



DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

SERVIZIO PRESIDIO OSPEDALIERI
IL RESPONSABILE

EUGENIO DI RUSCIO

Report Analisi Dati SDO sulla Lungodegenza Post Acuzie (Cod. 60)

10 marzo 2011

Responsabile del Progetto: Maria Mongardi, Eugenio Di Ruscio

Report elaborato da:

Eugenio Di Ruscio°

Andrea Donatini°°

Maria Mongardi°

Antonella Rolfini°°

Maria Vizioli°

° Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Servizio Presidi Ospedalieri – RER

°° Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Assistenza Distrettuale,
Medicina Generale, Pianificazione e sviluppo dei Servizi Sanitari - RER

Il gruppo di lettura:

Ada Lelli*

Corrado Fini**

Elisabetta Poli***

Fernando Anzivino^

Lucio Boattini**

Mauro Michelini ^^

Virna Valmori^^^

*Ausl Bologna, ** Ausl Forlì, *** Ausl Reggio Emilia, ^ Università degli Studi di Ferrara,

^^ Ausl Imola, ^^^ Ausl Cesena

Si ringraziano: Barbara Pacelli , Davide Botturi , Nicola Caranci , Simonetta
Puglioli ,

*ASSR-RER, Servizio Governo dell'Integrazione Socio Sanitaria e delle politiche per la
non autosufficienza- RER*

Indice

1.	Sommario	4
1.1.	Risultati Principali	4
1.2.	Punti di particolare interesse.....	6
1.3.	Obiettivi futuri/ Azioni di intervento.....	7
2.	Introduzione.....	8
2.1.	Qual è meglio?.....	8
2.2.	Il contesto normativo regionale.....	11
2.3.	Definizioni	12
3.	Obiettivi.....	14
4.	Materiali e Metodi	15
5.	Risultati e Discussione.....	18
5.1.	Ricoveri complessivi.....	18
5.2.	Ricoveri per pazienti di età > 64 anni.....	28
5.3.	Percorso post-dimissione	42
6.	Conclusioni	52
7.	Bibliografia.....	55
8.	Allegato 1 – Contesto demografico e offerta di posti letto	57
9.	Allegato 2 – Posti letto LD-PARE al 1 gennaio 2010.....	63
10.	Allegato 3 - Quesiti traccia per l’Audit Aziendale	

1. Sommario esecutivo

A distanza di 13 anni dall'applicazione della D.G.R. sulla lungodegenza 1455 del 1997 si è resa necessaria una valutazione dei principali indicatori di attività delle unità di LPARE, tramite un rapporto di analisi Dati SDO sulla LPARE, una survey Regionale sulle LPARE che esplora l'area assistenziale, le scale di valutazione della persona anziana in adozione, l'area organizzativa e delle risorse umane, l'area qualità e indicatori e la dimissione protetta ed uno studio, in corso di avvio, sui "Bed Blockers" ovvero i pazienti che occupano "inappropriatamente" un posto letto per acuto, pur avendo risolto l'evento acuto della malattia, in attesa di un posto letto di LPARE o di essere trasferiti in altro setting di cura (strutture residenziali, ADI).

Il presente Rapporto di analisi dei dati SDO ha l'obiettivo principale di descrivere le caratteristiche dell'assistenza erogata presso le Unità operative della LPARE con particolare riferimento a:

- percorso clinico assistenziale del paziente (dall'accettazione al post dimissione)
- tipologia di pazienti
- indicatori di attività e di esito
- offerta di posti letto ospedalieri e residenziali

L'analisi è stata condotta utilizzando le banche dati Regionali relativamente agli anni 2008, 2009 e 2010: in particolare sono stati selezionati tutti i ricoveri ordinari avvenuti presso gli ospedali pubblici e privati accreditati della Regione con almeno un passaggio in un reparto di lungodegenza (Codice di Disciplina 60 – Lungodegenza) e calcolati i principali indicatori di utilizzo (gg. di degenza, degenza mediana e indice di rotazione). Un approfondimento specifico ha riguardato il sottoinsieme della popolazione residente con età superiore a 64 anni.

1.1. Risultati Principali

1.1.1. Ricoveri complessivi in LPARE

Nel 2010 sono attivi in Regione 15.205 posti letto residenziali convenzionati pari a 3 posti letto ogni 100 residenti di età superiore o uguale a 75 anni.

Ai 15.205 posti letto presso strutture residenziali, si affiancano 2.304 posti letto in LPARE di cui 1.455 presso ospedali pubblici e 849 presso Case di Cura private, per complessivi 0,53 posti letto ogni 1.000 residenti e 1.340 posti letto di

Recupero e Riabilitazione di cui 569 pubblici e 781 privati (0,31 posti per 1.000 residenti).

Sono stati erogati 33.531 ricoveri, di cui l'86% a favore di residenti di età superiore a 64 anni, con un tasso standardizzato di ospedalizzazione di 7,3 per 1.000 residenti di cui il 12,6% attribuibile a ricoveri ripetuti con una marcata variabilità: da una parte le Aziende di Reggio Emilia e Modena con un valore inferiore al 10% e dall'altra Forlì dove i ricoveri ripetuti spiegano il 17% del tasso. L'analisi dell'andamento del tasso di ospedalizzazione e della quota di ricoveri ripetuti tra il 2006 ed il 2009 individua tre tipologie di Aziende:

- § incremento del tasso di ospedalizzazione e della percentuale di ricoveri ripetuti (Imola, Parma, Bologna, Modena, Forlì e Ravenna)
- § riduzione del tasso di ospedalizzazione ed incremento della percentuale di ricoveri ripetuti (Cesena, Ferrara e Piacenza)
- § riduzione del tasso di ospedalizzazione e della percentuale di ricoveri ripetuti (Reggio Emilia e Rimini)

La degenza mediana è pari a 17 giorni per le strutture pubbliche e 20 per le private, con una variabilità compresa tra 9 e 28 giorni.

Un confronto per Area Vasta ha evidenziato come l'Area Vasta Romagna, ha il numero più elevato di posti letto LPARE e di posti letto residenziali e ha il più basso indice di rotazione.

Le altre due Aree Vaste, sebbene con diversa dotazione strutturale (maggior offerta di posti letto LPARE per l'AVEC e di posti letto territoriali per l'AVEN) hanno un indice di rotazione sensibilmente superiore.

1.1.2. Ricoveri in LPARE per Pazienti di età > 64 anni

I ricoveri per i residenti di età superiore a 64 anni sono complessivamente 28.836 di cui 10.186 con ammissione e dimissione in un reparto di LPARE (ricoveri puri), 17.911 con ammissione in un reparto per acuti e trasferimento in LPARE nel corso dello stesso ricovero (ricoveri misti) e 739 con transito in LPARE e dimissione, senza ammissione in un reparto per acuti.

Per i ricoveri puri la degenza mediana è pari a 22 giorni con variabilità compresa tra 10 e 64 giorni; nella maggior parte dei casi la finestra temporale tra ricovero indice e ricovero precedente è uguale a 0 giorni. Nel 7,4% dei casi non è

attribuibile un ricovero acuto immediatamente precedente a quello in lungodegenza.

Per i ricoveri misti invece la degenza mediana è di 15 giorni con valori compresi tra 9 e 24 giorni. Nel 2009 sono stati erogati 17.911 ricoveri misti che hanno riguardato 16.708 pazienti di questi il 93,4% ha avuto solo 1 ricovero nel corso dell'anno, mentre il 6,6% ne ha avuti almeno due. Un quarto della casistica è attribuibile a patologie del sistema muscolo scheletrico (25% delle dimissioni) seguita da patologie del sistema nervoso (18%) e di quello respiratorio (16%).

1.1.3. Percorso post dimissione

La dimissione a domicilio è la tipologia più frequente di dimissione (52,7%) seguita dalla dimissione per decesso (17,8%) e presso struttura protetta (14,4%); per tutte le modalità considerate si osserva una significativa variabilità tra Aziende.

Nel percorso successivo al ricovero indice, la dimissione al domicilio rappresenta la modalità più frequente con il 52,3% dei casi, seguita dal decesso con il 20,8% dei casi e dal 10,9% con le dimissioni protette presso RSA e Case Protette.

1.1.4. Mortalità

Il 17,8% dei pazienti è stato dimesso per decesso (17,0% nel pubblico e 19,4% del privato)

Si osserva una variabilità marcata alle dimissioni per decesso con punte minime per le Aziende Ospedaliere di Modena e Bologna, rispettivamente al 7,2 e all'8,8% e i valori massimi per le strutture private di Ravenna (34,4%) e Ferrara (33,1%).

1.2. Punti di particolare interesse

I risultati dell'analisi del flusso SDO sulle LPARE della RER hanno messo in evidenza una importante variabilità di comportamenti nella gestione dei pazienti che transitano in LPARE; le motivazioni ascrivibili sono :

- § variabilità interaziendali nei protocolli di accesso alla LPARE
- § diversa disponibilità dei posti letto per acuti e posti letto residenziali in grado di accogliere i pazienti dimessi dai reparti di lungodegenza

- § diversa capacità della rete dell'Assistenza Domiciliare di prendere in carico il paziente post acuto
- § tipologia dei pazienti (complessità del case mix) e definizione di percorsi clinico assistenziali e organizzativi (con alcuni vizi di percorso troppo laschi o troppo restrittivi)
- § appropriatezza di gestione dei posti letto per acuti.

La differenza di giornate di degenza tra strutture pubbliche e private è verosimilmente attribuibile a diversa composizione del case-mix, a modelli diversi di gestione intraospedaliera dei pazienti ed alle potenziali difficoltà di integrazione con il sistema della presa in carico territoriale. Sarebbe interessante esplorare l'influenza che l'attuale sistema di remunerazione dei ricoveri di lungodegenza, ha sulla gestione dei posti letto di LPARE.

Criticità di codifica relativa a:

- § SDO: significativa difformità, peraltro confermata dai professionisti, nelle scelte di codifica relative alla modalità di dimissione .
- § ADI: incongruità tra scelta di codifiche effettuate in sede di dimissione e percorso del paziente così come testimoniato dalle banche dati ADI.

1.3. Obiettivi futuri/ Azioni di intervento

L'eterogeneità delle caratteristiche di processo evidenziate nel presente lavoro non consente di porre alle aziende degli obiettivi simili. Invece si ritiene appropriato attivare un percorso di Audit in tutte le Aziende della RER che permetta di fare in ognuna di esse una valutazione di appropriatezza, efficienza ed efficacia dei percorsi clinico assistenziali dei pazienti che transitano in LPARE. Sulla base dei risultati degli Audit Aziendali (da effettuare nel primo trimestre 2011) saranno valutate le azioni necessarie, differenziate per azienda, finalizzate a migliorare la qualità del percorso post acuzie del paziente anziano, inerenti:

- § i modelli organizzativo -assistenziali per migliorare la risposta di salute ai pazienti anziani con polipatologie ad andamento cronico e post evento acuto
- § la valutazione della complessità del case mix dei pazienti (es. definizione di un set di scale per la valutazione della complessità assistenziale della persona anziana)
- § il flusso informativo corrente delle Banche Dati Regionali

2. Introduzione

La lungodegenza è un'area di degenza che si colloca tra l'intensità delle cure ospedaliere e l'estensività della presa in carico a domicilio o nelle strutture residenziali territoriali. Deve essere interpretata come una "zona cuscinetto" per pazienti che, superato l'evento critico, hanno ancora bisogno di continuità terapeutico-assistenziale e riabilitativa. Esprime una presa in carico caratterizzata da una più bassa intensità di cure mediche e tecnologiche, ma globalmente alta di cure infermieristiche, tutelari e riabilitative.

L'attivazione dei reparti di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, conseguenza diretta della rimodulazione della rete ospedaliera e dell'applicazione della D.G.R. 1455/97 (Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva) della Regione Emilia-Romagna, ha comportato la messa in campo di strumenti di forte integrazione sia tra le strutture invianti e quelle riceventi all'interno ed all'esterno della struttura ospedaliera, che tra i professionisti che operano nei vari setting di cura.

Quella delibera costituì una prima e fondamentale rimodulazione dell'assistenza ospedaliera individuando, all'interno del processo assistenziale, una differenziazione di bisogni e di risposte che non erano riassumibili nella distinzione delle specialità mediche. Non distingueva tra post-acuzie, lungodegenza e riabilitazione estensiva, ma introduceva appunto il concetto di post-acuzie. Non tutta l'attività di degenza ha bisogno della stessa intensità di cura e, conseguentemente, nelle sue varie fasi necessita di un diverso impegno da parte dei diversi professionisti. All'inizio il lavoro diagnostico e terapeutico richiede un maggiore intervento medico, successivamente l'impegno prevalente è infermieristico e riabilitativo. Conseguentemente riteneva possibili diverse alternative organizzative: reparti a direzione medica, annessi anche logisticamente al reparto di provenienza dei pazienti, reparti a direzione medica disgiunti da quelli di provenienza, reparti a direzione infermieristica. Gli ultimi due sganciavano il modello della post-acuzie da una sola disciplina, l'ultimo interfacciava l'équipe infermieristica ai diversi invianti.

2.1. Qual è meglio?

L'impostazione era certamente originale per la post-acuzie, mentre non differenziava quest'ultima dalla lungodegenza e dalla riabilitazione estensiva. Inoltre il paradigma si

limitava al processo assistenziale ospedaliero, come se il ricovero risolvesse definitivamente il problema sanitario del paziente.

Nuovi problemi, o un diverso modo di lettura degli stessi problemi, offrono nuovi possibili spunti di lavoro.

La gestione della cronicità viene da più parti riconosciuta come uno dei fattori di successo dei servizi sanitari moderni. La stessa lettura dell'attività ospedaliera, se fatta attraverso l'analisi dei ricoveri ripetuti, consente di descrivere, tramite la tracciabilità degli eventi ospedalieri, la storia della malattia cronica dei diversi individui.

La storia dell'ospedale così come ancora oggi è interpretata riposa, per larga parte, su un modello acuto. Il paziente, affetto da ignota malattia, si presenta all'accettazione e, dopo un primo inquadramento, viene orientato verso la specialità medica che più si adatta a quel caso. Tuttavia questo modello è probabilmente obsoleto, e non più adeguato neanche all'assistenza per acuti: i modelli di assistenza per acuti più efficienti e graditi alla popolazione sono quelli in cui il paziente si presenta in ospedale già ampiamente studiato e rimane in ospedale il tempo strettamente necessario ad eseguire quelle procedure che non possono essere eseguite in ambiente non di degenza.

Dunque oggi abbiamo l'esigenza di riconoscere la cronicità, di gestirla prevalentemente a livello territoriale e di utilizzare l'ospedale per il periodo strettamente necessario a gestire riacutizzazioni e a restituire al paziente quelle capacità fisiologiche che gli consentano di tornare nel suo abituale ambiente di vita.

Perciò occorre affrontare la questione in modo da differenziare la post-acuzie dalla lungodegenza.

Da questo punto di vista il parametro tutt'ora vigente e ribadito nell'ultima stesura del patto per la salute non appare di alcun aiuto. Il parametro, rispettato a livello regionale, per le ragioni di cui si diceva sopra, e cioè per l'eterogeneità dei problemi sanitari a cui risponde, può far sì che nelle diverse aziende, a seconda del modello adottato per la gestione della cronicità, siano presenti diversi valori del parametro. Una lettura corretta dell'assistenza fornita deve mettere assieme la quota parte di risorse di ricovero per acuti utilizzata per i cronici, la funzionalità del modello assistenziale adottato in lungodegenza rispetto all'obiettivo della gestione territoriale della cronicità, e l'analisi delle forme territoriali di assistenza che dovrebbero trovare negli indici della descrizione del funzionamento della lungodegenza un corrispettivo congruente che consenta il monitoraggio dei percorsi auspicati. In questo senso non appaiono adeguate

letture della dotazione di posti letto che assegnino un valore positivo a una dotazione superiore alla media, uguale o inferiore alla stessa media. Ciò che è importante è l'intero processo, che non trova in questo rapporto una esaustiva trattazione, ma un'analisi pensata come funzionale agli obiettivi di gestione della cronicità delineati nel 1° Piano Sociale e Sanitario.

Perciò il presente lavoro analizza il funzionamento dei reparti di cui alla citata delibera del 1997, inquadrando quei ricoveri all'interno della storia clinica dei pazienti, e cioè avendo presente la ripetizione dei ricoveri. Analizza anche il rapporto con i servizi territoriali, sia attraverso quel che è leggibile dalla SDO, sia confrontandolo alle informazioni che derivano dai flussi relativi all'assistenza domiciliare, nella consapevolezza che l'allineamento delle diverse fonti informative è indispensabile all'assicurazione dei comportamenti auspicati.

Parallelamente a questo lavoro, è indispensabile che i percorsi per le patologie croniche più frequenti trovino nella progettazione e monitoraggio ai diversi livelli (distrettuale, aziendale, regionale), la soluzione effettiva e di qualità al problema della gestione della cronicità.

L'attuale realtà socio sanitaria italiana e della Regione Emilia Romagna (RER) risulta caratterizzata da una progressiva crescita di richieste di intervento sanitario e sociale nell'ambito di una popolazione bisognosa, sempre più anziana, con maggiori comorbilità e portatrice di patologie che sempre più superano la fase acuta per trasformarsi in patologie croniche necessitanti di frequenti interventi e trattamenti medico assistenziali di stabilizzazione o di cura per nuove e prevedibili riacutizzazioni. Risulta pertanto rilevante approfondire nuovi modelli di assistenza che maggiormente soddisfino le esigenze di questa utenza, anche considerando la progressiva riduzione della potenzialità di assistenza da parte dei familiari/caregivers.

L'attivazione dei reparti di lungodegenza post-acuzie costituisce una delle possibili opzioni su cui lavorare per rivedere ed ottimizzare le risorse umane ed economiche. In questo contesto la lungodegenza post-acuzie rappresenta un tipico esempio di risposta ospedaliera differenziata a problemi di salute diversi da quelli che richiedono un trattamento "acuto".

Oggi, seppure la funzione della lungodegenza è indiscussa, dubbi o incertezze permangono rispetto alla tipologia dei pazienti eleggibili per il ricovero, ai modelli organizzativo assistenziali adottati, e gli standard di personale ipotizzati ecc. Esistono a

livello nazionale molte differenze organizzative delle lungodegenze a seconda della Regione e della natura giuridica e tali differenze sono ascrivibili soprattutto a:

- maggiore o minore coinvolgimento dell'aspetto riabilitativo,
- durata della degenza
- prevalenza della presenza del privato
- criteri di eleggibilità dei pazienti da ricoverare; in ogni caso, il termine lungodegenza non va identificato con quello di "parcheggio per cronici", vero attuale rischio per tali tipologie di unità operative.
- collegamenti con le realtà sanitarie e socio sanitarie riconducibili alla rete della continuità assistenziale, tenendo conto dello sviluppo dell'offerta residenziale socio-sanitaria.

Fondamentale risulta inoltre essere la definizione di appositi indicatori (sia di efficacia che di efficienza), relativi sia all'appropriatezza della degenza che alle cure effettuate, agli outcome (utilizzando apposite Scale proprie della Valutazione Multidimensionale), alla registrazione di eventi avversi ed eventi sentinella, nonché al gradimento di pazienti, familiari ed operatori. In quest'ottica la lungodegenza post acuzie si deve sempre più ispirare ai concetti di multidisciplinarietà, proprio per le caratteristiche della popolazione ricoverata riconducibile a quelle del cosiddetto "anziano fragile" .

2.2. Il contesto normativo regionale

Si ritiene opportuno, per una corretta contestualizzazione del tema, una rilettura sintetica della D.G.R. 1455/97.

La Legge 537/93 stabilisce per il Servizio Sanitario Nazionale uno standard di 5,5 posti letto complessivi per mille abitanti, riservando al settore destinato alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva 1 posto letto per mille abitanti.

La Giunta della Regione Emilia-Romagna ha successivamente deliberato (Linee Guida per la rimodulazione della rete ospedaliera – D.G.R. 2272/96) di utilizzare uno standard di 5 posti letto complessivi, riservando al settore destinato alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva 0,7 – 1 posto letto per mille abitanti

Il Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 all'art. 6 comma 1 riporta "Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti

letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie,....” Inoltre al comma 2 riporta: “Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato –Regioni sulla base di un’apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell’Agenas....” I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l’anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l’anno 2010, oggetto di verifica.

Alcuni tra i principi fondamentali che hanno ispirato la Direttiva 1455/1997 erano la priorità di una riorganizzazione delle attività di riabilitazione basata sulla graduazione degli interventi, la necessità di fornire una maggior appropriatezza a questa forma di assistenza e il dover creare una differenziazione dell’offerta di assistenza residenziale in ambito ospedaliero in base alle caratteristiche dei pazienti.

Un’ultima considerazione da sottolineare è compresa nelle stesse Linee Guida regionali (D.G.R. 2272/96), laddove si richiama la necessità di inserire la funzione ospedaliera in una logica di integrazione del percorso socio-assistenziale, al fine di incrementare l’appropriatezza, l’efficienza e il grado di soddisfazione dell’utente.

2.3. Definizioni

A chiarimento dell’eventuale confusione concettuale in merito ai termini utilizzati nel settore della riabilitazione, la direttiva specifica alcune definizioni:

- La “Medicina riabilitativa” ha per oggetto la prevenzione ed il trattamento delle menomazioni
- La “Riabilitazione sociale” ha come compito primario lo sviluppo di interventi relativi all’inserimento e all’integrazione del paziente
- La “Riabilitazione intensiva” interviene precocemente nell’immediata post-acuzie e non deve prevedere meno di tre ore giornaliere di trattamento
- La “Riabilitazione estensiva” ha come obiettivo mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti e si caratterizza per un tempo compreso tra 1 e 3 ore di trattamento giornaliero, un alto livello di assistenza infermieristico - riabilitativa e un’inferiore necessità di sorveglianza medica
- L’ “Assistenza post-acuzie” si rivolge a soggetti con patologie ad equilibrio instabile, con disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale: è quindi comune a molti settori dell’assistenza ospedaliera.

É da sottolineare in particolare come la “Riabilitazione estensiva” si differenzi dall’ “Assistenza post-acuzie” per obiettivi, momento di intervento e intensità dell’assistenza.

3. Obiettivi

In Regione Emilia Romagna, dall'approvazione della D.G.R. 1455/97, non si è proceduto ad una analisi dei dati di attività relativi alle unità operative LPARE e ai relativi modelli organizzativo assistenziali. Questa necessità risulta particolarmente significativa in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione che inevitabilmente comporta una maggior richiesta di assistenza presso le suddette unità operative.

L'obiettivo principale di questo rapporto è quello di descrivere le caratteristiche dell'assistenza erogata presso le Unità Operative della LPARE con particolare riferimento a:

- offerta di posti letto ospedalieri e residenziali.
- tipologia di pazienti
- percorso clinico assistenziale
- indicatori di attività e di esito

e, sulla base di tale descrizione, fornire il quadro concettuale all'interno del quale sviluppare gli audit aziendali funzionali a uniformare i percorsi assistenziali adottati.

L'obiettivo successivo è valutare, tramite i risultati della Survey LPARE e dell'indagine dei pazienti "bed blockers", il modello organizzativo assistenziale post acuzie al fine di generalizzare le pratiche virtuose.

4. Materiali e Metodi

L'analisi descrittiva è stata condotta utilizzando le banche dati del "Sistema informativo delle politiche per la salute e politiche sociali":

- Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
- Flussi ministeriali relativi alla dotazione di posti letto
- Flusso relativo alla Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

In particolare è stata condotta un'analisi descrittiva sui ricoveri di lungodegenza utilizzando gli archivi SDO degli anni 2009 e 2010.

Sono stati selezionati tutti i ricoveri ordinari avvenuti presso gli ospedali pubblici e privati della Regione con almeno un passaggio in un reparto di lungodegenza (codice di disciplina 060 - Lungodegenza). Sul complesso dei ricoveri così selezionati sono stati calcolati i principali indicatori di utilizzo (giornate di degenza, degenza mediana e indice di rotazione); sono quindi stati selezionati i pazienti residenti in Regione Emilia-Romagna per il calcolo del tasso di ospedalizzazione.

L'analisi descrittiva è stata invece condotta su un sottoinsieme costituito dalla popolazione residente con età superiore a 64 anni.

I ricoveri sono stati classificati in base al percorso intra-ricovero evidenziabile attraverso l'analisi dei reparti di ammissione, dimissione e trasferimento riportati nella SDO. Questa classificazione ha permesso di individuare tre categorie:

1. Ricovero misto: pazienti ammessi in un reparto per acuti e trasferiti nel corso dello stesso ricovero in lungodegenza e da lì dimessi
2. Ricovero puro: pazienti ammessi e dimessi da un reparto di lungodegenza; questa categoria comprende anche i pazienti dimessi da un ricovero per acuti e trasferiti senza soluzione di continuità in un reparto di LPARE presso un diverso presidio pubblica o privata accreditata. Questi ricoveri, pur essendo appropriati in termini di percorso assistenziale, sono stati classificati come "puri" in quanto identificati in una SDO distinta rispetto a quella relativa al ricovero acuto.¹

¹ Le indicazioni per la gestione della SDO stabiliscono che la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati accreditati e non.

3. Altri ricoveri: Pazienti ammessi in un reparto per acuti, trasferiti in lungodegenza e successivamente nuovamente trasferiti in reparto per acuti. In questi casi il reparto di LDPARE rappresenta solo un passaggio interno.

Per i ricoveri misti l'analisi della fase acuta precedente la permanenza in un reparto di lungodegenza è stata condotta utilizzando le informazioni relative a:

- Disciplina di ammissione
- Diagnosi principale di dimissione
- Categoria Diagnostica principale (MDC) e tipo di DRG attribuito (chirurgico o medico)
- Residenza del paziente
- Età del paziente

Per i ricoveri puri è stata effettuata una ricerca dei ricoveri precedenti attraverso il codice univoco individuale presente nell'archivio SDO e costruito, nel rispetto della normativa sulla privacy, a partire dai dati anagrafici. Tale codice ha consentito di attribuire a ciascun paziente tutti i ricoveri precedenti; la finestra temporale (calcolata come differenza tra data di dimissione del ricovero immediatamente precedente e data di ammissione del ricovero in lungodegenza) scelta per garantire la relazione clinica con il ricovero indice di lungodegenza è stata fissata in trenta giorni.

L'analisi più approfondita è stata condotta sui ricoveri precedenti con differenza tra data di ammissione in lungodegenza e data di dimissione dall'acuto pari a 0 giorni.

Per entrambe le tipologie di ricoveri (puri e misti) sono state individuate eventuali attivazioni di percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) utilizzando il progressivo paziente, comune a tutti gli archivi del Sistema informativo regionale, calcolando le finestre temporali tra le date di ammissione e dimissione dei ricoveri e di apertura e chiusura delle schede di ADI per verificare l'ordine di cronologico di attivazione.

Una ulteriore analisi ha riguardato la verifica, per entrambe le tipologie di ricoveri in LPARE, degli eventuali ricoveri successivi entro una finestra temporale di 0-30 giorni. Per tale verifica è stato analizzato anche l'archivio relativo ai dimessi nel 2010.

Infine, i ricoveri in cui la permanenza in un reparto di lungodegenza rappresenta un passaggio interno, nell'ambito di un ricovero svoltosi in prevalenza in reparti per acuti,

costituiscono sul totale della casistica selezionata una quota residuale (739 ricoveri) sulla quale non si è ritenuto opportuno effettuare ulteriori approfondimenti.

L'analisi dei dati è stata condivisa e supportata da un gruppo di lettura multidisciplinare regionale che ha fornito importanti spunti di lettura e di interpretazione dei fenomeni evidenziati.

Si segnala infine che, in coerenza con il periodo di analisi scelto, non vengono considerati i residenti nei Comuni della Valmarecchia, aggregati alla Regione Emilia-Romagna a partire dal 1 gennaio 2010 a seguito della Legge 3 agosto 2009, n. 117. Si tratta di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello.

5. Risultati e Discussione

- è In Emilia-Romagna risiedono, nel 2010, 4.377.473 persone, di cui 981.594 (22,4%), di età superiore a 64 anni; tale percentuale risulta essere tra le più elevate a livello nazionale, seconda solo a Regioni quali la Liguria, la Toscana e l'Umbria.
- è Circa la metà di queste persone ha un'età compresa tra 65 e 74 anni, mentre la restante metà ha un'età superiore ai 74 anni
- è Notevole la variabilità territoriale con punte massime del 27,4% di persone di età maggiore o uguale a 65 anni (sul totale dei residenti) nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti (Reggio Emilia) e del 27,1% in quello di Valli Taro e Ceno (Parma) e minime del 17,5% a Scandiano (Reggio Emilia) e del 18,1% a Castelfranco Emilia.
- è Nel 2010 sono attivi in Regione 15.205 posti letto residenziali convenzionati pari a 3 posti letto ogni 100 residenti di età superiore o uguale a 75anni
- è Ai 15.205 posti letto presso strutture residenziali, si affiancano 2.304 posti letto in LPARE² di cui 1.455 presso ospedali pubblici e 849 presso Case di Cura private, per complessivi 0,53 posti letto ogni 1.000 residenti, e 1.340 posti letto di Recupero e Riabilitazione (codice di disciplina 056) di cui 569 pubblici e 781 privati (0,31 posti per 1.000 residenti)

5.1. Ricoveri complessivi

Nel 2009 le strutture pubbliche e private della Regione, presso le quali erano attivati complessivamente 2.346 posti letto di Lungodegenza,² hanno erogato 33.531 ricoveri, con almeno un passaggio in un reparto di Lungodegenza, a favore di 30.936 pazienti (Tabella 1).

² Si rimanda all'Allegato 1 per un approfondimento sull'offerta di posti letto e sulle caratteristiche demografiche della popolazione residente. Si segnala inoltre che nel 2010, il numero di posti letto pubblici e privati è sceso a 2.304 per la chiusura di una struttura privata (42 posti). Inoltre si sono aggiunti i 15 posti letto presso l'Ospedale di Novafeltria non considerato in questa analisi in quanto i dati si riferiscono al 2009.

Tabella 1 - Lungodegenza post acuzie: principali indicatori di utilizzo - 2009

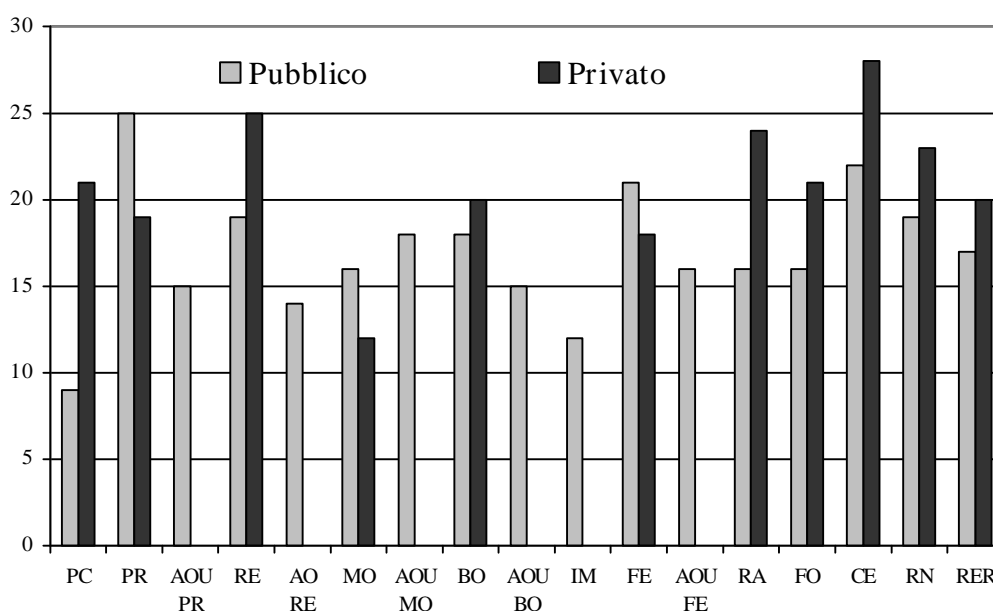
Azienda	Tipo di struttura	Posti letto	Numero di ricoveri	Numero di pazienti	Giornate di degenza	Degenza mediana (giorni)	I. di rotazione (Ricoveri per PL)
Piacenza	Pubblico	24	863	814	9.529	9,0	35,96
	Privato	130	1.727	1.556	43.182	21,0	13,28
	Totale	154	2.590	2.370	52.711	17,0	16,39
Parma	Pubblico	66	515	501	19.070	25,0	7,80
	Privato	80	1.176	1.096	28.299	19,0	14,70
	Totale	146	1.691	1.597	47.369	18,0	11,58
Reggio Emilia	Pubblico	119	1.557	1.463	34.179	19,0	13,08
	Privato	66	946	899	24.713	25,0	14,33
	Totale	185	2.503	2.362	58.892	17,0	13,53
Modena	Pubblico	208	3.051	2.835	70.002	16,0	14,67
	Privato	24	754	735	10.285	12,0	31,42
	Totale	232	3.805	3.570	80.287	16,0	16,40
Bologna	Pubblico	141	2.482	2.325	45.207	18,0	17,60
	Privato	246	4.261	3.872	94.983	20,0	17,32
	Totale	387	6.743	6.197	140.190	18,0	17,42
Imola	Pubblico	60	1.300	1.122	19.812	12,0	21,67
	Privato	-	-	-	-	-	-
	Totale	60	1.300	1.122	19.812	12,0	21,67
Ferrara	Pubblico	143	1.930	1.758	48.940	21,0	13,50
	Privato	75	915	843	24.517	18,0	12,20
	Totale	218	2.845	2.601	73.457	18,0	13,05
Ravenna	Pubblico	122	1.545	1.456	35.906	16,0	12,66
	Privato	119	974	880	31.333	24,0	8,18
	Totale	241	2.519	2.336	67.239	18,0	10,45
Forlì	Pubblico	118	1.567	1.333	36.403	16,0	13,28
	Privato	26	284	273	7.947	21,0	10,92
	Totale	144	1.851	1.606	44.350	18,0	12,85
Cesena	Pubblico	66	536	494	21.710	22,0	8,12
	Privato	32	289	286	12.903	28,0	9,03
	Totale	98	825	780	34.613	22,0	8,42
Rimini	Pubblico	70	591	559	18.015	19,0	8,44
	Privato	94	1.240	1.120	33.006	23,0	13,19
	Totale	164	1.831	1.679	51.021	22,0	11,16
AOU Parma		152	2.428	2.204	50.993	15,0	15,97
AO Reggio		48	702	684	12.665	14,0	14,63
AOU Modena		25	354	343	7.457	18,0	14,16
AOU Bologna		86	1.378	1.321	25.102	15,0	16,02
AOU Ferrara		7	166	164	2.665	16,0	23,71
	Pubblico	1.455	20.965	19.376	457.655	17,0	14,41
	Privato	891	12.566	11.560	311.168	20,0	14,10

Fonte: Banca dati SDO e Flussi informativi Ministero della Sanità - Mod. HSP12 e HSP13

I ricoveri hanno avuto una degenza mediana di 17 giorni presso le strutture pubbliche e di 20 presso quelle private anche se, per entrambe le tipologie di strutture, l'indice di rotazione (ovvero il numero di ricoveri per posto letto) è circa 14. In particolare si segnalano le strutture private di Cesena e Reggio Emilia con rispettivamente 28 e 25 giorni di degenza mediana; nel pubblico emergono le strutture di Parma con 25 giorni, Cesena con 22 giorni e Ferrara con 21. La degenza mediana è stata calcolata per eliminare l'effetto confondente di pochi ricoveri per i quali la durata di degenza risulta particolarmente elevata (superiore all'anno) per la particolare complessità clinico-assistenziale.

Si evidenzia inoltre come, a parte alcune eccezioni, le strutture con durata mediana di degenza più elevata sono anche quelle con il minor numero di ricoveri per posto letto (Figura 1): per esempio, le strutture pubbliche dell'AUSL Parma, con durata mediana di 25 giorni, hanno avuto solo 8 ricoveri per posto letto; lo stesso per gli ospedali privati di Cesena con 28 giorni di durata mediana e 9 ricoveri per posto letto. Analogamente, realtà sanitarie con degenze mediane contenute evidenziano un numero di ricoveri molto più elevato (per es. Ausl Piacenza e Ausl Modena).

Figura 1 - Durata mediana di degenza (giorni) delle strutture LPARE – 2009



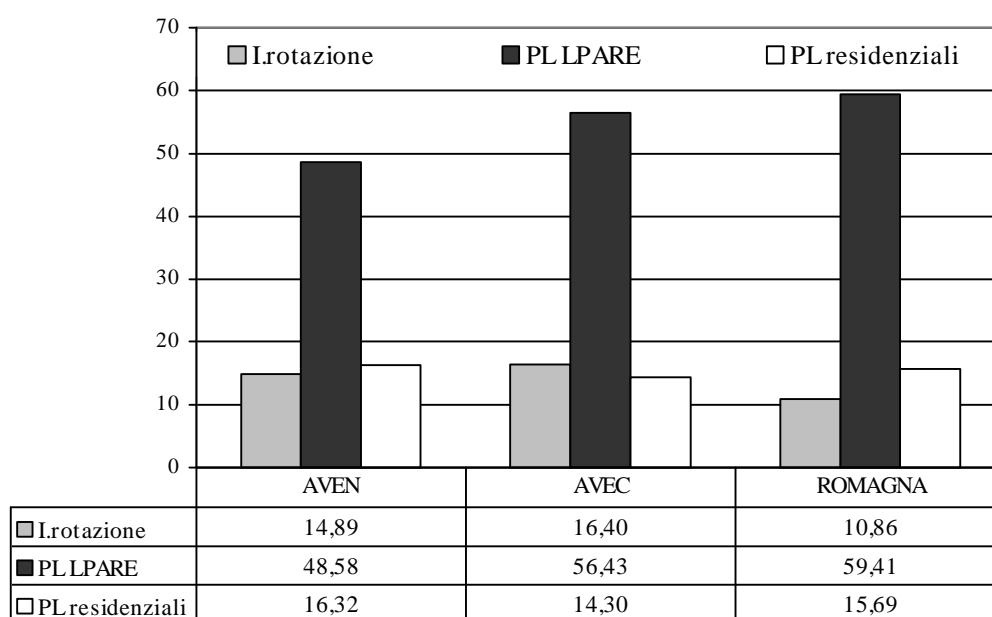
Questa marcata variabilità territoriale nella modalità di utilizzo dei posti letto disponibili ha diverse possibili motivazioni:

- variabilità interaziendali nei protocolli di accesso alla LPARE

- diversa capacità della rete dell'Assistenza domiciliare di prendere in carico il paziente post acuto
- tipologia dei pazienti e definizione di percorsi clinico organizzativi
- appropriatezza di gestione dei posti letto per acuti
- per contro, la diversa disponibilità dei posti letto residenziali in grado di accogliere i pazienti dimessi dai reparti di lungodegenza (vedi All. 1), sembra avere un effetto paradossale: laddove sono disponibili più risorse per l'accoglimento nelle residenze, si osserva una maggiore durata mediana della degenza nelle lungodegenze.

Un confronto, per Area Vasta (Figura 2), dell'indice di rotazione, dell'offerta di posti letto LPARE (per 100.000 residenti) e dei posti letto presso strutture residenziali (per 1.000 residenti di età superiore a 64 anni) ha evidenziato come l'Area Vasta Romagna, pur potendo contare sul numero più elevato di posti letto LPARE e di posti letto residenziali, ha il più basso indice di rotazione (10,86): in queste Aziende le durate di degenza dei pazienti sono mediamente più elevate rispetto alle altre zone della Regione a dimostrazione di un minor efficienza nella gestione del percorso post-acuto. Le altre due Aree Vaste, quasi a parità di degenza mediana (17 giorni rispetto ai 21 osservati per l'Area Vasta Romagna), grazie ad una maggior offerta di posti letto LPARE per l'AVEC e di posti letto territoriali per l'AVEN hanno un indice di rotazione sensibilmente superiore rispetto a quello osservato nell'Area Vasta Romagna.

Figura 2 – Attività e posti letto per area vasta – 2009



L'assistenza in lungodegenza ha riguardato nel 2009 soprattutto la popolazione residente (Tabella 2) alla quale è stato erogato oltre il 95% dei ricoveri; di questi la quasi totalità, come è logico attendersi, vista la tipologia di trattamenti erogati in questa disciplina, è relativa a pazienti di età superiore ai 64, che da soli hanno assorbito oltre il 90% dei ricoveri a favore dei residenti.

Tabella 2 – Lungodegenza: ricoveri di pazienti in Emilia-Romagna - 2009

	Pazienti totali (N = 30.936)	Pazienti residenti (N = 27.863)	Pazienti con età > 64 (N = 25.186)
DM ^a in LD			
- pubblico	21,8	21,8	21,8
- privato	24,8	24,9	24,1
DMed ^b in LD			
- pubblico	17	17	17
- privato	20	20	20
DM ^a in acuto			
- pubblico	13,4	13,3	12,9
- privato	12,0	12,2	12,4
% pazienti con 1 ricovero 2009	87,9	87,7	87,5
Ricoveri			
- pubblico	20.965	20.198	18.207
- privato	12.566	11.661	10.629
Totale	33.531	31.859	28.836

Note:

a. Degenza Media

b. Degenza Mediana

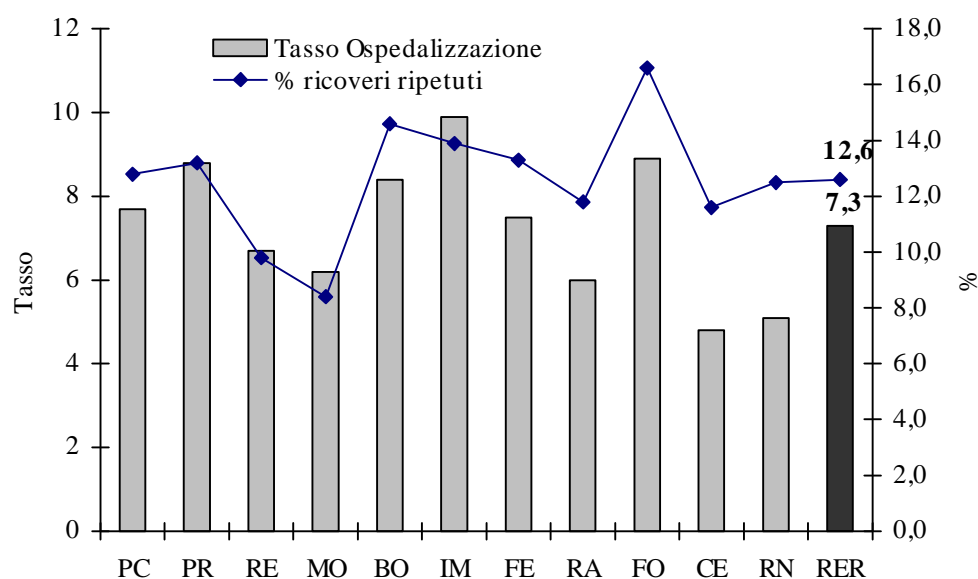
c. Limitatamente all'attività di lungodegenza nelle strutture private accreditate la degenza media in acuto è calcolata solo sui ricoveri 'misti' per i quali la parte acuta è attribuibile alla struttura privata

Gli indicatori legati alla durata di degenza non mostrano andamenti differenti legati ai gruppi di pazienti presi in esame, così come le differenze legate al tipo di struttura pubblica e privata restano invariate, sia osservando la degenza media che la degenza mediana.

La differenza di giornate di degenza mediana tra strutture pubbliche e private è verosimilmente attribuibile a diversa composizione del case-mix e ai meccanismi locali di selezione della casistica, a modelli diversi di gestione intraospedaliera dei pazienti ed alle potenziali difficoltà di integrazione con il sistema della presa in carico territoriale. In relazione alla natura giuridica della struttura, può avere un ruolo interessante esplorare l'influenza che l'attuale sistema di remunerazione dei ricoveri di lungodegenza, ha sulla gestione dei ricoveri di LPARE. A tale proposito si ricorda che il sistema di remunerazione regionale prevede un abbattimento della tariffa pro-die al superamento dei 40 giorni in LPARE; si passa da una tariffa di 153,41 euro per il ricovero misto e 172,04 euro per il ricovero puro a 122,04 euro pro/die per entrambe le tipologie di ricovero (misto e puro).

L'analisi relativa ai soli residenti in Regione Emilia-Romagna, evidenzia come, nelle strutture private, circa il 6% dei posti letto sia occupato da pazienti provenienti da altre regioni, una percentuale che scende al 3% quando si considerano le strutture pubbliche.

Figura 3 – Tasso standardizzato di ospedalizzazione (ricoveri LPARE puri e misti) e contributo ad esso in % dei ricoveri ripetuti – 2009

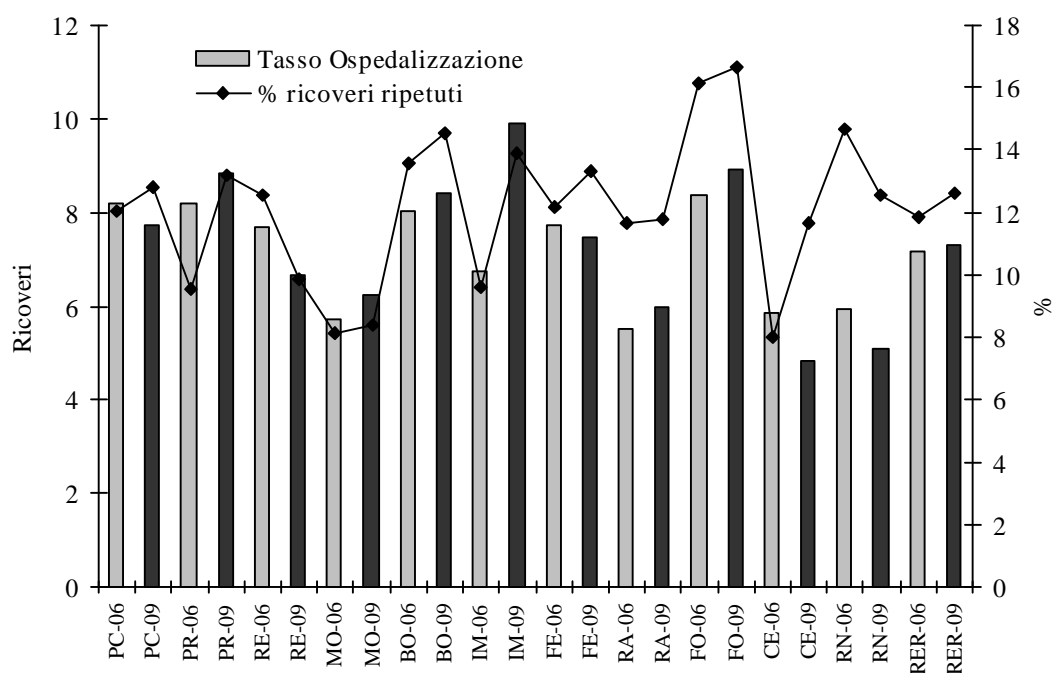


La Figura 3 riporta il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti: rispetto ad una media regionale di 7,3 ricoveri per 1.000 residenti si osserva una alta variabilità interaziendale caratterizzata dalla presenza di alcune Aziende (Imola, Parma e Forlì) con tassi di ospedalizzazione di quasi due punti superiori alla media ed Aziende (Cesena e Rimini) con valori di oltre due punti in meno rispetto alla media. Il confronto con l'offerta dei posti letto ha evidenziato come, inevitabilmente, esista una relazione positiva fra numero di posti letto e l'utilizzo degli stessi: ad esempio nelle Aziende di Parma e Forlì l'elevato tasso di ospedalizzazione si accompagna ad una offerta di posti letto tra le più elevate in Regione. Un'eccezione è rappresentata dall'Azienda di Imola dove l'applicazione di protocolli interni determina, nonostante un numero di posti letto inferiore alla media regionale, il più elevato ricorso al ricovero. Questa peculiarità consente ancora una volta di evidenziare come le scelte organizzative che contraddistinguono ogni Azienda abbiano un impatto significativo sull'utilizzo della rete dei servizi da parte dei cittadini.

La Figura 4 riporta anche l'indicazione del contributo dei ricoveri ripetuti (espresso in percentuale) al tasso di ospedalizzazione. A fronte di una media regionale del 12,6% si osserva una marcata variabilità: da una parte le Aziende di Reggio Emilia e Modena con un valore inferiore al 10% e dall'altra Forlì dove i ricoveri ripetuti spiegano il 17% del tasso. Tale variabilità sembra trovare la spiegazione principale nella diversa

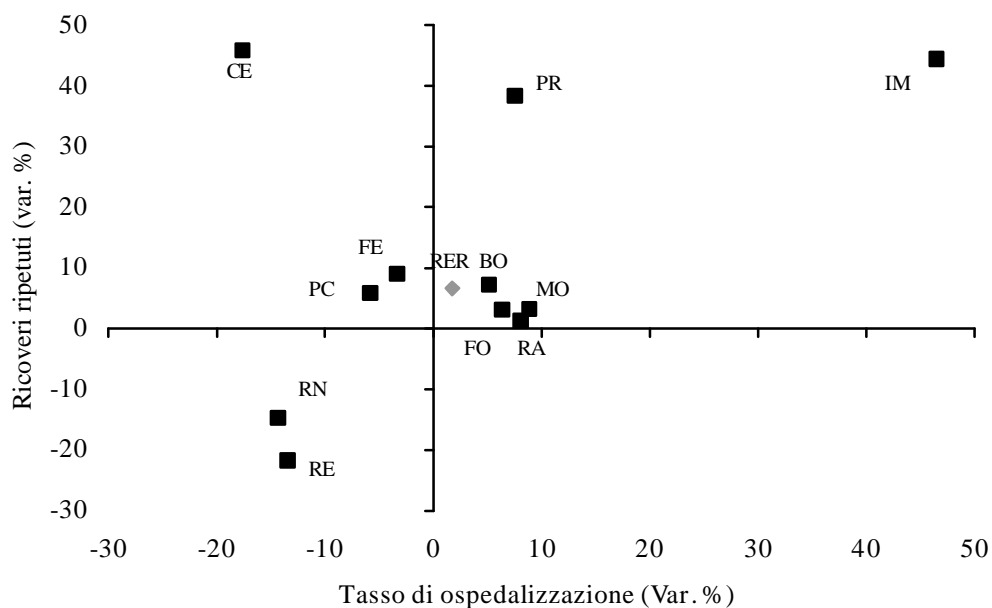
disponibilità strutturale delle diverse aziende, e su tale diversa disponibilità si sono poi consolidati percorsi assistenziali con ogni evidenza significativamente difformi e sui quali è richiesta un'analisi di dettaglio delle singole aziende.

Figura 4 – Tasso standardizzato di ospedalizzazione e la quota % dei ricoveri ripetuti – RER 2006-2009



Nella Figura 4 viene riportato il confronto degli anni 2006 e 2009 dei tassi di ospedalizzazione standardizzati e della percentuale dovuta ai ricoveri ripetuti: a livello regionale si osserva solo una lieve differenza, mentre sussistono importanti differenze a livello provinciale.

Figura 5 – Tasso standardizzato di ospedalizzazione e ricoveri ripetuti – RER 2006-2009



La Figura 5 classifica le Aziende rispetto all'andamento del tasso di ospedalizzazione e della percentuale di ricoveri ripetuti tra il 2006 ed il 2009. È possibile individuare tre tipologie di "performance":

- Aziende che hanno incrementato sia il tasso di ospedalizzazione che il contributo dei ricoveri ripetuti al tasso di ospedalizzazione (Imola, Parma, Bologna, Modena, Forlì e Ravenna): mentre per le ultime 4 la variazione è contenuta e quasi in linea con l'andamento regionale, per Imola e Parma lo scostamento è invece significativo. Per Imola (variazione maggiore del 40% per entrambi gli indicatori) la motivazione principale è probabilmente da ascrivere alla modalità di gestione dei pazienti ricoverati in LPARE che, rispettando rigorosamente i criteri previsti dalla DGR 1455/97, prevede la dimissione del paziente appena questo è stabilizzato (Degenza mediana = 12 giorni) con un probabile impatto sul numero di pazienti nuovamente ricoverati.
- Aziende che hanno ridotto il tasso di ospedalizzazione ed incrementato il contributo dei ricoveri ripetuti (Cesena, Ferrara e Piacenza). In particolare si segnala la performance di Cesena che ha significativamente ridotto il tasso di ospedalizzazione (-17,6%), di fatto diventato il più basso a livello regionale, ed altrettanto significativamente aumentato la percentuale di ricoveri ripetuti (+45,9%) seppur in presenza di una rete territoriale molto sviluppata (3,5 posti letto per 100 residenti di età maggiore di 75 anni).
- Aziende che hanno ridotto sia il tasso di ospedalizzazione che il contributo dei ricoveri ripetuti (Reggio-Emilia e Rimini): in entrambi i casi la gestione dei percorsi assistenziali ha

comportato un miglioramento sia dell'ospedalizzazione che del ricorso ripetuto al ricovero (riduzioni percentuali superiori al 10%),

- è L'offerta LPARE in Regione nel 2009 era di 2.346 di posti letto² relativamente ai quali sono stati erogati 33.531 ricoveri, di cui 86% a favore di residenti di età superiore a 64 anni
- è Il tasso standardizzato di ospedalizzazione è di 7,3 per 1.000 residenti. La quota del tasso di ospedalizzazione dovuto ai ricoveri ripetuti è del 12,6% .
- è La degenza mediana è pari a 17 giorni per le strutture pubbliche e 20 per le private, con una variabilità compresa tra 9 e 28 giorni
- è Un confronto, per Area Vasta ha evidenziato come l'Area Romagna, pur potendo contare sul numero più elevato di posti letto LPARE e di posti letto residenziali, ha il più basso indice di rotazione
- è Le altre due Aree Vaste, grazie ad una maggior offerta di posti letto LPARE per l'AVEC e di posti letto territoriali per l'AVEN riescono a raggiungere un indice di rotazione sensibilmente superiore
- è L'analisi dell'andamento del tasso di ospedalizzazione e del contributo dei ricoveri ripetuti tra il 2006 ed il 2009 individua tre tipologie di Aziende:
 - a. incremento del tasso di ospedalizzazione e del contributo di ricoveri ripetuti (Imola, Parma, Bologna, Modena, Forlì e Ravenna)
 - b. riduzione del tasso di ospedalizzazione ed incremento del contributo di ricoveri ripetuti (Cesena, Ferrara e Piacenza)
 - c. riduzione del tasso di ospedalizzazione e del contributo di ricoveri ripetuti (Reggio Emilia e Rimini)

5.2. Ricoveri per pazienti di età > 64 anni

Come esplicitato nei materiali e metodi l'analisi dettagliata della casistica ha riguardato la popolazione di età superiore a 64 anni³ che risulta essere la principale "utilizzatrice" dell'assistenza erogata all'interno dei reparti di Lungodegenza Post-Acuzie (Tabella 2).

Per facilitare l'analisi, i pazienti sono stati suddivisi in base alla tipologia di ricovero e precisamente :

- Ricovero misto: pazienti ammessi in un reparto per acuti e trasferiti nel corso dello stesso ricovero in lungodegenza e da lì dimessi: complessivamente 16.708 pazienti per 17.911 ricoveri
- Ricovero puro: pazienti ammessi e dimessi da un reparto di lungodegenza: complessivamente 9.374 pazienti per 10.186 ricoveri⁴

La Tabella 3 prende in considerazione alcuni indicatori di utilizzo dei reparti di LPARE. In particolare numero di ricoveri e degenza mediana per ricoveri puri e misti; degenza media nel reparto per acuti per i ricoveri misti e nel solo reparto di lungo-degenza per tutti i ricoveri.

³ In particolare sono considerati i pazienti residenti in Emilia-Romagna di età superiore a 64 anni che hanno avuto nel 2009 almeno un ricovero con degenza di almeno un giorno in un reparto di lungodegenza (cod. 60).

⁴ Non sono considerati 739 ricoveri, con transito in LPARE, ma per i quali l'ammissione e la dimissione sono avvenuti in un reparto diverso dalla Lungodegenza.

Tabella 3 - Lungodegenza post acuzie: principali indicatori di utilizzo - 2009

Azienda	Tipologia di struttura	Numero di ricoveri		Degenza Mediana		DM in acuto ^a	DM in LD complessiva ^b
		Ricoveri puri	Ricoveri misti	Ricoveri puri	Ricoveri misti		
Piacenza	Pubblica	55	600	10	10	7,6	12
	Privata	1.108	377	27	12	17,0	26
Parma	Pubblica	133	270	35	24	14,7	38
	Privata	530	517	28	15	11,7	24
Reggio Emilia	Pubblica	248	1.080	22	18	11,0	22
	Privata	685	104	30	9	9,3	27
Modena	Pubblica	348	2336	19	18	13,9	23
	Privata	253	327	15	11	13,8	14
Bologna	Pubblica	238	1.682	16	14	12,9	18
	Privata	3.200	491	20	12	9,3	21
Imola	Pubblica	80	1.094	11	12	13,2	15
Ferrara	Pubblica	381	1.369	26	20	14,4	25
	Privata	639	184	20	10	7,9	24
Ravenna	Pubblica	63	1.185	26	17	13,7	23
	Privata	807	50	24	24	9,3	30
Forlì	Pubblica	302	1.021	24	16	10,8	23
	Privata	133	106	22	19	9,0	28
Cesena	Pubblica	15	423	35	22	16,5	40
	Privata	106	161	38	21	19,9	44
Rimini	Pubblica	12	413	64	21	14,3	28
	Privata	771	49	23	15	15,7	27
AOSPU Parma		77	1.918	15	15	14,9	21
AOSP Reggio Emilia		2	561	14	15	16,9	18
AOSPU Modena		-	265	-	19	17,7	22
AOSPU Bologna		-	1.188	-	16	15,2	18
AOSPU Ferrara		-	140	-	17	11,0	16
Totale strutture pubbliche		1.954	15.545	21	16	12,9	22
Totale strutture private		8.232	2.366	22	12	12,4	24
Totale complessivo		10.186	17.911	22	15	13,4	23

Note:

a. Degenza Media nel reparto per acuti per i soli ricoveri misti

b. Degenza Media nel solo reparto di lungodegenza per i ricoveri misti e puri (complessiva)

Si sottolineano alcune differenze:

- a livello regionale i ricoveri puri hanno una degenza mediana di 22 giorni (7 giorni oltre la degenza mediana dei ricoveri misti); nelle strutture pubbliche il valore massimo si rileva all'Azienda di Rimini con 64 giorni ed il valore minimo per l'Azienda di Piacenza con 10 giorni; mentre tra le private emerge l'Azienda di Cesena con 38 giorni e di Modena con 15 giorni
- Per i ricoveri misti, invece, il valore massimo in ambito pubblico si osserva per le strutture dell'Azienda di Parma mentre il minimo riguarda Piacenza con 10 giorni; in

ambito privato il massimo riguarda Ravenna (24 giorni) e il minimo Reggio Emilia con 9 giorni. Sia per i ricoveri puri che per i ricoveri misti le motivazioni di tali differenze sono probabilmente da ricercare all'interno dei percorsi clinico assistenziali presenti nelle singole Aziende

- notevole la variabilità rispetto alla permanenza nel reparto per acuti: la media regionale è di 13 giorni, con valori massimi (16 giorni) nelle strutture pubbliche della AUSL di Cesena e minimi (8 giorni) in quelle pubbliche della AUSL di Piacenza
- è evidente la tendenza delle strutture private ad erogare soprattutto ricoveri di tipo puro (77,7% del totale); al contrario, le strutture pubbliche erogano solo un ricovero su 10 attribuibile alla lungodegenza pura.

- è I ricoveri per i residenti di età superiore a 64 anni sono complessivamente 28.836 di cui 10.186 con ammissione e dimissione in un reparto di LPARE (ricoveri puri), 17.9119 con ammissione in un reparto per acuti e trasferimento in LPARE nel corso dello stesso ricovero (ricoveri misti) e 739 con transito in LPARE e dimissione, ammissione in un reparto per acuti
- è Per i ricoveri puri la degenza mediana è pari a 22 giorni con variabilità compresa tra 10 e 64 giorni
- è Per i ricoveri misti invece la degenza mediana è di 15 giorni con valori compresi tra 9 e 24 giorni

5.2.1. Ricoveri misti

Nel 2009 sono stati effettuati 17.911 ricoveri, relativi a 16.708 pazienti, per i quali la fase acuta e di lungodegenza sono avvenute nel corso dello stesso ricovero. Di questi, il 93,4% di questi ha avuto un solo ricovero nel corso di un anno, mentre un ulteriore 6,6% ne ha avuti almeno due in un anno.

La Figura 6 riporta la distribuzione dei pazienti rispetto al reparto ed alla struttura di ammissione: nel 64,1% dei casi i pazienti sono trattati da presidi a gestione diretta seguiti da aziende ospedaliere (22,6%) e case di cura (13,3%). L'analisi del reparto di ammissione evidenzia per le strutture pubbliche che oltre l'80% della casistica è trattata in fase acuta nei reparti di Medicina Generale, Geriatria e Ortopedia; in linea generale la maggior componente chirurgica osservata presso le strutture pubbliche è spiegata anche dalla presenza di altre discipline chirurgico-specialistiche, diversamente rispetto alle

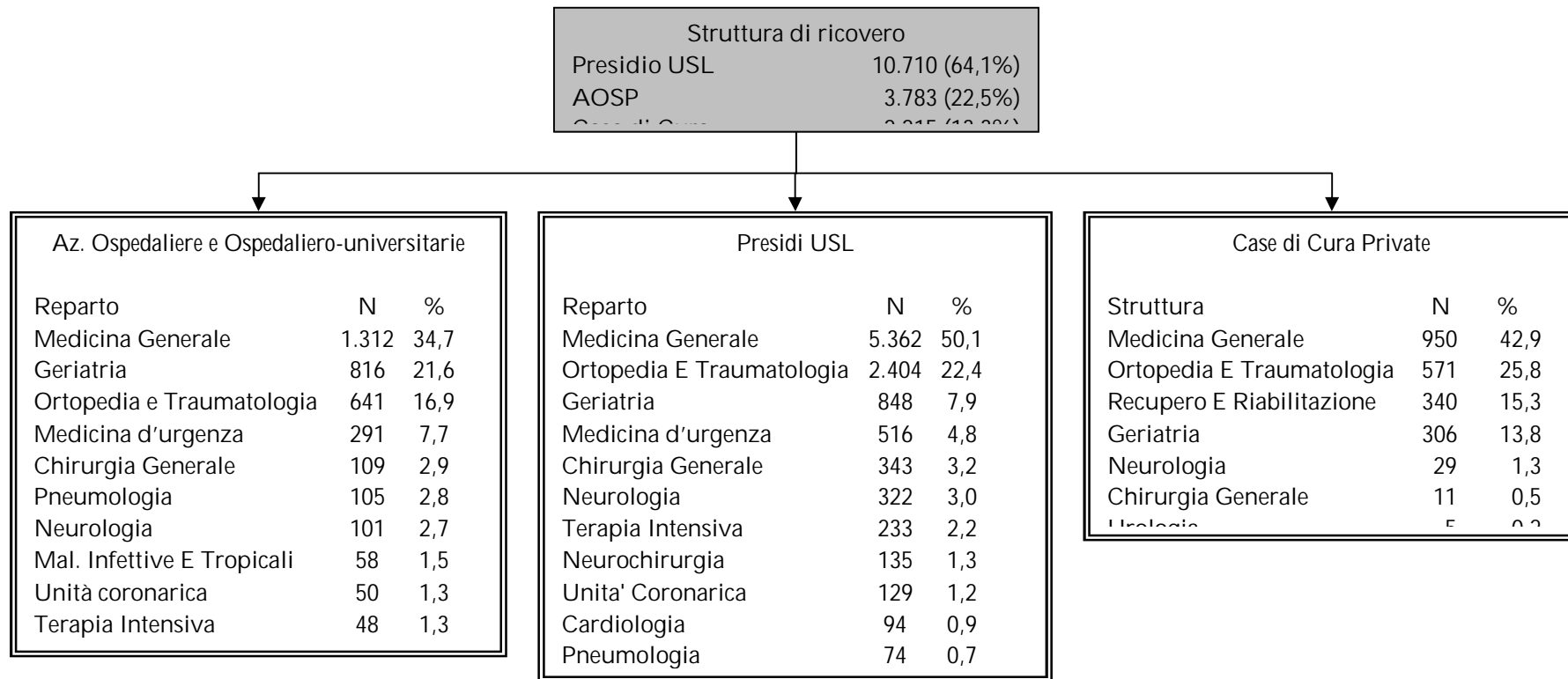
strutture private dove le discipline di tipo medico sono maggiormente rappresentate (63%).

La Tabella 4 riporta i pazienti suddivisi in base al numero di ricoveri "misti" ad essi attribuibili nel 2009 e alla finestra temporale relativa agli eventuali ricoveri successivi

Tabella 4 – Ricoveri "misti": distribuzione per numero di ricoveri - 2009

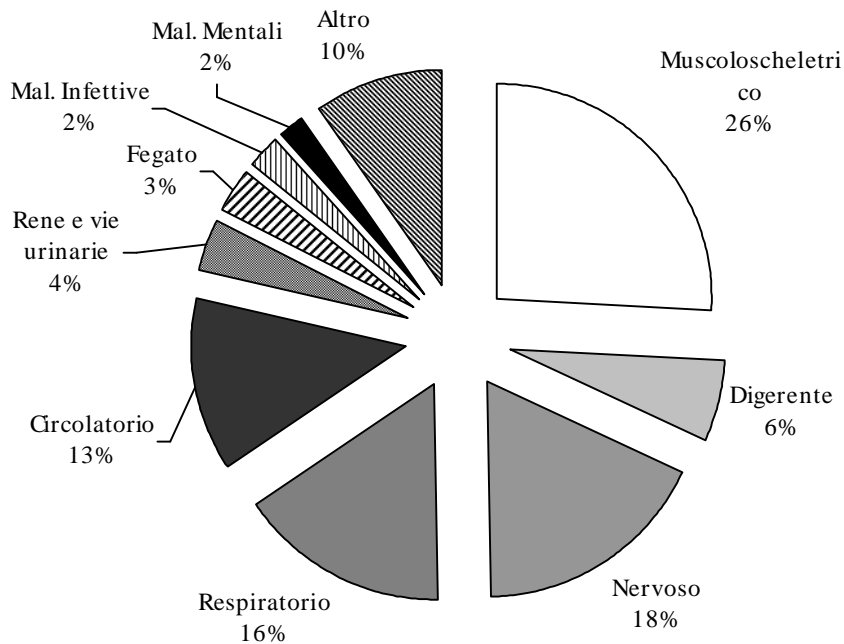
Tipologia di ricovero	Numero di ricoveri per paziente				Totale
	1	2	3	4	
Un ricovero "misto" nel 2009	15.607	-	-	-	15.607
N > 1 ricoveri "misti" nel 2009 – finestra temporale:					
- 0-1 giorno	-	42	2	-	44
- >1 giorno	-	971	75	11	1.057
Totale	15.607	1.013	77	11	16.708

Figura 6 – Reparto di ammissione per i pazienti con ricovero “misto” - 2009



La Figura 7 riporta la distribuzione dei ricoveri per Categoria Diagnostica Principale (MDC) ed evidenzia come un quarto della casistica sia attribuibile a patologie del sistema muscoloscheletrico (25% delle dimissioni) seguita da patologie del sistema nervoso (18%) e di quello respiratorio (16%).

Figura 7 – Distribuzione dei ricoveri “misti” per MDC – 2009



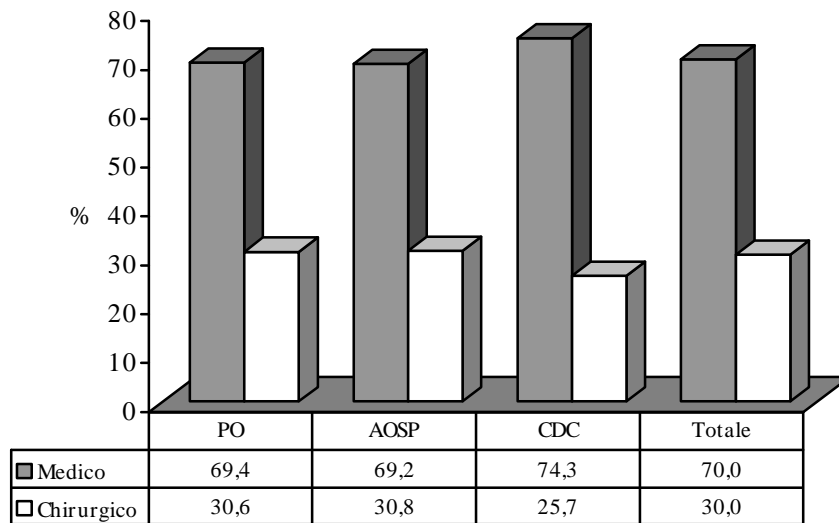
La distribuzione per MDC trova conferma nell'analisi dei principali DRG di dimissione (Tabella 5) che evidenzia come tra i primi DRG considerati rientrino due raggruppamenti relativi al trattamento chirurgico di patologie osteomuscolari (18,2%), seguiti da patologie cerebrovascolari (9,1%), cardiovascolari (5,8%) e a carico dell'apparato respiratorio (9,1%). Il quadro epidemiologico è coerente con la tipologia dei ricoveri considerati che prevede un accesso in fase acuta (es. trauma ortopedico, insufficienza cardiorespiratoria) seguito da un trasferimento in un reparto di riabilitazione estensiva ubicato presso la stessa struttura.

Tabella 5 – Ricoveri “misti”: principali DRG di dimissione - 2009

	N	%
Sostituzione Di Articolazioni Maggiori O Reimpianto Degli Arti Inferiori	2.184	12,2
Emorragia Intracranica O Infarto Cerebrale	1.638	9,1
Interventi Su Anca E Femore, Eccetto Articolazioni Maggiori	1.076	6,0
Insufficienza Cardiaca E Shock	1.034	5,8
Edema Polmonare E Insufficienza Respiratoria	881	4,9
Polmonite Semplice E Pleurite	749	4,2
Malattie Degenerative Del Sistema Nervoso	352	2,0
Setticemia Senza Ventilazione Meccanica >= 96 Ore	350	1,9
Disturbi Organici E Ritardo Mentale	328	1,8
Insufficienza Renale	302	1,7
Neoplasie Dell'Apparato Respiratorio	291	1,6
Mal. Cerebrovasc. Acute Aspecif. e Occlus. Precerebrale Senza Infarto	256	1,4
Neoplasie Maligne Dell'Apparato Digerente	249	1,4
Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva	248	1,4
Ischemia Cerebrale Transitoria	222	1,2
Neoplasie Maligne Dell'Apparato Epatobiliare O Del Pancreas	203	1,1
Fratture Dell'Anca E Della Pelvi	203	1,1
Disturbi Della Nutrizione E Miscellanea Di Disturbi Del Metabolismo	197	1,1
Altro	7.148	39,9
Totale	17.911	100,0

La Figura 8 riporta la distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura e tipo di DRG medico/chirurgico: indipendentemente dalla struttura considerata si osserva una netta prevalenza, particolarmente rilevante nelle strutture private accreditate, dei DRG medici.

Figura 8 – Distribuzione dei ricoveri “misti” per tipo di DRG



è Nel 2009 sono stati erogati 17.911 ricoveri misti di cui 2.366 in strutture private e 15.545 in strutture pubbliche. I ricoveri hanno riguardato 16.708 pazienti; di questi il 93,4% ha avuto solo 1 ricovero nel corso dell'anno, mentre il 6,6% ne ha avuti almeno due

è In oltre il 60% dei casi i pazienti sono trattati da presidi a gestione diretta seguiti da aziende ospedaliere e case di cura: oltre l'80% della casistica è trattata in fase acuta nei reparti di Medicina Generale, Geriatria e Ortopedia

è Un quarto della casistica è attribuibile a patologie del sistema muscoloscheletrico (25% delle dimissioni) seguita da patologie del sistema nervoso (18%) e di quello respiratorio (16%)

è Indipendentemente dalla struttura considerata si osserva una netta prevalenza dei DRG medici particolarmente rilevante nelle strutture private accreditate

5.2.2. Ricoveri “puri”

In questa sezione vengono analizzati i soli 10.186 ricoveri con dimissione ed ammissione in lungodegenza; nel 2009, i pazienti con almeno un ricovero caratterizzato da ammissione e dimissione in lungodegenza sono 9.374 e il

92,4% di questi ha un solo ricovero nel corso dell'anno, mentre un ulteriore 7,6% ne ha avuti almeno due in un anno.

La Tabella 6 riporta i pazienti suddivisi in base al numero di ricoveri di LD pura ad essi attribuibili nel 2009 e alla finestra temporale relativa agli eventuali ricoveri successivi in sola lungodegenza.

Tabella 6 – Ricoveri “puri”: distribuzione per numero di ricoveri - 2009

Tipologia di ricovero	Numero di ricoveri per paziente				Totale
	1	2	3	4	
Un ricovero “puro” nel 2009	8.658	-	-	-	8.658
N > 1 ricoveri “puri” nel 2009 – finestra temporale:					
- 0-1 giorno	-	106	10	-	116
- >1 giorno	-	525	66	9	600
Totale	8.658	631	76	9	9.374

Se consideriamo i soli ricoveri ripetuti, nella maggior parte dei casi la finestra temporale tra il ricovero indice (il primo nell'anno) ed il successivo è maggiore di 0-1 giorno.

Per i 9.374 pazienti con almeno un ricovero “puro” nel 2009 sono stati esaminati in dettaglio i ricoveri che hanno preceduto il ricovero indice (primo in lungodegenza dell'anno 2009) con l'obiettivo di descrivere la fase acuta presumibilmente avvenuta in un presidio diverso. Per l'individuazione del ricovero precedente a quello indice sono stati attribuiti a ciascun paziente, attraverso il progressivo paziente, tutti i ricoveri in regime ordinario, avvenuti nel 2009 e nel 2008 con dimissione nei trenta giorni precedenti il ricovero indice. I ricoveri precedenti a quello indice sono stati complessivamente 9.886; nelle tabelle che seguono i pazienti sono suddivisi in base alla finestra temporale tra il ricovero indice e quello immediatamente precedente, se presente e in base al numero di ricoveri ripetuti.

Tabella 7 – Ricoveri “puri”: distribuzione dei pazienti per finestra temporale – 2008-2009

Finestra temporale tra ricovero indice e ricovero precedente	Pazienti (N)	Pazienti (%)
Nessun ricovero precedente	692	7,4
Ricovero continuativo	8.477	90,4
Una settimana	79	0,8

Due settimane	41	0,5
Tre-quattro settimane	85	0,9
Totale	9.374	100,0

Per 8.477 pazienti, la dimissione dal ricovero acuto e la successiva ammissione in un reparto di LPARE in struttura diversa da quella del ricovero indice, sono avvenute senza soluzione di continuità: di fatto questi ricoveri possono essere considerati appropriati rispetto alla gestione del percorso assistenziale. Per i restanti 897 pazienti, per i quali la ricerca in banca dati SDO non ha permesso di individuare o un ricovero precedente (692 pazienti) o un ricovero nel mese precedente (205), è necessario un approfondimento ed una valutazione rispetto all'appropriatezza del percorso assistenziale da parte delle aziende committenti a cui sarà fornito l'elenco delle sdo.

Viene di seguito analizzato (Figura 9) il percorso assistenziale precedente il ricovero in lungodegenza degli 8.477 pazienti: più della metà dei pazienti sono stati trasferiti in lungodegenza da presidi a gestione diretta (4.749 ricoveri), mentre le strutture private hanno inviato solo il 3% dei pazienti. Una quota esigua proviene da presidi fuori regione (54 pazienti). Nella maggior parte dei casi le strutture del primo ricovero dispongono di posti letto di lungodegenza.

A livello complessivo, oltre il 30% delle dimissioni avviene da un reparto di medicina generale, seguito dall'ortopedia con il 23%, dalla geriatria con il 12,7% e da un'altra lungo-degenza con 11,9%. Questi valori confermano come la maggior parte della popolazione in studio sia caratterizzata da patologie cronico-degenerative o di origine traumatica, in linea con il trend epidemiologico che caratterizza la popolazione di età superiore ai 64 anni.

Figura 9 – Ricovero che precede il ricovero Puro in LPARE

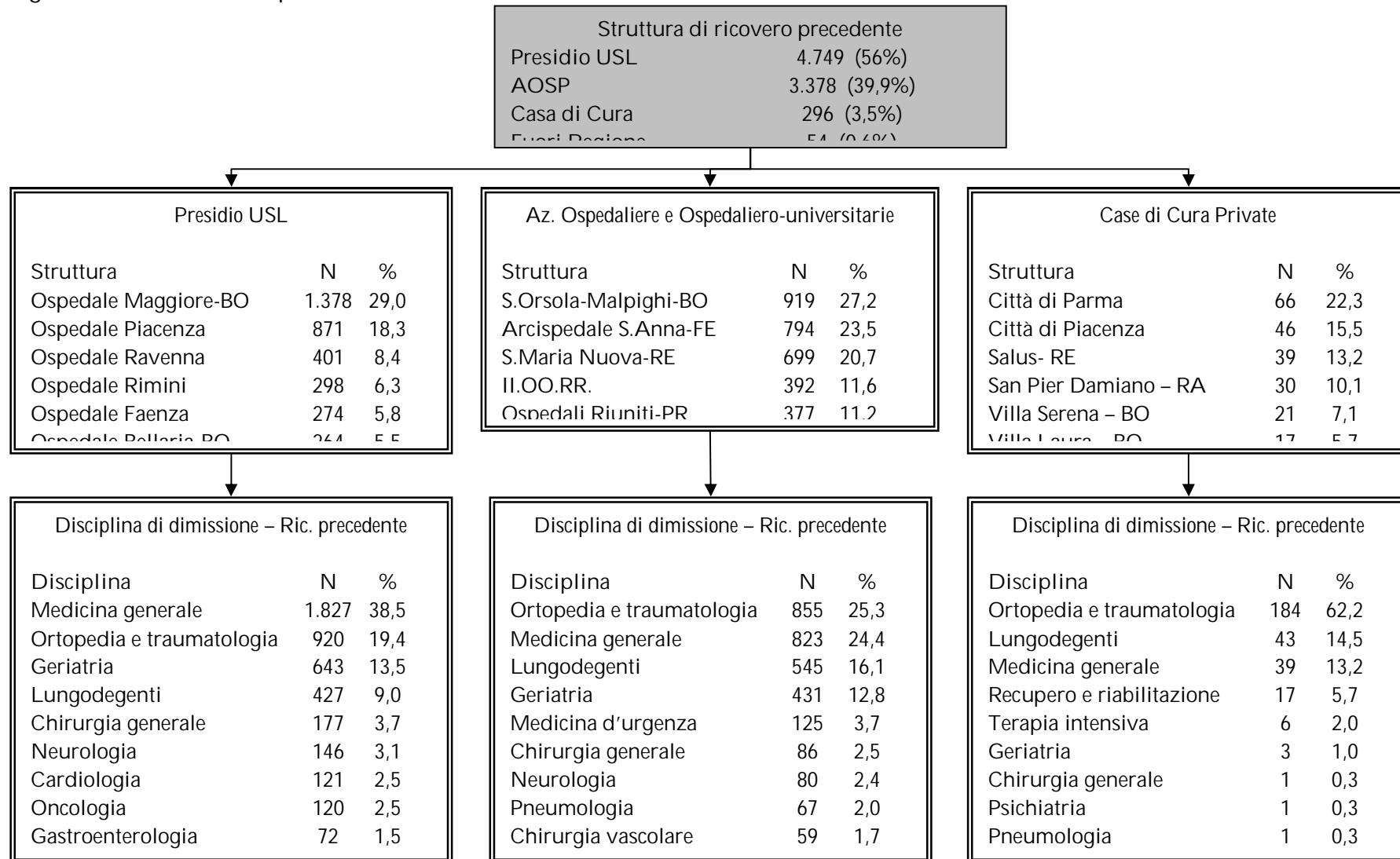


Tabella 8 – Ricoveri “puri”: distribuzione dei pazienti per numero di ricoveri precedenti – 2008-2009

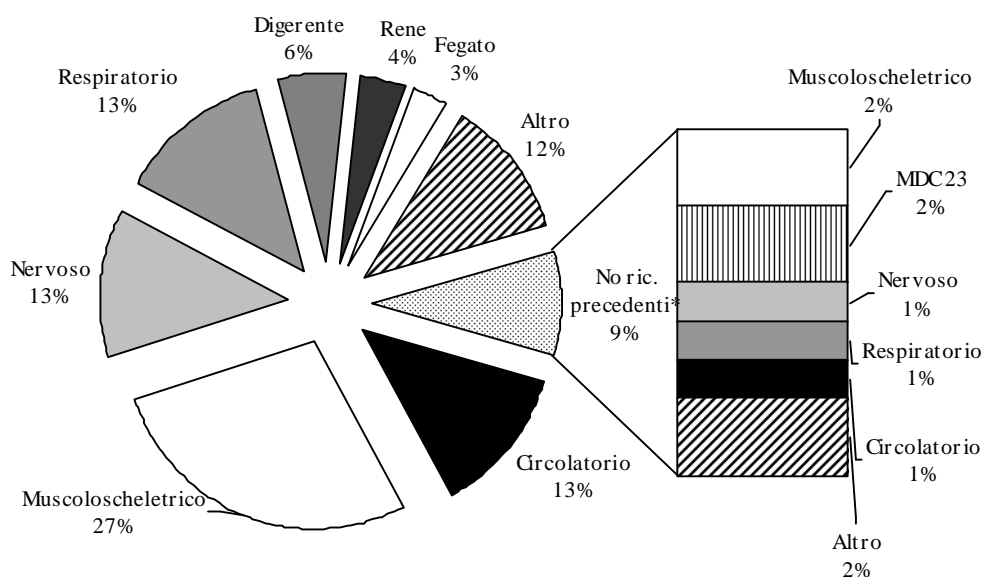
N. di ricoveri precedenti entro 30 giorni	Pazienti (N)	Pazienti (%)
Nessun ricovero precedente	692	7,4
1 ricovero precedente	7.529	80,3
2 ricoveri precedenti	1.013	10,8
3 ricoveri precedenti	140	1,5
Totale	9.374	100,0

* Popolazione di riferimento per l'analisi dei dati relativi al ricovero acuto

Va osservato che nel 7,4% dei casi non è attribuibile un ricovero acuto immediatamente precedente a quello in lungodegenza. Premesso che tale risultato possa derivare da errori di attribuzione del progressivo paziente, resta comunque importante sottolineare l'anomalia di questo dato soprattutto in riferimento alla normativa regionale.

La Figura 10 riporta la distribuzione dei ricoveri “puri” rispetto alla Categoria Diagnostica Principale (MDC) relativa al ricovero acuto immediatamente precedente a quello in lungodegenza. Nel 27% dei casi si tratta di ricoveri acuti relativi a patologie proprie del sistema muscoloscheletrico, seguite da patologie del sistema nervoso (13%) e respiratorio (13%) e da patologie dell'apparato digerente (6%). Si evidenzia come questa distribuzione sia del tutto sovrapponibile a quella che emerge dall'analisi dei ricoveri “misti”.

Figura 10 – Distribuzione dei ricoveri “puri” per MDC del ricovero acuto immediatamente precedente a quello in lungodegenza – 2009



* MDC relativa ai 692 pazienti per i quali non è stato possibile attribuire un ricovero acuto immediatamente precedente a quello in lungodegenza

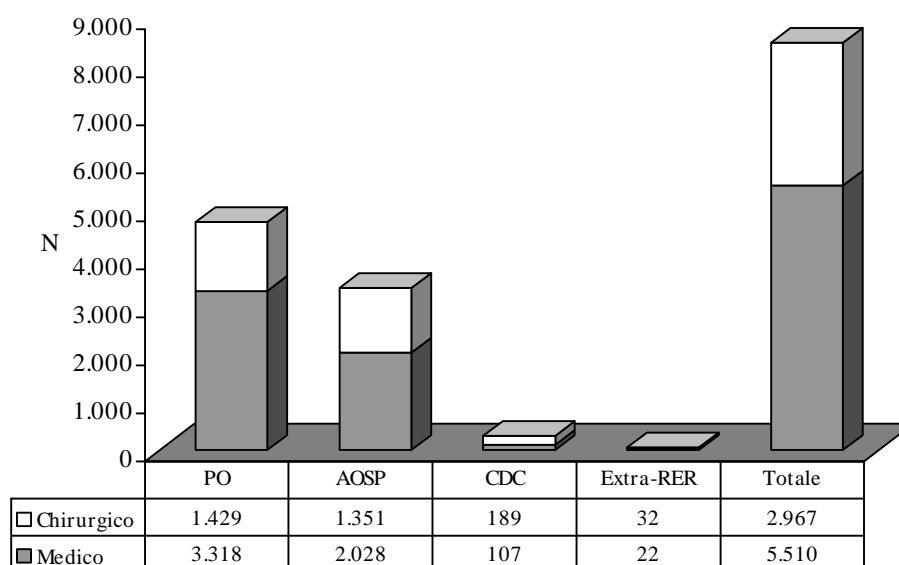
Analogamente ai ricoveri misti, la Tabella 9 riporta la distribuzione dei pazienti rispetto ai DRG di dimissione. In questo caso, la maggior parte della casistica è stata attribuita a DRG di tipo medico con, in alcuni casi, contenuti prettamente riabilitativi. Infatti si osserva che al primo posto si trova il DRG relativo all'assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico con il 9,9% dei ricoveri, seguito, al quinto posto, dal DRG Riabilitazione con il 4,4%. Significativo anche il numero di pazienti attribuiti a DRG per il trattamento riabilitativo di patologie cardiache e del sistema nervoso, con rispettivamente, il 6,6% ed il 6,5% della casistica.

Tabella 9 – Ricoveri “puri”: principali DRG di dimissione - 2009

	N	%
Ass. Riabilit. Per Mal. Del S. Muscolo-Scheletrico e Del Tessuto Connettivo	1.006	9,9
Insufficienza Cardiaca E Shock	677	6,6
Malattie Degenerative Del Sistema Nervoso	666	6,5
Altre Diagnosi Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	634	6,2
Riabilitazione	448	4,4
Malattie Cerebrovascolari Aspecifiche	396	3,9
Polmonite Semplice E Pleurite	383	3,8
Fratture Dell'Anca E Della Pelvi	365	3,6
Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva	320	3,1
Aterosclerosi	252	2,5
Emorragia Intracranica O Infarto Cerebrale	238	2,3
Edema Polmonare E Insufficienza Respiratoria	232	2,3
Neoplasie Maligne Dell'Apparato Digerente	227	2,2
Neoplasie Dell'Apparato Respiratorio	209	2,1
Disturbi Organici E Ritardo Mentale	208	2,0
Altro	3.925	38,5
Totale	10.186	100,0

La Figura11, infine, riporta la distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura e tipo di DRG medico/chirurgico: anche in questo caso si osserva una netta prevalenza dei DRG medici.

Figura 11 – Distribuzione dei ricoveri “puri” per tipo di DRG del ricovero acuto immediatamente precedente a quello in lungodegenza



è Nel 2009 sono stati erogati 10.186 ricoveri puri di cui 8.232 in strutture private e 1.954 in strutture pubbliche. I ricoveri hanno riguardato 9.375 pazienti; di questi il 92,4% ha avuto solo 1 ricovero nel corso dell'anno, mentre il 7,6% ne ha avuti almeno due

è Per 8.477 pazienti, la dimissione dal ricovero acuto e la successiva ammissione in un reparto di LPARE in struttura diversa da quella del ricovero indice, sono avvenute senza soluzione di continuità: di fatto questi ricoveri possono essere considerati appropriati rispetto alla gestione del percorso assistenziale.

è Più della metà dei pazienti sono stati trasferiti in lungodegenza da presidi a gestione diretta (4.749 ricoveri), mentre le strutture private hanno inviato solo il 3% dei pazienti. Una quota esigua proviene da presidi fuori regione (54 pazienti)

è A livello complessivo, oltre il 30% delle dimissioni avviene da un reparto di medicina generale, seguito dall'ortopedia con il 23%, dalla geriatria con il 12,7% e da un'altra lungo-degenza con 11,9%.

è Nel 27% dei casi si tratta di ricoveri acuti relativi a patologie proprie del sistema muscoloscheletrico, seguite da patologie del sistema nervoso (13%) e respiratorio (13%) e da patologie dell'apparato digerente (6%), una distribuzione del tutto sovrapponibile a quella che emerge dall'analisi dei ricoveri "misti".

5.3. Percorso post-dimissione

Relativamente all'insieme della casistica considerata (ricoveri puri e misti) la Figura 13 e la Tabella 10 riportano la distribuzione percentuale dei ricoveri per modalità di dimissione. La dimissione a domicilio rappresenta con il 52,7% la soluzione più frequente seguita dalla dimissione per decesso (17,8%) e presso strutture protette (14,4%). E' interessante evidenziare come per tutte le modalità considerate si osservi una significativa variabilità tra Aziende; per esempio per la dimissione a domicilio le strutture private di Parma e Modena hanno valori superiori al 70% mentre le strutture pubbliche di Piacenza raggiungono il 77,4%; al lato opposto, Imola dimette a domicilio solo il 7% dei pazienti. Entrambi i dati vanno letti congiuntamente con la dimissione protetta presso strutture o con attivazione di ADI: mentre a Parma, Piacenza e Modena le percentuali sono sempre inferiori al 10%, per Imola i pazienti dimessi in modalità protetta sono il 75%. Analogamente si osserva una variabilità marcata nelle dimissioni per decesso con punte minime per le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena e Bologna, rispettivamente al 7,2 e all'8,8% e i valori massimi per le strutture private di Ravenna (34,4%) e Ferrara (33,1%).

Nell'analizzare questi dati è comunque importante tenere presente che la fonte informativa è rappresentata dalla scheda di dimissione ospedaliera e che quindi l'attribuzione delle dimissioni può essere incompleta e/o di bassa qualità.

Figura 12 – Distribuzione % dei ricoveri per modalità di dimissione – 2009

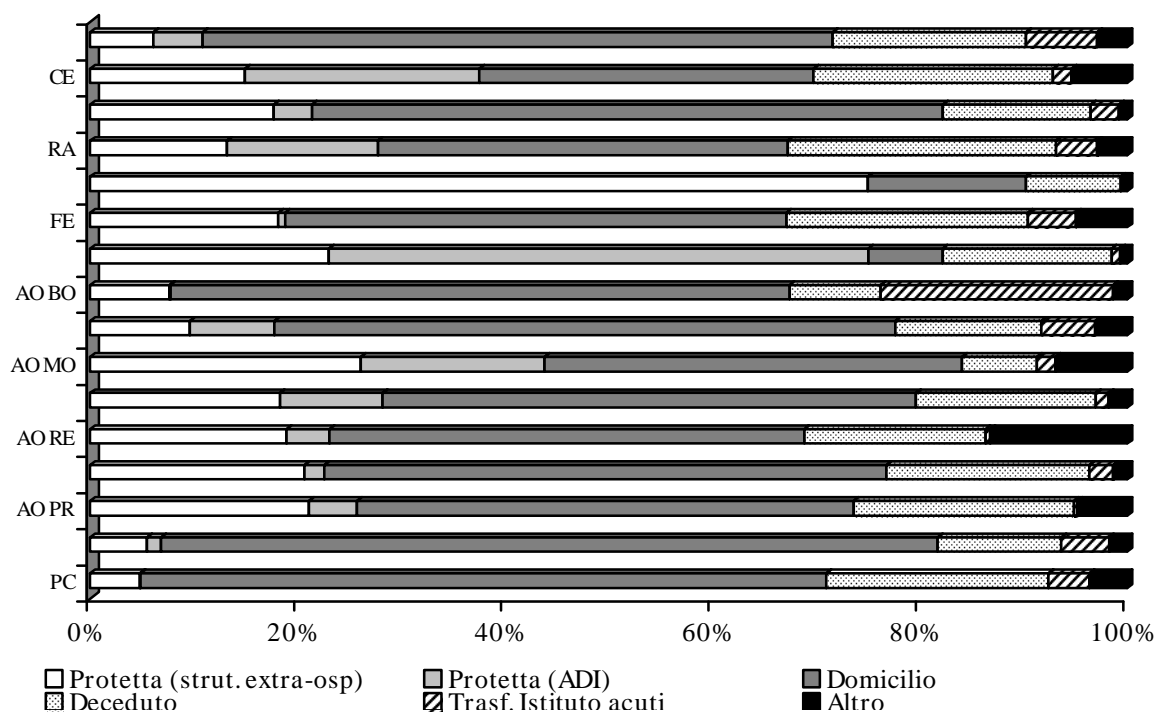


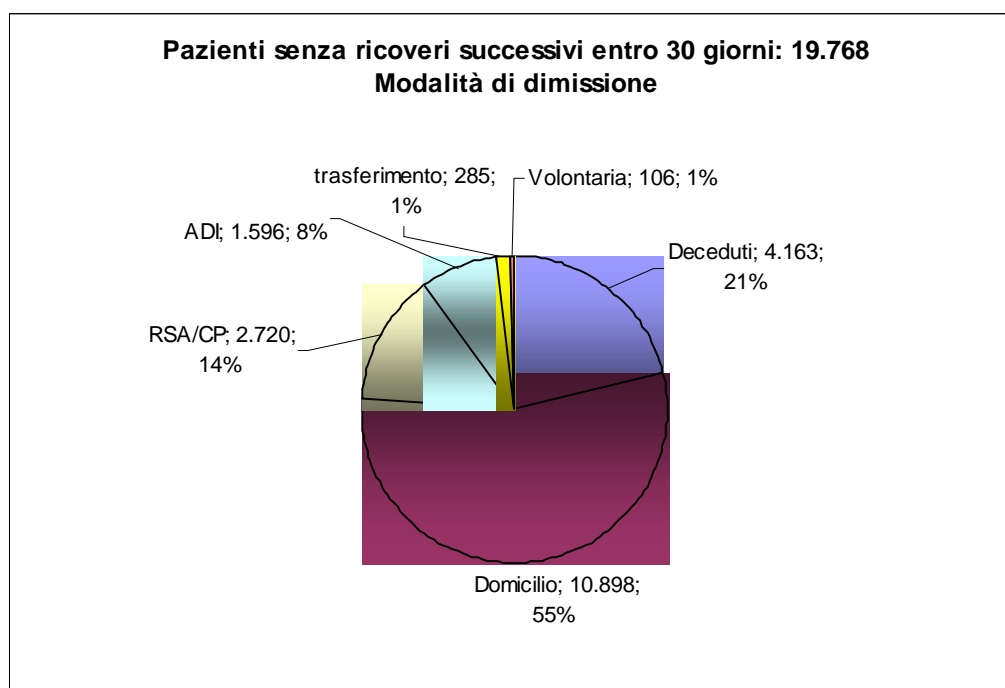
Tabella 10 – Distribuzione percentuale dei ricoveri per modalità di dimissione – 2009

Azienda	Tipologia di struttura	Decesso	Ordinaria a domicilio	Protetta (strutture extra-osp)	Protetta (ADI)	Trasf. ad istituto per acuti	Trasf. ad istituto di riabilit.	Altro	Totale ricoveri
Piacenza	Pubblica	10,3	77,4	4,9	0,1	2,0	4,6	0,6	690
	Privata	26,6	60,9	4,7	0,0	4,8	1,3	1,5	1.485
Parma	Pubblica	12,4	64,2	14,5	4,2	1,9	1,9	0,9	427
	Privata	11,7	79,3	1,8	0,2	5,7	1,0	0,4	1.052
Reggio Emilia	Pubblica	21,6	49,0	23,5	3,0	1,2	0,4	1,3	1.354
	Privata	16,1	63,1	15,8	0,0	4,2	0,0	0,8	789
Modena	Pubblica	20,3	45,7	19,2	11,9	0,9	1,0	1,0	2.743
	Privata	3,9	77,9	14,1	0,7	2,5	0,0	0,8	589
Bologna	Pubblica	13,6	46,4	8,9	22,2	3,2	4,4	1,3	2.014
	Privata	14,4	67,2	10,0	0,5	6,2	0,1	1,6	3.696
Imola	Pubblica	16,3	7,1	23,0	52,0	0,8	0,4	0,3	1.190
Ferrara	Pubblica	18,7	55,3	17,1	0,0	3,1	5,0	0,8	1.771
	Privata	33,1	33,3	20,5	2,1	7,8	0,8	2,4	829
Ravenna	Pubblica	20,3	39,3	12,0	22,9	1,4	3,6	0,5	1.317
	Privata	34,4	39,8	15,1	1,8	7,8	0,0	1,2	857
Forlì	Pubblica	12,7	61,1	18,6	4,3	2,8	0,4	0,1	1.375
	Privata	23,4	59,4	12,7	0,0	2,5	2,0	0,0	244
Cesena	Pubblica	19,1	31,1	13,9	27,1	1,1	7,4	0,4	476
	Privata	30,2	34,3	16,8	14,6	3,0	0,4	0,7	268
Rimini	Pubblica	19,7	54,8	8,2	7,4	3,2	6,5	0,2	462
	Privata	18,0	64,1	4,9	3,3	8,9	0,1	0,6	820
AOSPU Parma		21,2	47,9	21,1	4,6	0,3	4,2	0,6	2.073
AOSP Reggio Emilia		17,5	45,8	18,9	4,1	0,5	11,2	2,0	607
AOSPU Modena		7,2	40,2	26,1	17,8	1,8	6,9	0,0	276
AOSPU Bologna		8,8	59,7	7,6	0,1	22,4	0,7	0,6	1.268
AOSPU Ferrara		9,1	15,2	75,0	0,0	0,0	0,0	0,6	164
Totale strutture private		19,4	61,7	10,2	1,2	5,9	0,5	1,3	10.629
Totale strutture pubbliche		17,0	47,5	16,8	11,8	3,1	3,1	0,8	18.207
Totale complessivo		17,8	52,7	14,4	7,9	4,2	2,1	0,9	28.836

Considerando la popolazione su cui è stata condotta l'analisi descrittiva (ricoveri puri e misti pari a 24.615 pazienti) sono stati ricercati i ricoveri successivi avvenuti entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero indice (il primo nell'anno considerato). Per quattro pazienti su cinque non sono stati trovati ricoveri successivi entro la finestra definita; la figura 14 riporta la distribuzione della modalità di dimissione dell'unico ricovero analizzato.

Figura 14

Modalità di dimissione del ricovero in LPARE per i pazienti senza ripetuti entro 30gg



Nel 20% dei casi sono attribuibili ai pazienti con un ricovero in LPARE uno più ricoveri ripetuti entro trenta giorni. Nella tabella 11 i pazienti sono raggruppati incrociando la modalità di dimissione del ricovero indice con quella dei ricoveri successivi. Per esempio, tra i 4.017 pazienti che risultano aver avuto 1 ricovero successivo rispetto a quello indice, 1.925 provenivano da una dimissione al domicilio dal ricovero indice (LPARE) e 748 da una dimissione presso strutture protette, mentre al termine del secondo ricovero 1.004 sono deceduti, 2.207 sono stati dimessi al domicilio, 445 presso strutture protette.

Nel percorso successivo al ricovero indice, la dimissione al domicilio rappresenta la modalità più frequente con il 52,3% dei casi, seguita dal decesso con il 20,8% dei casi e dal 10,9% con le dimissioni protette presso RSA e Case Protette.

Tabella 111 – Modalità di dimissione per i pazienti con 1 o più ricoveri successivi entro 30 giorni

N. pazienti con uno o più ricoveri ripetuti entro 30gg = 4.847		Numero di ricoveri ripetuti entro 30gg			
		1 ricovero	2 ricoveri	3 ricoveri	4 ricoveri
Indice	Deceduti	-	-	-	-
	Domicilio	1.925	324	43	6
	RSA/CP	748	68	12	1
	ADI	363	40	5	-
	Trasferimento	931	279	33	7
	Volontaria	50	9	3	-
I ricovero	Deceduti	1.004	1*	-	-
	Domicilio	2.207	308	30	4
	RSA/CP	445	84	12	2
	ADI	163	10	1	-
	Trasferimento	180	309	52	8
	Volontaria	18	8	1	-
II ricovero	Deceduti		191	1*	-
	Domicilio		368	41	4
	RSA/CP		66	15	-
	ADI		36	1	-
	Trasferimento		58	36	10
	Volontaria		1	2	-
III ricovero	Deceduti			12	-
	Domicilio			59	5
	RSA/CP			9	2
	ADI			1	-
	Trasferimento			14	7
	Volontaria			1	-
IV ricovero	Deceduti				1
	Domicilio				9
	RSA/CP				-
	ADI				-
	Trasferimento				4
	Volontaria				-
Totale pazienti per numero di ricoveri ripetuti		4.017	720	96	14

* Per un errore in una od entrambe le SDO dei ricoveri, il paziente risulta deceduto e poi nuovamente ricoverato.

- è La dimissione a domicilio rappresenta con il 52,7% la soluzione più frequente seguita dalla dimissione per decesso (17,8%) e presso struttura protetta (14,4%).
- è Per tutte le modalità considerate si osserva una significativa variabilità tra Aziende; per esempio per la dimissione a domicilio le strutture private di Parma e Modena hanno valori superiori al 70% mentre le strutture pubbliche di Piacenza raggiungono il 77,4%; al lato opposto, l'Azienda Usl di Imola segnala sulla SDO una dimissione a domicilio solo il 7% dei pazienti.
- è Nel percorso successivo al ricovero indice, la dimissione al domicilio rappresenta la modalità più frequente con il 52,3% dei casi, seguita dal decesso con il 20,8% dei casi e dal 10,9% con le dimissioni protette presso RSA e Case Protette

Mortalità

- è Il 17,8% dei pazienti è stato dimesso per decesso (17,0 % nel pubblico e 19,4% del privato)
- è Si osserva una variabilità marcata alle dimissioni per decesso con punte minime per le Aziende Ospedaliere di Modena e Bologna, rispettivamente al 7,2 e all'8,8% e i valori massimi per le strutture private di Ravenna (34,4%) e Ferrara (33,1%).

5.3.1. Analisi degli accessi in ADI

L'analisi delle attivazioni di percorsi di assistenza domiciliare è stata effettuata individuando le schede di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) presenti in banca dati regionale attribuibili, attraverso il progressivo paziente, ai pazienti con almeno un ricovero in lungodegenza nel 2009; in particolare sono stati analizzati gli accessi in A.D.I. nel periodo 1 gennaio -31 dicembre 2009.

L'analisi degli accessi ha considerato i soli 20.452 residenti di età > 64 anni dimessi vivi dal ricovero indice (primo ricovero con reparto LPARE) nell'anno 2009; per 11.587 di questi (56,6%) non risultano attivati percorsi di Assistenza Domiciliare nel corso dell'anno.

Per gli 8.865 casi in cui risulta attivato almeno un episodio di Assistenza Domiciliare sono state "calcolate" le finestre temporali fra le date di apertura e chiusura dell'ADI e considerata la relazione con le date di ammissione e dimissione del primo ricovero

in lungodegenza. L'analisi della relazione tra ricoveri e A.D.I. ha comportato notevoli difficoltà di costruzione di una sequenza temporale evocativa della relazione clinica.

In base al rapporto cronologico con il ricovero indice in LPARE le schede di A.D.I. sono state classificate come segue:

1. Collegabili al ricovero indice:
 - § attivazione dell'episodio A.D.I. entro 7 giorni dalla data di dimissione del ricovero indice oppure
 - § nei 7 giorni precedenti la data di dimissione a condizione che l'attivazione ADI sia successiva alla data di ammissione.
2. Antecedenti il ricovero indice
 - § Attivazione e chiusura dell'episodio in assistenza domiciliare antecedente la data di ammissione del ricovero indice.
3. Successivi al ricovero indice:
 - § Attivazione dell'episodio ADI oltre 7 giorni dalla data di dimissione
4. Sovrapposti al ricovero indice:
 - § Attivazione dell'episodio ADI precedente alla data di ammissione al ricovero indice e data di chiusura successiva alla dimissione oppure
 - § Attivazione dell'episodio ADI successiva all'ammissione del ricovero (ma antecedente di oltre 7 giorni alla dimissione) e data di chiusura successiva alla dimissione dal ricovero indice.

Tabella 12 – Distribuzione dei pazienti per tipologia di attivazione ADI e modalità di dimissione - 2009

Modalità di dimissione	Rapporto tra ricovero indice e attivazione ADI					Totale
	Collegabili al ricovero indice (1)	Antecedenti il ricovero indice (2)	Successivi al ricovero indice (3)	Sovrapposti al ricovero indice (4)	Senza attivazione ADI	
Domicilio	2.015	479	1.433	1.529	7.740	13.196
Protetta (strut. extraosp.)	141	375	408	403	2.222	3.549
Protetta con attivazione A.D.I.	640	97	282	344	641	2.004
Trasf. Ad istituto per acuti	24	144	156	61	565	950
Trasf. Ad istituto riabilitaz.	29	44	85	72	288	518
Volontaria	22	16	26	18	86	168
Trasf. Altro regime di ricovero	2	6	9	5	45	67
Totale	2.873	1.161	2.399	2.432	11.587	20.452

La Tabella 12, che incrocia i risultati di questa classificazione con la distribuzione degli stessi pazienti rispetto alla modalità di dimissione riportata nella SDO, evidenzia i rischi di incongruità tra scelta di codifica effettuata in sede di dimissione e percorso del paziente così come “testimoniato” dalle banche dati disponibili. Da segnalare in particolare come oltre il 70% dei pazienti che risultano dimessi a domicilio hanno invece avuto un’attivazione di ADI entro 7 giorni dalla dimissione o addirittura nei 7 giorni precedenti la dimissione (2.015 pazienti). Di converso solo per uno su tre pazienti (640 pazienti) che risultano dimessi con attivazione della Assistenza Domiciliare Integrata, è stata rintracciata una scheda di ADI con date congruenti.

La scelta di classificare i pazienti in base alla relazione tra data di dimissione e data di attivazione del percorso di Assistenza domiciliare deriva anche dalla elevata frequenza di schede di Assistenza Domiciliare dalle quali risulta una durata di presa in carico (differenza tra data di chiusura e data di apertura) superiore ai tre mesi (Tabella 13).

Tabella 13 – ADI attivati nel 2009 a carico dei pazienti con ricovero indice in LPARE

Durata della presa in carico in ADI	N	%
0 – 1 giorno	360	2,9%
2 - 30 giorni	2.175	17,7%
1 - 3 mesi	2.853	23,2%

3 – 6 mesi	2.541	20,6%
7– 12 mesi	4.385	35,6%
Totale	12.314	100,0%

Nel complesso sono stati attivati più di 12.314 episodi di ADI per 8.865 pazienti, ma solo uno su cinque ha le date di apertura entro i 7 giorni dalla dimissione.

è Per 11.587 (56,6%) dei 20.452 residenti di età > 64 aa. dimessi vivi dal ricovero indice non risultano attivati percorsi di Assistenza Domiciliare nel corso dell'anno.

è Il 70% dei pazienti che risultano dimessi a domicilio ha invece avuto un'attivazione di ADI entro 7 giorni dalla dimissione o addirittura nei 7 giorni precedenti la dimissione.

è Solo per uno su tre pazienti che risultano dimessi con attivazione della Assistenza Domiciliare Integrata, è stata rintracciata una scheda di ADI con date congruenti.

6. Conclusioni

La Regione Emilia-Romagna può disporre di una rete di 15.205 posti letto convenzionati presso strutture accreditate a cui si affiancano 2.304 posti letto in LPARE (Cod.60) di cui 1.455 presso ospedali pubblici e 849 presso Case di Cura private, per complessivi 0,53 posti letto ogni 1.000 residenti, e 1.340 posti letto di Recupero e Riabilitazione (Cod. 56) di cui 569 pubblici e 781 privati (0,31 posti per 1.000 residenti).

La rete dei posti letto LPARE ha erogato, nel 2009, 33.531 ricoveri, di cui 86% a favore di residenti di età superiore a 64 anni con un tasso standardizzato di ospedalizzazione pari al 7,3 per 1.000 residenti.

Un quarto della casistica è attribuibile a patologie del sistema muscoloscheletrico (25% delle dimissioni) seguita da patologie del sistema nervoso (18%) e di quello respiratorio (16%)

La dimissione a domicilio rappresenta con il 52,7% la soluzione più frequente seguita dalla dimissione per decesso (17,8%) e presso struttura protetta (14,4%) anche se per tutte le modalità considerate si osserva una significativa variabilità tra Aziende. Nel percorso successivo al ricovero indice, la dimissione al domicilio rappresenta la modalità più frequente con il 52,3% dei casi, seguita dal decesso con il 20,8% dei casi e dal 10,9% con le dimissioni protette presso RSA e Case Protette

Da segnalare come il 17,8% dei pazienti è stato dimesso per decesso con una variabilità tra Aziende piuttosto marcata.

Dall'analisi sono emersi alcuni punti di particolare interesse:

- § variabilità interaziendali nei protocolli di accesso alla LPARE
- § diversa disponibilità dei posti letto per acuti e posti letto residenziali in grado di accogliere i pazienti dimessi dai reparti di lungodegenza
- § diversa capacità della rete dell'Assistenza Domiciliare di prendere in carico il paziente post acuto
- § tipologia dei pazienti (complessità del case mix) e definizione di percorsi clinico assistenziali e organizzativi (con alcuni vizi di percorso troppo laschi o troppo restrittivi)
- § appropriatezza di gestione dei posti letto per acuti.

Questa diversità, rilevata per la prima volta in Regione Emilia-Romagna, mette in evidenza comportamenti assistenziali notevolmente diversificati con un significativo impatto sulla efficacia, efficienza, economicità ed equità del sistema.

L'analisi ha inoltre permesso di far emergere alcune criticità correlate alla codifica SDO:

- § SDO: significativa difformità, peraltro confermata dai professionisti, nelle scelte di codifica relative alla modalità di dimissione .
- § ADI: incongruità tra scelta di codifiche effettuate in sede di dimissione dal ricovero e percorso del paziente così come testimoniato dalle banche dati ADI.

Per il futuro sono auspicabili le seguenti azioni:

- § attivazione di un percorso di Audit in ogni Azienda della Regione che permetta di fare una valutazione di appropriatezza, efficienza ed efficacia dei percorsi clinico assistenziali dei pazienti che transitano in LPARE secondo i quesiti traccia in allegato.
- § Sulla base dei risultati degli Audit Aziendali definizione proposte di intervento, al fine di migliorare la qualità del percorso post acuzie del paziente anziano, inerenti:
 - § i modelli organizzativo -assistenziali per migliorare la risposta di salute ai pazienti anziani con polipatologie ad andamento cronico e post evento acuto
 - § la valutazione della complessità del case mix dei pazienti (es. definizione di un set di scale per la valutazione della complessità assistenziale della persona anziana)
 - § la definizione di un cruscotto di indicatori per monitorare in modo sistematico l'attività erogata nei reparti di LPARE
 - § il flusso informativo corrente delle Banche Dati Regionali
- § definizione di un glossario univoco a supporto della corretta ed omogenea codifica SDO
- § vista la sostanziale sovrapposibilità, in termini di case-mix, dei pazienti eleggibili per il codice 60 con quelli trattabili nei reparti di riabilitazione funzionale (codice 56) sarebbe interessante effettuare, a completamento di questo studio, un'analisi nella banca dati SDO di questi pazienti

Questa analisi, essendo la prima mai effettuata in Regione, sconta inevitabilmente il problema di aver individuato aree di indagine che meritano di essere approfondite in futuro.

7. Bibliografia

Delibera di Giunta Regionale, n.1455 del 28 luglio 1997 "Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della RER"

Brizioli E (2005), "Post-Acuzie, Riabilitazione e Residenzialità: un nodo da sciogliere", Politiche Sociali , 6

Giuliani G.C., Palazzi L. (2009), "La medicina Lungodegenza: realtà assistenziale o reparto specialistico per la nuova medicina delle patologie croniche?", Prendersi cura, 1; 14-23

Martin G.P., Hewitt G.J., Faulkner T.A., Parker H. (2007), "The organization, form and function of intermediate care services and systems in England :results from a national survey", Health & Social Care in the Community, 15 (2): 146-154.

ISTAT (2010), La relazione tra offerta di servizi di Long term care ed i bisogni assistenziali dell'anziano, Contributi Istat n. 4, Roma

O'Reilly J., Lowson K, Green J., Young J.B., Forster A. (2008), "Post acute care for older people in community hospitals – a cost-effectiveness analysis within a multi-centre randomised controller trial", Age and Ageing, 37: 513-520

Lacetera A., Lamanna P., Montesi I, Senigallia AR. (2001), "L'assistenza all'anziano nel territorio. Ruolo della lungodegenza Post Acuzie", Geriatria, XIII:331-6

Libow L.S. (2000), "Long-term care for the frail elderly", New England Journal of Medicine, 342:823-4

Fazio F. (2009), "Problematiche emergenti e prospettive , Libro Bianco", Ministero della Salute, Roma

Trabucchi M. (2010), Il punto sull'organizzazione della post-acuzie in geriatria, Gruppo di ricerca geriatrica

Trabucchi M. (2010), Aspetti clinici e organizzativi delle cure e dell'assistenza agli anziani, Gruppo di ricerca geriatrica

Trabucchi M. (2010), Post acuzie. Idee molte, ma confuse, Gruppo di ricerca geriatrica

Bagarolo R. (2009), "Unità di degenza per cure intermedie tra ospedale e territorio: una risposta possibile al problema del "timing" delle cure nel paziente cronico", I luoghi della cura, 2

8. Allegato 1 – Contesto demografico e offerta di posti letto

In Emilia-Romagna risiedono, nel 2010, 4.377.473 persone, di cui 981.594 (22,4%), di età superiore o uguale a 65 anni; tale percentuale risulta essere tra le più elevate a livello nazionale, seconda solo a Regioni quali la Liguria, la Toscana e l'Umbria. Circa la metà di queste persone ha un'età compresa tra 65 e 74 anni, mentre la restante metà ha un'età superiore ai 74 anni. A livello aziendale, la percentuale più elevata di persone anziane è presente nella Azienda USL di Ferrara dove oltre un residente su quattro (25,5%) ha oltre 65 anni, mentre l'Azienda USL di Reggio Emilia ha la popolazione più "giovane" con il 19,7% di residenti ultra-sessantacinquenni (Tabella 1)

Notevole la variabilità territoriale con punte massime del 27,4% di persone di età maggiore o uguale a 65 anni (sul totale dei residenti) nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti (Reggio Emilia) e del 27,1% in quello di Valli Taro e Ceno (Parma) e minime del 17,5% a Scandiano (Reggio Emilia) e del 18,1% a Castelfranco Emilia. (Figure 1 e 2). La distribuzione della popolazione anziana per distretto all'interno della AUSL evidenziata nelle due cartine consente una visione più dettagliata che, rapportata all'offerta, consente una valutazione dei servizi presenti e/o necessari per rispondere ai bisogni socio sanitari della popolazione residente.

Tabella 14 - Popolazione residente e posti letto nelle strutture residenziali per anziani – 1 gennaio 2010^a

AUSL	Popolazione Totale	% Pop. 65-74 aa	% Pop. >=75aa	PL residenziali anziani convenzionati	PL res. anziani * 100 residenti di età >=75
Piacenza	288.011	11,5	12,4	1.181	3,3
Parma	437.308	10,9	11,6	1.676	3,3
Reggio Emilia	525.297	9,6	10,1	1.704	3,2
Modena	694.580	10,2	10,6	2.215	3,0
Bologna	853.319	11,4	12,3	2.674	2,5
Imola	131.022	10,7	11,7	492	3,2
Ferrara	358.966	12,4	13,1	1.455	3,1
Ravenna	389.508	11,3	12,5	1.442	3,0
Forlì	186.748	11,2	12,3	836	3,6
Cesena	205.582	10,7	10,3	747	3,5
Rimini ^a	307.132	10,3	10,2	783	2,5
Emilia-Romagna	4.377.473	10,9	11,5	15.205	3,0

Fonte: Servizio governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza

Note

a. Non è compresa la popolazione residente nei comuni dell'Alta Valmarecchia, aggregati alla regione Emilia-Romagna a seguito della Legge 3 agosto 2009, n. 117.

° Il FRNA 2007 prevede un parametro di 3 PL su 100 anziani per la popolazione con età >= 75

Figura 13 - Percentuale di anziani residenti (65-74 aa.) nei Distretti sanitari al 1.1.2010

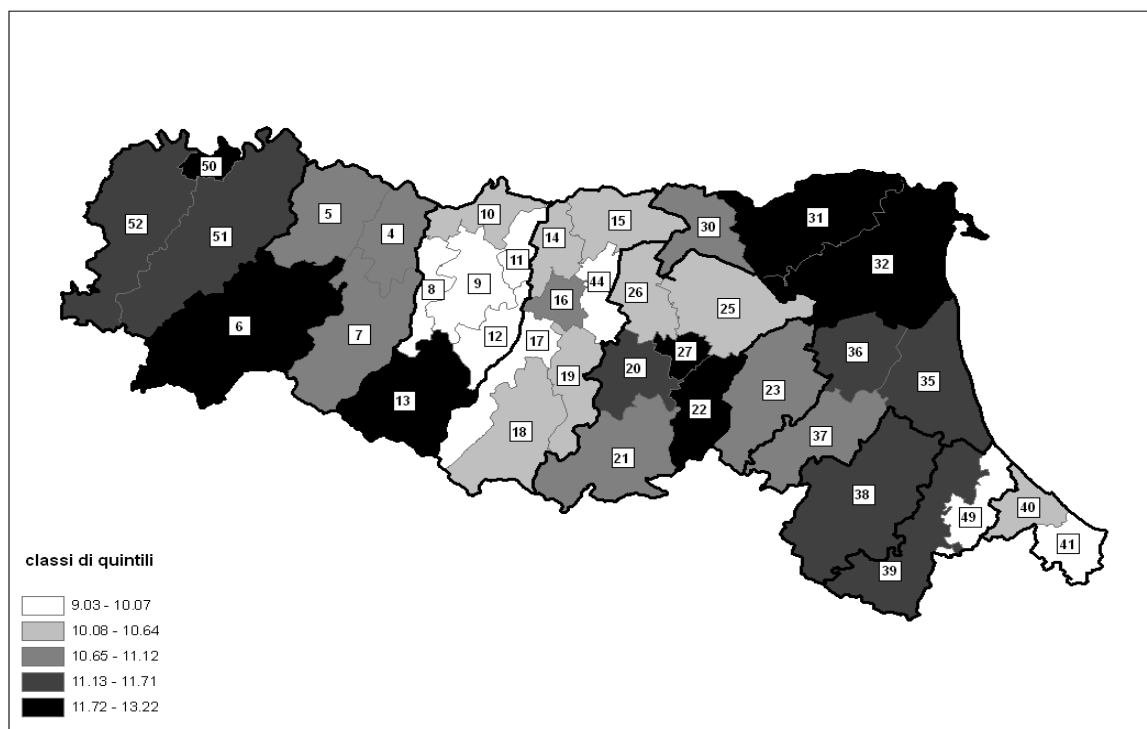


Figura 14 - Percentuale di anziani residenti (≥ 75 anni) nei Distretti sanitari al 1.1.2010

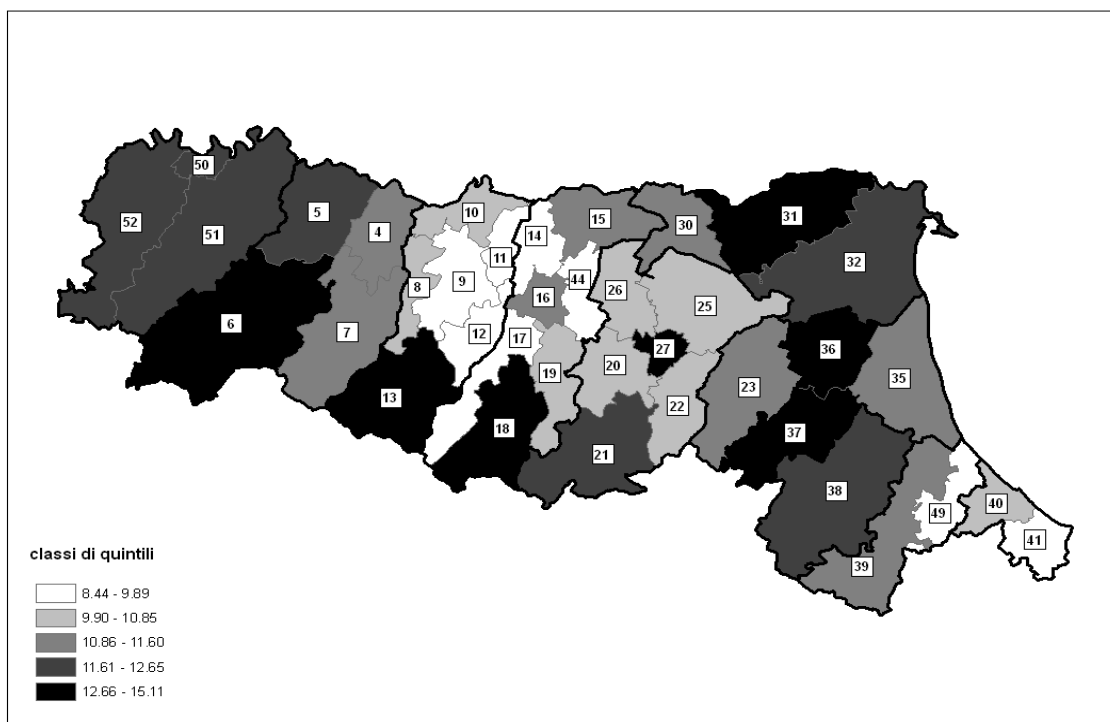


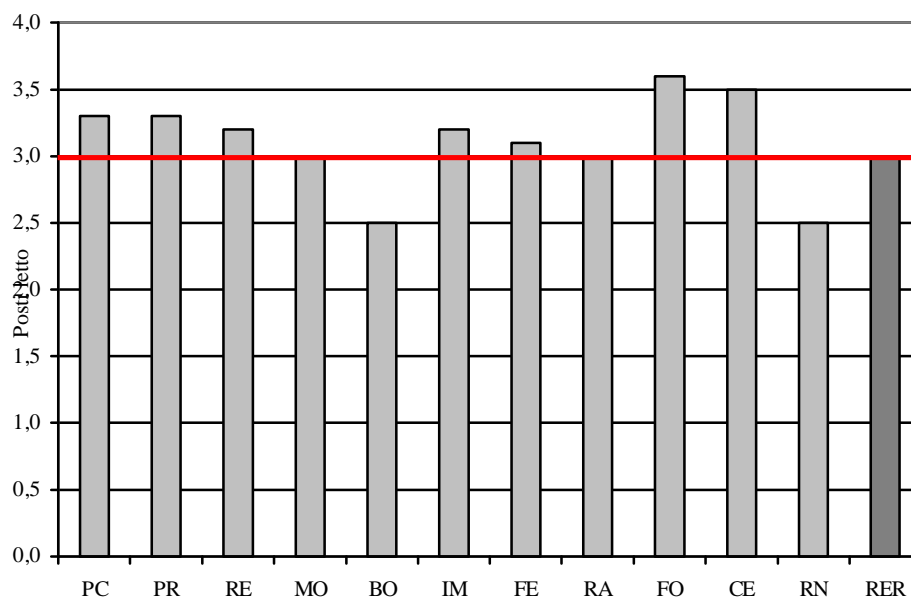
Tabella 15 - I 38 Distretti sanitari

Azienda	Cod.	Distretto	Azienda	Cod.	Distretto	Azienda	Cod.	Distretto
Piacenza	50	Piacenza	Modena	14	Carpi	Ferrara	23	Imola
	51	Levante (PC)		15	Mirandola		30	Ovest (Fe)
	52	Ponente (PC)		16	Modena		31	Centro Nord
Parma	4	Parma	Bologna	17	Sassuolo	Ravenna	32	Sud -Est (Fe)
	5	Fidenza		18	Pavullo nel		35	Ravenna
	6	Valli Taro e Ceno		19	Vignola		36	Lugo
	7	Sud-Est (PR)		44	Castelfranco Emilia		37	Faenza
Reggio E.	8	Montecchio E.	20	Casalecchio di	Forlì	38	Forlì	
	9	Reggio Emilia	21	Porretta Terme		Rimini	39	Cesena Valle
	10	Guastalla	22	San Lazzaro di S.	49		Rubicone	
	11	Correggio	25	Pianura Est	40		Rimini	
	12	Scandiano	26	Pianura Ovest	41		Riccione	
	13	Castelnuovo dè	27	Città di Bologna				

Nel 2010 sono attivi in Regione 15.205 posti letto convenzionati presso strutture accreditate pari a 3 posti letto ogni 100 residenti di età superiore o uguale a ≥ 75 anni (Tabella 1); il Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA) con la DGR n. 509/007 fissa uno standard di almeno n. 3 posti letto per 100 residenti di età ≥ 75 anni

da raggiungere nel triennio 2007-2009. La Figura 3 evidenzia come le Aziende USL di Bologna e Rimini, con 2,5 posti letto per 1.000 ultra-settantacinquenni, siano significativamente al disotto del valore di riferimento, mentre fra tutte le Aziende sopra lo standard, le Aziende USL di Forlì e Cesena superano di oltre mezzo punto percentuale lo standard fissato a livello regionale.

Figura 15 – Posti letto convenzionati per 100 residenti di età > 75 anni 1 gennaio 2010



Ai 15.205 posti letto presso strutture residenziali, si affiancano 2.304 posti letto in LPARE (Cod.60) di cui 1.455 presso ospedali pubblici e 849 presso Case di Cura private, per complessivi 0,53 posti letto ogni 1.000 residenti, e 1.340 posti letto di Recupero e Riabilitazione (Cod. 56) di cui 569 pubblici e 781 privati (0,31 posti per 1.000 residenti (Tabella 3). Si ricorda che lo standard di riferimento previsto dalla DGR n. 1455/1997 è compreso tra 0,7 ed 1 posto letto per 1.000 residenti, mentre il Patto per la Salute siglato nel mese di dicembre 2009 ha previsto “una riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie”.

Considerando lo standard individuato dal Patto per la Salute si osserva come tutte le Aziende siano al di sotto di tale valore (media regionale 0,53 posti letto) con punte minime per le province di Modena e Reggio Emilia che possono contare rispettivamente su 0,37 e 0,44 posti letto per 1.000 residenti. Unica eccezione è

rappresentata dall'Azienda USL di Forlì, già oltre lo standard per i posti letto nelle strutture residenziali, con una dotazione di 0,77 posti letto. Nella tabella sono riportati anche i dati relativi ai posti letto attribuiti ai reparti di Recupero e Riabilitazione Funzionale (Cod. 56) in quanto la stessa tipologia di trattamento post-acuzie può essere erogata indifferentemente nelle due unità operative; in rari casi si osservano trasferimenti interni tra reparti afferenti alle due discipline. I pazienti ricoverati in LPARE sono più anziani (età media a livello regionale: 79 aa.) rispetto a quelli ricoverati in Recupero e Riabilitazione (età media a livello regionale: 69 aa.) mentre la durata media e mediana di degenza sono paragonabili come valore di riferimento regionale.

Tabella 16- Posti letto (per 1.000 residenti) per Lungodegenza Post-Acuzie (Cod. 60) e Recupero e Riabilitazione Funzionale (Cod. 56) al 1 gennaio 2010^a

Azienda	Lungodegenza Post-Acuzie (Cod.60)			Recupero e riabilitazione funzionale (Cod. 56)		
	Publici	Privati	PL per 1.000 residenti	Publici	Privati	PL per 1.000 residenti
Piacenza	24	130	0,53	55	107	0,56
Parma	66	80	0,68	6	200	0,51
AOUSP Parma	152	-		18	-	
Reggio Emilia	119	65	0,44	29	-	0,12
AOSP Reggio E.	48	-		32	-	
Modena	208	24	0,37	70	129	0,29
AOUSP Modena	25	-		-	-	
Bologna	141	246		42	159	
AOUSP Bologna	86	-	0,55	73	-	0,35
IOR	-	-		21	-	
Imola	60	-	0,46	85	-	0,65
Ferrara	143	75	0,63	31	-	0,21
AOUSP Ferrara	7	-		45	-	
Ravenna	122	77	0,51	18	64	0,21
Forlì	118	26	0,77	20	20	0,21
Cesena	66	32	0,48	24	-	0,12
Rimini	70	94	0,53	-	102	0,33
Emilia-Romagna	1.455	849	0,53	569	781	0,31

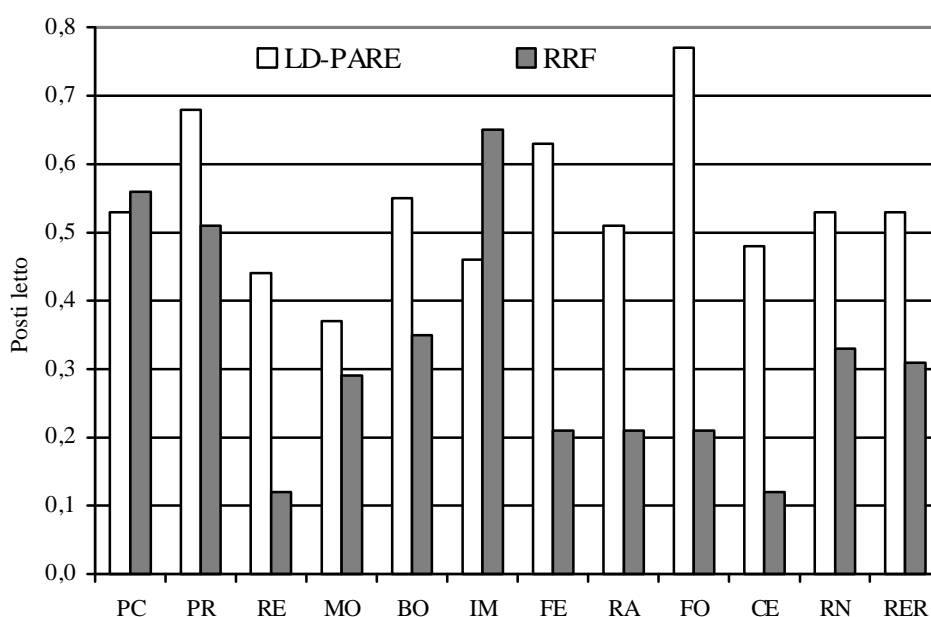
Fonte: Flussi informativi Ministero della Sanità.

Del. Giunta RER N. 1455 /1997 – Assistenza per LD PARE :(0,7- 1 posti letto per mille)

Note

a. Non sono compresi i posti letto di Lungodegenza (15) presso l'Ospedale di Novafeltria

Figura 16 - PL per 1.000 residenti – 1 gennaio 2010



9. Allegato 2 – Posti letto LD-PARE al 1 gennaio 2010

Azienda USL di Piacenza

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Ospedaliero Val Tidone	Ospedale Castel San Giovanni	4
Ospedale Bobbio		10
Ospedale Piacenza		5
Presidio Ospedaliero Val d'Arda	Ospedale Fiorenzuola d'Arda	5
Casa di Cura Piacenza		45
Casa di Cura S. Antonino		70
Casa di Cura S. Giacomo		15
Totale		154

Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Ospedaliero Fidenza-San secondo	Ospedale San Secondo Parmense	40
Ospedale Borgo Val Di Taro	Ospedale Borgo Val Di Taro	26
Casa Di Cura Citta' Di Parma		15
Hospital Piccole Figlie		15
Casa Di Cura Villa Igea		10
Hospital Val Parma		10
Fondazione Don Carlo Gnocchi		30
Totale		146
AOU Parma		152

Azienda USL e Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Osp. Provinciale Di Reggio Emilia	Ospedale Guastalla	30
	Ospedale Correggio	20
	Ospedale Montecchio Emilia	19
	Ospedale Scandiano	24
	Ospedale Castelnovo Ne' Monti	26
Casa Di Cura Villa Verde		66
Totale		185
AO Reggio Emilia		48

Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Osp. Provinciale Nuovo S.Agostino	Ospedale Castelfranco Emilia	11
	Ospedale Carpi	20
	Ospedale Mirandola	30
	Ospedale Finale Emilia	32
	Ospedale Vignola	24
	Ospedale Pavullo Nel Frignano	15
	Nuovo Osp. S.Agostino - Estense	55
Nuovo Ospedale Sassuolo		21
Casa di cura prof. Fogliani		15
Casa Di Cura Villa Igea		4
Casa Di Cura Villa Pineta		5
Totale		232
AOUP Modena		25

Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Ospedaliero Unico	Ospedale Maggiore	30
	Ospedale Bellaria	30
	Ospedale Bazzano	6
	Ospedale Porretta Terme	10
	Ospedale Vergato	8
	Ospedale Loiano	21
	Ospedale Bentivoglio	20
	Ospedale Budrio	16
Casa Di Cura Villa Chiara		46
Casa di cura prof. Nobili		8
Casa Di Cura Villa Erbosa		60
Casa Di Cura Nigrisoli		31
Casa Di Cura Villa Laura		32
Casa Di Cura Villa Regina		7
Ospedale Privato Santa Viola		62
TOTALE		387
AOU Bologna		86

Azienda USL di Imola

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Osp. Imola - Castel S. Pietro T.	Ospedale Imola	26
	Ospedale Castel S. Pietro Terme	34
Totale		60

Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Ospedaliero Unico	Ospedale Comacchio	20
	Ospedale Del Delta	33
	Ospedale Argenta	26
	Ospedale Bondeno	34
	Ospedale Copparo	30
Casa Di Cura Quisisana		45
Casa Di Cura Salus		30
TOTALE		218
AOU Ferrara		7

Azienda USL di Ravenna

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Ospedale Ravenna		44
Ospedale Lugo		46
Ospedale Faenza		32
Casa Di Cura Domus Nova		41
Casa Di Cura San Francesco		20
Casa di Cura s. Pier Damiano		16
TOTALE		199

Azienda USL di Forlì

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Ospedaliero Forlì	Ospedale Forlì	75
	Ospedale Forlimpopoli	31
	Ospedale Santa Sofia	12
Casa Di Cura Villa Igea		6
Casa Di Cura Villa Serena		20
TOTALE		144

Azienda USL di Cesena

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Ospedaliero Cesena	Ospedale Cesena	36
	Ospedale Cesenatico	6
	Ospedale Bagno Di Romagna	24
Casa Di Cura Malatesta Novello		19
Casa di Cura S. Lorenzino		13
TOTALE		98

Azienda USL di Rimini

Presidio	Stabilimento	Posti letto
Presidio Ospedaliero Rimini-Santarcangelo	Ospedale Rimini	30
	Osp. Santarcangelo Di Romagna	30
Presidio Ospedaliero Riccione-Cattolica	Ospedale Cattolica	10
	Casa Di Cura Villa Maria	21
Casa Di Cura Luce Sul Mare		4
Casa Di Cura Villa Salus-Rn		55
Casa di cura prof. E. Montanari		14
TOTALE		164

10. Allegato - AUDIT delle U.O. LPARE delle Aziende Sanitarie della RER*(Alcuni quesiti-traccia per la realizzazione dell'Audit Aziendale)***1. Valutazione del percorso di accesso del paziente in LPARE:**

<i>Quesiti</i>
I criteri espressi nella vostra procedura /documento sono rispettati
I criteri espressi nella vostra procedura /documento necessitano di una revisione?

2. Valutazione del percorso di dimissione/trasferimento del paziente dalla LPARE:

<i>Quesiti</i>
I criteri espressi nella vostra procedura/documento sono rispettati?
I criteri espressi nella vostra procedura /documento necessitano di una revisione?
La Dimissione /trasferimento in struttura residenziale per anziani incontra difficoltà operative?
La Dimissione a domicilio incontra difficoltà operative?

3. I posti letto a livello Aziendale rispondono alle necessità locali

<i>Quesiti</i>
La distribuzione dei posti letto, a livello territoriale, risponde ai bisogni dell'utenza?
La gestione dei posti letto per acuti è influenzata dai pazienti eleggibili per LPARE?

4. I dati di attività delle U.O. LPARE sono in linea con i valori medi o mediani della RER (vedi rapporto LPARE 2010)

<i>Quesiti</i>
La degenza mediana
Il trend dei re-ricoveri
Sono state studiate le potenziali cause dei re-ricoveri

5. Outcome sulla mortalità

<i>Quesiti</i>
E' monitorato il trend sulla mortalità ? Tale trend presenta un'area di miglioramento?

6. La qualità del flusso SDO

<i>Quesiti</i>
E' monitorato la qualità del flusso sdoil trend della mortalità
E' disponibile , per gli operatori sanitari, un glossario univoco per la compilazione del flusso SDO

7. I DRG prevalenti e i percorsi clinico assistenziali

<i>Quesiti</i>
Quali percorsi clinico assistenziali sono presenti in Azienda? C'è adesione al/ai percorsi definiti?

8. I modelli organizzativo assistenziali

<i>Quesiti</i>
Il/I modello/i organizzativo assistenziale presenta aree di miglioramento in termini di

efficienza, efficacia e qualità dell'assistenza