	(b)	(c)			(a)	(b)	(c)		
107	Rovigo [VEN]	106,83	14,81	-13,26	-6,38	107	Reggio Calabria [CAL]	104,46	9,69	-13,66	-7,94
108	Reggio Calabria [CAL]	107,05	11,77	-13,02	-6,34	108	Parma [EMR]	104,72	11,63	-2,61	-3,72
109	Lanciano/Vasto [ABR]	108,39	13,21	-21,77	-20,69	109	Siracusa [SIC]	105,06	10,45	-14,48	-10,82
110	Avezzano/Sulmona [ABR]	108,43	11,77	-17,89	-12,16	110	Padova [VEN]	105,21	12,25	-13,48	-7,30
111	Locri [CAL]	108,49	12,11	-1,97	-15,77	111	Città di Castello [UMB]	105,68	13,71	-19,33	-12,44
112	Sondrio [LOM]	108,98	12,38	-8,85	-6,14	112	Torino AM [PIE]	105,69	10,77	-1,73	-0,86
113	Veneziana [VEN]	109,59	13,21	-3,39	-6,78	113	Città di Milano [LOM]	105,77	11,55	-4,50	-3,42
114	Lanusei [SAR]	109,92	11,54	-33,62	-14,48	114	Trento [TN]	105,78	11,63	-7,85	-2,69
115	Pavia [LOM]	109,97	12,28	5,64	-2,25	115	Lanciano/Vasto [ABR]	105,79	10,75	-31,01	-17,25
116	Sanluri [SAR]	110,00	12,44	-3,23	-7,22	116	Vallecamerica-Sebino [LOM]	105,86	10,70	-9,29	-5,24
117	Torino AM [PIE]	110,47	12,85	-1,08	-2,13	117	Oristano [SAR]	106,13	10,01	-13,94	-8,25
118	Lodi [LOM]	110,88	11,99	-8,77	-7,94	118	Alto Friuli [FVG]	106,50	13,06	6,07	-4,96
119	Olbia [SAR]	111,13	12,65	-10,95	-2,70	119	Treviso [VEN]	107,51	12,12	-4,10	-9,32
120	Cuneo 1 [PIE]	111,77	13,44	-4,20	0,74	120	Catania [SIC]	107,79	10,16	-14,54	-10,71
121	Adria [VEN]	111,84	13,61	-8,36	-13,31	121	Lanusei [SAR]	108,02	10,55	-31,42	-22,68
122	Città di Castello [UMB]	111,99	15,83	-15,00	-8,29	122	Messina [SIC]	108,37	9,62	-20,46	-13,28
123	ASREM [MOL]	112,35	10,90	-14,70	-10,06	123	Salerno [CAM]	109,18	10,33	-3,14	-4,82
124	Feltre [VEN]	112,91	13,60	-0,26	-7,57	124	Genovese [LIG]	109,34	10,06	2,59	-0,71
125	Terni [UMB]	113,06	13,64	5,80	-0,19	125	Locri [CAL]	110,43	9,42	6,09	-7,72
126	Treviso [VEN]	113,56	15,34	-7,92	-11,28	126	Sondrio [LOM]	111,07	11,56	6,74	1,37
127	Catanzaro [CAL]	114,66	12,62	-3,87	-8,27	127	Lodi [LOM]	113,26	11,22	-7,79	-8,66
128	Lecco [LOM]	115,38	14,44	-5,47	-4,45	128	ASREM [MOL]	115,04	9,60	-17,57	-8,99
129	Verona [VEN]	115,90	13,02	-5,44	-7,56	129	Bassano del Grappa [VEN]	115,15	11,12	-13,58	-8,80
130	Bolzano [BZ]	116,83	12,42	-12,62	-6,91	130	Catanzaro [CAL]	115,27	11,13	-3,79	-8,50
131	Pescara [ABR]	116,89	12,96	-14,24	-15,45	131	Pescara [ABR]	115,96	11,12	-17,81	-14,78
132	Sassari [SAR]	116,96	12,90	-15,96	-14,38	132	Terni [UMB]	116,51	11,67	8,16	0,58
133	Rieti [LAZ]	117,66	12,10	-1,04	-5,58	133	Ferrara [EMR]	116,99	12,00	-2,23	-6,40
134	Cittadella [VEN]	118,86	15,30	-7,45	-10,69	134	Cosenza [CAL]	117,75	10,40	-13,41	-13,70
135	Salerno [CAM]	119,23	12,42	-1,00	-1,32	135	Palermo [SIC]	118,17	11,64	-15,35	-10,37
136	Palermo [SIC]	119,76	13,24	-10,68	-6,17	136	Lecco [LOM]	118,60	13,55	7,12	-1,76
137	Taranto [PUG]	120,54	12,37	-9,74	-8,90	137	Roma H [LAZ]	119,93	10,82	-10,62	-14,82
138	Brindisi [PUG]	120,79	12,43	-6,98	-4,56	138	Triestina [FVG]	121,22	14,09	-11,82	-9,30
139	S. Donà di Piave [VEN]	120,96	14,16	-0,99	-3,55	139	Adria [VEN]	122,63	12,68	-5,75	-10,16
140	Vallecamerica-Sebino [LOM]	120,99	12,28	-8,74	-5,75	140	Brindisi [PUG]	123,29	10,36	-1,27	-1,91
141	Roma H [LAZ]	121,15	12,50	-11,70	-15,58	141	Lecce [PUG]	123,85	11,67	-1,77	-0,45
142	Cagliari [SAR]	121,25	13,43	-7,91	-6,34	142	Rieti [LAZ]	123,98	10,82	9,02	-4,54
143	Trento [TN]	123,58	15,19	-1,00	-3,49	143	Chioggia [VEN]	124,75	12,55	7,85	-5,35
144	Enna [SIC]	124,67	12,26	-9,25	-7,95	144	Bressanone [BZ]	126,17	12,93	0,87	-3,06
145	Bassano del Grappa [VEN]	125,21	13,89	2,48	-1,29	145	Taranto [PUG]	126,39	10,83	-4,74	-8,43
146	Cosenza [CAL]	125,29	13,21	-6,83	-9,51	146	Bolzano [BZ]	126,91	11,76	-2,55	-2,68
147	Barletta-Andria-Trani [PUG]	126,21	13,61	-0,43	-4,73	147	Barletta-Andria-Trani [PUG]	128,36	11,52	0,41	-7,38
148	Triestina [FVG]	127,76	16,14	-12,01	-9,65	148	Bari [PUG]	128,49	11,56	-7,28	-6,04
149	Foggia [PUG]	131,23	12,46	-9,63	-10,53	149	Teramo [ABR]	129,90	11,24	-13,80	-11,04
150	Bari [PUG]	131,46	14,09	-7,15	-5,01	150	Cagliari [SAR]	130,14	11,71	-10,02	-9,79
151	Chioggia [VEN]	133,50	14,42	15,18	-1,26	151	Brunico [BZ]	130,25	11,45	0,44	-4,96
152	Lecce [PUG]	133,88	14,56	-7,26	-3,68	152	Sassari [SAR]	131,76	11,78	-8,62	-11,22
153	Crotone [CAL]	137,16	12,79	-3,23	-5,70	153	Foggia [PUG]	133,16	10,39	-9,03	-10,80
154	Bressanone [BZ]	138,01	16,74	-5,39	-3,90	154	Merano [BZ]	134,86	11,93	-3,51	-8,27
155	Merano [BZ]	138,69	14,41	-2,76	-7,88	155	Olbia [SAR]	137,25	12,38	-0,35	-6,43
156	Brunico [BZ]	140,91	15,57	0,23	-4,81	156	Crotone [CAL]	140,24	10,98	-9,00	-10,82
157	Teramo [ABR]	141,02	13,90	-8,63	-11,96	157	Enna [SIC]	141,50	10,72	-10,38	-4,62

Note: (a) Rischio relativo di passare un giorno in ospedale per cause di dimissione potenzialmente inappropriate. (b) Incidenza % del tasso standardizzato delle giornate di degenza per ospedalizzazione potenzialmente inappropriata sul corrispondente tasso riferito all'ospedalizzazione generale. (c) Variazione % tra il 2006 e il 2008 dei tassi standardizzati delle giornate di degenza

Fonte: elaborazioni ERA su dati Ministero della Salute e Istat