

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle, holding hands. The silhouettes are dark blue and appear to be in motion, suggesting a group activity or a community gathering.

Rapporto

CEIS - Sanità 2007

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,
Integrazione, Valutazione e Empowerment:
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*

2.3 - Le politiche di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

Burgio A.¹, Rocchetti I.², Spandonaro F.²

2.3.1 Introduzione

L'assistenza ospedaliera è al centro dell'attenzione nelle politiche sanitarie di tutti Paesi sviluppati già da molti anni, soprattutto a causa delle ingenti risorse che essa assorbe. Dalla nascita del SSN ad oggi, la rete ospedaliera italiana ha subito un profondo processo di riorganizzazione volto al miglioramento della qualità dell'assistenza e al mantenimento delle cure (attraverso i servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio). La riorganizzazione ha interessato in primo luogo il numero dei posti letto (che ha subito una riduzione significativa pari al -24% tra il 1980 e il 1990, al -35% tra il 1990 e il 2000 e quasi del -11% tra il 2000 e il 2003), ma anche il numero di strutture e il personale, ha contribuito allo sviluppo e al potenziamento di servizi collegati e alternativi al ricovero ordinario, quali l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, l'attività di day hospital e di lungodegenza riabilitativa ospedaliera e l'attività ambulatoriale.

Il problema principale di tale strategia riorganizzativa è quello della non proporzionalità fra le riduzioni dei "fattori" di assistenza e in particolare fra la riduzione dei posti letto e degli organici, che rappresentano le voci largamente maggioritarie dei costi: si costituiscono così dei freni alla razionalizzazione in ambito ospedaliero.

Il fine del presente contributo è quello di analizzare alcune dimensioni fondamentali dell'assistenza ospedaliera e valutare lo stato di avanzamento del processo di razionalizzazione; si privilegia in questo contesto l'analisi della variabilità regionale dei comportamenti assistenziali: in particolare in termini di ricorso all'ospedale per età e per complessità di diagnosi e intervento e di assorbimento di risorse. Nell'ambito di questo ragionamento rientra anche una valutazione delle politiche tariffarie regionali.

2.3.2 Banca dati e metodologia

Nelle elaborazioni seguenti si è utilizzata la banca dati delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) del Ministero della Salute relative all'anno 2004, che comprendono il riferimento sia alla Regione di ricovero che a quella di residenza del paziente³. Il dettaglio della Regione di ricovero è essenziale al fine del calcolo dell'assorbimento di risorse, valorizzato per età, per diagnosi e intervento principale e per Regione di residenza del paziente,

¹ ISTAT, Direzione centrale per le Statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio Sanità e Assistenza.

² CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

³ Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini residenti all'estero.

utilizzando i tariffari regionali DRG specifici e il tariffario nazionale del 1997 (DM 30/06/1997).

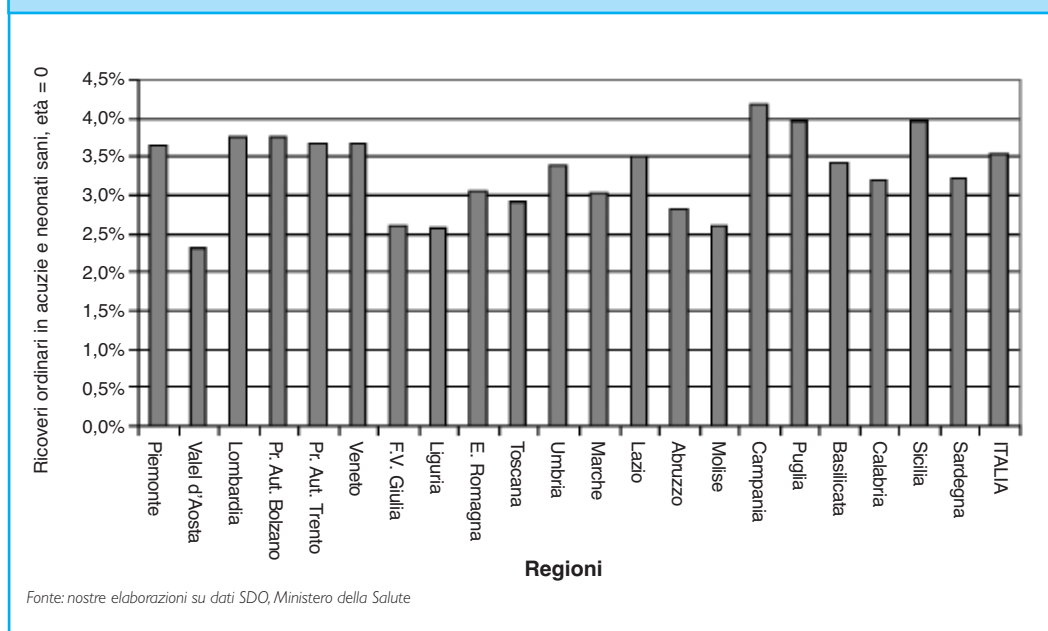
In particolare è stata calcolata la “spesa⁴” media per ricoverato, per classi di età e per raggruppamenti di diagnosi e interventi principali ed è stato valutato l’effetto congiunto del minore/maggiore ricorso all’ospedale attraverso il calcolo dei tassi di ospedalizzazione specifici per età e residenza del paziente.

L’impatto dell’ospedalizzazione è stato analizzato non solo considerando i ricoveri ma anche le giornate di degenza per età del paziente.

2.3.3 Struttura dei “costi” ospedalieri per età

La prima parte dell’analisi si incentra sulla distribuzione per età della “spesa” ospedaliera dei ricoveri per acuti in regime ordinario e in day hospital valorizzata con la tariffa nazionale del 1997⁵. Relativamente agli acuti ricoverati in regime ordinario, le percentua-

Figura 1a – Quota di “spesa” ospedaliera per neonati sani e neonati patologici per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004



⁴ Per “spesa” va correttamente inteso l’ammontare di finanziamento teoricamente riconosciuto secondo le tariffe DRG regionali (o nazionale) vigenti. Non si tratta quindi strictu sensu di spesa, ma di un indicatore dell’assorbimento di risorse relativo per classe di età. Nel testo per semplicità verrà usato il termine “spesa” virgolettato.

⁵ Si è scelto di calcolare le percentuali di spesa alle varie età utilizzando il tariffario nazionale e non i tariffari regionali in quanto questi ultimi sono disponibili solo negli anni più recenti (eventuali modifiche da DGR possono quindi influenzare le stime); inoltre utilizzando la nomenclatura nazionale gli impatti rilevati alle varie età sono quelli dovuti soprattutto alle differenze di case-mix.

li di “spesa” alle varie età hanno un andamento qualitativamente omogeneo nelle varie Regioni: dopo il picco di assorbimento relativo alle nascite, esse crescono lentamente sino alla classe di età 15-24, per poi aumentare esponenzialmente nelle fasce di età successive.

All’età iniziale, l’assorbimento dei neonati sani e dei neonati patologici è pari in media al 3,5% dell’assorbimento totale: si passa dal 2,3% della Valle d’Aosta al 4,2% della Campania, seguita dalla Sicilia e dalla Puglia con il 4% (figura 1a).

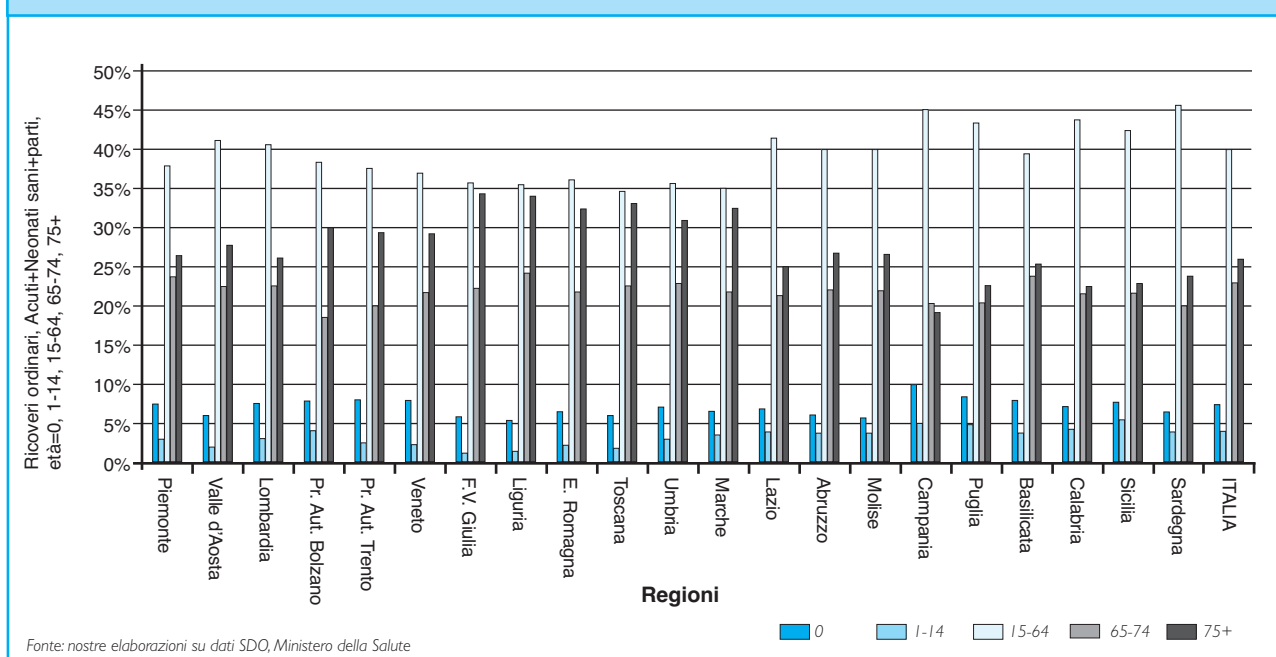
Se consideriamo insieme all’assorbimento dei neonati sani e patologici anche il costo dei parti delle madri (DRG 370-375), il peso dell’età 0 diventa pari in media al 7,7% del totale; la Campania, la Sicilia e la Puglia continuano ad essere la Regioni con assorbimento relativo maggiore e pari rispettivamente al 9,9%, all’8,5% e all’8,2%. Al contrario al livello più basso si trovano la Liguria e il Molise con una quota di “spesa” pari rispettivamente al 5,4% e al 5,5%.

Il costo della classe di età 15-64 anni, al netto dei parti, è pari in media al 40,4%: l’assorbimento minore si ha in Toscana (34,8%), mentre la Sardegna si caratterizza per un assorbimento relativo maggiore (45,4%) (figura 1b).

L’assorbimento di risorse, sempre calcolato escludendo i costi complessivi dei parti di bimbi nati sani, all’età zero è maggiore nelle Regioni del Sud, quali la Puglia (3,3%), la Sicilia (3,2%), la Campania (3,1%) (figura 1c).

La variabilità regionale è rilevante a tutte le età ma in particolare nella classe 75+, in cui l’assorbimento medio relativo è pari al 26,6% del totale, passando dal 19,6% della

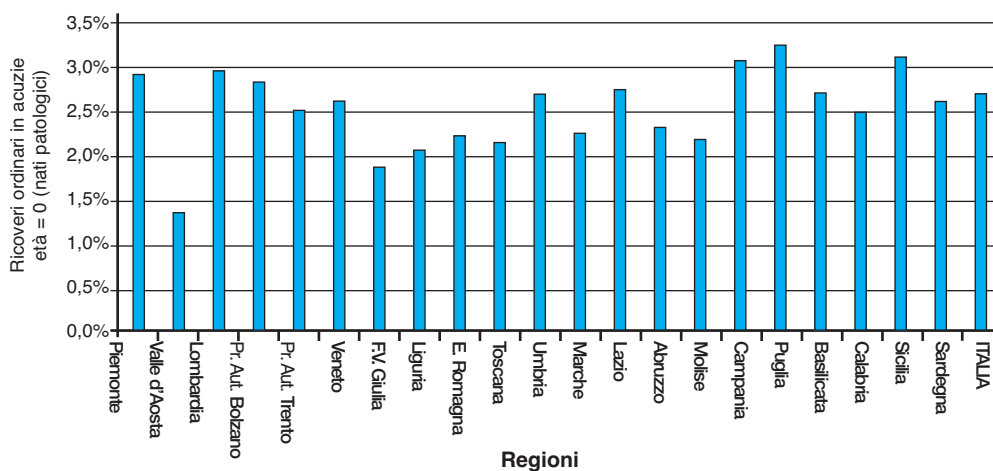
Figura 1b – Quota di “spesa” ospedaliera per età 0-75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004



Campania al 34,9% del Friuli Venezia Giulia (figura 2).

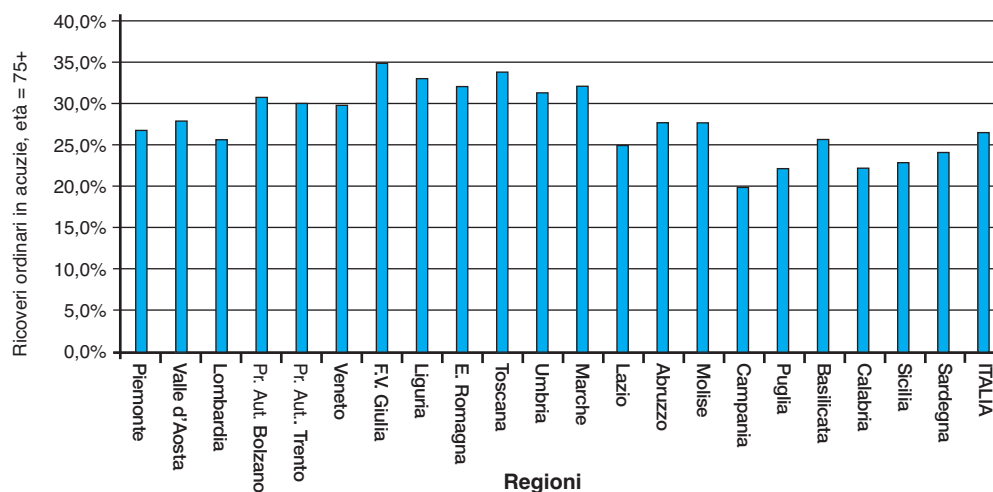
Per quanto riguarda le classi di età 1-14, 15-64 e 65-74 anni l'assorbimento relativo medio è quindi pari rispettivamente al 3,7%, al 44,8% e al 22,1% (figura 3).

Figura 1c – Quota di “spesa” ospedaliera per neonati patologici per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004



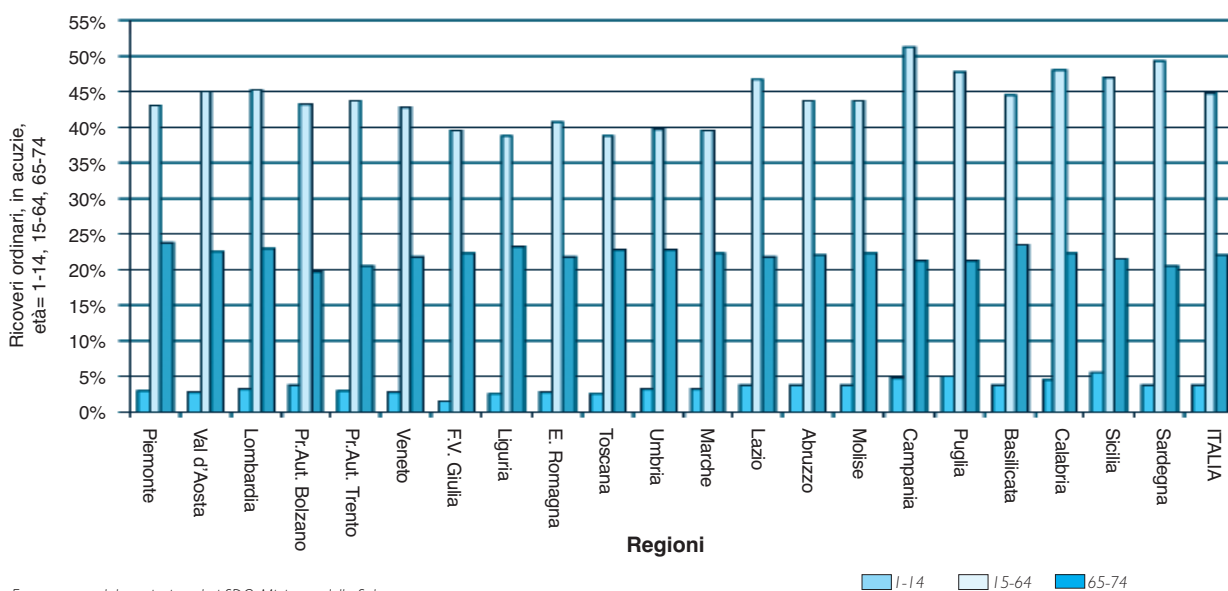
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 2 – Quota di “spesa” ospedaliera per età 75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

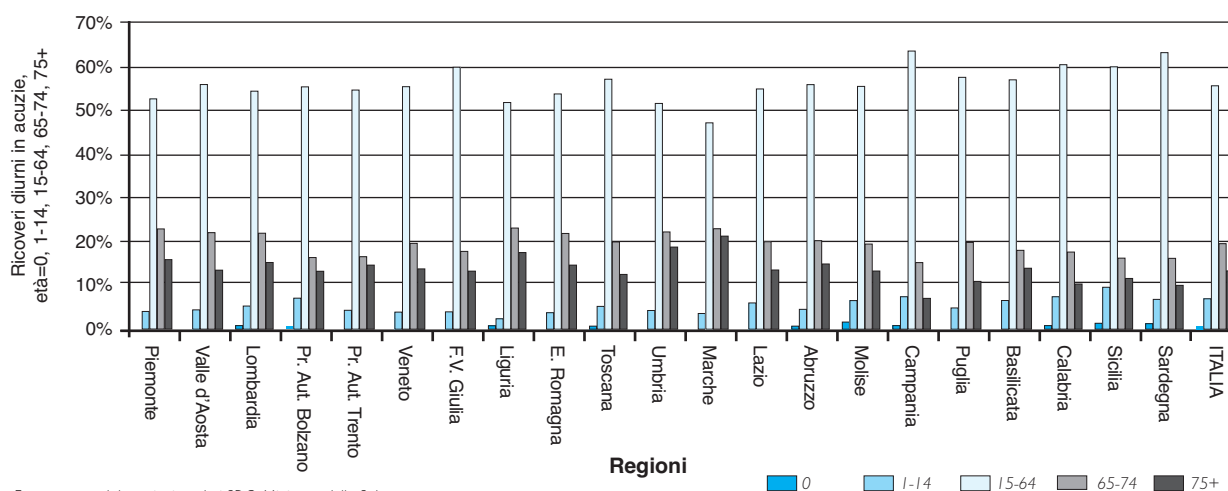
Figura 3 – Quota di “spesa” ospedaliera per età 1-74 anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per quanto concerne i ricoveri in day hospital, analogamente ai ricoveri ordinari, l'assorbimento relativo maggiore è in corrispondenza della fascia di età 15-64 anni e pari in media al 58%: si passa da un assorbimento del 49% delle Marche al 65% della Sardegna (figura 4a).

Figura 4a – Quota di “spesa” ospedaliera per età 0-75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004



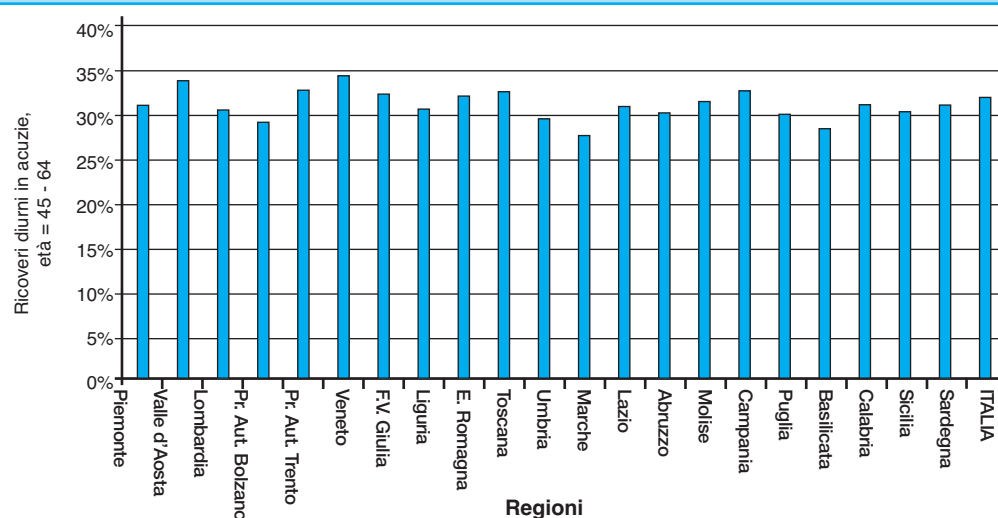
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Scomponendo tale classe di età, risulta che la quota di spesa più elevata corrisponde alla fascia 45-64 anni in cui l'assorbimento nazionale è del 32% circa e va da un minimo del 28% delle Marche a un massimo del 34% del Veneto (figura 4b).

La "spesa" ospedaliera per i ricoveri ordinari e diurni si concentra quindi nella classe 15-64 anni: emerge peraltro una variabilità regionale più forte in regime ordinario che in *day hospital*; tale variabilità è dovuta soprattutto alle differenze di *case-mix* e agli effetti delle politiche sanitarie, come cercheremo di argomentare nel seguito.

Inoltre, dalle elaborazioni condotte emerge che le nascite, per quanto scarse nel nostro Paese, assorbono una quota rilevante della spesa ospedaliera, stimata nel 7,7% del totale.

Figura 4b – Quota di "spesa" ospedaliera per età 45-64 anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

2.3.4 Il ricorso all'ospedalizzazione

L'analisi dell'ospedalizzazione alle varie età non può prescindere da quella sulla struttura demografica della popolazione dei ricoverati nelle diverse Regioni.

La percentuale di ricoveri ordinari per acuzie è pari in Italia al 68,5% del totale (acuti): all'età zero la percentuale di ricoveri ordinari ammonta all'87,6% in media (sono esclusi i neonati sani), al 59,7% nella classe 1-14 anni, al 65% nella classe 15-64 anni, al 69,3% nella fascia di età 65-74 anni e al 78,2% per gli ultrasettantacinquenni.

Per quanto concerne le classi di età 0, 1-14 e 15-64 anni, la Regione che presenta una percentuale maggiore di ricoveri in regime ordinario è la Puglia con rispettivamente il 97%, 82,1% e 76,9%. Al contrario la Liguria presenta le quote più basse e pari nell'ordine al 72,1%, 43,1%, 52,8%. Nelle ultime classi di età la Liguria continua ad essere la

Regione con la percentuale minore di ricoveri ordinari: nello specifico il 57% a 65-74 anni e il 69,1% a 75 anni e più; il Molise si caratterizza per la quota maggiore di ricoveri ordinari dei 65-74enni acuti (87%) e la Puglia raggiunge la percentuale massima per quanto concerne gli over 75 (79,6%) (tabella 1a).

Tabella 1a - Ricoveri ordinari in acuzie per età e Regione di residenza (valori percentuali sul totale dei ricoveri in acuzie), anno 2004

Regioni	Classi di età					Totale
	0	1-14	15-64	65-74	75+	
Piemonte	90,1%	61,1%	61,2%	62,4%	70,8%	64,3%
Valle d'Aosta	82,6%	63,7%	68,1%	69,1%	76,3%	70,0%
Lombardia	90,3%	65,5%	67,4%	68,2%	75,7%	69,7%
Pr. Aut. Bolzano	89,7%	68,1%	73,7%	78,6%	84,5%	76,9%
Pr. Aut. Trento	92,6%	57,8%	65,3%	69,8%	77,9%	69,1%
Veneto	92,9%	63,1%	63,4%	66,9%	78,7%	68,1%
Friuli Venezia Giulia	91,2%	53,9%	69,5%	78,0%	86,9%	75,5%
Liguria	72,1%	43,1%	52,8%	57,0%	69,1%	57,5%
Emilia Romagna	92,5%	73,4%	67,1%	69,6%	80,7%	71,8%
Toscana	88,2%	50,3%	62,1%	72,2%	85,1%	69,6%
Umbria	92,7%	57,6%	61,9%	67,2%	75,4%	66,6%
Marche	91,8%	70,8%	72,3%	73,7%	79,2%	74,7%
Lazio	84,7%	43,7%	64,1%	66,9%	75,2%	65,3%
Abruzzo	88,1%	62,2%	70,0%	76,1%	82,9%	73,7%
Molise	82,1%	65,6%	72,7%	78,5%	87,0%	76,5%
Campania	81,0%	56,9%	65,4%	72,1%	81,1%	68,1%
Puglia	97,0%	82,1%	76,9%	78,4%	85,2%	79,6%
Basilicata	90,8%	59,1%	64,5%	72,3%	77,6%	68,8%
Calabria	88,5%	61,7%	68,6%	76,9%	83,6%	72,6%
Sicilia	81,0%	57,1%	55,5%	64,0%	72,4%	60,5%
Sardegna	87,9%	60,7%	66,1%	72,8%	82,6%	70,4%
ITALIA	87,6%	59,7%	65,0%	69,3%	78,2%	68,5%

Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

In generale si può dire quindi che le Regioni del Nord ricorrono maggiormente al *day hospital*, rispetto a quelle del Sud, a tutte le età.

Questo aiuta a spiegare perché le stesse Regioni del Nord presentano in regime ordinario degenze medie maggiori per acuzie, soprattutto all'età zero e nelle classi più anziane. Per quanto riguarda i neonati patologici il valore massimo è raggiunto dalla Valle d'Aosta che si caratterizza per una degenza media pari a 7,8 giorni; nella fascia 1-14 anni è invece la Sardegna a presentare il maggior numero di giorni per ricoverato pari a 4,1, mentre a 15-64 anni il massimo viene raggiunto dal Piemonte (6,5 giorni di degenza media).

Nella fasce 65-74 anni e 75+ è ancora la Valle d'Aosta a presentare valori di degenza massimi in regime ordinario e pari rispettivamente a 9,5 e 13,3 giorni (tabella 1b).

**Tabella 1b - Degenza media per età e Regione di residenza.
Ricoveri ordinari in acuzie, anno 2004**

Regioni	Classi di età					Totale
	0	1-14	15-64	65-74	75+	
Piemonte	6,0	3,7	6,5	9,4	10,6	7,8
Valle d'Aosta	7,8	3,6	6,0	9,5	13,3	8,2
Lombardia	6,0	3,4	5,2	7,7	9,1	6,4
Pr. Aut. Bolzano	6,3	3,0	5,9	8,3	9,7	7,0
Pr. Aut. Trento	6,6	3,4	6,2	9,1	10,6	7,7
Veneto	7,2	3,6	6,3	9,2	10,5	7,8
Friuli Venezia Giulia	6,6	3,0	5,8	8,7	10,1	7,6
Liguria	5,8	3,9	6,3	8,9	10,0	7,8
Emilia Romagna	6,4	3,3	5,4	7,7	8,7	6,7
Toscana	7,0	4,0	6,1	8,7	9,1	7,4
Umbria	6,3	3,6	5,4	7,9	8,1	6,5
Marche	6,7	3,4	5,5	7,9	9,3	6,9
Lazio	6,3	3,7	6,3	8,9	9,9	7,3
Abruzzo	6,1	3,8	5,2	7,3	7,8	6,1
Molise	6,1	3,8	5,9	8,6	9,1	7,1
Campania	6,3	3,2	5,0	7,1	7,5	5,6
Puglia	5,8	3,8	5,2	7,5	8,4	6,1
Basilicata	5,8	3,8	5,7	8,0	8,5	6,6
Calabria	6,0	3,7	5,5	7,6	8,0	6,3
Sicilia	5,9	3,6	5,2	6,9	7,4	5,8
Sardegna	6,6	4,1	5,9	7,9	8,4	6,7
ITALIA	6,2	3,6	5,6	8,0	9,0	6,7

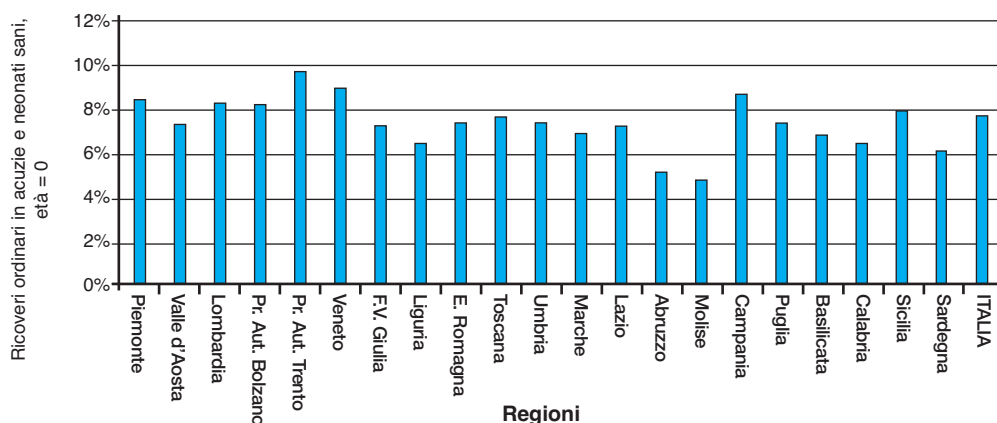
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

In regime ordinario i ricoveri di età zero (compresi i neonati sani) pesano in media l'8% dei ricoveri complessivi: si passa dal 5% dell'Abruzzo e del Molise al 10% della Provincia Autonoma di Trento (figura 5a).

Restringendo l'analisi ai soli neonati patologici si ha un peso in media pari al 3%; esso aumenta all'aumentare dell'età: nella fascia 1-14 anni esso è pari in media al 6%, mentre nella classe di età 15-64 anni raggiunge il 50%. Gli anziani di 65-74 e 75 anni e più hanno invece un peso pari al 20% circa (figura 5b).

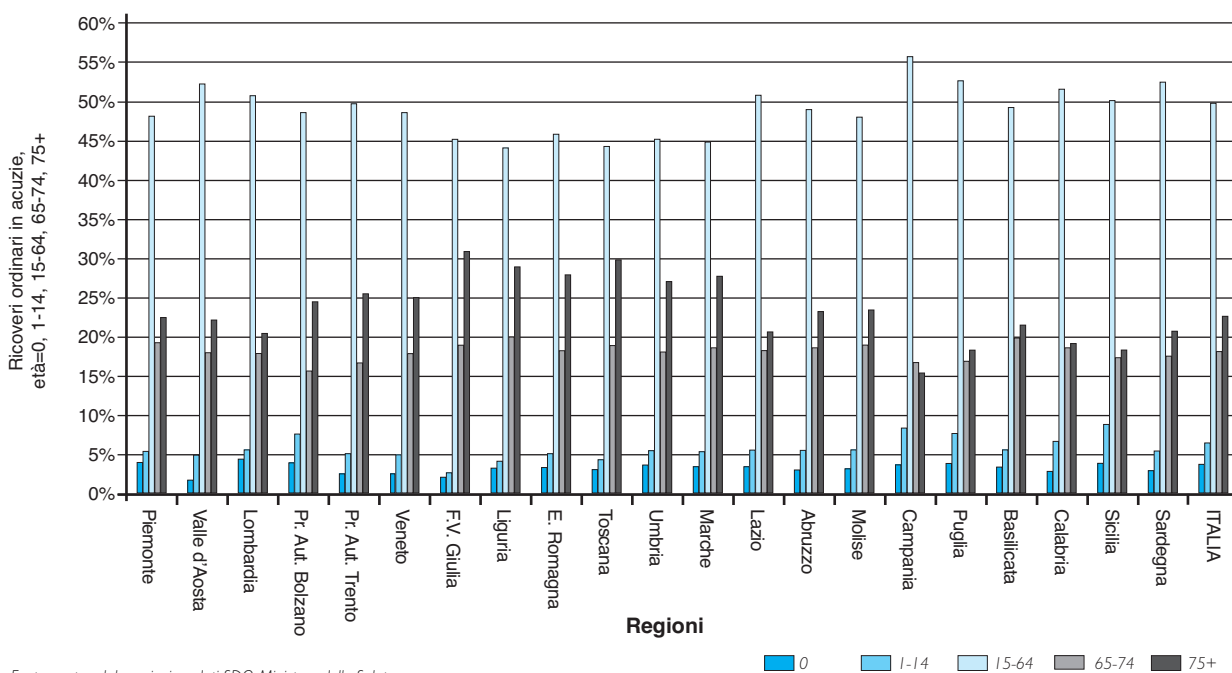
Le Regioni del Nord hanno ovviamente una quota più elevata di ricoveri per acuzie degli anziani (75+) sul totale; nello specifico il Friuli Venezia Giulia e la Toscana presentano un peso degli acuti ordinari ultrasessantacinquenni pari rispettivamente al 31% e al 30%,

Figura 5a – Quota dei ricoveri dei neonati sani e dei neonati patologici per Regione di residenza, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 5b – Quota dei ricoveri per età 0-75+ anni per Regione di residenza, anno 2004



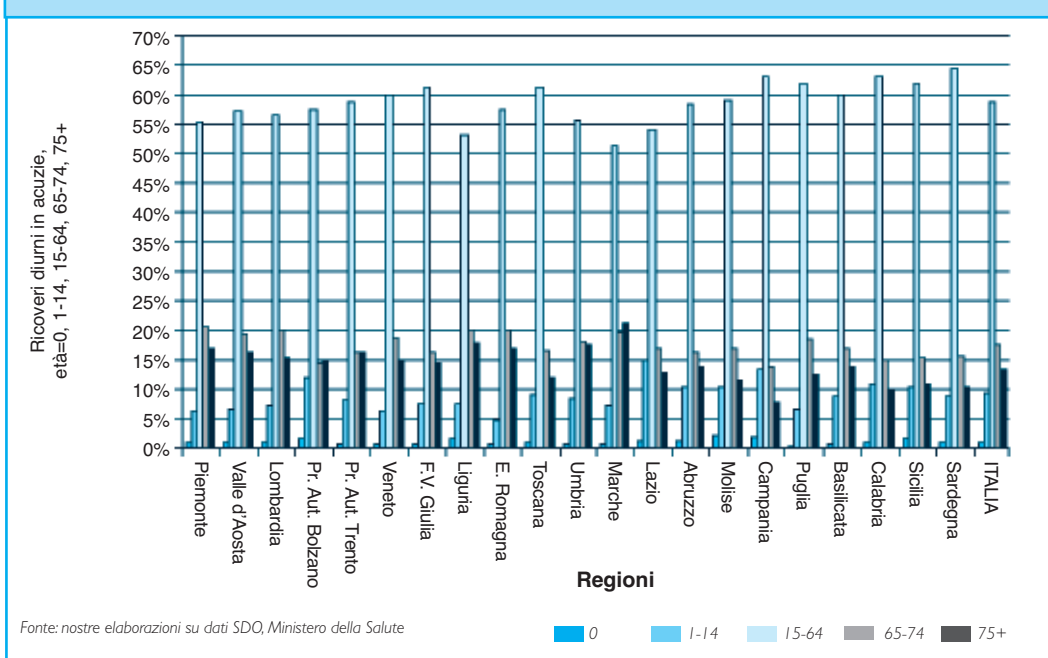
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

seguite dalla Liguria e dall'Emilia Romagna (29% e 28%), contro il 16% della Campania e il 18% della Puglia.

In day hospital la classe 15-64 anni, che comprende una quota maggiore di ricoveri, pesa in media il 58% del totale. Si notano anche in questo caso delle differenze a livel-

lo regionale: la Sardegna presenta una quota relativa di ricoveri per acuzie maggiore e pari al 64% circa del totale, al contrario delle Marche che si caratterizzano per il peso più basso nella stessa classe e pari al 51% (figura 6).

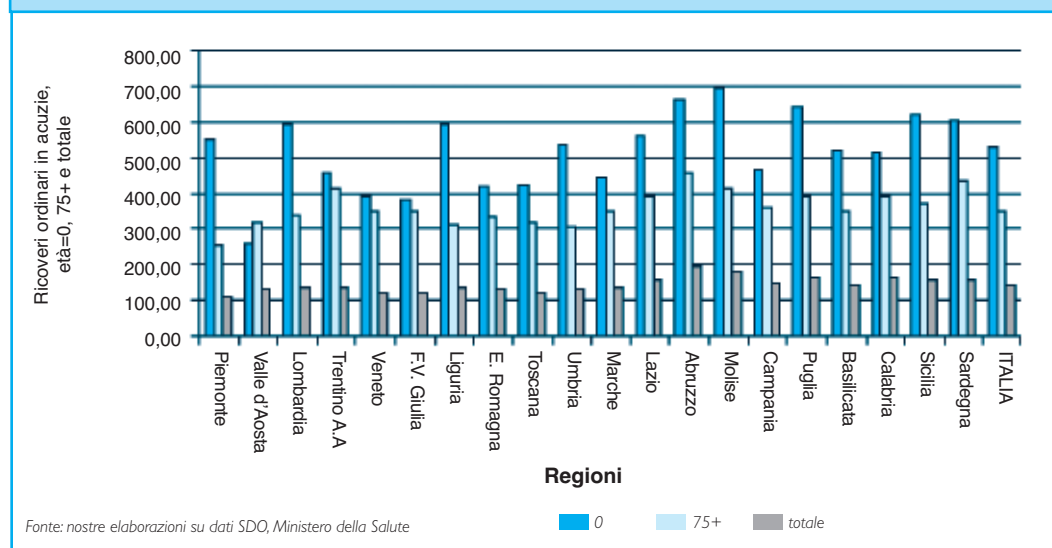
Figura 6 – Quota di ricoveri per età 0-75+ anni per Regione di residenza, anno 2004



I tassi di ospedalizzazione ci permettono di unire il dato di ricorso all'ospedalizzazione, precedentemente analizzato, a quello relativo alla struttura demografica, permettendo confronti standardizzati fra le Regioni. In Italia il tasso medio di ospedalizzazione per acuzie in regime ordinario è pari a 142,14 per 1.000 abitanti. Nello specifico all'età iniziale il tasso è pari a 528,36 per 1.000 (esclusi i neonati sani), scende a 68,34 ricoveri su 1.000 abitanti nella classe di età 1-14 anni e risale poi a 349,92 nell'ultima fascia di età (75+). L'analisi dell'ospedalizzazione rivela una forte variabilità regionale, soprattutto nel primo anno di vita: una maggior proporzione di ricoveri si concentra in Molise (692,93), in Abruzzo (660,50) e in Puglia (641,55). All'altro estremo troviamo la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, con tassi di ospedalizzazione pari rispettivamente al 259,55 e al 378,92 per 1.000.

Per quanto riguarda invece i ricoveri dei più anziani, è l'Abruzzo, seguito dalla Sardegna, dal Trentino A. A. e dal Molise a raggiungere tassi più elevati (rispettivamente 436,34, 456,09, 414,15, 410,61 per 1.000 abitanti). In generale si nota che le Regioni del Centro e del Sud (tra cui la Calabria, la Puglia e la Sicilia) presentano livelli di ospedalizzazione di ultrasettantacinquenni maggiori rispetto alle Regioni del Nord: il Piemonte ha il tasso più basso e pari a 254,08 per 1.000 abitanti (figura 7a).

Figura 7a – Tassi di ospedalizzazione totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004



Poiché i dati utilizzati si riferiscono alla Regione di residenza, la forte variabilità riscontrata nei livelli di ospedalizzazione, soprattutto per i più anziani, può essere spiegata dalla presenza nel Nord di alternative residenziali specifiche, più carenti al Sud. Ciò indicherebbe anche una più efficiente capacità organizzativa finalizzata a far fronte ai maggiori bisogni assistenziali degli anziani, probabilmente legata anche alla differente struttura demografica rispetto al Sud.

I tassi di ospedalizzazione in regime ordinario, al netto dei 43 DRG a rischio di inappropriata, confermano la variabilità sopra riportata: il Molise è la Regione con il tasso di ospedalizzazione dei neonati patologici maggiore e pari a 597,60 per 1.000, l'Abruzzo si caratterizza per una quota più elevata di ricoveri "appropriati" degli ultrasettantacinquenni pari a 371,74 su 1.000 abitanti oltre che per un tasso complessivo maggiore (157,29) (figura 7b).

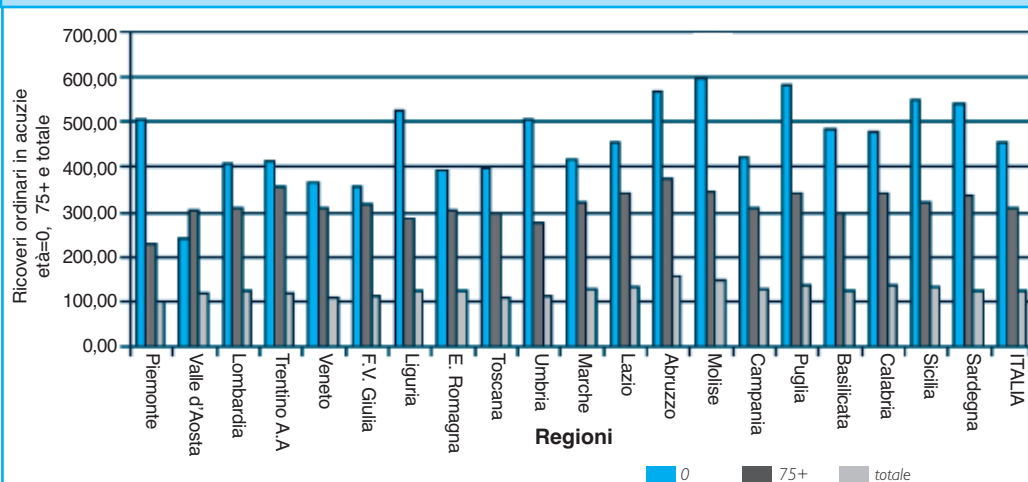
È interessante analizzare l'impatto dei ricoveri sulla popolazione residente anche in termini di durata del ricovero in quanto quest'ultima può essere considerata una proxy della complessità del case-mix oltre che un indicatore di efficienza.

Anche in questo caso riscontriamo una forte variabilità, soprattutto nelle fasce di età estreme: all'età zero si passa da 2,0 giornate di degenza per abitante in Valle d'Aosta a 4,2 in Molise, mentre nella classe 75+ si passa da 2,5 giorni pro-capite in Umbria a 4,3 giorni di degenza in Valle d'Aosta (figura 8).

Dal confronto tra i tassi di ospedalizzazione e tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza⁶, soprattutto in riferimento ai più anziani, risulta che la Valle d'Aosta e il Veneto

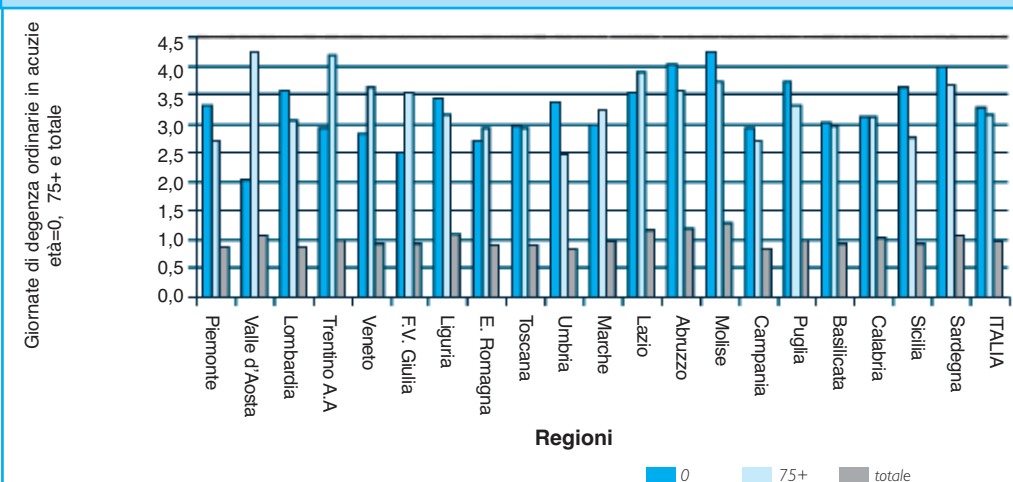
⁶ Calcolati suddividendo le giornate di degenza per acuti per la popolazione media regionale residente al 2004 (Istat).

Figura 7b – Tassi di ospedalizzazione al netto dell'inappropriatezza totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 8 – Tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per abitante), anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

hanno un tasso di ospedalizzazione medio-basso, ma un numero di giornate di degenza per abitante medio alto: ciò potrebbe essere indice di una propensione da parte di tali Regioni ad accettare ricoveri di complessità più elevata.

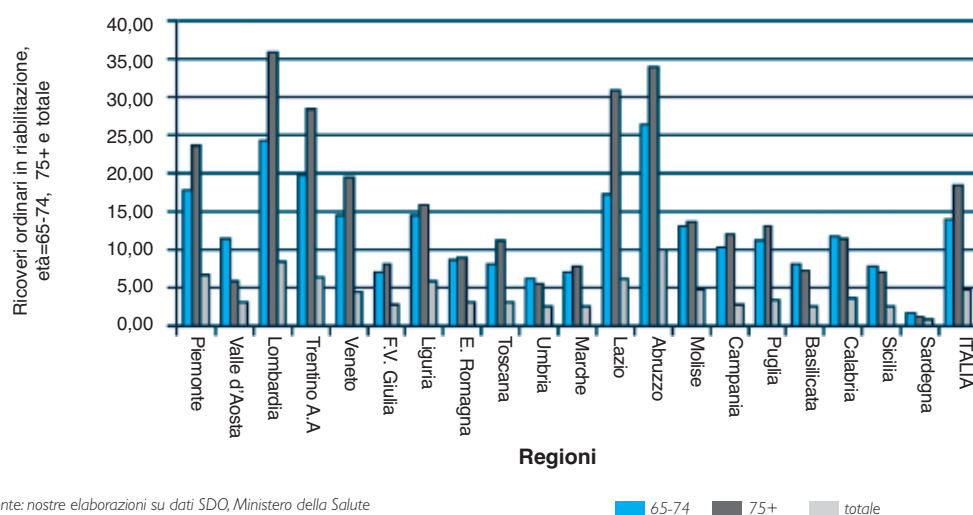
Relativamente ai ricoveri per riabilitazione, i tassi di ospedalizzazione raggiungono ovviamente livelli massimi (nel livello e nella variabilità) nelle classi 65-74 anni e 75+. A 75 anni e più la Lombardia presenta il tasso più elevato e pari a 35,72 per 1.000 abitanti, segui-

ta dall'Abruzzo (33,80) e dal Lazio (30,89). Al contrario la Sardegna si caratterizza per un tasso in riabilitazione più basso pari a 1,13 insieme alle altre Regioni del Sud quali la Sicilia e la Basilicata (rispettivamente 6,88 e 7,31) (figura 9).

Per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza⁷, la media italiana è di 1,62 ricoveri su 1.000 abitanti. Anche qui si osserva una elevata variabilità soprattutto in corrispondenza dell'ultima classe di età.

L'Emilia Romagna ha il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza più elevato (pari a 43,77 per gli over 75), seguita dal Trentino A. A. (31,51 per 1.000).

Figura 9 – Tassi di ospedalizzazione totali e per età 65-74 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per i ricoveri diurni, in Italia il tasso di ospedalizzazione degli acuti è pari complessivamente a 65,22 per 1.000 abitanti, passando da 74,97 per 1.000 alla nascita a 97,42 per 1.000 a 75 anni e più.

Nel primo anno di vita si può notare, così come per il regime ordinario, una forte irregolarità geografica nelle distribuzioni, oltre a una grande variabilità nelle proporzioni dei ricoveri presenti nelle diverse Regioni. I livelli maggiori di utilizzo sono raggiunti dalla Liguria (228,95 per 1.000), dal Molise (150,88) e dalla Sicilia (145,26). Nell'età più anziana sono sempre la Sicilia e la Liguria ad avere i tassi di ospedalizzazione in regime di *day hospital* più alti (pari rispettivamente al 141,01 e 140,54).

⁷ È importante ricordare che la lungodegenza non è una tipologia di attività esclusiva degli ospedali, gran parte dei lungodegenti si trovano nelle RSA.

La Puglia è la Regione con la proporzione più bassa di ricoveri diurni per acuzie nel primo anno di vita (19,69 per 1.000 abitanti), mentre nella classe di età 75+ il Friuli Venezia Giulia presenta il tasso più basso e pari al 52,93 per 1.000 abitanti (figura 10).

Analizzando le giornate di degenza per residente in day hospital, si ha che nella prima classe di età è sempre la Liguria a presentare un tasso maggiore e pari a circa 0,4 giorni di degenza in media per abitante, mentre nella fascia di età estrema il Lazio si caratterizza per una quota relativa di giornate di ricovero diurno per acuzie maggiore e pari allo 0,5 (figura 11).

Figura 10 – Tassi di ospedalizzazione per età 0 e 75+ anni e totale per Regione di residenza, valori per 1.000 abitanti, anno 2004

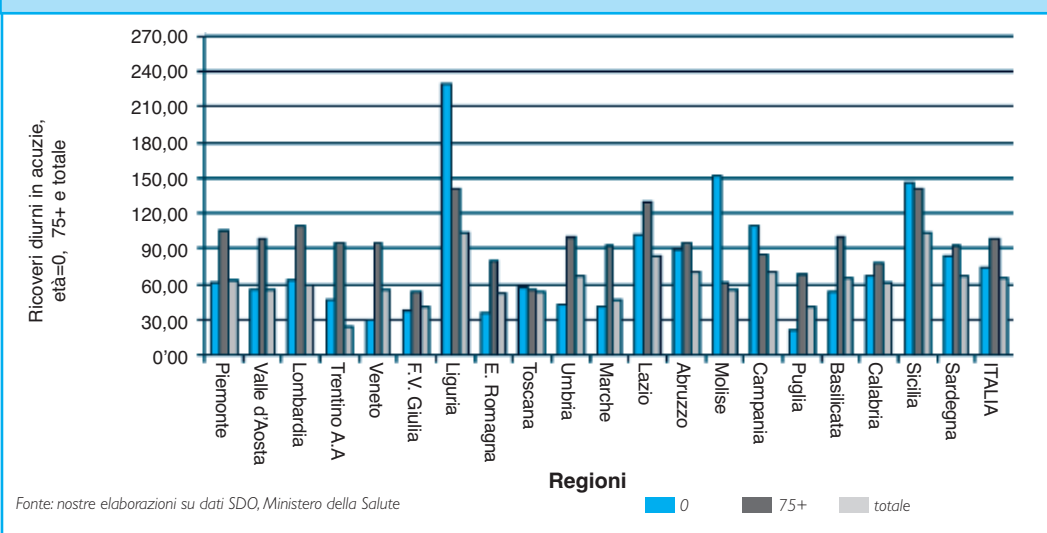
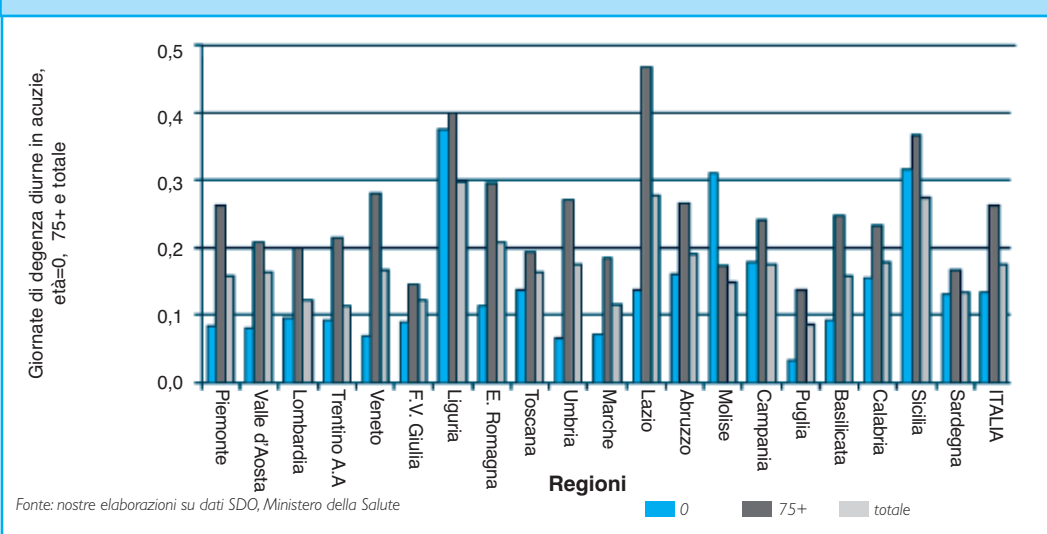


Figura 11 – Tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza e per età 0 e 75+ anni e totale per Regione di residenza, valori per abitante, anno 2004



In conclusione, la consistente variabilità nei tassi di ospedalizzazione standardizzati per età è indice di una discrepanza nelle politiche di ricovero, spesso legata a caratteristiche dell'offerta e rivela, nonostante in tutte le Regioni ci sia stata una riduzione dei posti letto e delle strutture di ricovero soprattutto pubbliche, la progressiva realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali differenti sul territorio nazionale.

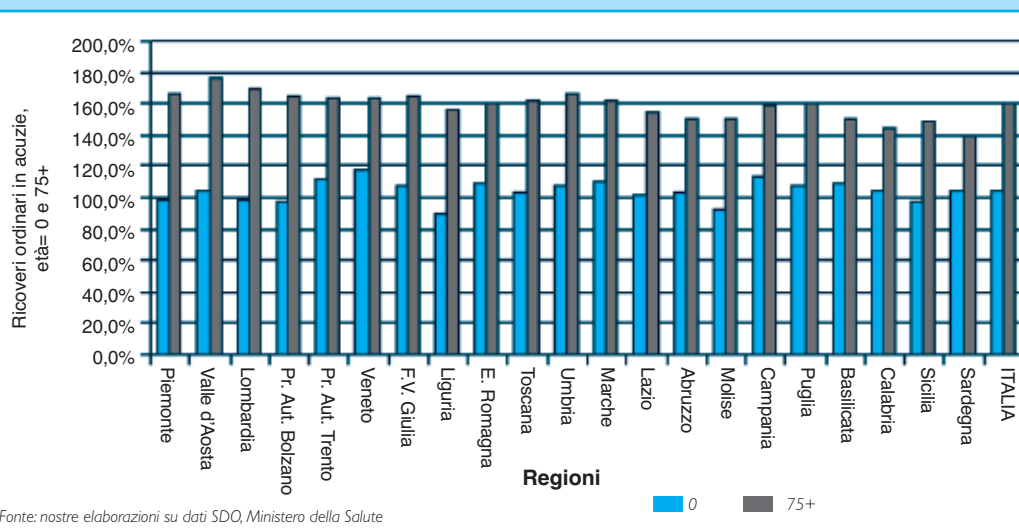
2.3.5 L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il *case-mix*

Per depurare l'analisi della spesa dagli effetti demografici e quindi dai tassi di ospedalizzazione, si è elaborata la distribuzione della "spesa" media per fascia di età nelle singole Regioni, standardizzando rispetto alla "spesa" media della classe di età 25-44 anni, prescelta in quanto da quest'età in poi il bisogno ospedaliero e dunque l'assorbimento di risorse comincia ad aumentare. La "spesa" media per ricoverato è stata calcolata sia utilizzando le tariffe DRG specifiche regionali che quella nazionale (DM 30/06/1997).

Dal calcolo della "spesa" media per acuzie in regime ordinario, attraverso la tariffa nazionale si ha che i neonati patologici hanno in media il 103,8% della "spesa" relativa alla classe di età 25-44 anni, mentre gli over 75 hanno una "spesa" media relativa pari al 160,3%. La Regione che presenta un assorbimento relativo maggiore nella prima classe di età è il Veneto, contro l'assorbimento minore della Liguria e del Molise (rispettivamente il 90,1% e il 92,5%); a 75 anni e più è invece la Valle d'Aosta che presenta una "spesa" media per ricoverato più elevata e pari al 176,7% (figura 12).

In generale non si notano particolari differenze tra gli assorbimenti relativi valorizzati con la tariffa nazionale e quelli valorizzati con le tariffe regionali: fa eccezione l'Emilia Romagna in cui l'assorbimento medio degli acuti in regime ordinario nel primo anno di vita aumenta dal 108,9% (tariffa nazionale) al 193,2% (tariffe regionali).

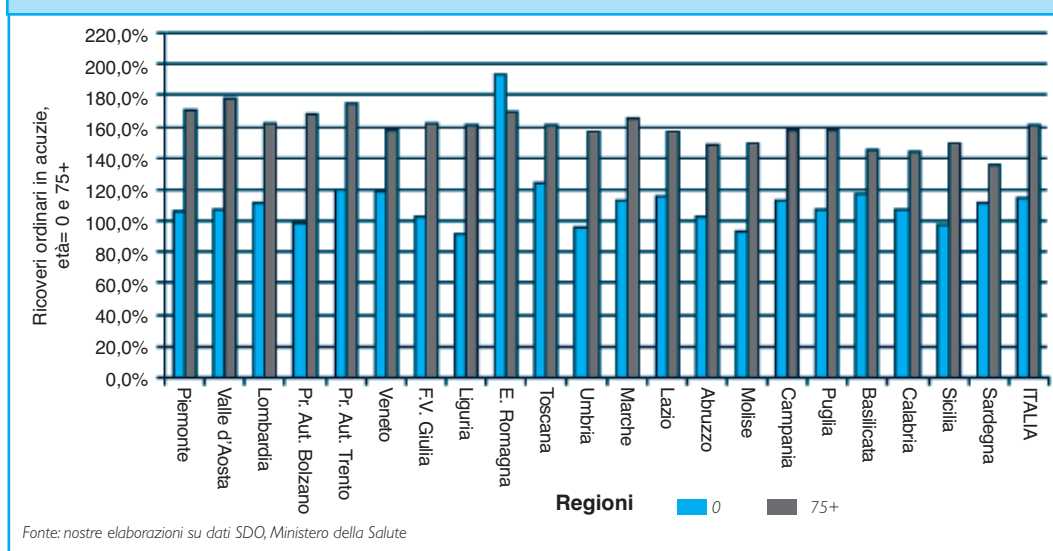
Figura 12 – "Spesa" media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=100, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

La valorizzazione con i tariffari regionali rivela che relativamente agli acuti in regime ordinario i ricoverati di età 0 costano mediamente il 113,8% di quelli della classe di riferimento, mentre per l'età 75+ la "spesa" raggiunge il 161,1%. Come era lecito aspettarsi, quindi, gli anziani hanno una casistica mediamente "più complessa", ovvero costosa. Nello specifico delle singole Regioni, nel primo anno di vita si passa da un assorbimento medio del 91,9% della Liguria al 193,2% dell'Emilia Romagna, mentre nella fascia di età più anziana sono la Sardegna e la Valle d'Aosta a presentare rispettivamente la "spesa" media per ricovero minore e maggiore (rispettivamente pari a 136,0% e a 177,7% della classe 25-44 anni) (figura 13).

Figura 13 – "Spesa" media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali, età 25-44=100, anno 2004



Per quanto riguarda i ricoveri diurni, l'assorbimento relativo varia dal 45,1% all'età zero al 112,2% dell'ultima fascia di età.

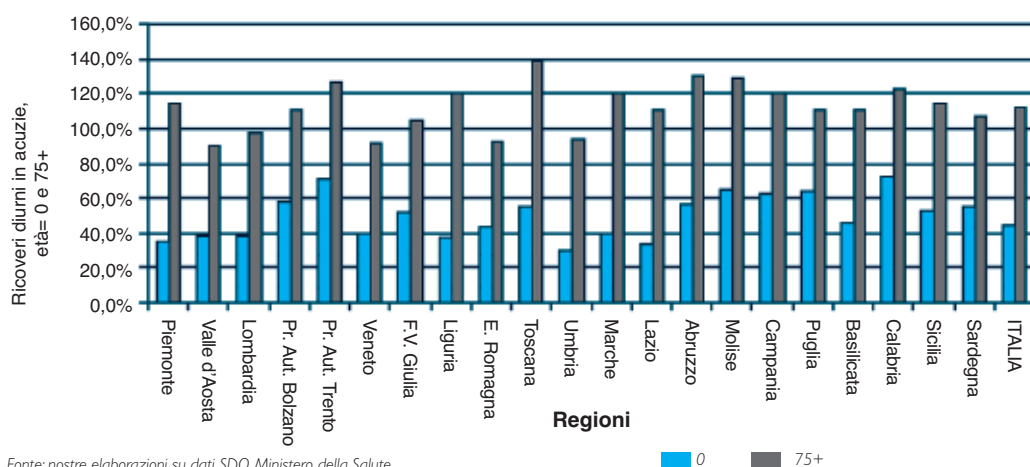
Nell'età iniziale l'Umbria si caratterizza per il minor assorbimento medio relativo pari al 29,5% contro il 70,6% della Prov. Auton. di Trento; nell'ultima fascia di età invece la Toscana presenta la percentuale di "spesa" media per ricoverato maggiore (138,5%), mentre in Valle d'Aosta i ricoverati ultrasettantacinquenni costano mediamente solo il 90,2% rispetto alla classe 25-44 anni (figura 14).

Le indicazioni che si traggono da queste statistiche sono che in alcune Regioni del Centro-Sud si nota una struttura della "spesa" più piatta, che può essere indice della presenza di ricoveri di bassa intensità, potenzialmente inappropriati, per le fasce più a rischio, ovvero bambini e anziani.

Se si analizza l'assorbimento medio complessivo (valorizzato con le tariffe regionali) per acuzie di ogni Regione rispetto all'Italia, risulta che le Regioni del Nord registrano sistematicamente un finanziamento ("spesa" media per ricovero nell'accezione specificata

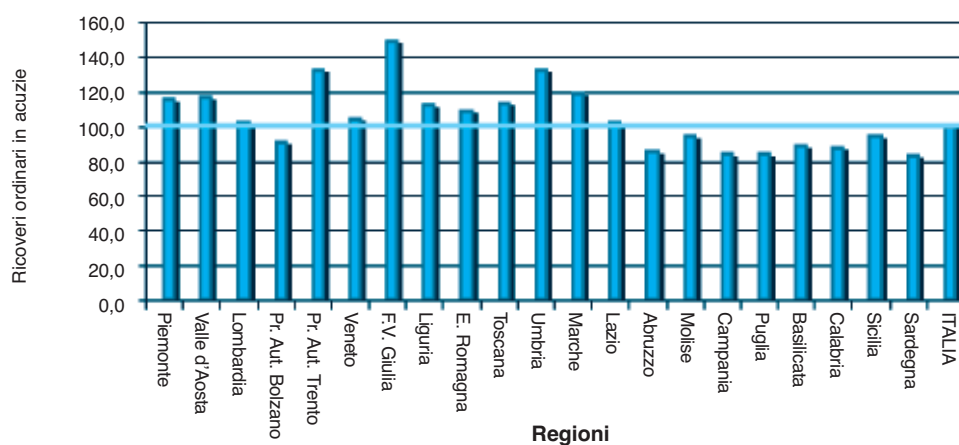
nella nota 4) maggiore rispetto a quelle del Sud, in entrambi i regimi di ricovero. Relativamente al regime ordinario, il Friuli Venezia Giulia è sopra la media (149,3%), seguita dall'Umbria e dalla Prov. Auton. di Trento (rispettivamente 132,1% e 131,8%); al contrario la Sardegna e la Campania sono sotto la media con un assorbimento relativo medio rispettivamente dell'82,5% e dell'84,0% di quello nazionale (figura 15a). Anche per i ricoveri diurni il Friuli Venezia Giulia e la Toscana raggiungono l'assorbimento relativo massimo pari a 181,9% e 149,5% di quello nazionale, la Campania è al contrario al di sotto della media (64,8%) (figura 15b).

Figura 14 – “Spesa” media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali, età 25-44=100, anno 2004



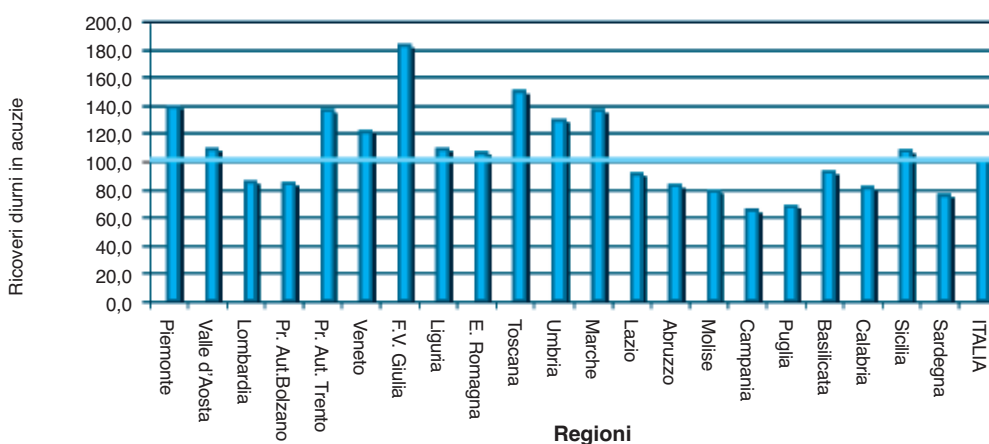
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 15a – “Spesa” media per ricoverato e Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali (Italia = 100), anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 15b – “Spesa” media per ricoverato e Regione di residenza.
Valorizzazione tariffe regionali (Italia = 100), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Questo dato confermerebbe che le politiche di finanziamento nel Nord vanno nel senso di privilegiare il ricorso all'ospedale per problemi di salute mediamente più complessi rispetto a quelli del Sud; tale aspetto verrà sviluppato meglio nel paragrafo successivo.

2.3.6 L'assorbimento di risorse standardizzato per diagnosi e intervento principale

L'analisi dei ricoveri e del relativo assorbimento ospedaliero per diagnosi e per intervento principale fornisce una indicazione della complessità nel *case-mix*, sebbene per un dettaglio più preciso sarebbe opportuno fare riferimento anche alle diagnosi e agli interventi secondari.

Si è deciso di considerare in prima battuta delle macroclassificazioni per poi entrare successivamente nel dettaglio delle singole diagnosi e dei singoli interventi principali.

Per quanto riguarda le diagnosi principali dei ricoveri per acuti in regime ordinario, il gruppo delle “malattie del sistema circolatorio” è quello che presenta il numero maggiore di casi in tutte le Regioni, mentre generalmente le “malattie del sangue” raccolgono il numero minore di ricoveri per acuzie. Fanno eccezione la Liguria, l'Emilia Romagna, il Molise, la Sardegna e la Prov. Auton. di Trento, in cui la categoria diagnostica che presenta minori ricoveri per acuzie è quella che concerne le “malattie della pelle”.

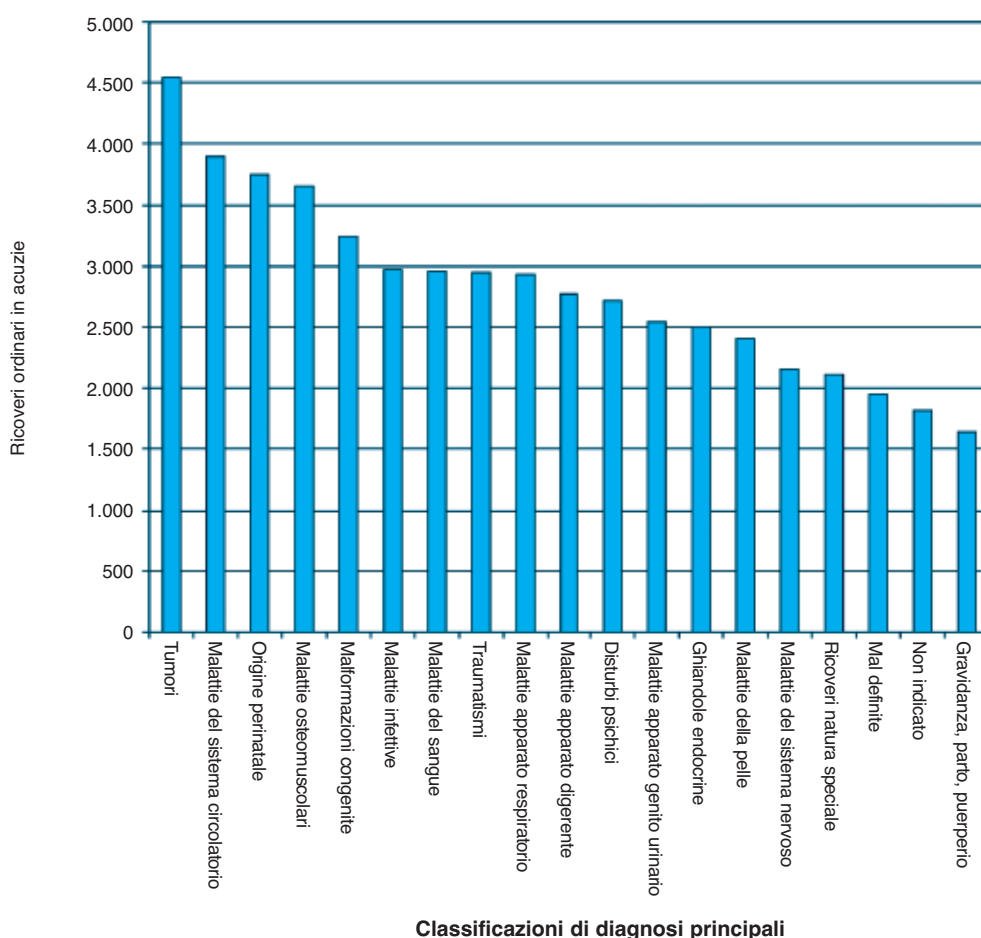
Relativamente agli interventi principali, il numero maggiore di interventi per acuzie è relativo ad accertamenti radiologici. Si notano in questo caso delle differenze a livello regionale: il Piemonte e la Valle d'Aosta, la Prov. Auton. di Trento, la Puglia e la Basilicata si caratterizzano per un numero maggiore di ricoveri per acuzie con interventi relativi “all'apparato muscolo scheletrico” (rispettivamente 50.987, 1.947, 6.241, 46.103 e 6.530). Il numero minore di interventi realizzati in regime ordinario per acuzie sono quelli relativi alla “rimozione o alla sostituzione di protesi” (13.031 casi in Italia), seguiti da pro-

cedure per “rimozione di calcoli o altri corpi” (20.666 casi in Italia).

Per quanto riguarda l’assorbimento medio per diagnosi principale calcolato attraverso le tariffe regionali DRG specifiche, la “spesa” media per ricoverato maggiore in Italia è quella relativa alle diagnosi tumorali, pari a € 4.544: si passa da € 3.764 in Puglia a € 6.341 in Umbria; anche le “malattie del sistema circolatorio” presentano un assorbimento relativo medio elevato (€ 3.897) (figura 16a).

Relativamente agli interventi principali, l’assorbimento medio maggiore si ha in corrispondenza delle procedure del sistema ematico linfatico (€ 8.639) e di quelle dell’apparato respiratorio (€ 8.275) (figura 17a). Per entrambi gli interventi è l’Umbria la Regione che presenta un maggior assorbimento relativo pari a € 16.270 (sistema ematico linfatico) e a € 12.093 (apparato respiratorio).

Figura 16a – “Spesa” media per ricoverato e per raggruppamenti di diagnosi principali. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004

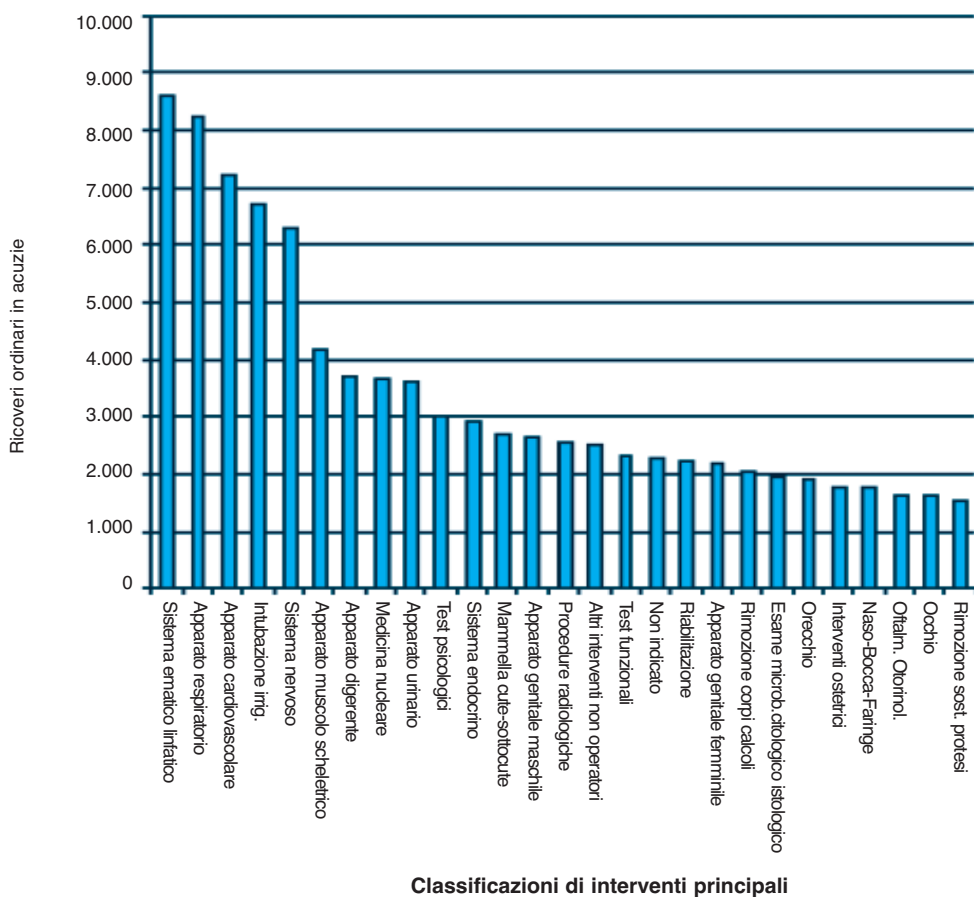


Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per quanto concerne i ricoveri per acuzie in day hospital, un ricovero di “natura speciale” (es. esami speciali per l’identificazione di malattie virali o malattie batteriche o malattie infettive ed esami speciali (screening) per l’individuazione di tumori maligni, etc.) è quello con i costi medi più elevati (€ 1.883); al contrario le diagnosi connesse alle ghiandole endocrine hanno un costo medio relativo basso in quasi tutte le Regioni (€ 581 mediamente).

La “spesa” media inoltre è più alta per gli interventi non operatori (€ 2.223), ovvero procedure diagnostiche non operatorie correlate all’udito, intubazioni e irrigazioni non operatorie, rimozioni non operatorie di apparecchiature terapeutiche da testa e collo, etc., ma con alcune eccezioni: per le Regioni del Sud quali la Campania, la Calabria e la Sicilia, l’assorbimento maggiore riguarda gli interventi relativi all’apparato cardiovascolare (rispettivamente € 1.818, € 3.369, € 3.540); per alcune Regioni del Nord, come il Veneto

Figura 17a – “Spesa” media per ricoverato e per raggruppamenti di interventi principali. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

e l'Emilia Romagna, la "spesa" media per ricoverato è maggiore in corrispondenza degli interventi relativi al sistema ematico linfatico (rispettivamente € 2.502 e € 2.255); infine l'assorbimento medio del Piemonte è maggiore in corrispondenza di procedure relative al sistema endocrino (€ 3.477).

Volendo andare nello specifico delle singole diagnosi principali⁸ e dei singoli interventi principali dei ricoverati per acuzie (inclusi i neonati sani) in regime ordinario, si può notare che, escludendo i parti, la "chemioterapia" assorbe la maggior quantità di casi (131.997), seguita dalla diagnosi per "bronchite cronica ostruttiva" (98.492) e dall'"insufficienza cardiaca congestizia" (97.310). La "cataratta senile" si colloca al decimo posto nella scala delle frequenze ordinate con 79.680 casi, seguita dall'"insufficienza del cuore sinistro" (78.069) e dall'"artrosi localizzata primaria" (74.993) (figura 16b).

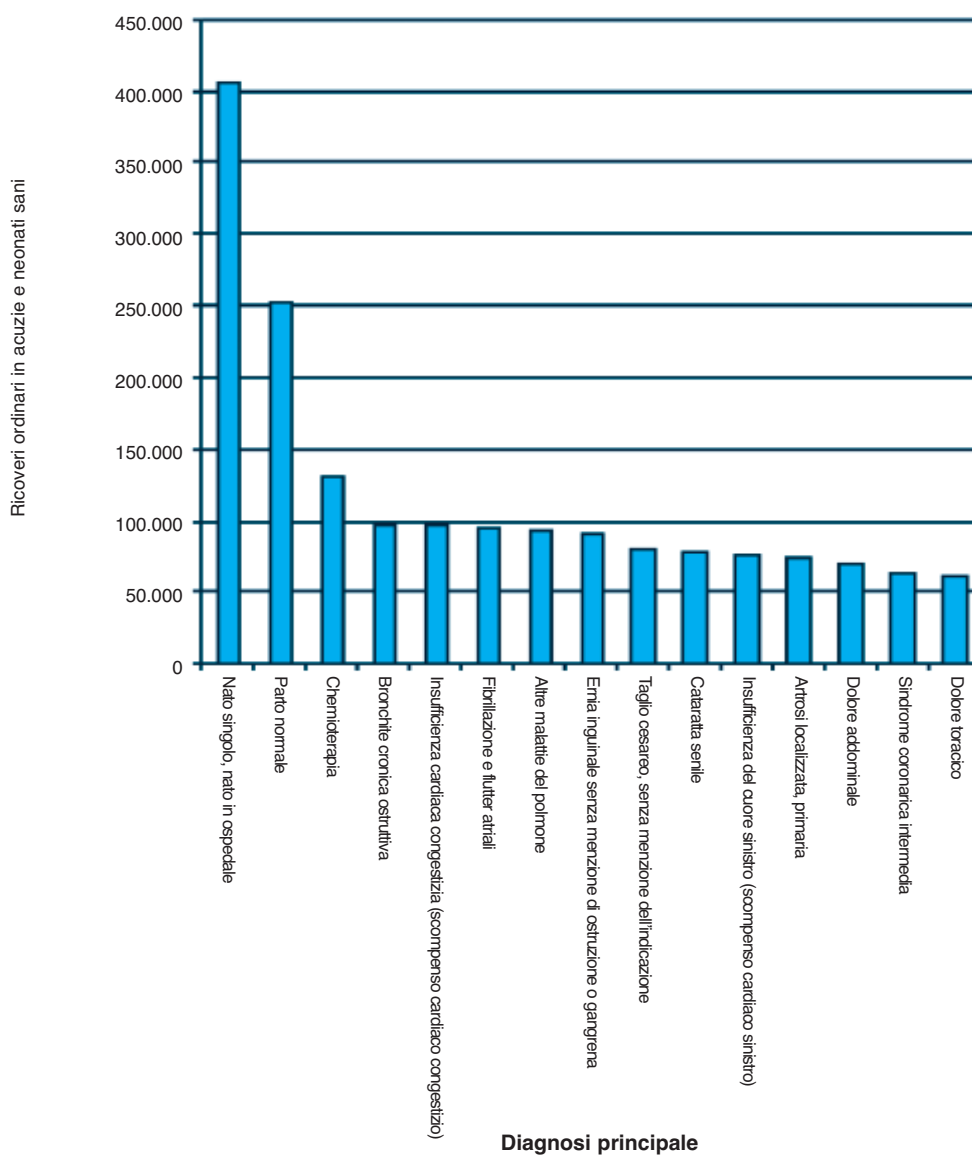
Per quanto concerne invece gli interventi principali, sono quelli relativi alla "diagnostica a ultrasuoni" a comprendere la maggior parte dei casi (402.689), seguiti da "altri test funzionali diagnostici non invasivi cardiologici e vascolari" (270.823) e da "altra radiografia del torace" (238.382). Al settimo posto si collocano gli interventi per "sostituzione di articolazione delle estremità inferiori" (122.580), seguiti dal "taglio cesareo tradizionale" (113.050) e dall'"angiocardiografia con mezzo di contrasto" (108.533) (figura 17b).

Il calcolo delle "spese" medie per diagnosi principale, attraverso le tariffe DRG regionali, mostra che un ricoverato per "artrosi localizzata primaria" costa mediamente € 7.716 (tale diagnosi è quella che costa mediamente di più tra le 15 diagnosi più frequenti). Al secondo posto abbiamo le "altre malattie del polmone" con una "spesa" media pari a € 5.459, seguite dalla "sindrome coronaria intermedia" (€ 4.292) e dall'"arresto cardiaco" (€ 4.142). Il "nato singolo in ospedale" e il "dolore addominale" hanno un costo medio più basso pari rispettivamente a € 670 e € 1.184 (tabella 2).

Per quanto concerne gli interventi principali, la "sostituzione di articolazione delle estremità inferiori" ha un costo medio per ricoverato più elevato e pari € 8.766, seguita dalla "riduzione cruenta di frattura con fissazione interna" (€ 4.182) e dalla "colecistectomia" (€ 3.668) (tabella 2).

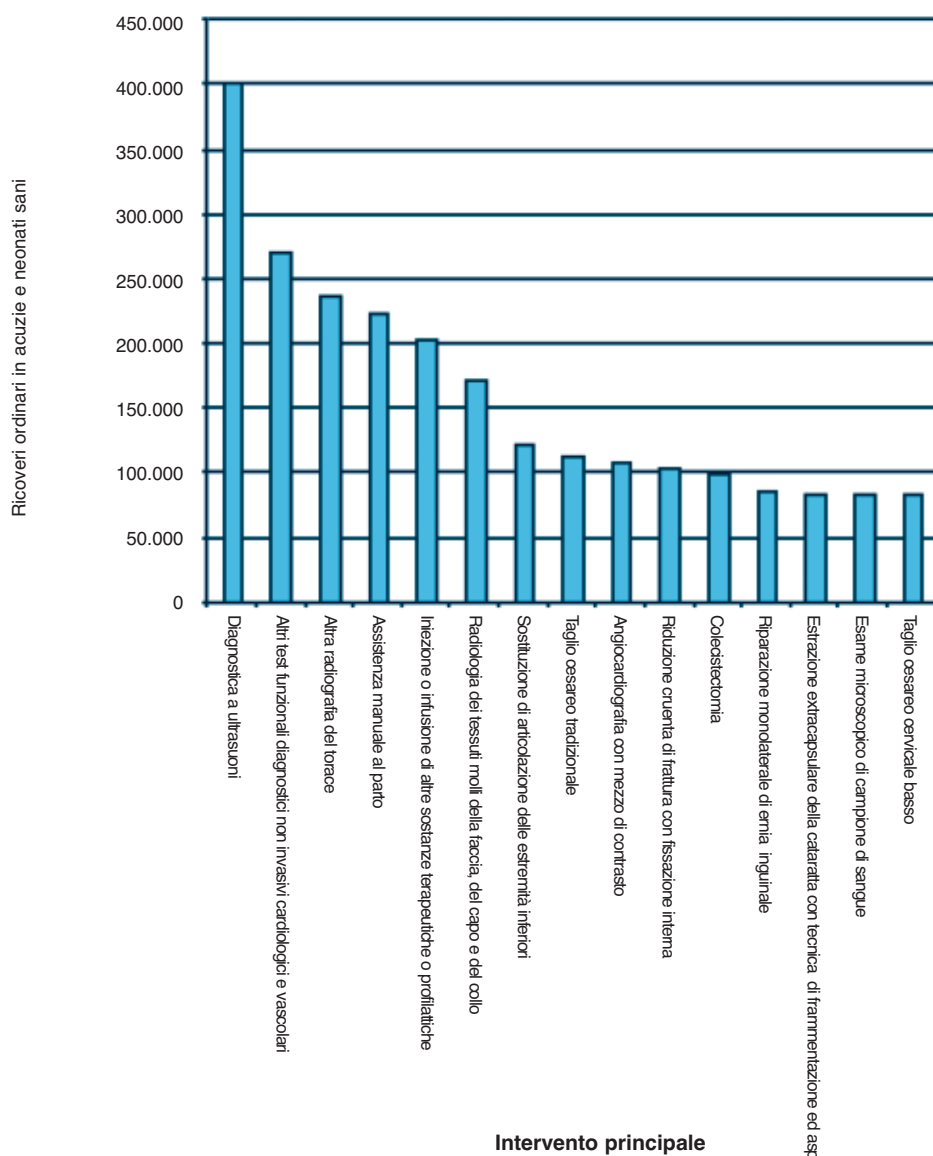
⁸ Per la diagnosi principale si considerano le prime quattro cifre del codice relativo; per gli interventi principali si considerano le prime tre cifre del codice relativo.

Figura 16b – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per diagnosi principali, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 17b – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per interventi principali, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 2 - “Spesa” media per diagnosi e intervento principale, ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004

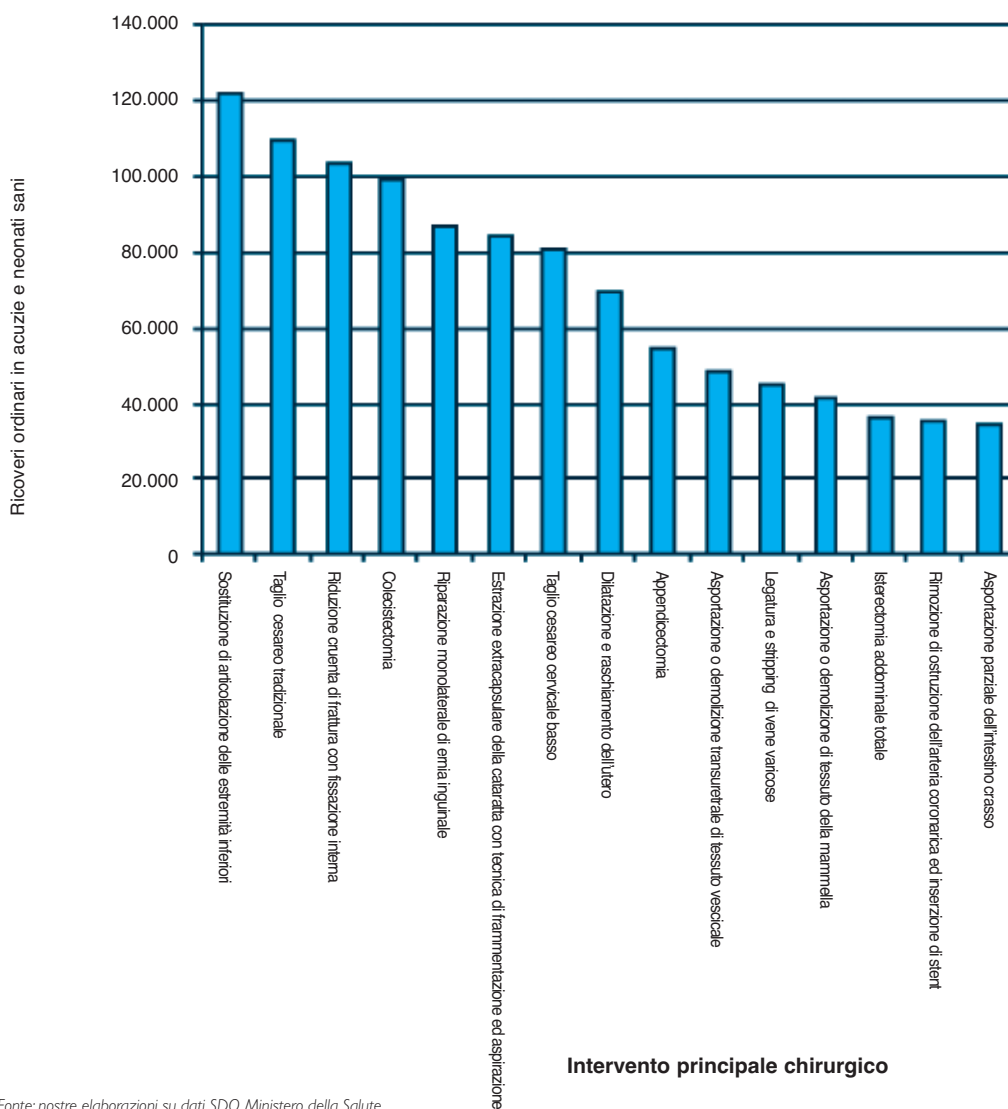
Diagnosi principale		Intervento principale	
Artrosi localizzata, primaria	7.715,81	Sostituzione di articolazione delle estremità inferiori	8.765,78
Altre malattie del polmone	5.458,55	Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna	4.181,88
Sindrome coronarica intermedia	4.292,21	Colecistectomia	3.668,38
Arresto cardiaco	4.141,60	Angiocardiografia con mezzo di contrasto	3.539,12
Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	3.300,71	Altra radiografia del torace	2.758,18
Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	3.285,36	Radiologia dei tessuti molli della faccia, del capo e del collo	2.635,54
Bronchite cronica ostruttiva	2.853,87	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	2.413,60
Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione	2.395,76	Altri test funzionali diagnostici non invasivi cardiologici e vascolari	2.398,71
Chemioterapia	2.256,12	Taglio cesareo cervicale basso	2.333,39
Ernia inguinale senza menzione di ostruzione o gangrena	1.558,97	Diagnostica a ultrasuoni	2.329,39
Parto normale	1.517,33	Taglio cesareo tradizionale	2.268,75
Dolore toracico	1.467,76	Esame microscopico di campione di sangue	1.787,83
Cataratta senile	1.399,24	Riparazione monolaterale di ernia inguinale	1.606,24
Dolore addominale	1.183,76	Assistenza manuale al parto	1.530,72
Nato singolo, nato in ospedale	670,41	Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di frammentazione ed aspirazione	1.401,99

Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Analizzando i soli interventi principali chirurgici in regime ordinario, quello di “sostituzione di articolazione delle estremità inferiori” presenta il numero più elevato di casi (122.560), seguito dal “taglio cesareo tradizionale” (109.855) e dall’ “intervento di riduzione cruenta di frattura con fissazione interna” (104.095) (figura 17c).

L’assorbimento medio maggiore (valorizzato con le tariffe regionali DRG specifiche) si ha sempre in corrispondenza dell’intervento per “sostituzione di articolazione delle estremità inferiori” ed è pari a € 8.766. Anche l’ “asportazione parziale dell’intestino crasso” ha un costo medio per ricoverato elevato pari a € 8.607, seguita dalla “rimozione di ostruzione dell’arteria coronarica ed inserzione di stent” (€ 6.500).

Figura 17c – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per interventi principali chirurgici, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

2.3.7 I “pesi” per età (“spesa” media per abitante)

Posta uguale ad 1 la spesa media per abitante⁹ (ricoveri ordinari per acuti) della classe di età 25-44 anni, i bimbi (esclusi i nati sani) hanno un “peso” (assorbimento medio di risorse) pari a 5,4, mentre il “peso” diminuisce nelle fasce di età intermedie per riaumentare fino ad arrivare a 5,5 per gli over 75.

Si nota che, per effetto sia di un diverso ricorso all'ospedalizzazione, sia nelle casistiche

⁹ La spesa media per abitante è stata calcolata utilizzando la tariffa nazionale del 1997.

trattate, tali valori medi sono piuttosto difforni a livello regionale. Nella classe di età iniziale, ad esempio, per il Piemonte si determina un peso pari a 6,7, contro il 2,9 della Valle d'Aosta e il 4,4 della Campania. Relativamente ai ricoveri degli acuti anziani (*over 75*), invece, il peso massimo si ha in Friuli Venezia Giulia (7,2), contro il 4,8 della Campania e della Calabria (figura 18).

Per quanto concerne i ricoveri per acuzie in day hospital, il peso medio sulla popolazione è pari a 0,8 all'età iniziale e a 2,4 a 75 anni e più, sempre in riferimento alla classe di età 25-44 anni. Anche in questo caso si nota una forte variabilità regionale: all'età zero si passa dallo 0,4 della Puglia e dell'Umbria al 2,3 del Molise, mentre a 75 anni e più si passa dall'1,7 della Toscana al 3,7 delle Marche (figura 19).

2.3.8 Conclusioni

L'analisi effettuata mostra l'esistenza di notevoli differenze regionali, non attribuibili esclusivamente a ragioni demografiche o epidemiologiche, ma anche (e soprattutto) alla diversità nelle strutture di offerta e nelle capacità organizzative che condizionano in larga misura il ricorso all'assistenza ospedaliera.

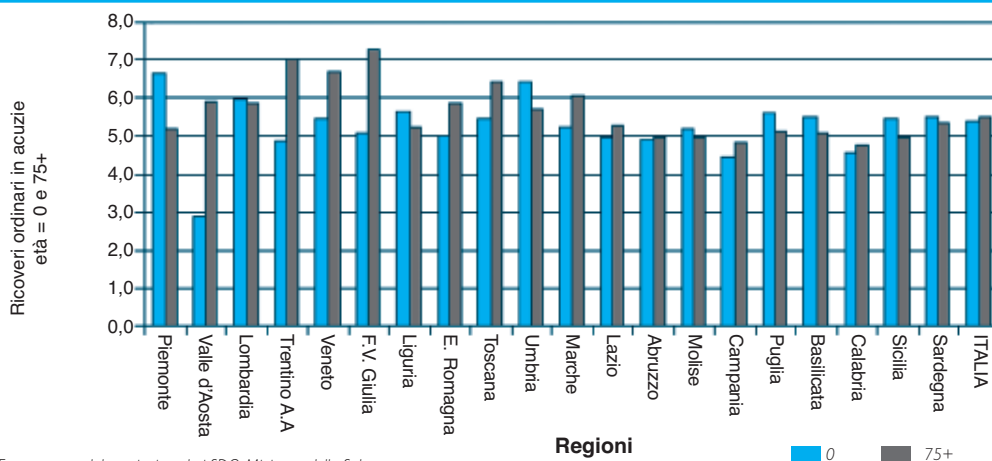
Risulta evidente che nonostante la messa a punto di politiche di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, centrata sulla de-ospedalizzazione e, quindi, sull'incentivazione della riduzione dei posti letto (in particolare quelli per acuzie), tale razionalizzazione, sia sul versante economico che su quello clinico, presenta ancora ampi margini di miglioramento.

Sul versante clinico si nota infatti l'esistenza di una forte variabilità regionale nel ricorso all'ospedalizzazione: i tassi variano nell'ordine del 300% (le differenze sono ancora maggiori in day hospital) e la degenza media varia di 1,3 volte in ogni classe di età.

Le "spese" medie per età e per diagnosi e intervento principale si diversificano molto, anche di 1,5 volte, così come le curve di assorbimento in alcune classi di età.

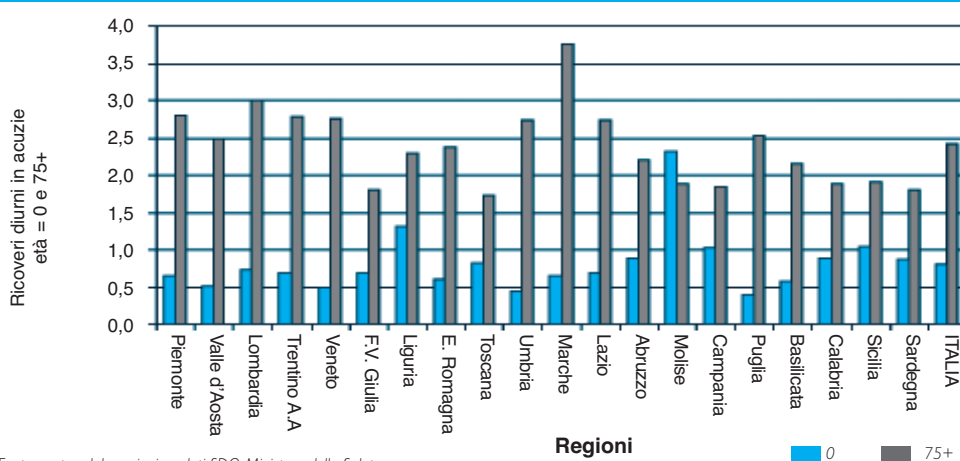
In conclusione vanno separate le differenze auspicabili (perché dovute a diversi bisogni specifici delle popolazioni regionali) da quelle indesiderabili perché derivanti da problemi nell'organizzazione dell'offerta. Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante), se da un lato possono cercare di far tendere il sistema ad una maggiore uniformità, sembrerebbero ad oggi incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, se non addirittura essere fonte di ulteriori rischi di inappropriata e inefficienza. Certamente il perseguimento della mera, o della sola, riduzione dei posti letto sembra contribuire solo marginalmente ad aumentare l'efficienza assistenziale.

Figura 18 – “Spesa” media per abitante e per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=1, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDG, Ministero della Salute

Figura 19 – “Spesa” media per abitante e per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=1, anno 2004



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDG, Ministero della Salute

2.4 - Politica e determinanti della spesa farmaceutica in Italia

Polistena B.¹, Ratti M.¹, Spandonaro F.¹

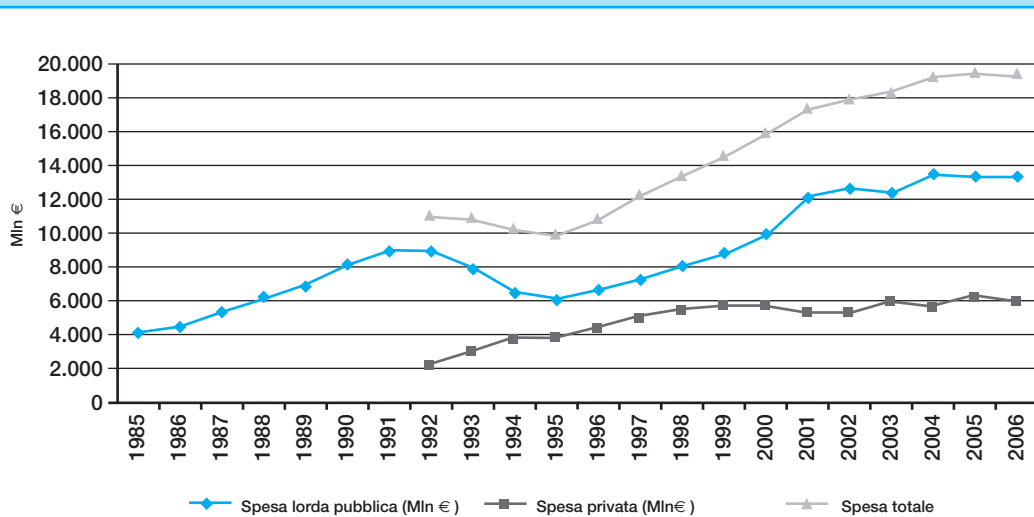
2.4.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è attestata nel 2006 a € 19.254 mln.², facendo registrare una diminuzione dell'1,03% rispetto all'anno precedente, determinato da una diminuzione della spesa privata del 3,84% e da un lieve aumento della spesa pubblica pari allo 0,24%.

Cresce anche il mercato dei farmaci equivalenti³, che ha raggiunto il 13,7% della spesa farmaceutica a carico del SSN (+0,6% rispetto al 2005) e il 25,3% delle quantità consumate (+1,2% rispetto al 2005), anche se ancora è scarso l'utilizzo dei farmaci *unbranded*⁴, che rappresenta solo un quarto del mercato complessivo dei farmaci equivalenti.

La spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha, inoltre, rappresentato il 13,4% della spesa regionale, facendo registrare anche nel 2006 una elevata variabilità tra le Regioni: in quelle del Nord (ad eccezione della Liguria) la spesa risulta al di sotto del tetto del 13%,

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia, anni 1985-2005



Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

² OSMED (2007), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*, Roma, giugno 2007.

³ Ovvero dei farmaci generici branded (farmaci a brevetto scaduto con nome di fantasia).

⁴ I farmaci unbranded sono quelli a brevetto scaduto con nome del principio attivo.