

Rapporto **CEIS - Sanità 2006**

Il governo del sistema sanitario

Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

a cura di

A. Donia Sofio
M. Meneguzzo
F.S. Mennini
F. Spandonaro

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

1.5 - La razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

Rocchetti I.¹, Spandonaro F.¹

1.5.1 Introduzione

L'assistenza ospedaliera è al centro delle politiche sanitarie da oltre un decennio, essendo sempre più diffusa la preoccupazione per l'ingente assorbimento di risorse che genera, ma anche per la più volte dichiarata volontà di spostare il focus assistenziale verso le cure primarie.

Il conseguente spostamento di risorse a livello di Livelli Essenziali di Assistenza dall'ospedale al territorio è divenuto una realtà, sebbene ancora con livelli difformi a livello regionale.

Larga parte delle politiche di razionalizzazione della rete ospedaliera si sono concentrate sulla riduzione dei posti letto (specialmente per acuti), sulla chiusura degli ospedali più piccoli, sull'incentivo ai ricoveri diurni: sono peraltro note ed evidenti le difficoltà che si sono incontrate in tale approccio, in particolare per quanto concerne la chiusura degli ospedali, che in effetti procede a rilento in molte Regioni.

A ben vedere, le strategie citate hanno un limite intrinseco in termini di razionalizzazione economica, per effetto della non proporzionalità fra riduzione dei posti letto e riduzione degli organici, che pure rappresentano la voce largamente maggioritaria dei costi.

Il presente contributo vuole analizzare alcune dimensioni fondamentali dell'assistenza ospedaliera, onde valutare lo stato del processo di razionalizzazione in corso; si privilegerà l'analisi della variabilità regionale dei comportamenti assistenziali, in particolare in termini di ricorso all'ospedale per età e di assorbimento di risorse che ne consegue. Non è evidentemente estranea al ragionamento neppure la valutazione delle politiche tariffarie regionali.

1.5.2 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 2003, riferite alla residenza del ricoverato.

Per quanto riguarda la valorizzazione dei ricoveri, onde stimare l'assorbimento di risorse relativo per età, si sono utilizzate le tariffe DRG specifiche regionali.

In particolare sono stati elaborati i tassi di ospedalizzazione specifici per età e residenza dei ricoverati e l'assorbimento relativo di risorse per classe di età e Regione.

Inoltre si è elaborata la tariffa media vigente nelle singole Regioni, anche standardizzata per il case mix, in quest'ultimo caso utilizzando la casistica nazionale.

Infine si è valutato l'effetto congiunto del minore/maggiore ricorso all'ospedale e delle politiche tariffarie, calcolando l'onere medio per classe di età riferito alla popolazione residente.

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

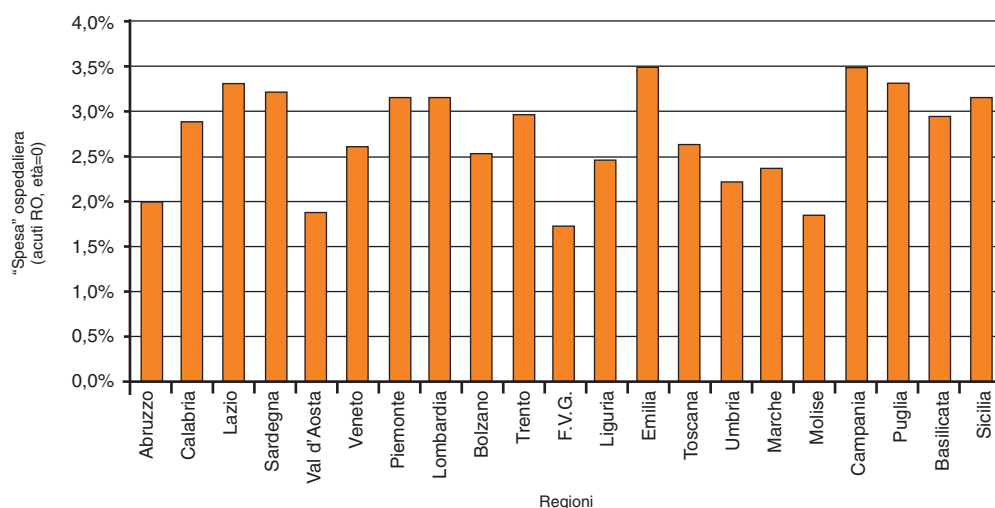
1.5.3 Struttura dei “costi” ospedalieri per età

Iniziamo la nostra analisi dalla distribuzione per età della “spesa”² ospedaliera degli acuti in regime ordinario e in day-hospital.

Relativamente agli acuti ricoverati in regime ordinario, le percentuali di “spesa” alle varie età hanno un andamento qualitativamente omogeneo nelle varie Regioni: dopo il picco di assorbimento relativo alle nascite (con patologie), esse crescono di poco sino alla classe di età 15-24, per poi aumentare esponenzialmente nelle fasce di età successive.

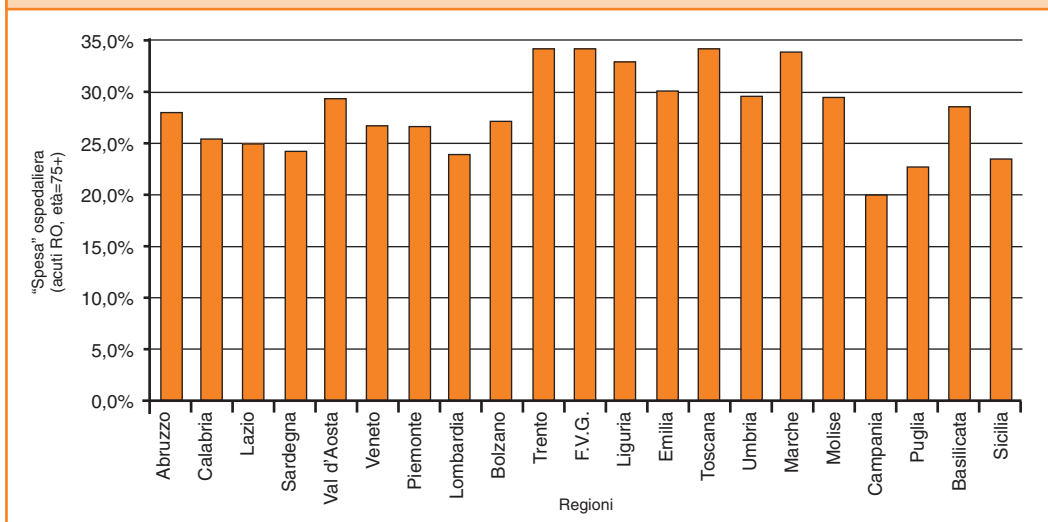
Dall’analisi quantitativa, emergono significative differenze a livello regionale. All’età zero, così come nelle età intermedie, il peso della “spesa” ospedaliera è maggiore nelle Regioni del Sud e nello specifico in Campania (3,5%), in Puglia (3,3%) e in Sicilia (3,1%). Il dato è spiegabile, ma solo parzialmente, con la struttura demografica regionale e quindi con i maggiori tassi di natalità al Sud (grafico 1): si consideri infatti che sono esclusi i costi dei parti di bimbi nati sani. Con l’aumentare dell’età si inverte ovviamente la relazione e aumenta anche la variabilità regionale. In particolare la classe di età 75 e più è quella in cui la proporzione di “spesa” si differenzia di più da Regione a Regione: i valori più alti sono raggiunti dal Friuli Venezia Giulia (34,6%), dalla Toscana (34,3%) e dalle Marche (34,1%), mentre la Campania ha la quota di “spesa” più bassa (20,1%) (grafico 2).

**Grafico 1 - Quota di “spesa” ospedaliera
Ricoveri ordinari in acuzie – età zero – Anno 2003**



² Come evidenziato nel paragrafo precedente, per “spesa” va correttamente inteso l’ammontare di finanziamento teoricamente riconosciuto secondo le tariffe DRG regionali 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.

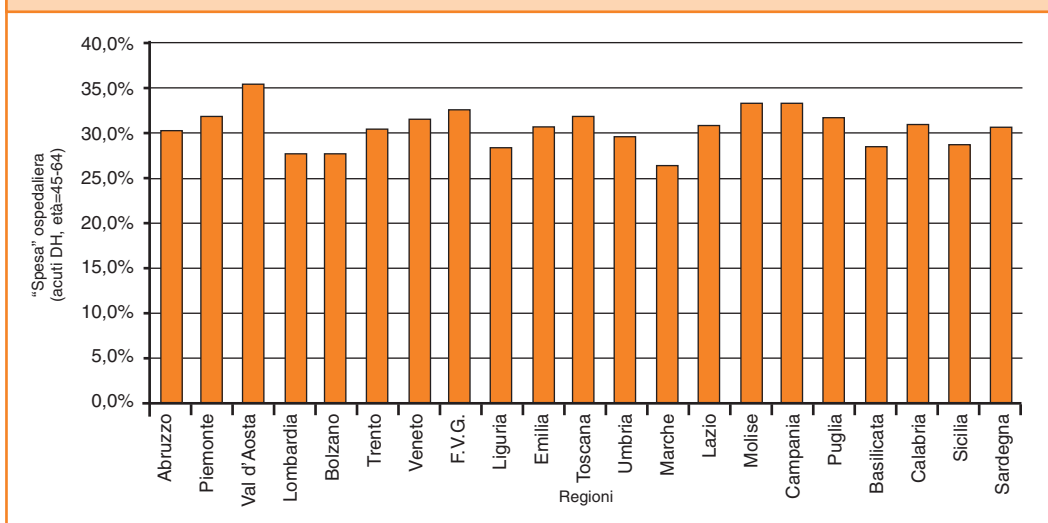
**Grafico 2 - Quota di "spesa" ospedaliera
Ricoveri ordinari in acuzie - età 75+ - Anno 2003**



Per quanto concerne i ricoveri in day-hospital, il costo si concentra in corrispondenza della classe d'età 45-64, per poi diminuire successivamente. In generale la variabilità regionale è maggiore nel regime ordinario (grafico 3).

Relativamente alla classe di età 45-64, che è quella che presenta la maggiore variabilità regionale, la Val d'Aosta ha un assorbimento del 36,0%, la Campania e il Molise del 33,7%, sino al 27,3 % delle Marche (grafico 3).

**Grafico 3 - Quota di "spesa" ospedaliera
Ricoveri diurni in acuzie - età 45-64 - Anno 2003**



La “spesa” ospedaliera per ricoveri ordinari si concentra quindi sulla prima e ultima classe di età, mentre per i ricoveri diurni nella classe 45-64 anni: emerge peraltro una forte variabilità regionale che scomporremo nei paragrafi successivi nelle sue componenti demografiche, di case-mix e tariffarie.

1.5.4 I tassi di ospedalizzazione

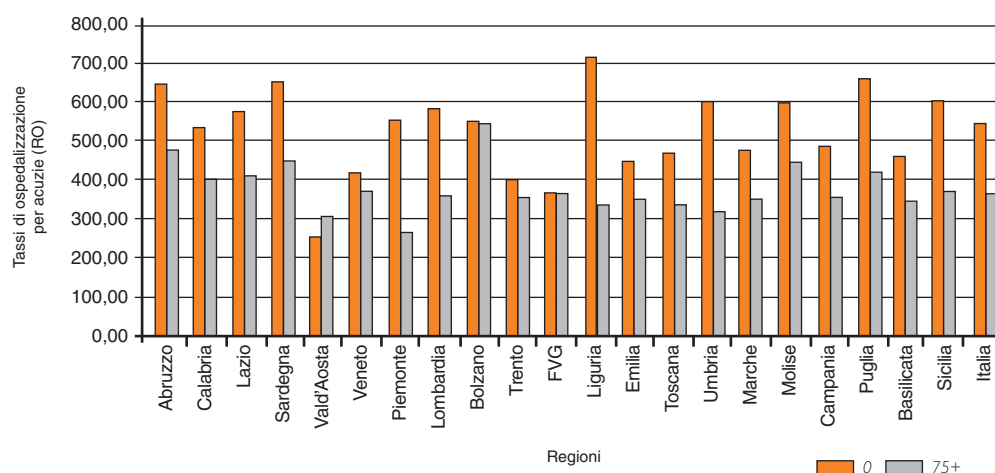
Relativamente agli acuti, il tasso di ospedalizzazione complessivo in Italia è pari al 145,9 per mille, sotto il parametro del 160 per mille indicato dall’art. 1 della L. 662/1996.

Se entriamo nello specifico per classe di età, osserviamo che nel primo anno di vita il tasso è pari al 548,15 per mille (esclusi i bimbi nati sani), scendendo al 58,38 per mille nella classe 5-14 per poi risalire nella classe 75 + al 370,26 per mille (grafico 4).

Anche in questo caso l’andamento qualitativo è omogeneo in tutte le Regioni, ma sono rilevanti le differenze di livello.

Si evidenzia in particolare l’esistenza di irregolarità geografiche nella distribuzione dei

Grafico 4 - Tassi di ospedalizzazione - Acuti in regime ordinario (valori per mille abitanti) - età zero e 75+



ricoveri e di una forte variabilità soprattutto nel primo anno di vita: le Regioni che riscontrano una proporzione maggiore di ricoveri sono la Liguria (704,04 per mille) e la Puglia (669,24 per mille), seguite dalla Sardegna e dall’Abruzzo. All’altro estremo troviamo la Val d’Aosta e il Friuli Venezia Giulia, con tassi di ospedalizzazione pari rispettivamente al 254,13 e al 370,34 per mille.

Nelle fasce di età intermedie, come già accennato e come è peraltro lecito aspettarsi, i tassi di ospedalizzazione sono più bassi e con una variabilità minore.

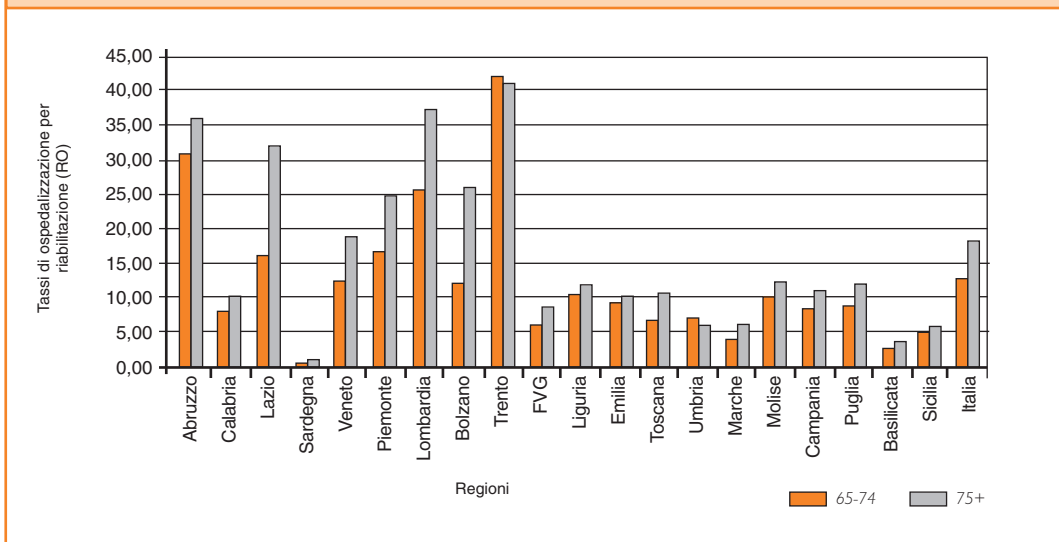
Nelle età anziane, sono la provincia di Bolzano e le Regioni del centro come Abruzzo e

Molise a raggiungere i tassi più elevati (rispettivamente 555,04, 485,14, 453,92 per mille), seguiti da alcune Regioni del Sud tra cui la Puglia e la Calabria; le Regioni del Nord (in particolare il Piemonte e la Val d'Aosta) al contrario mostrano i valori dei tassi pari a circa la metà, rispettivamente 267,00 e 309,54 per mille (grafico 4).

Considerando che i dati utilizzati si riferiscono alla residenza dei ricoverati, le differenze riscontrate è difficile immaginare che possano essere attribuite a fattori epidemiologici. Specialmente i ricoveri dei più anziani sembrano spiegabili principalmente con ragioni di tipo organizzativo, legate alla assenza/presenza di alternative residenziali specifiche. Relativamente ai ricoveri per riabilitazione, si può notare una variabilità ancora maggiore: a partire dalla classe di età 25-44 le proporzioni di ricoverati sulla popolazione passano dal 4,57 su mille abitanti in Abruzzo allo 0,10 per mille della Basilicata.

I tassi di ospedalizzazione raggiungono ovviamente livelli massimi (nel livello e nella variabilità) nelle classi 65-74 e 75+; si evidenzia una regolarità geografica, nel senso che la proporzione maggiore di anziani ricoverati per riabilitazione si riscontra nelle Regioni del Centro-Nord e principalmente nella provincia di Trento (41,71 per mille), quindi in Lombardia e in Abruzzo, mentre al contrario le Regioni del Sud tra cui la Basilicata e la Sicilia riscontrano tassi di riabilitazione più bassi e pari rispettivamente al 4,15 e al 5,64 per mille (grafico 5).

Grafico 5 - Tassi di ospedalizzazione - Riabilitazione regime ordinario (valori per mille abitanti) - età 65-74 e 75+



Per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza la media italiana è di 1,52 ricoveri su mille abitanti. Anche qui si osserva una elevata variabilità.

La provincia di Trento riscontra ancora il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza più elevato (pari a 53,85 per mille abitanti over 75), seguita subito dopo dall'Emilia Romagna (44,04 per mille); al contrario la Calabria e la Sicilia sono le due Regioni con tasso di ospe-

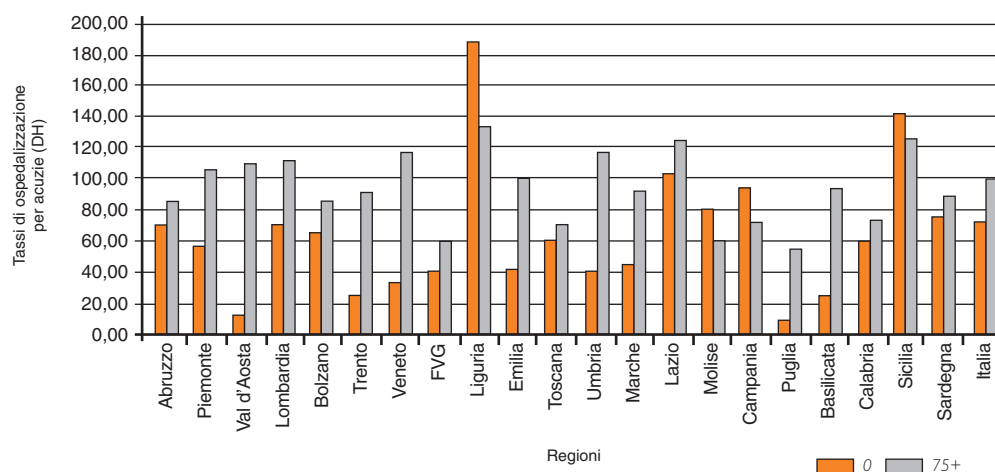
dalizzazione più basso: rispettivamente 2,01 e 3,66 per mille abitanti.

Si avvalorava quindi l'ipotesi che la spiegazione della variabilità nei tassi di ospedalizzazione sia da ricercarsi nella struttura dell'offerta piuttosto che nei bisogni della popolazione. Passando ai ricoveri diurni, in Italia il tasso di ospedalizzazione è pari complessivamente al 61,74 per mille abitanti, passando dal 71,40 per mille alla nascita al 98,53 per mille a 75 anni e +.

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 (188,02 per mille) e dalla Sicilia (140,62), seguite dal Lazio (102,17). Queste Regioni mostrano i tassi di ospedalizzazione più elevati anche nelle altre fasce di età.

La Puglia e la Val d'Aosta sono al contrario le Regioni con la proporzione di ricoveri minore (nel primo anno di vita pari rispettivamente al 9,36 e al 13,05 per mille abitanti). La Puglia inoltre presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi anche nelle altre fasce di età. I tassi di ospedalizzazione aumentano in corrispondenza della classe di età 65-74, per poi o diminuire o rimanere costanti a 75 anni e + (grafico 6).

Grafico 6 - Tassi di ospedalizzazione - Acuti in day-hospital (valori per mille abitanti) - età zero e 75+



La fortissima variabilità riscontrata conferma ancora come sia la disponibilità di servizi il fattore determinante, che nel caso dei ricoveri in regime diurno richiede la pianificazione di una ristrutturazione della rete assistenziale.

In conclusione, dall'analisi dei tassi di ospedalizzazione emerge una ancora incompiuta, e fortemente difforme, razionalizzazione dell'offerta, che determina un differente accesso ai servizi ospedalieri, ponendo questioni tanto di efficienza che di equità.

1.5.5 L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il case mix

Per depurare l'analisi dagli effetti derivanti 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, prescelta in quanto quest'ultima è in genere molto vicina a quella media totale regionale.

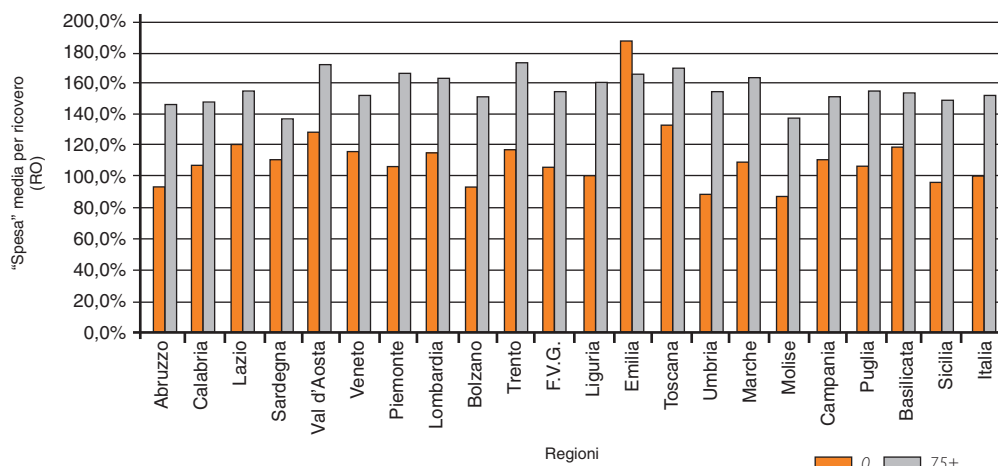
Relativamente ai ricoveri degli acuti in regime ordinario, i ricoverati di età 0 costano mediamente il 100,1% di quelli della classe di riferimento, mentre per l'età 75 e + la "spesa" raggiunge il 152,5%.

Come era lecito aspettarsi, quindi, gli anziani hanno una casistica mediamente "più complessa".

A fronte di questo dato aggregato, notiamo però come alla nascita abbiamo un costo relativo che varia dal 185,3% in Emilia Romagna all'86,5% del Molise.

Nell'ultima fascia di età (over 75) per la Provincia di Trento si determina una "spesa" media relativa del 173,5%, seguita dalla Val d'Aosta (172,0%) e dalla Toscana (169,7%); all'altro estremo si trova invece la Sardegna con una "spesa" relativa solo del 136,8%, seguita dal Molise (138,8%) e dalla Calabria (146,2%) (grafico 7).

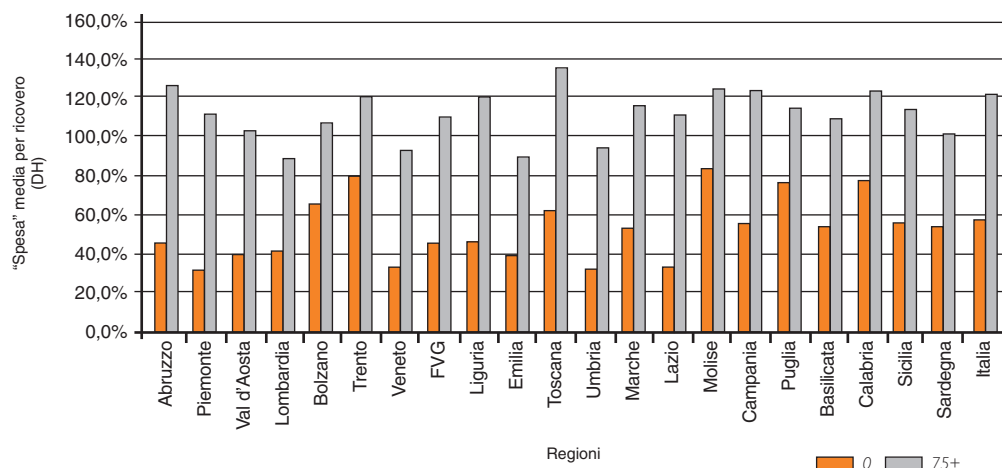
Grafico 7 - "Spesa" media per ricoverato (regime ordinario) - età zero e 75+



Per quanto riguarda i ricoveri diurni, l'assorbimento relativo varia dal 57,3% all'età zero al 123,1% dell'ultima fascia di età.

All'età 0 si passa da un assorbimento relativo dell'85,0% circa in Molise al 31,8% del Piemonte. Nella classe 75+ la Toscana è al 137,9%, mentre l'Emilia Romagna e la Lombardia si fermano rispettivamente al 90,8% e al 91,4% (grafico 8).

Grafico 8 - "Spesa" media per ricoverato (day-hospital) - età zero e 75+

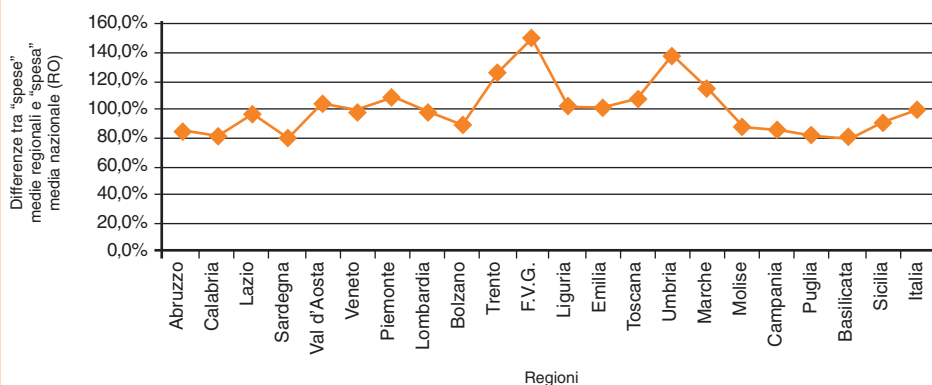


Le indicazioni che si traggono da questa statistica sono che in alcune Regioni (come l'Umbria e altre Regioni del Sud tra cui la Calabria e la Sardegna) si nota una struttura più piatta, che può essere indice di ricoveri di bassa intensità, potenzialmente inappropriati per le fasce più a rischio (bambini e anziani).

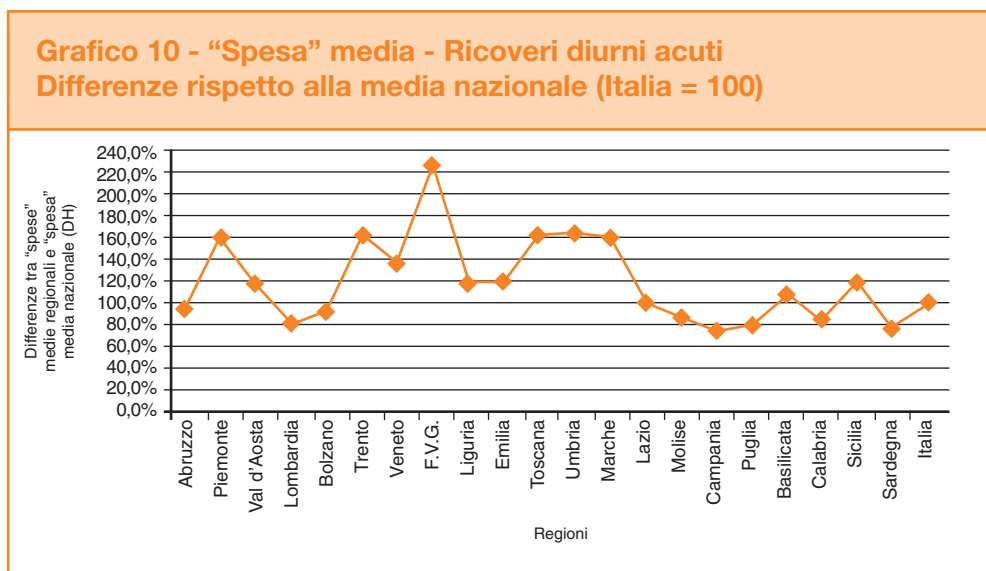
Sempre relativamente ai case mix trattati, si noti come le Regioni del Nord registrano sistematicamente una "spesa" media per ricovero, maggiore rispetto a quelle del Sud.

Relativamente al regime ordinario, il Friuli Venezia Giulia (149,9%) e l'Umbria (138,1%) sono sopra la media; al contrario la Sardegna (80,2%), la Basilicata (80,4%) e la Puglia (81,3%) sono sotto la media nazionale (grafico 9).

**Grafico 9 - "Spesa" media - Ricoveri ordinari acuti
Differenze rispetto alla media nazionale (Italia = 100)**



Per i ricoveri diurni in Friuli Venezia Giulia (225,7%) la “spesa” media è più del doppio di quella nazionale, seguita dalla Toscana (161,7%), e dal Piemonte (159,7%); contrariamente la Campania (73,8%) e la Sardegna (76,5%) sono nettamente al di sotto della media nazionale (grafico 10).



Questo dato conferma che i cittadini del Nord ricorrono all'ospedale per casistiche più complesse rispetto a quelli del Sud, anche se il dato è confuso dai diversi livelli tariffari in essere a livello regionale, che verranno analizzati nel paragrafo successivo.

1.5.6 I livelli tariffari

Per ogni Regione si è calcolata la tariffa media complessiva (acuti, riabilitazione e lungodegenze), ponderando con la casistica nazionale.

Il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria e la Provincia di Trento garantiscono le tariffe medie più elevate, pari rispettivamente a € 3.999,50, € 4.063,81 e € 3.828,52. La Basilicata è la Regione con tariffa media più bassa (€ 2.594,95), seguita dal Veneto (€ 2.668,07) e la Sardegna (€ 2.776,86) (grafico 11).

Per quanto concerne i ricoveri diurni, l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia hanno livelli tariffari maggiori, pari rispettivamente a € 1.067,82 e € 1.019,61; al contrario la Puglia e l'Abruzzo si caratterizzano per livelli tariffari minori pari rispettivamente a € 533,36 e € 537,41 (grafico 12).

Grafico 11 - Tariffe medie - Regime ordinario

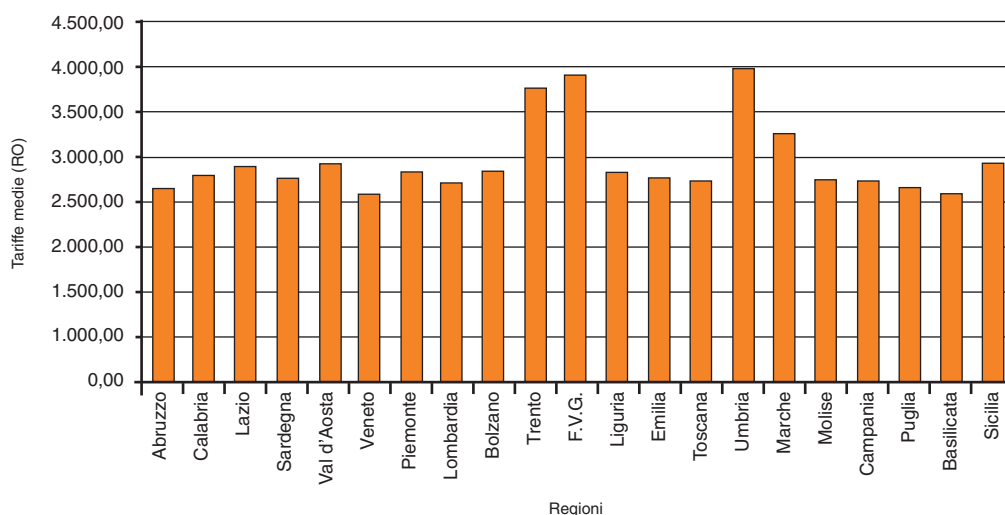
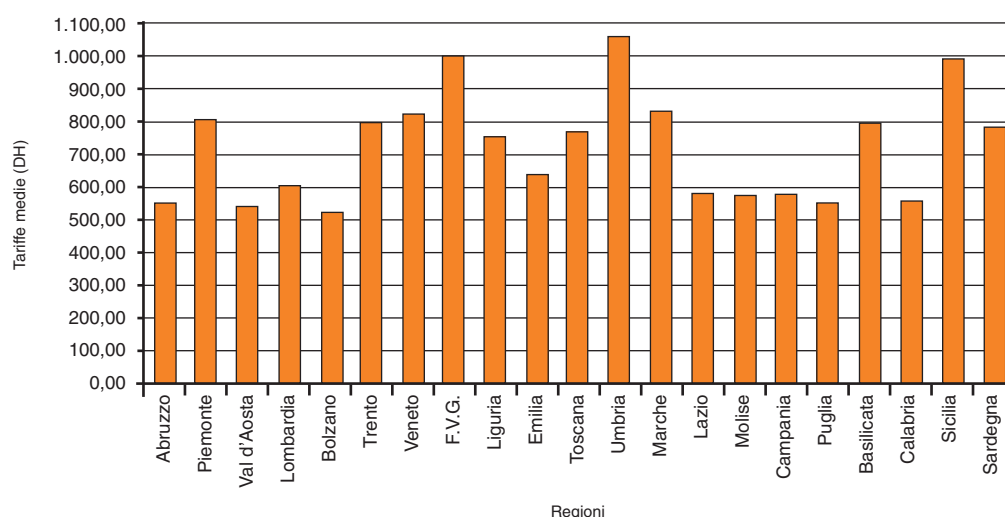


Grafico 12 - Tariffe medie - Day-hospital



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

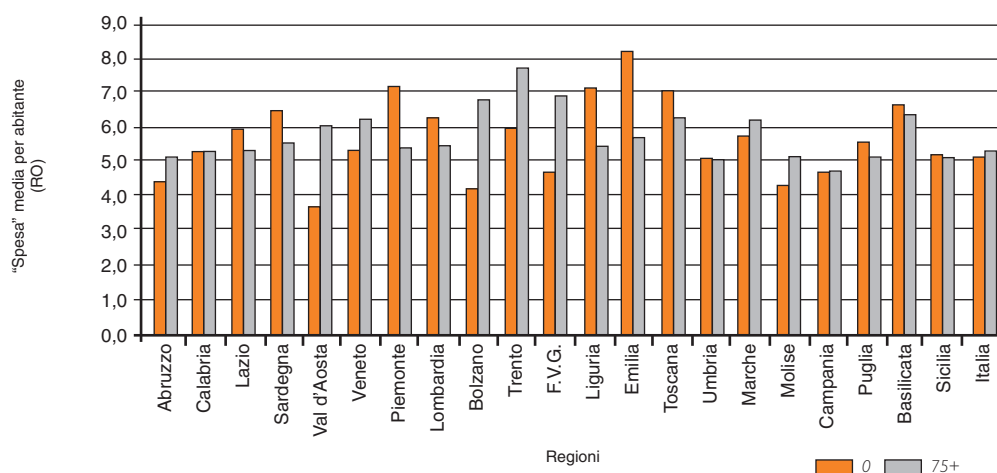
Posta uguale ad 1 la spesa media per abitante (ricoveri ordinari per acuti) della classe di età 25-44, i bimbi (esclusi i nati sani) hanno un “peso” (assorbimento medio di risorse) pari a 5,2, mentre il “peso” è di 5,4 per gli over 75: qualitativamente si determina la classica forma ad “U”.

Si conferma, però, che per effetto delle forti differenze regionali sia nel ricorso all'ospedalizzazione, sia nelle casistiche trattate, sia nei livelli tariffari, tali valori medi sono piuttosto difformi a livello regionale.

Nella classe di età iniziale, ad esempio, per l'Emilia Romagna si determina un "peso" di 8,4, contro un valore di 3,7 in Val d'Aosta, di 4,2 in Molise.

Per gli over 75, la provincia di Trento ha un "peso" di 7,8 mentre la Campania e la Sicilia sono rispettivamente a 4,8 e 5,1 (grafico 13).

**Grafico 13 - "Spesa" media per abitante - Regime ordinario acuti
Età zero e 75+**



La curva per i ricoveri diurni è simile, ma decrescente per le età più anziane. Per la prima classe il "peso" è di 0,8, per crescere a 2,6 nella classe di età estrema.

All'età zero, per il Molise si determina un "peso" di 1,9 con la Val d'Aosta a 0,2.

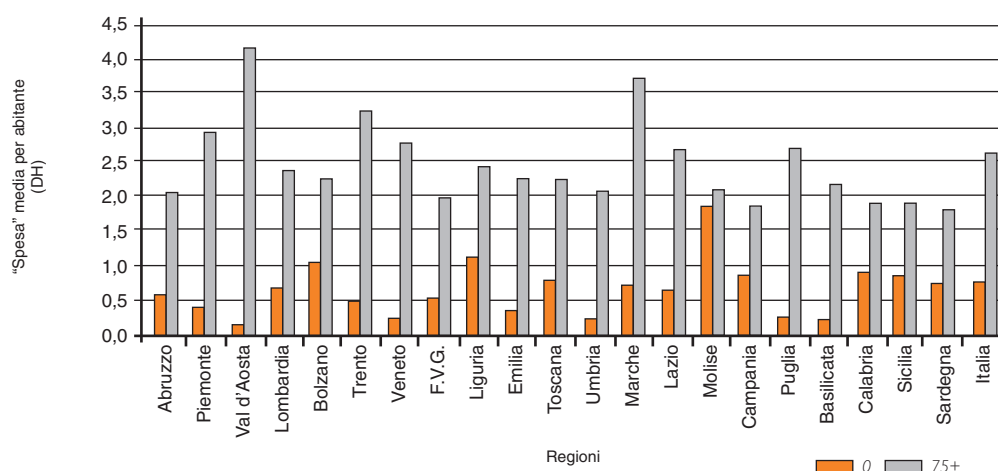
Per gli over 75 la Val d'Aosta ha un peso di 4,4, seguita dalle Marche a 3,7; al contrario la Sardegna e la Sicilia si fermano a 1,8 e 1,9 (grafico 14).

In sintesi si evincono forti difformità nei "modelli" di assistenza ospedaliera regionali, che rendono quanto meno opinabile una ripartizione delle risorse basata su pesi (ai sensi della L. 662/1996) medi nazionali: andrebbero quantomeno indagate le ragioni reali delle difformità sopra esposte, onde distinguere fattori epidemiologici e demografici da quelli derivanti da inappropriata e carenza/distorsione delle reti di offerta.

1.5.8 Conclusioni

Malgrado siano risultate (almeno parzialmente) efficaci le politiche tese a spostare l'onere assistenziale ed economico dall'ospedale al territorio, si è testimoniato come permangano notevoli differenze regionali, non facilmente attribuibili a fattori di bisogno della

**Grafico 14 - "Spesa" media per abitante - Regime diurno acuti
Età zero e 75+**



popolazione, siano essi demografici o epidemiologici.

Per esclusione si deve ammettere che esistono notevoli sacche di inappropriata e una domanda in larga misura condizionata dall'offerta.

Lo strumento della riduzione dei posti letto risulta quindi sostanzialmente incapace da solo a governare un processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, sia sul versante economico, sia su quello clinico.

In termini economici appare molto più consistente concentrarsi sulle dimensioni delle dotazioni organiche e del ricorso all'ospedale. Su quello clinico è necessario altresì approfondire le ragioni delle altre differenze/variabilità regionali riscontrate:

- tassi di ospedalizzazione variabili nell'ordine del 300% (e anche più per il regime diurno e per riabilitazione e lungodegenza);
- livelli tariffari anch'essi variabili, con differenze medie massime del 60%;
- casistiche medie diverse, anche di 1,5 volte;
- curve di assorbimento delle risorse per età diverse con, in alcune classi, un fattore di variabilità regionale di valore 2,5.

In conclusione vanno separate le differenze auspicabili (perché fonte di adesione ai bisogni specifici delle popolazioni regionali) da quelle indesiderabili perché derivanti da autoreferenzialità dell'offerta. Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante) sembrano incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, se non addirittura sono fonte di ulteriori rischi di inappropriata e inefficienza.