

Osservazioni in merito alla

“Presentazione delle valutazioni conseguenti alla convenzione stipulata tra la Regione Friuli Venezia Giulia e l’Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS), per il potenziamento e rafforzamento del Sistema sanitario regionale”

avvenuta il 6 marzo 2024 in 3° Commissione del Consiglio Regionale

Le valutazioni presentate da AGENAS rivestono massimo rilievo in quanto assumono un ruolo determinante “al fine di potenziare e rafforzare il Servizio Sanitario Regionale, in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure” (DGR 1316/2023).

Tali valutazioni risultano quindi alla base del futuro riordino del Servizio sanitario regionale e la presentazione di AGENAS in 3° Commissione è definita dai vertici della sanità regionale “la fotografia del sistema eseguita da un soggetto terzo la cui affidabilità è incontestabile.”

Da ciò deriva l’esigenza di un esame approfondito dei dati, delle indicazioni e dei suggerimenti presentati da AGENAS in 3° Commissione.

Si rileva innanzitutto che nella presentazione di AGENAS sono state riscontrate diverse incongruenze ed errori (riportati più avanti). Sarebbe quindi auspicabile una revisione completa da parte degli estensori, in modo da correggere anche altre eventuali inesattezze.

Alcune osservazioni e riflessioni, non esaustive, andranno integrate una volta acquisiti dati esatti e completi e dopo l’approfondimento delle diverse tematiche.

In generale, la valutazione di AGENAS consiste in gran parte nel confronto fra i dati del FVG e gli standard del monitoraggio nazionale dei servizi sanitari regionali, o degli standard fissati dalla normativa nazionale.

È impensabile che questi dati non fossero già noti, e monitorati dalla Regione; quindi, l’impressione è che la presentazione di AGENAS al Consiglio regionale sia stata un incontro introduttivo, a cui far seguire ulteriori incontri di approfondimento su dati più dettagliati, dei quali il Direttore di AGENAS ha dichiarato di essere in possesso.

Rete ospedaliera e riforma della medicina territoriale

Sugli standard della normativa nazionale sembrano necessarie alcune riflessioni. AGENAS per la valutazione prende a riferimento l’aderenza agli standard stabiliti dal DM 70 del 2015¹ e il DM 77 del 2022², considerandoli i pilastri in base ai quali si dovrà riorganizzare il Servizio sanitario regionale.

Il DM 70/2015 ha ridotto in modo importante la rete ospedaliera, portando il numero di posti letto per acuti a 3 per mille abitanti, sotto la media europea di 5; i valori di Francia e Germania sono rispettivamente di 5,7 e 7,8³. La pandemia ha evidenziato come i posti letto ospedalieri in Italia fossero largamente insufficienti per le necessità di ricovero, ma già prima del 2020 gli ospedali andavano frequentemente in crisi per la carenza di letti.

AGENAS ritiene invece che in FVG i posti letto per acuti siano in eccesso, e segnala che in alcuni reparti il tasso di occupazione risulta del 70%, troppo basso rispetto alle previsioni del DM 70. Però, per contro, si rileva che nei Pronto Soccorso è diffuso il fenomeno del “boarding”, per cui i pazienti vi sostano anche per giorni in attesa che si liberi un posto letto, per lo più nei reparti di Medicina Interna. I motivi di questa situazione dovrebbero essere conosciuti e compresi per una ridefinizione del numero di posti letto. Sarebbe interessante sapere se, e se sì in quali reparti, si arriva a tassi di occupazione prossimi, o addirittura superiori al 100%, visto anche il rischio che questo comporta per i degenti.

Sul versante territoriale, il DM 77/2022, riprendendo le previsioni del PNRR⁴, crea una moltiplicazione di sportelli e strutture (Case della Comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di Comunità), che però dovranno operare senza sostanziali incrementi del personale attualmente in dotazione. Per esempio, per ogni Casa della Comunità hub nel PNRR è prevista la nuova assunzione di soli due infermieri, e il DM 77/2022 dispone esplicitamente che si dovrà lavorare con il personale disponibile “a legislazione vigente”.

Non sembra possibile che le Case della Comunità riescano ad assicurare la presenza di medici specialisti e delle altre figure professionali previste per più di pochissime ore la settimana, se va bene; e verosimilmente non ci sarà alcun miglioramento dei tempi di attesa. Anzi, ci si potrebbe aspettare un peggioramento, perché i professionisti impiegherebbero parte del loro orario di lavoro negli spostamenti.

Con queste premesse, resta ancora più dubbio che le Case della Comunità possano incidere significativamente sulla riduzione degli accessi in Pronto Soccorso.

Il Ministero della Salute ha avviato un tavolo tecnico, del quale fa parte lo stesso Direttore di AGENAS dott. Mantoan, con l’obiettivo di studiare le criticità emergenti dall’attuazione del DM 70/2015 e del DM 77/2022, viste le criticità della rete ospedaliera evidenziate dalla pandemia e l’importanza dell’integrazione ospedale-territorio⁵. Si auspica che questo porti a riconoscere la necessità di incrementare i letti ospedalieri, di adeguare la dotazione di personale e di riorganizzare diversamente la medicina del territorio, per esempio limitando le Case della Comunità alle sedi dove realmente servono, quelle periferiche o comunque disagiate e valorizzando il ruolo dei Distretti e dei Comuni. Risulta intuitivo che l’afflusso da parte della popolazione verso una Casa delle Comunità in aree disperse o in zona urbana/suburbana sarà estremamente diverso, ed è necessario che a questa diversità e tipicità la programmazione si ispiri.

Sull’ aspetto dell’integrazione tra Distretti (ovvero parte sanitaria) e Comuni/Ambiti (parte socioassistenziale) non si vedono precise intenzioni di potenziare dapprima l’integrazione istituzionale e, a caduta, quella gestionale e professionale. Questa debolezza dell’impianto programmatico si riverbera in modo decisamente negativo per le attività ad alta integrazione che

costituiscono uno dei punti deboli del sistema regionale (ad es. nella salute mentale, nell'assistenza alle persone disabili o anziane non autosufficienti).

Merita soffermarsi sul fondamentale aspetto dell'assistenza domiciliare: risulta che in FVG si sia quasi raggiunto l'obiettivo della presa in carico ADI del 10 % degli ultrasessantacinquenni. Ma cosa significa "presa in carico"? Negli obiettivi del PNRR (Missione 6) è previsto esplicitamente che il 60% delle persone prese in carico rientrino nel livello cosiddetto "base", per il quale è prevista in media una visita al mese. Il rapporto Ambrosetti del 2022 riporta alcuni dati (da fonti istituzionali: AGENAS, annuario statistico del Ssn, ISTAT e Ragioneria Generale dello Stato) dai quali risulta che nel 2019 in FVG gli anziani in ADI ricevevano in media 14 ore di assistenza all'anno⁶. Sembra poco probabile che così si possa far fronte alle necessità della gran parte delle persone fragili e affette da multiple patologie, e nemmeno che si possa evitare il ricorso al Pronto Soccorso o al ricovero ospedaliero.



Ancora, nel recente Decreto attuativo⁷ della Legge 33/2023⁸ relativa alla riforma per l'assistenza agli anziani non autosufficienti si rileva persistente questa visione di un'ADI prestazionale, del tutto inadeguata per risolvere i problemi di questo target di persone. E nemmeno nelle ipotesi si coglie come si risolverà il problema dell'assistenza domiciliare prestata necessariamente dall'apporto delle figure mediche generaliste e specialiste con l'infermiere, riabilitative e, ancor più, dalla congiunzione tra assistenza sanitaria e sociale. Letteratura scientifica ed esperienza dimostrano che senza un forte sistema di cure domiciliari sono penalizzati i tempi di dimissione dall'ospedale (che costituiscono oggi il primo nodo del sovrappollamento delle corsie, oltre che dei disagi dei malati) nonché aumentano gli accessi impropri evitabili appunto da una reale presa in carico dei pazienti con cronicità e bisognosi di long term care^{9 10 11}. È singolare che in una Regione con un alto tasso di popolazione molto anziana (over 80-85 anni) la programmazione regionale non si ponga l'obiettivo di realizzare un sistema di long term care all'altezza dei bisogni e delle attese.

Per quanto riguarda i MMG, per far fronte alla carenza si è parlato di elevare il limite di 1500 assistiti/medico, che in alcune situazioni è già stato superato, ma questo appare non risolutivo.

Facendo infatti un semplice calcolo, con 1500 assistiti ogni medico potrebbe dedicare a ognuno in media circa un'ora all'anno (considerando un impegno orario settimanale pari a quello di un medico dipendente, 38 ore/settimana). E dovrebbe distribuire il suo tempo fra ambulatorio (se lo mantiene), Case della Comunità, visite domiciliari e forse Ospedali di Comunità.

Sembra evidente che con queste premesse non possiamo aspettarci un efficace potenziamento né della medicina territoriale né dell'assistenza ospedaliera. Possiamo sperare nei risultati del tavolo tecnico che sta operando sul piano nazionale, ma la Regione dovrebbe avviare una riflessione su queste considerazioni e per quanto possibile programmare di conseguenza, altrimenti si rischia un consistente spreco di risorse con nessun risultato o addirittura con un risultato peggiorativo.

Rispetto dei LEA e indicatori del Programma Nazionale Esiti

Innanzitutto, si rileva che i dati relativi a erogazione dei LEA, costi pro capite e indicatori PNE sono aggregati per tutto il Friuli Venezia Giulia. Per comprendere le criticità sarà necessario avere dati disaggregati, per azienda e/o per disciplina/reparto.

Lo stesso, verosimilmente, per il personale, dato che parrebbe che il FVG sia fra le regioni che dovrebbero risentire meno delle carenze che interessano tutta l'Italia, e sarebbe necessario conoscere possibili situazioni di squilibrio.

Tempi di attesa

Un'importante criticità sta nei tempi di attesa. La presentazione di AGENAS su questi mette in evidenza il dato della chirurgia oncologica, che rappresenta una criticità (solo il 57% dei casi trattati entro i tempi stabiliti nel PNGLA) ma, tranne che per la frattura di collo di femore nell'anziano, non prende in considerazione i tempi di attesa per gli interventi chirurgici programmati non oncologici né quelli della specialistica ambulatoriale.

Le segnalazioni dei cittadini su tempi inaccettabili, di mesi e spesso anche di anni, sono ormai all'ordine del giorno.

Nella presentazione si pone l'accento sulla necessità di migliorare l'efficienza delle sale operatorie; sarebbe necessario comprendere bene le ragioni dell'evidente scarsa efficienza, che possono riguardare diversi aspetti, anche organizzativi, e non dipendere solo dalla dispersione della casistica. Verosimilmente, un recupero di efficienza farebbe incrementare l'attività operatoria e ridurre i tempi di attesa; probabilmente avrebbe un effetto anche sulla necessità di ricorrere al privato accreditato.

Il privato in genere non è strutturato per trattare l'urgenza, perché non sarebbe redditizio: bisognerebbe valutare se il mancato potenziamento del servizio pubblico rischierebbe di compromettere, almeno per alcune specialità, la possibilità di assicurare l'urgenza.

Sistema di Emergenza-Urgenza

Per quanto riguarda l'emergenza territoriale, è stato affermato che il sistema in FVG è efficiente. Sembrerebbe che questa valutazione sia stata fatta prendendo in considerazione esclusivamente il fatto che l'intervallo allarme-target risulta in media di 16 minuti, quindi nello standard fissato nei LEA. Ma gli standard normativi vigenti¹² prevedono tempi massimi allarme-target di 8 minuti per le aree urbane e di 20 minuti per le aree extraurbane.

Comunque, per descrivere l'efficienza, e soprattutto l'efficacia del sistema sarebbe necessario esaminare dati più approfonditi.

Sull'accessibilità alla rete dei Pronto Soccorso entro 60 minuti si nota che vaste aree della regione, in particolare la montagna, sono caratterizzate da una bassa accessibilità. Su questo sarebbe necessario un chiarimento.

Gli accessi in Pronto Soccorso sono stati considerati inappropriati quando codificati come bianco o verde. Il codice identifica la priorità di accesso, non la gravità del caso; quindi, non pare adeguato considerare a priori inappropriati gli accessi con queste codifiche. Un esempio: la piccola traumatologia, che è noto costituisce una consistente quota di accessi in PS, necessita come minimo di una risposta certa data da Rx-ortopedico-sala gessi.

Si ricorda anche che nelle schede del PNRR il criterio impiegato per stimare gli accessi inappropriati, per quanto discutibile, è ben diverso: almeno sono stati considerati i codici bianchi e verdi che non si erano conclusi con il ricovero (pag. 672 del .pdf, v. nota 4).

È importante anche ricordare che la Regione FVG per le prestazioni specialistiche aveva abolito il codice U (Urgente, da effettuarsi quanto prima e non oltre le 72 ore), e tuttora i pazienti con questo codice sono indirizzati per lo più al Pronto Soccorso. È molto probabile che questi casi ricevano una codifica in bianco o in verde, quindi il giudizio di inappropriatezza sembra quantomeno contraddittorio.

In conclusione, i dati presentati non sembrano descrivere un Servizio sanitario regionale inequivocabilmente ancora virtuoso.

La spesa sanitaria pro-capite è fra le più alte in Italia. Non ci sono i dati precisi per livello di assistenza (prevenzione, ospedaliera e distrettuale) ma appare stridente il fatto che quelli per l'assistenza ospedaliera e distrettuale sono superiori alla media nazionale, pur a fronte di punteggi LEA inferiori ad altre regioni, p.es. al vicino Veneto (che quindi spende meno con risultati migliori).

Globalmente, sussiste una palese incongruenza tra spesa regionale molto elevata e risultati/esiti non proporzionali.

Poco o nulla è detto dei tempi di attesa, per i quali l'unico dato rappresentato (chirurgia oncologica) indica un'importante criticità, l'emergenza territoriale è valutata attraverso un solo parametro (media in minuti allarme-target) per tutti gli interventi, i dati sui posti letto e sugli accessi in PS sono contraddittori fra AGENAS e relazioni aziendali, e richiedono una verifica.

Le raccomandazioni di AGENAS sembrano a volte scontate (bisogna rendere efficiente ciò che non lo è), a volte ripetizioni di disposizioni nazionali già in corso di revisione perché ritenute non adeguate soprattutto a seguito della pandemia, a volte segnalazioni di criticità che sono solo il punto di partenza per cominciare a indagare sulle cause e cercare soluzioni. Il Direttore di AGENAS ha però affermato di aver approfondito molti aspetti, possiamo auspicare che anche questa presentazione al Consiglio regionale costituisca un punto di partenza.

Incongruenze ed errori

Slide 16 - Per Cattinara e Maggiore a Trieste dalla slide risultano 725 posti letto totali nel 2022. Le relazioni sulla performance 2021¹³ e 2022¹⁴ di ASUGI riportano 631 posti letto totali al 31.12.2021 (pagg. 5-7) e 635 al 31.12.2022 (pagg. 11-12).

Posti letto e attività di ricovero

STABILIMENTI PUBBLICI	PL 2022			RICOVERI 2022			PL 2023		
	PL TOTALI ACUTI	PL TOTALI POST ACUTI	PL TOTALI	ACUTI	POST ACUTI	TOTALI	PL TOTALI ACUTI	PL TOTALI POST ACUTI	PL TOTALI
BURLO GAROFALO	136	0	136	9.211	0	9.211	128		128
CATTINARA E MAGGIORE TRIESTE	715	10	725	20.277	125	20.402	620	26	646
CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO AVIANO	130	0	130	4.660		4.660	130		130
GORIZIA	183	4	187	5.406		5.406	176		176
LATISANA	122	5	127	4.916	110	5.026	120	5	125
MONFALCONE	155	24	179	6.870	292	7.162	179	24	203
P.O. PORDENONE	471	14	485	18.361	17	18.378	499	14	513
P.O. SAN DANIELE	175	0	175	5.985		5.985	142		142
P.O. UDINE	1.086	25	1.111	36.507	8	36.515	993	25	1.018
PALMANOVA	147	6	153	4.128	160	4.288	108	16	124
SAN VITO AL TAGLIAMENTO	137	6	143	5.219	153	5.372	137	6	143
SPIILIMBERGO	64	4	68	2.225	0	2.225	64	4	68
TOLMEZZO	191	0	191	5.901	0	5.901	191		191
ISTITUTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - UDINE	4	70	74	3	359	362	4	92	96
TOTALE PUBBLICO	3.716	168	3.884	129.669	1.224	130.893	3.491	212	3.703

A Monfalcone i posti letto 2022 indicati dalla slide risultano 179, nel documento ASUGI 201 al 31.12.2021 e 203 al 31.12.2022.

Slide 33 - Gli accessi al Presidio Cattinara e Maggiore risultano 61.396, mentre la Relazione sulla Performance 2022 di ASUGI ne riporta 69.130 (pag. 14).

Rete emergenza urgenza - STANDARD DM 70/2015

Azienda	Strutture	Accessi PS 2022	Standard DM 70/2015
	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	25.297	20.000
ASFO	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI S. VITO AL TAGLIAMENTO	21.865	20.000
	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI SPILIMBERGO	10.541	20.000
	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI ANGELI DI PORD	60.006	45.000
ASUGI	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	22.462	20.000
	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE MONFALCONE	30.330	20.000
	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TRIESTE	61.396	70.000
ASUFC	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	25.546	20.000
	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	22.199	20.000
	PRESIDIO OSPEDALIERO 'S.M.M' DI UDINE	66.733	70.000
	SEDE DI SAN DANIELE	26.157	20.000
	SEDE DI TOLMEZZO	22.323	20.000
TOTALE			394.855

ASUGI "Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano – Isontina"	RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022	Pagina 14 di 33
	DOCUMENTO AZIENDALE	Rev. 00 Ed. 01 del 2023

- Pronto Soccorso

Tab. 1 Numero di accessi in Pronto Soccorso per Presidio e Area ASUGI ultimo quadriennio

Accessi al PS	PS MAGGIORE	PS CATTINARA	PS GORIZIA	PS GRADO	PS MONFALCONE	PS ASUGI	AREA GIULIANA	AREA ISONTINA
2019	24.465	51.325	23.383	4.599	38.454	142.226	75.790	66.436
2020	13.356	40.254	16.013	3.393	28.440	101.456	53.610	47.846
2021	14.352	46.261	17.454	3.786	31.543	113.396	60.613	52.783
2022	16.996	52.134	21.073	2.622	37.824	130.649	69.130	61.519

Slide 34 - Non si comprende il criterio utilizzato per individuare gli accessi definiti nella tabella “bianchi + verdi”. Dalla Relazione sulla Performance 2022 di ASUGI risulta che per Cattinara e Maggiore i casi codificati in Pronto Soccorso come bianco o verde sono stati poco più del 40%, mentre per AGENAS risulterebbero oltre il 70%. Il motivo della discrepanza è probabilmente nel fatto che dal 1° aprile 2022 le codifiche di priorità sono cambiate, da bianco-verde-giallo-rosso a bianco-verde-azzurro-arancione-rosso. Nella colonna “% bianchi più verdi” è stata evidentemente considerata anche una casistica con codifiche superiori, probabilmente una parte degli accessi in codice azzurro, però il criterio impiegato dovrebbe essere esplicito.

ISTITUTO	Tipo	Totale Accessi	Accessi esclusi gli N/AV	%bianchi-verdi	%gialli	%rossi
PRESIDIO OSPEDALIERO "S.M.M" DI UDINE	DEA II	66.733	62.007	68,77%	28,62%	2,28%
PRESIDIO OSPEDALIRO CATTINARA E MAGGIORE DI TS	DEA II	61.396	56.699	70,96%	26,76%	1,87%
PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI ANGELI (PORDENONE)	DEA I	60.006	57.638	73,28%	25,42%	1,09%
PRESIDIO OSPEDALIERO "GORIZIA E MONFALCONE" SEDE MONFALCONE	PS base	30.330	27.487	74,58%	24,04%	1,01%
SEDE DI SAN DANIELE	PS base	26.157	25.313	82,82%	16,39%	0,58%
PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	PS base	25.546	24.207	71,94%	27,29%	0,67%
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	PS base	25.297	25.003	94,22%	5,62%	0,16%
PRESIDIO OSPEDALIERO "GORIZIA E MONFALCONE" SEDE GORIZIA	PS base	22.462	21.494	82,71%	15,73%	1,07%
SEDE DI TOLMEZZO	PS base	22.323	21.773	77,62%	20,76%	1,17%
PRESIDIO OSPEDALIERO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	PS base	22.199	20.853	73,34%	25,25%	0,94%
PRESIDIO OSPEDALIERO SAN VITO AL TAGLIAMENTO SEDE DI SAN VITO AL TAGLIAMENTO	PS base	21.865	20.132	58,15%	40,56%	1,13%
PRESIDIO OSPEDALIERO SAN VITO AL TAGLIAMENTO SEDE DI SPILIMBERGO	PS base	10.541	9.904	72,59%	25,97%	0,86%
Totale		394.855	372.510	74,20%	24,23%	1,27%

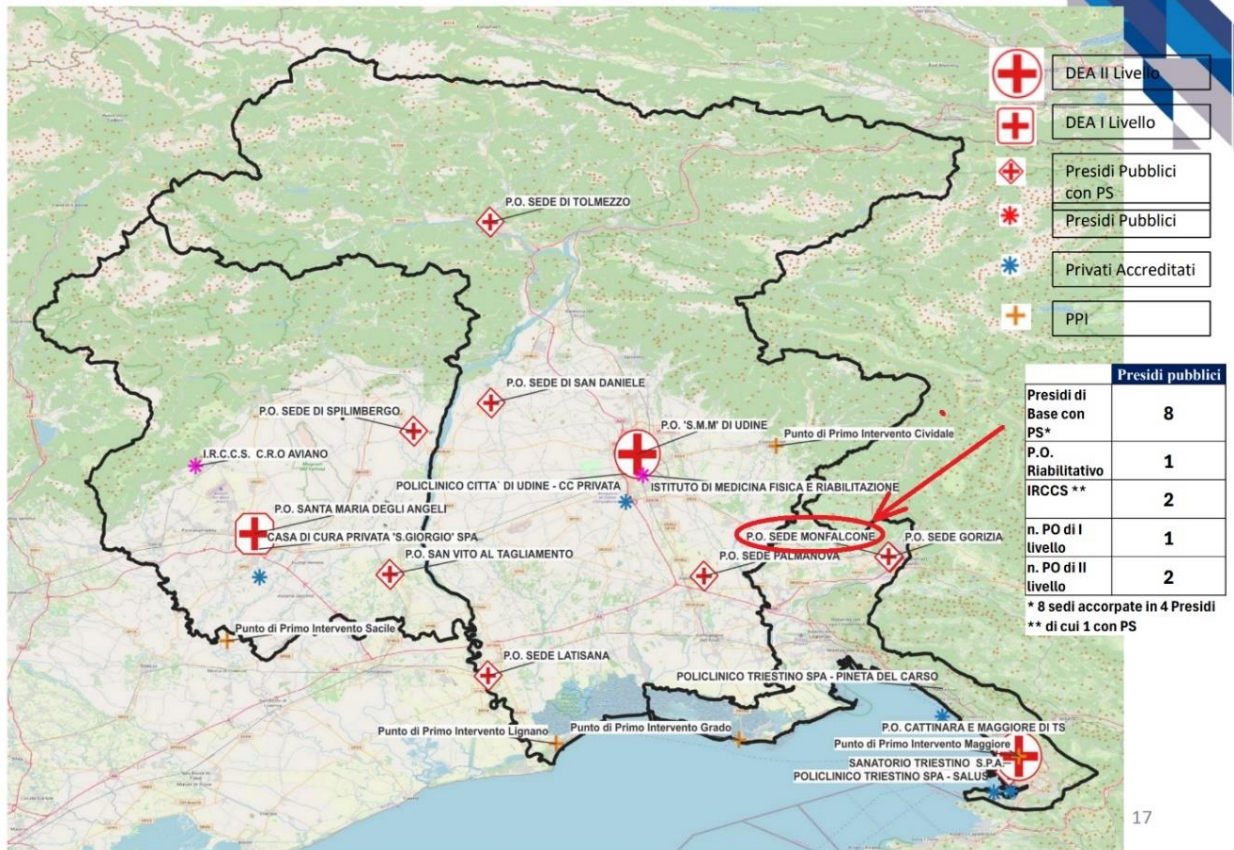
Tab. 2 Numero di accessi in Pronto Soccorso per priorità in ingresso - Anno 2022

ACCESSI PS 2022 PER PRESIDIO	Totale Bianco + Verde = 29 776 accessi, 43,07% degli accessi totali (69 130)									
	01/01/2022 - 31/03/2022				01/04/2022 - 31/12/2022					
	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Bianco	Verde	Azzurro	Arancione	Rosso	Nero
PS CATTINARA	1989	6045	3203	304	4818	5206	17703	11743	1121	2
PS GORIZIA	1192	2395	838	54	3049	3087	6974	3278	205	1
PS GRADO	448	128	7		1130	592	242	69	6	
PS MAGGIORE	2035	1479	141	4	5397	2807	4518	601	14	
PS MONFALCONE	2046	4521	1353	59	4618	8823	11558	4619	224	3

Come si evince dalla tabella soprastante, nel corso dell'anno sono cambiate le linee di indirizzo sul Triage intraospedaliero e quindi si sono evidenziati i dati di accesso con il cambiamento in corso d'anno

Slide 17 - Nella mappa mancano Burlo e PPI di Gemona e Maniago; il Presidio ospedaliero di Monfalcone è collocato a Gorizia.

Rete ospedaliera attuale



17

Slide 36 - Dalla legenda si direbbe che nella mappa i simboli con il cerchio rosso con all'interno una croce individuino le sedi di Pronto Soccorso. Se ne contano 20 mentre, come risulta anche dalle slide precedenti, dovrebbero essere 12.

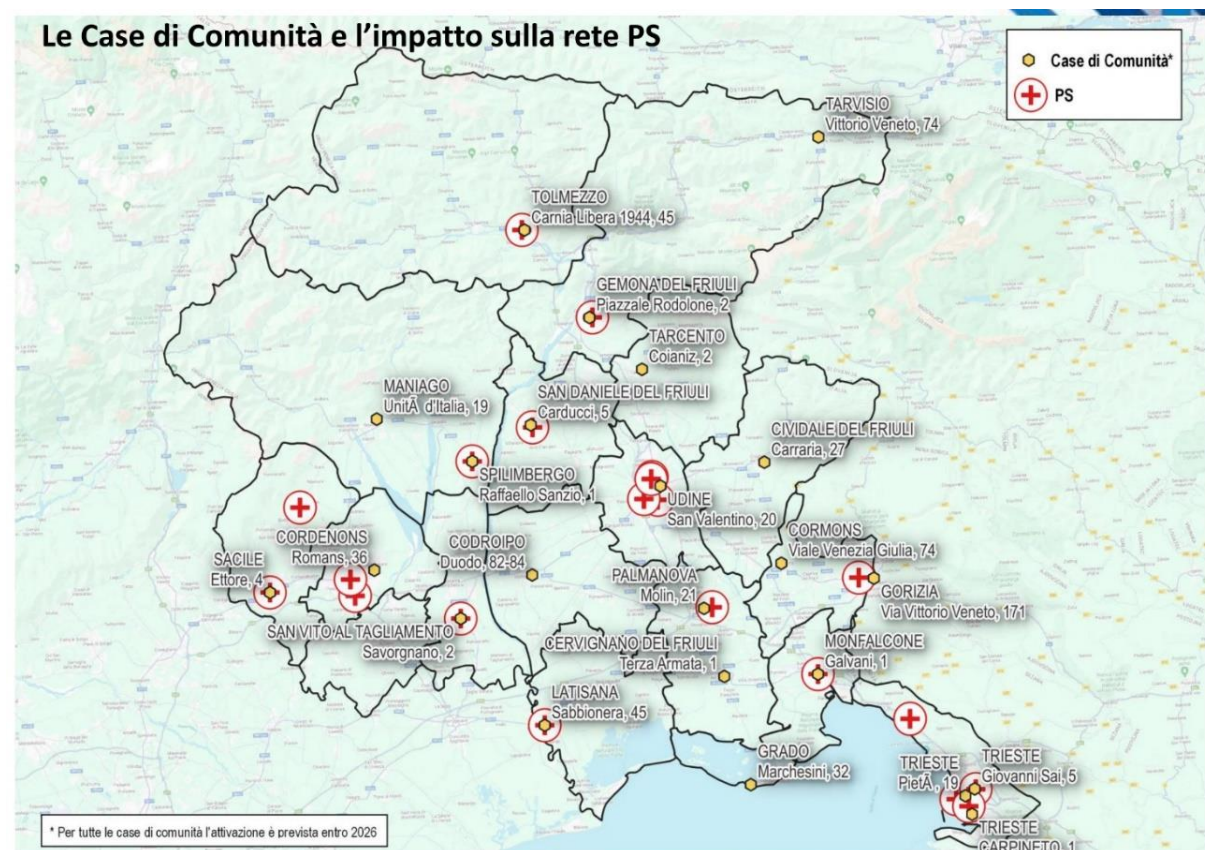
ASUGI: Cattinara e Maggiore, Gorizia, Monfalcone

IRCCS Burlo Garofolo

ASUFC: SMM, Latisana, Palmanova, San Daniele, Tolmezzo

ASFO: SMA, San Vito, Spilimbergo

Non sembra che la discrepanza si possa spiegare con il fatto che nella mappa siano stati forse inseriti i PPI, perché i simboli non corrispondono alle sedi di questi.



Slide 6 - Lo stesso indicatore è descritto due volte, riportando valori diversi.

Indicatori PNE

INDICATORE	Dato FVG	Dato atteso	Dato di regioni benchmark*
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	13,27	Italia: 11,68	Valle d'Aosta 5,1 - P.A.Trento 5,41 - P.A. Bolzano 8,35 - Veneto 9,53 - Liguria 11,4
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	76,02	>70% (DM70/2015)	Italia 82,81 - Veneto 90,02 - P.A. Trento 84,18 - P.A. Bolzano 79,48 - Liguria 83,95
Frattura del collo del femore in pazienti >65anni: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso in struttura	53,57	>60% (DM70/2015)	Italia 65,55 - Marche 81,15 - PA Trento 79,88 - PA Bolzano 78,51 - Veneto 77,85 - Liguria 43,51
Frattura del collo del femore in pazienti >65anni: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso in struttura	38,36	>60% (DM70/2015)	Italia 50,16 - P.A. Trento 69,82 - P.A. Bolzano 69,06 - Veneto 62,94 - Liguria 28,97
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	17,75	Italia: 17,99	Lombardia 13,34 - P.A. Trento 21,87 - P.A. Bolzano 25,82 - Veneto 17,39 - Liguria 18,3
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	16,67	Italia: 17,91	Basilicata 12,14 - P.A.Trento 21,87 - P.A. Bolzano 16,54 - Veneto 16,98 - Liguria 17,43

Slide 6 e 7 - Gli indicatori che non rientrano negli standard non sembrano essere solo quelli elencati, ve ne sono altri due, per i quali lo scostamento non pare irrilevante.

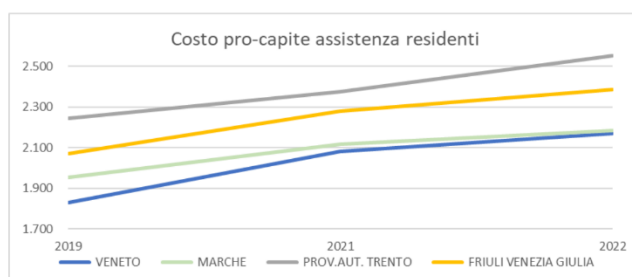
Regione: l'efficacia dell'assistenza ospedaliera dai dati PNE è negli standard tranne che per l'attesa preoperatoria per frattura del femore, la concentrazione degli interventi per tumore della mammella e la PTCA per infarto entro 90 minuti.

BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	13,27	Italia: 11,68	Valle d'Aosta 5,1 - P.A.Trento 5,41 - P.A. Bolzano 8,35 - Veneto 9,53 - Liguria 11,4
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	9,15	Italia: 5,6	P.A. Trento 0,31 - P.A. Bolzano 15,29 - Veneto 7,45 - Liguria 8,25

Slide 5 – Si confonde il costo pro capite dell’assistenza ai residenti con quello dell’Assistenza residenziale, che invece riguarda l’assistenza a persone non autosufficienti.

Costo per residenti: andamento 2019-2022

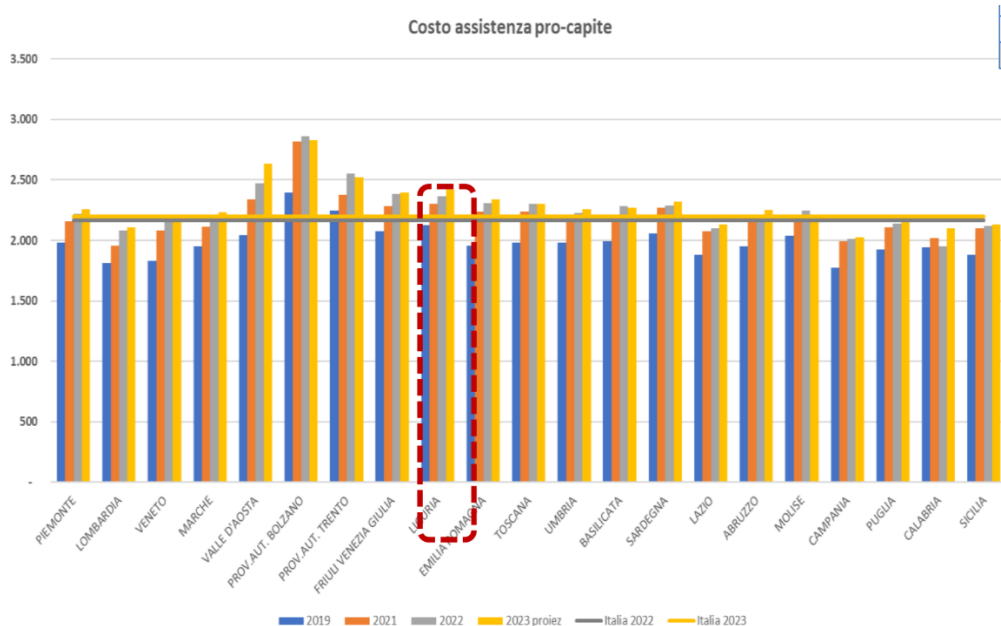
Regione	Costo pro-capite assistenza			Andamento COSTO	
	2019	2021	2022	21 vs 19	22 vs 21
VENETO	1.831	2.082	2.169	13,7%	4,2%
MARCHE	1.953	2.115	2.183	8,3%	3,2%
PROV.AUT. TRENTO	2.245	2.375	2.554	5,8%	7,5%
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.072	2.280	2.386	10,0%	4,6%
ITALIA	1.910	2.109	2.169	10,0%	2,8%



COSTO PRO-CAPITE: superiore rispetto al valore nazionale e alle Regioni benchmark.
 Il costo pro-capite per **Assistenza Residenziale** tra i più alti a livello nazionale.
COSTO PER LIVELLO DI ASSISTENZA: inferiore alla media per la Prevenzione, superiore per Ospedaliera e Distrettuale rispetto al valore nazionale.

5

Slide 4 - Nel grafico non è evidenziato il FVG, ma la Liguria.



-
- ¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>
 - ² <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
 - ³ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/518727bb-en/index.html?itemId=/content/component/518727bb-en>
 - ⁴ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4720984.pdf> (da pagina 623 del .pdf)
 - ⁵ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1687342257.pdf>
 - ⁶ https://acadmin.ambrosetti.eu/dompdf/crea_wmark.php?doc=L2F0dGFjaG1lbnRzL3BkZi9yYXBwb3J0by1tZXJpZGlhbm8tc2FuaXRhLTE3LTIwMjltMjAyMjExMTAxNi5wZGY%3D&id=16841&muid=corporate (pag. 315)
 - ⁷ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/03/18/24G00050/SG>
 - ⁸ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/sg>
 - ⁹ <https://www.ajmc.com/view/improved-cost-and-utilization-among-medicare-beneficiaries-dispositioned-from-the-ed-to-receive-home-health-care-compared-with-inpatient-hospitalization>
 - ¹⁰ [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(22\)00504-7/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(22)00504-7/abstract)
 - ¹¹ <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000165/epdf/full>
 - ¹² https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-05-30&atto.codiceRedazionale=092A2542&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario
 - ¹³ https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/amm_trasp_asugi/allegati/006_performance/relazione_performance/dcr_893_2021_relaz_performance.pdf
 - ¹⁴ https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/amm_trasp_asugi/allegati/006_performance/relazione_performance/dcr_563_2023_relaz_performance.pdf