



Capitolo 6

Assistenza ospedaliera

Hospital healthcare

6a. L'evoluzione dell'attività ospedaliera e i processi di razionalizzazione della rete

English Summary

6b. L'impatto delle classificazioni isoseverità sulle stime dell'inappropriatezza

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6

Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è storicamente oggetto di grande attenzione in termini programmatici, come anche in termini di monitoraggio dei flussi e della consistenza strutturale.

Sin dalla metà degli anni '80 sono numerose le norme (a partire dalla L. n. 595/1985) tese a indicare parametri e *standard* di riferimento per le attività ospedaliere. Ancora di recente il Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 è tornato sulla materia, fornendo i riferimenti per un corretto sviluppo prospettico della rete.

Non possiamo dimenticare di citare anche l'istituzione dei flussi di monitoraggio in materia ospedaliera, che ha come elementi chiave l'implementazione del *database* delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e più di recente il Piano Nazionale Esiti (PNE).

Si tratta certamente del settore sanitario per il quale si dispone del flusso informativo più completo e tempestivo: le SDO, sin da metà degli anni '90, permettono di conoscere in modo esaustivo i flussi di ricoveri; il PNE permette oggi una lettura dell'attività anche sul versante della qualità dell'assistenza erogata.

Le ragioni di tanta attenzione sono evidenti e riconducibili al fatto che si tratta del settore che assorbe la maggior quota di risorse economiche: ricordiamo che pur in declino negli anni, il relativo finanziamento del LEA è fissato al 46% del Fondo Sanitario Nazionale.

Inoltre, non si può negare la "strategicità" del settore, in quanto per l'ospedale "passano" l'emergenza-urgenza e in generale le patologie più gravi. L'ospedale rimane, quindi, anche nell'immaginario collettivo, il presidio sanitario per eccellenza.

Non di meno, da molti anni, la priorità per le politiche sanitarie è quella della de-ospedalizzazione, operazione tesa a liberare risorse da spostarsi sul "territorio", ove

si gioca in prospettiva la partita, strategica per i sistemi sanitari, della risposta alla crescita esponenziale della cronicità.

Peraltro sono proprio l'assistenza ospedaliera, insieme a quella farmaceutica, le aree che maggiormente contribuiscono a generare la crescita continua della cronicità, nella misura in cui contrastando sempre più efficacemente gli esiti "infausti" delle acuzie, stanno di fatto cronicizzando quasi ogni patologia, tanto da far persino perdere di senso alla contrapposizione fra patologie acute e croniche.

Non di meno, l'assistenza ospedaliera non è fatta di sole acuzie, ricomprendendo la riabilitazione e la lungodegenza, per le quali l'attenzione è certamente stata di molto inferiore.

Questo, malgrado uno dei punti di maggiore modernità della Legge n. 833/1978, istitutrice del SSN, fosse proprio nella corretta visione dell'integrazione fra i vari approcci: preventivo, curativo, riabilitativo e oggi potremmo aggiungere palliativo.

Altro aspetto parzialmente negletto è quello della tipizzazione dell'utenza dell'ospedale: la domanda è, al di là degli indiscutibili effetti di razionalizzazione gestionale dell'attività ospedaliera, come stia cambiando l'utenza tipo dell'ospedale.

Alla luce di queste considerazioni, nel capitolo 6 si presentano:

- alcuni *trend* dell'attività ospedaliera e alcune riflessioni sull'implementazione del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 (capitolo 6a);
- un approfondimento sull'impatto dei sistemi di classificazione dell'attività ospedaliera iso-severità sulla stima dell'inappropriatezza organizzativa (capitolo 6b).

Hospital healthcare

Historically, hospital healthcare is the object of great attention in terms of programming, in addition to terms of monitoring flows and structural soundness.

Since the mid-1980s, many regulations (beginning with Law No. 595/1985) have been issued with the aim of indicating parameters and standards of reference in the field of hospital activities. More recently, the Decree of the Italian Ministry of Health No. 70/2015 provides benchmarks for the correct prospective development of the hospital network.

We cannot neglect also mentioning the institution of monitoring flows in the hospital sector, whose key elements are the implementation of a database of hospital discharge records (SDO) and more recently the National (hospital) Outcomes Plan (PNE).

Certainly the most complete and timely flow of information can be found in the healthcare sector: SDOs, beginning in the mid-1990s, provide clear indicator of hospitalization flows; as well as PNEs today provide an interpretation of activities even from the delivered quality of care side.

The reasons for all of this attention are quite evident and due to the fact that this sector absorbs the highest share of economic resources: we must bear in mind that although it has been decreasing over the years, relative LEA (Essential Assistance Levels) funding is set at 46% by Italian National Healthcare Fund.

Moreover, one cannot deny the “strategic” nature of the sector as emergency-urgent cases “go through” the hospital, as well as provides health care to the more serious diseases. Therefore the hospital remains, even in collective imagination, the healthcare centre par excellence.

No less, for many years, the priority for healthcare

policies has been dressed to de-hospitalization. This operation is aimed at freeing resources to be moved over the “territory”, where the game is played in perspective and is strategic for healthcare systems, in response to an exponential growth of chronic disease.

What is more, hospital care and pharmaceutical treatment are the areas that most contribute towards generating the continuous rise of chronicity, to the extent that they growingly contrast the “unfavourable” outcomes of acute diseases and actually turn nearly every disease into a chronic one – so much so as to even lose the differentiation between acute and chronic disease.

Nevertheless, hospital healthcare is actually not only made of acute cases, but also includes rehabilitation and long-term care. These last regimens have certainly received much less attention than the first one.

This has occurred despite one of the most “modern” items in Law No. 833/1978 (governing the National Healthcare Service – NHS) deals with a correct vision in integrating the various approaches: prevention, rehabilitation and, today, we may also add palliative care.

Another aspect that has been partially neglected is the typization of hospital consumers: the question is, beyond the indisputable effects of management rationalization of hospital activities, how are typical hospital consumers changing?

Moving from these considerations, Chapter 6 presents:

- *some trends in hospital activities and some considerations regarding implementation of the Decree by the Italian Ministry of Health No. 70/2015 (chapter 6a);*
- *a study on the impact of iso-severity classification systems in hospital activities, regarding the estimate of organizational inappropriateness (chapter 6b).*

CAPITOLO 6a

L'evoluzione dell'attività ospedaliera e i processi di razionalizzazione della rete

Spandonaro F.¹, d'Angela D.², Giordani C.²

6a.1. Obiettivi

L'assistenza ospedaliera è storicamente oggetto di grande attenzione in termini programmatici, come anche in termini di monitoraggio dei flussi e della consistenza strutturale, come ricordato nell'introduzione al capitolo 6. Nel presente contributo ci si concentra, in particolare, sugli effetti delle politiche di razionalizzazione della rete ospedaliera, tanto nelle acuzie che nella riabilitazione e nella lungodegenza, nonché sui cambiamenti demografici ed epidemiologici che nel frattempo si registrano sul lato della domanda.

Ove possibile, si forniscono anche confronti dei *trend* nazionali con quelli dei Paesi simili.

Infine, si analizza prospetticamente quali possano essere gli impatti ulteriori delle recenti norme di razionalizzazione (Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015).

6a.2. L'evoluzione dell'attività ospedaliera

La riduzione dell'attività ospedaliera è stata certamente impressionante; nel complesso, dopo il 2000 e fino al 2014 abbiamo assistito ad una contrazione dei ricoveri del 26,4% e delle giornate di ricovero del 23,8%, pari ad una riduzione media annua superiore al 2%: in termini assoluti si passa da quasi 13 milioni annui di ricoveri a circa 9,5.

Dividendo il periodo in quinquenni, possiamo osservare una prima fase, fino al 2005-2006, in cui il numero complessivo dei ricoveri rimane sostanzialmente

costante, mentre si riducono le giornate di degenza e quindi la degenza media.

Successivamente si riducono costantemente, e in misura maggiore, i ricoveri, mentre rimane sostanzialmente stabile la degenza media (Figura 6a.1).

Quanto descritto, pur essendo una tendenza generalizzata, è però frutto della composizione di andamenti non sovrapponibili a livello di singolo regime.

Per quanto riguarda le acuzie, in regime ordinario la riduzione dei ricoveri nel periodo 2001-2014 ha sfiorato il 28% (-2,6 milioni di ricoveri), al netto di un aumento dei ricoveri per parto con neonato sano, che per la verità hanno iniziato a ridursi dal 2008 (-1,37% dopo il 2010).

La contrazione dei ricoveri è stata più rapida nell'ultimo quinquennio, quando ha superato il 3% medio annuo.

Analogamente la riduzione delle giornate di degenza è stata circa del 29% (-18,3 milioni di giornate annue); la contrazione è stata abbastanza costante nel periodo, intorno al 3% medio annuo, leggermente meno (-2%) nel quinquennio intermedio (2005-2010).

La degenza media è, invece, rimasta sostanzialmente stabile (era diminuita radicalmente negli anni '90 a seguito dell'introduzione del pagamento prospettico a DRG) su un livello di 6,8 giornate (è diminuita quella per i neonati sani da 3,6 giornate a 3,1).

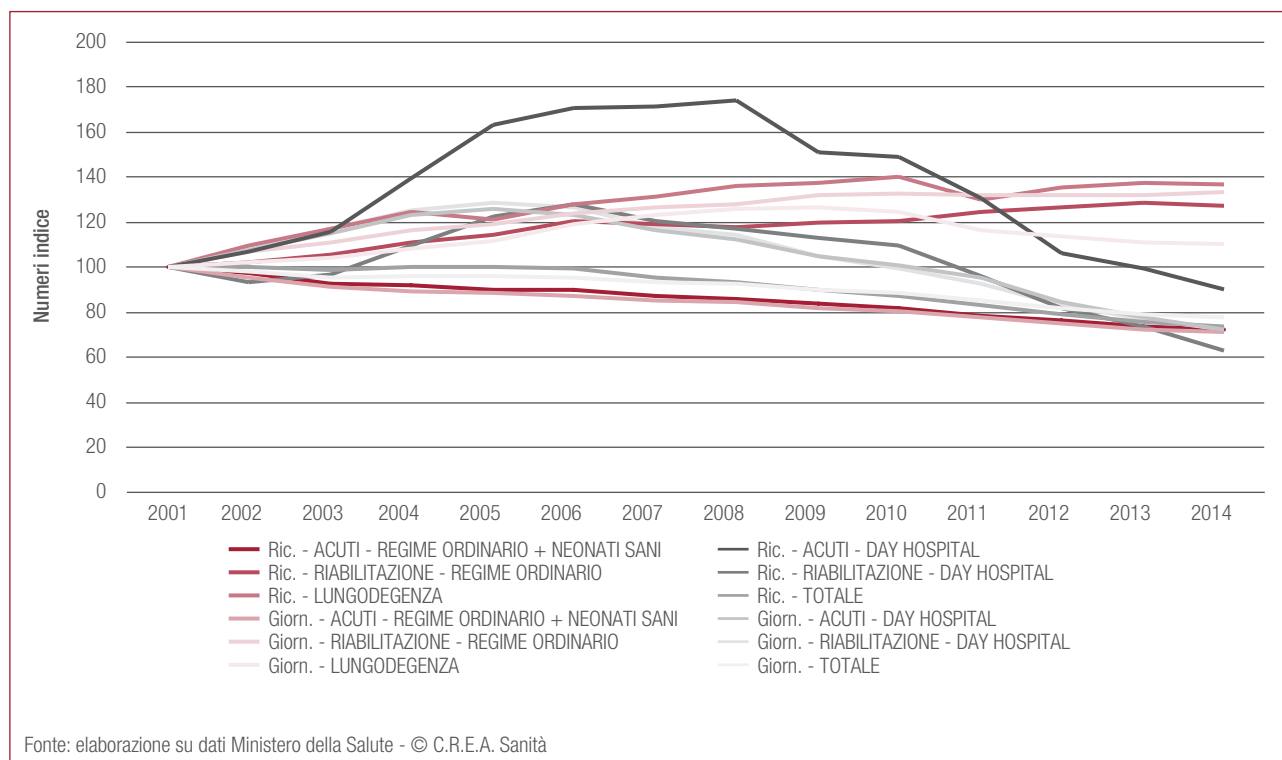
La riduzione del tasso di ospedalizzazione è netta, essendo passato da 167,0 ricoveri ordinari in acuzie per 1.000 abitanti a 113,1.

Per quanto concerne i ricoveri diurni in acuzie, la contrazione è analoga a quella dei ricoveri ordinari; l'andamento è, però, del tutto diverso: nel primo quinquennio il ricorso al *Day Hospital/Day Surgery* (DH) è aumen-

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

² C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Figura 6a.1. Ricoveri e giornate di degenza per regime. Numeri indice, anni 2001-2014 (2001=100)



tato del 6,5% medio annuo, mentre successivamente è calato sempre più (-7,7% medio annuo dopo il 2010): complessivamente la riduzione dal 2001 è stata di 0,85 milioni annui medi di ricoveri diurni.

Approssimativamente le stesse percentuali di variazione si applicano agli accessi, complessivamente calati di 2,3 milioni, mantenendo praticamente immutato nel periodo il numero medio di accessi (2,7-2,8).

Il tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) è passato da 53,4 a 36,1.

Per quanto concerne la riabilitazione, osserviamo un “crollo” dei ricoveri in regime diurno (-37%, pari a -20.489 ricoveri) e un simmetrico aumento di quelli ordinari (+27,1%, pari a +67.120 ricoveri). Analizzando l’andamento nei sotto periodi, constatiamo che nel primo quinquennio erano aumentati tanto i ricoveri ordinari (+3,5%), che quelli diurni (+5,2%). Successivamente i primi hanno continuato a crescere, anche se più lentamente (circa +1%), mentre sono “crollati” quelli diurni (-12,9% dopo il 2010).

La degenza media dei ricoveri ordinari, seppure con alcune fluttuazioni nel periodo, è rimasta su valori prossimi alla soglia massima di rimborso (tipicamente pari a

30 giorni), assestandosi a 26,3 giorni: ne segue che le giornate di degenza sono aumentate del 33,3%.

Gli accessi medi per ricoveri diurni sono aumentati significativamente da 10,0 a 14,4 giorni, con una riduzione annua di 54.433 giornate (-9,8%), in larga misura generatasi nell’ultimo quinquennio. Complessivamente il tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) è leggermente aumentato da 5,3 a 5,8.

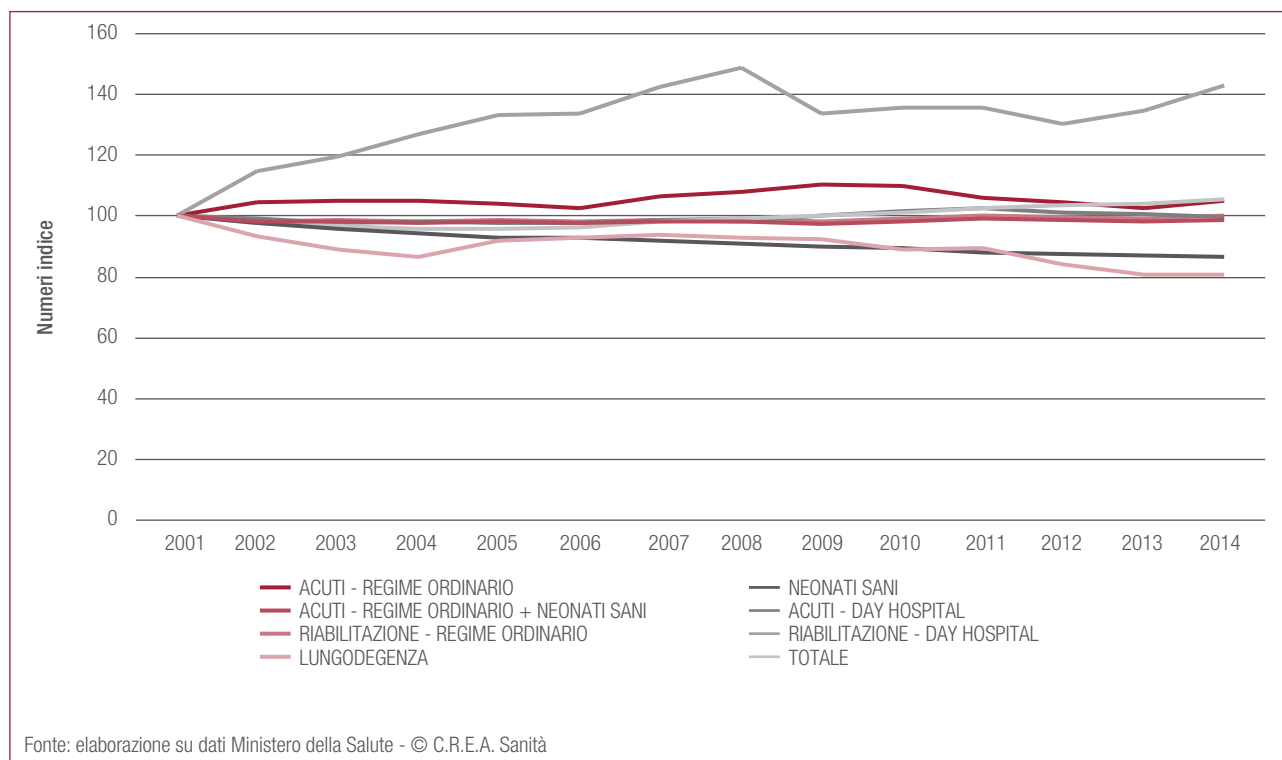
Da ultimo, osserviamo che la lungodegenza è in controtendenza, essendo aumentati i ricoveri del 36,6% (+2,4% medio annuo) e le giornate del 10,45 (+0,8% medi annuo), anche se dopo il 2009 inizia a verificarsi una lenta contrazione dei ricoveri (-0,6% medio annuo dopo il 2010), ed una più accentuata (-3,0% medio annuo dopo il 2010) per le giornate.

La degenza media nello stesso periodo si è significativamente ridotta, da oltre 33 giornate a 27,7; mentre il tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) è cresciuto da 1,4 a 1,8 (Figura 6a.2).

Riassumendo, l’attività di ricovero si è radicalmente ridotta, tranne che per la lungodegenza.

Si delineano alcune linee di razionalizzazione della attività che meritano maggiori approfondimenti: in primo

Figura 6a.2. Degenza/Accessi medi. Numeri indice, anni 2001-2014 (2001=100)



luogo è evidente che dopo una prima fase di incremento dei ricoveri diurni in acuzie, il ricorso a tale forma di ricovero si è molto ridimensionata, presumibilmente a favore del regime ambulatoriale: sarebbe interessante conoscere l'impatto effettivo sui costi e sull'organizzazione ospedaliera del *downgrading*.

Il ricovero diurno sembra non più considerato "funzionale" neppure in riabilitazione: anche in questo caso sarebbe interessante poter indagare se si modifica il ruolo dell'ospedale di riabilitazione, con una esternalizzazione ad ambulatori delle attività, o se si tratta semplicemente di un *downgrading* dovuto a ragioni di finanziamento (ad esempio perché, in generale, il DH non è soggetto a compartecipazioni, mentre lo è l'attività ambulatoriale).

Da ultimo, non sembra del tutto banale registrare l'incremento della attività di lungodegenza: osservando la degenza media, che è dell'ordine di quella della riabilitazione, dobbiamo concludere che evidentemente non si tratta di *long term care* (come nel caso dei ricoveri in strutture residenziali, la cui degenza media è prossima ai 365 giorni), come invece viene spesso, evidentemente erroneamente, considerata.

Piuttosto sembra potersi immaginare, ma manca un dato di conferma, che si evidenzi lo sviluppo di attività di ricovero in strutture intermedie, deputate a sgravare di oneri (economici e assistenziali) impropri le strutture per acuti.

Il dato descritto assume un significato evidente a dimostrazione dell'efficacia delle politiche di deospedalizzazione, di fatto realizzatesi negli ultimi 15-20 anni (precedentemente, in relazione all'introduzione dei DRG, era diminuita radicalmente la degenza media, ma molto meno i ricoveri).

Si noti, sempre da questo punto di vista, che già dal 2014 il tasso complessivo di ospedalizzazione in Italia è sceso sotto la soglia del 160 per 1.000 abitanti, assunto come *standard* di riferimento dal Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015: ne segue che l'obiettivo primario del citato decreto deve, evidentemente, essere letto in termini di riallocazione geografica e per specialità dell'offerta, non tanto in termini di ulteriore riduzione complessiva dell'attività.

Assume un rilievo significativo confrontare i dati sopra commentati, con quelli reperibili a livello internazionale, onde confrontare la consistenza della attività ospedaliera nazionale con quella degli altri Paesi.

Tabella 6a.1. Ricoveri, tasso di ospedalizzazione e degenza media in acuzie ordinaria. Confronti internazionali, anni 2001 e 2014

Paese	2001			2014		
	Ricoveri	Tasso di Osped.ne x 1.000 ab	Degenza media	Ricoveri	Tasso di Osped.ne x 1.000 ab	Degenza media
Belgio*	1.701.640	165,4	7,6	1.819.037	162,7	6,9
Finlandia	1.048.916	202,2	7,0	900.172	164,8	6,7
Francia*	11.693.044	191,1	5,7	10.420.702	158,5	5,7
Germania	16.519.312	200,6	9,8	19.073.071	235,5	7,6
Irlanda	552.493	142,9	6,5	648.660	140,5	5,6
Italia	9.159.106	160,8	7,0	6.486.463	106,7	6,8
Portogallo	1.126.499	108,7	7,4	1.114.332	107,1	7,2
Spagna	4.780.246	117,3	7,0	5.152.638	110,9	6,0
Svezia	1.379.327	155,1	6,7	1.351.636	139,4	5,4
Regno Unito	6.441.022	108,9	7,7	8.067.399	124,9	6,0

* Dato 2013 per Belgio e Francia

Fonte: elaborazione su dati OECD, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Dobbiamo, però, premettere che la confrontabilità dei dati ospedalieri internazionali è limitata, in quanto le classificazioni sono strettamente legate alle caratteristiche organizzative dei singoli sistemi sanitari.

Con i *caveat* esposti, osserviamo in primo luogo che la riduzione italiana dei ricoveri (-29,2% dal 2001 al 2014 per i ricoveri ordinari in acuzie) non ha confronto nei Paesi OECD: solo la Finlandia riduce i ricoveri, ma di circa la metà (del 14,2%), e la Francia del 10,9%. Negli altri Paesi la riduzione è negligibile o si registra addirittura un aumento: la Germania del 15,5% e il Regno Unito del 25,3%.

Guardando ai tassi di ospedalizzazione, la specificità della situazione italiana diventa evidente: con 106,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti siamo il Paese che ricovera meno in acuzie: Finlandia e Francia, che pure riducono i ricoveri, sono ancora sui livelli italiani di inizio secolo, ovvero intorno al 160 per mille (Tabella 6a.1).

Quanto precede permette anche una migliore valutazione dell'indicatore degenza media: i 6,8 giorni dell'Italia si confrontano con un *range* europeo (per i Paesi per cui è disponibile il dato) che va dai 5,4 giorni della Svezia ai 7,6 della Germania: ma è evidente che il dato italiano va confrontato con quello dei Paesi che hanno tassi di ospedalizzazione simili, dato che la riduzione dei ricoveri implica una loro selezione in termini di gravità: da questo punto di vista sembrano confrontabili solo i dati di Portogallo e Spagna, che hanno degenze medie rispettivamente di 7,2 e 6,0 giorni.

Dobbiamo, infine, rimarcare in conclusione che l'impatto sui dati delle differenze di organizzazione dei sistemi, rimane del tutto evidente.

6a.3. L'evoluzione regionale

Il processo di razionalizzazione dell'attività ospedaliera ha avuto andamenti e velocità difforni a livello regionale.

Iniziando dai ricoveri ordinari in acuzie, e concentrandoci sul periodo 2005-2014, la variazione risulta nel *range* da -44,6% dell'Abruzzo al +13,9% della Valle d'Aosta (anche l'Umbria aumenta la sua dotazione del 2,8%), con una differenza di 58,5 punti percentuali.

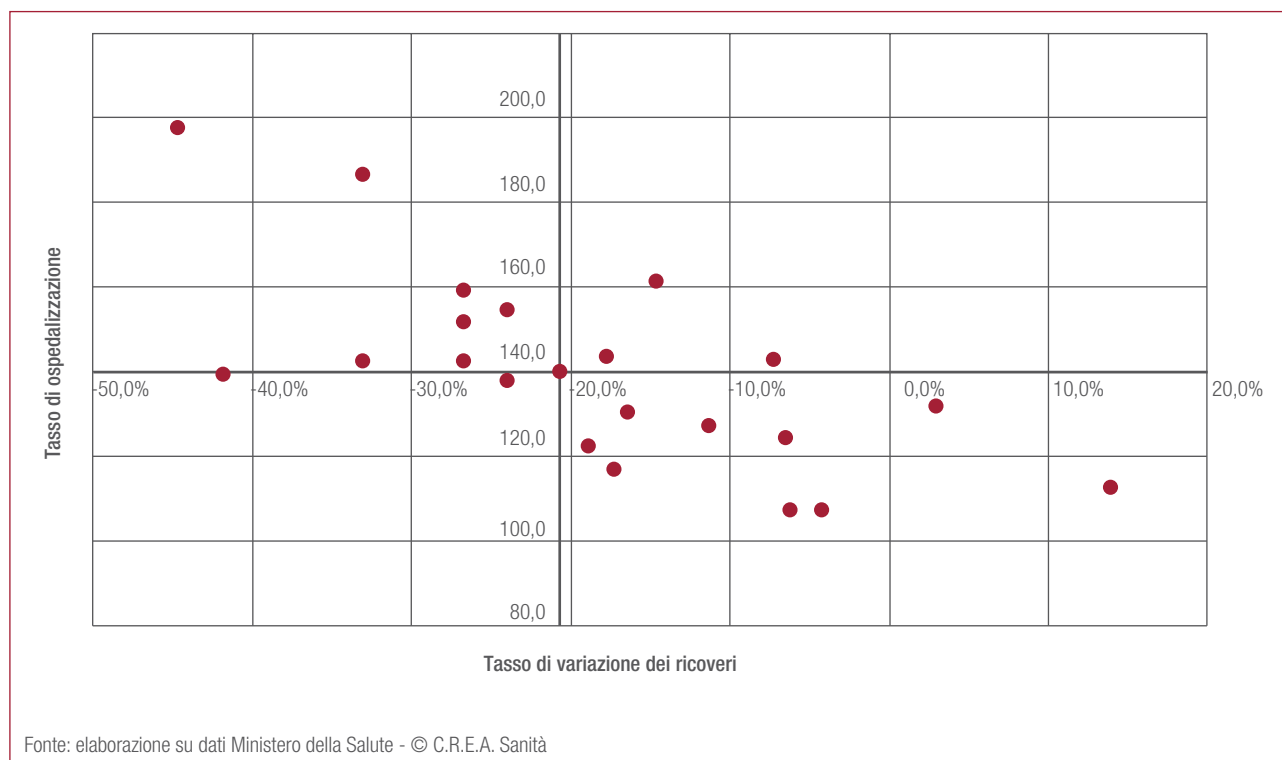
Analogamente, per le giornate di degenza si va dal -38,7%, questa volta della Calabria, al +1,7% dell'Umbria (unica Regione in aumento), con una differenza di 40,4 punti percentuali.

Ovviamente sui dati esposti incide anche l'effetto delle variazioni della mobilità.

Si noti che, come era lecito aspettarsi, è evidente una correlazione positiva fra variazione dei ricoveri e delle giornate e tasso di ospedalizzazione di partenza.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione si sono praticamente dimezzate, rimanendo però ancora pari a 49,2 ricoveri per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi): differenza su cui incide significativamente la mobilità (Figura 6a.3). Anche per quanto riguarda la de-

Figura 6a.3. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale



genza media la variabilità regionale è notevole: si passa dai 5,9 giorni della Campania, agli 8,1 del Veneto: valori su cui sicuramente incide la differente “selezione” dei pazienti per effetto dell’età e dei fenomeni di mobilità.

Si noti che in questo caso la correlazione fra tassi di ospedalizzazione di partenza e variazione della degenza media è debole e, in caso, positiva: si è tendenzialmente ridotta maggiormente la degenza media nelle Regioni che avevano tassi di ospedalizzazione minori già in partenza.

Anche le differenze nella degenza media si sono ridotte significativamente, praticamente di un terzo, passando da 2,9 giornate a 2,2 (fra le Regioni con valori dell’indicatore estremi) (Figura 6a.4).

In effetti la relazione fra tassi di ospedalizzazione e degenza media è molto “debole”, ad indicare un sostanziale indipendenza fra comportamenti in termini di ricorso al ricovero in acuzie ed “efficienza” nella gestione del ricovero.

Anche la riduzione della degenza media è sostanzialmente spiegata dai livelli di partenza regionali: si è ridotta di più ove era maggiore nel 2005 e quindi possiamo registrare una tendenza ad una omogeneizzazione dell’indicatore (Figura 6a.5).

Il processo di razionalizzazione dell’attività ospedaliera e omogeneizzazione a livello regionale degli indicatori relativi, è evidente anche per gli altri regimi di ricovero.

Per quanto concerne i ricoveri diurni la variazione dei ricoveri passa da -74,0% della Sicilia al +21,8% della Valle d’Aosta (aumentano leggermente anche nella Provincia Autonoma di Trento dello 0,6%), con una differenza dell’ordine di 100 punti percentuali.

Analogamente per le giornate di degenza si va da una variazione del -75,2%, questa volta della Lombardia, al +11,7% della Provincia Autonoma di Trento, con una differenza di quasi 87 punti percentuali.

Anche in questo caso si registra una chiara correlazione positiva fra tassi di ospedalizzazione di partenza e riduzione dei ricoveri.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione si sono praticamente dimezzate nel periodo 2005-2014, rimanendo però ancora pari a 36,7 ricoveri per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi) (Figura 6a.6).

Per quanto concerne la riabilitazione la variazione dei ricoveri passa da -55,3% dell’Abruzzo, al +472,2% della Sardegna, con una differenza dell’ordine di 480 punti

Figura 6a.4. Tasso di ospedalizzazione 2005 e variazione della degenza media 2005-2014 a livello regionale

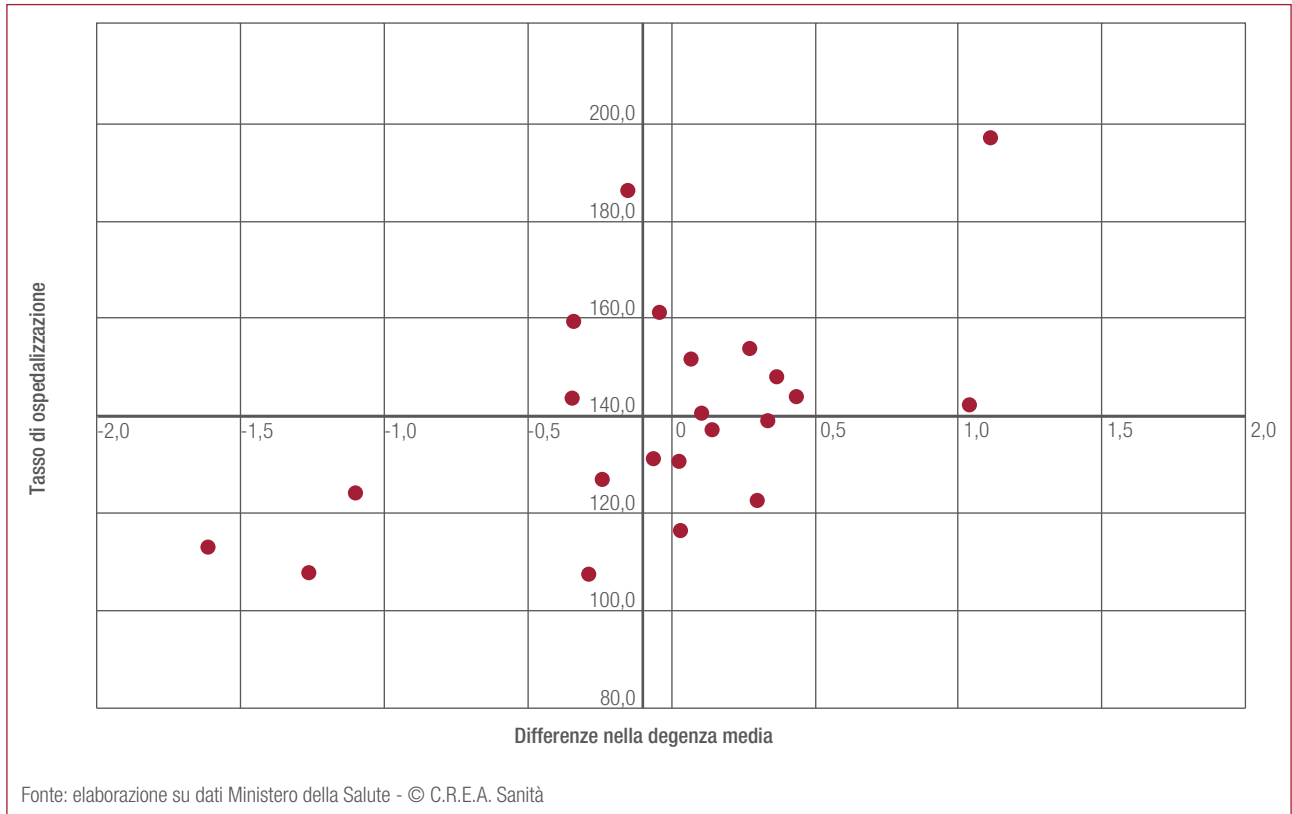


Figura 6a.5. Degenza media 2005 e variazione della degenza media 2005-2014 a livello regionale

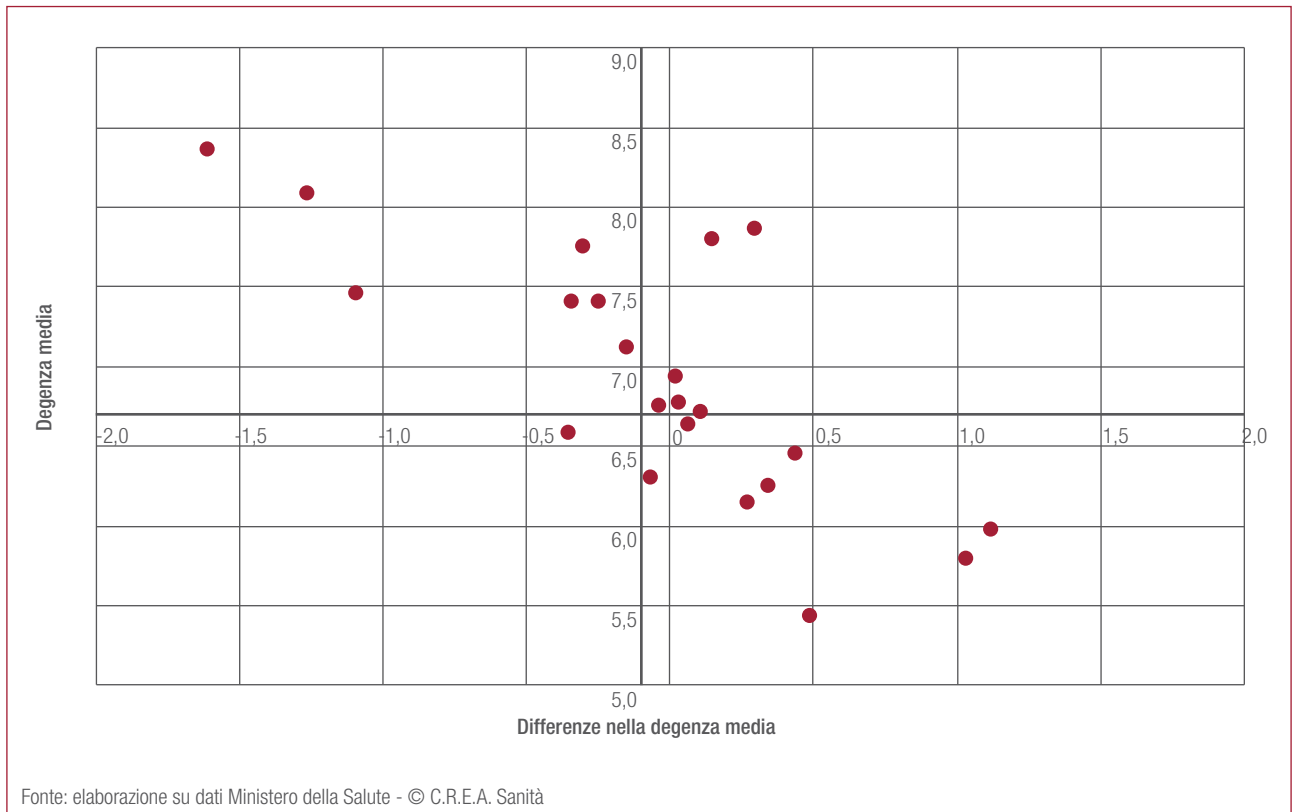
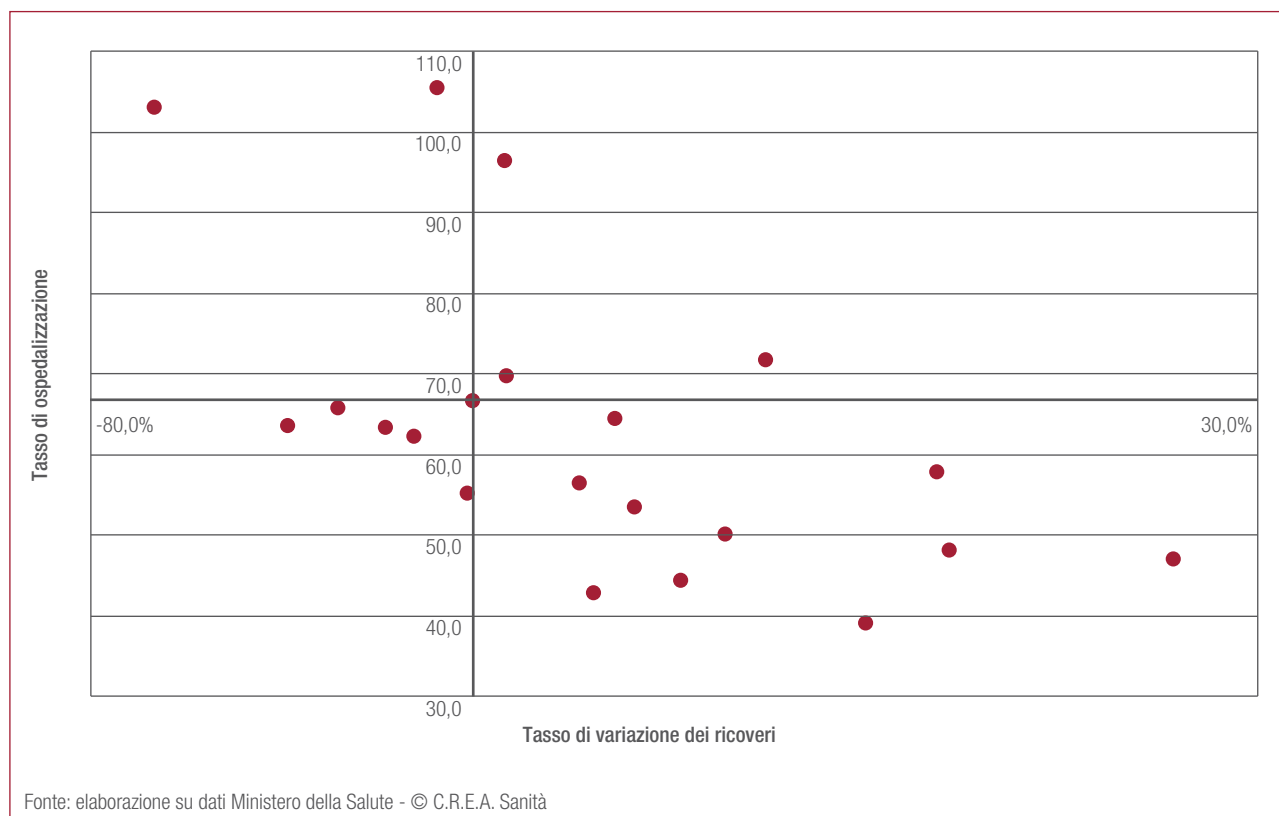


Figura 6a.6. Tasso di ospedalizzazione diurna in acuzie 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale



percentuali. Analogo andamento, di dimensioni ancora più ampie, si registra per i ricoveri diurni.

Analoghi andamenti regionali si registrano per le giornate di degenza, per le quali si va dal -32,6%, sempre dell'Abruzzo, al +286,3% sempre della Sardegna, con una differenza di circa 320 punti percentuali. Anche in questo caso il dato si conferma per i ricoveri diurni.

Di nuovo si registra una correlazione positiva fra tassi di ospedalizzazione di partenza e riduzione dei ricoveri: la rappresentazione grafica assume una forma iperbolica, tesa appunto ad evidenziare le differenze di partenza e quindi le dimensioni dei processi di razionalizzazione e omogeneizzazione.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione ordinari si sono ridotte di un terzo, da 12,3 a 9,3 per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi dell'indicatore); analogamente si sono ridotte di quasi la metà, da 3,2 a 1,7 per 1.000 abitanti, per i ricoveri diurni (Figura 6a.7). Da ultimo, per la lungodegenza la variazione dei ricoveri passa da -67,2% della Puglia, al +233,7% della Basilicata (abbiamo escluso dai calcoli il Friuli Venezia Giulia, in

quanto la variazione percentuale è fuori scala, essendo praticamente nullo il ricorso alla lungodegenza nell'anno di partenza considerato) con una differenza dell'ordine di 300 punti percentuali.

Analoghi andamenti regionali si registrano per le giornate di degenza, per le quali si va dal -68,9%, sempre in Puglia, al +262,6% sempre della Basilicata (ancora al netto del dato del Friuli Venezia Giulia), con una differenza di circa 330 punti percentuali.

Anche in questo caso si registra una correlazione positiva, qualitativamente analoga a quella registrata per la riabilitazione, fra tassi di ospedalizzazione di partenza e riduzione dei ricoveri.

La lungodegenza è l'unico caso in cui le differenze nei tassi di ospedalizzazione sono rimaste praticamente immutate e pari a circa 7 ricoveri ogni 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi dell'indicatore, escludendo ancora il Friuli Venezia Giulia) (Figura 6a.8).

Riassumendo, è evidente il processo di razionalizzazione e omogeneizzazione quantitativa dell'attività ospedaliera che nel decennio si è realizzato a livello regionale.

Figura 6a.7. Tasso di ospedalizzazione ordinario in riabilitazione 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale

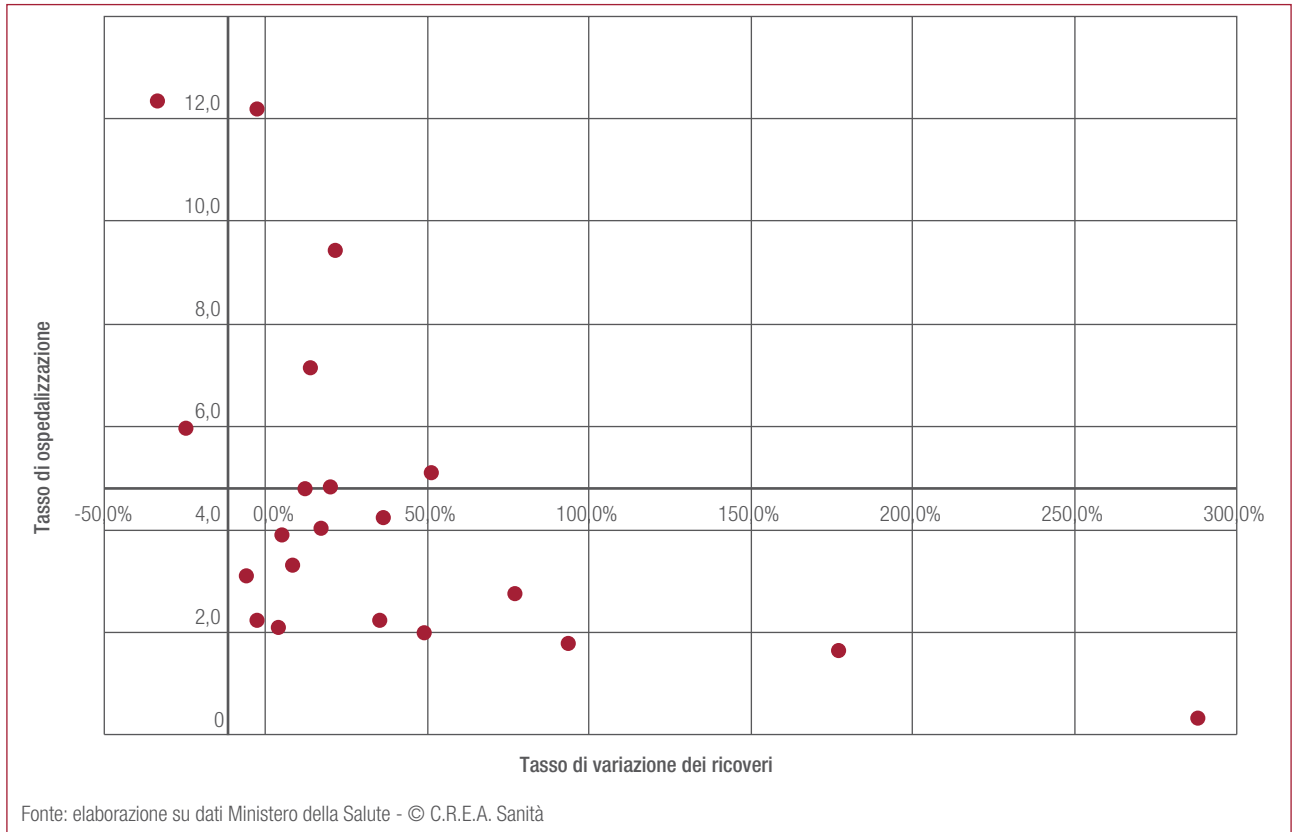
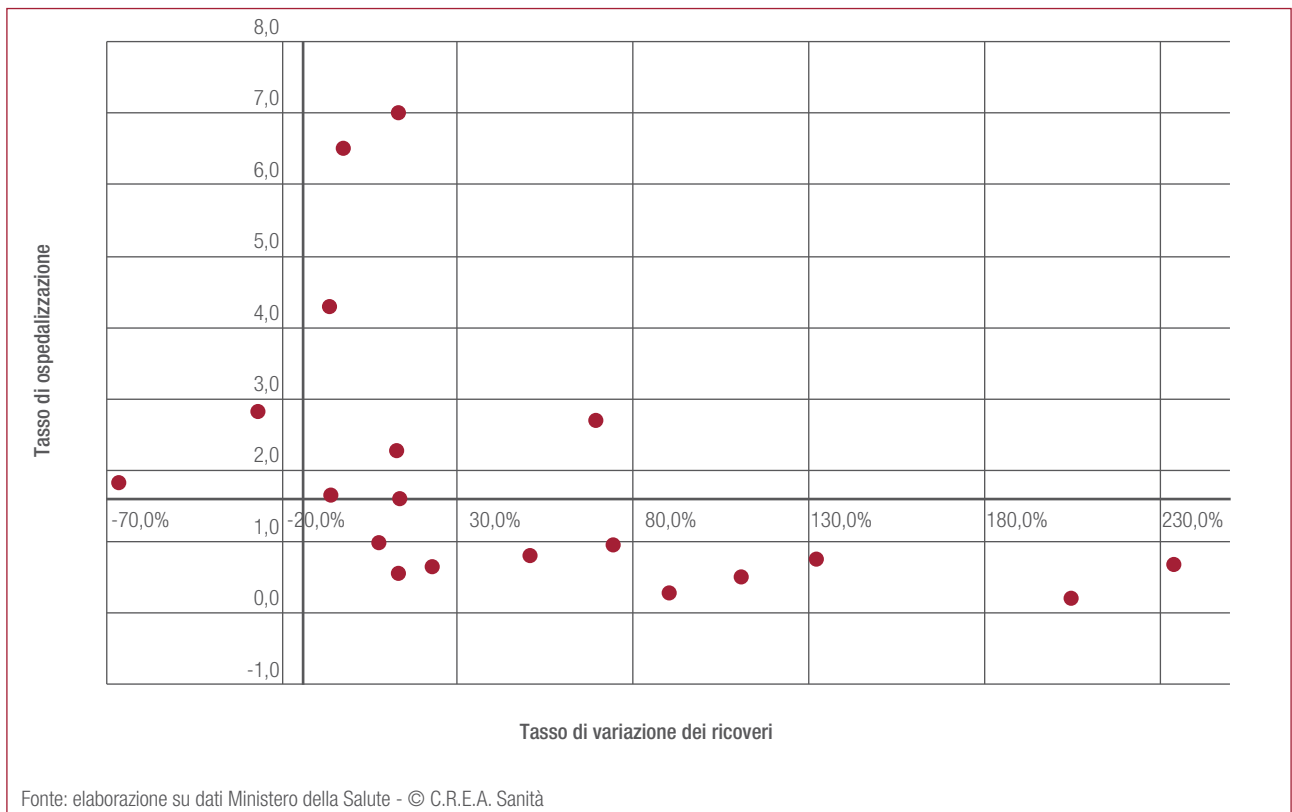


Figura 6a.8. Tasso di ospedalizzazione in lungodegenza 2005 e variazione % del numero di ricoveri 2005-2014 a livello regionale



Rimangono evidenti difformità, ma in tutti i casi le variazioni sono risultate proporzionali alle differenze di partenza e del segno atteso, riducendo drasticamente le differenze.

Da questo punto di vista le politiche di riduzione delle disparità regionali sono risultate un successo, grazie ad un *mix* di programmazione, monitoraggio e incentivazione ad assumere comportamenti virtuosi.

Rimangono ancora maggiori differenze nell'area della lungodegenza, i cui confini andrebbero peraltro probabilmente rivisitati.

6a.4. L'evoluzione della domanda

Confrontando (per semplicità a livello di MDC) gli accessi ospedalieri si possono apprezzare le modifiche intervenute nell'ultimo decennio.

Iniziando dai ricoveri ordinari in acuzie, le "Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (MDC 5) rimangono la causa principale di ricovero, con un incremento quasi impercettibile in termini di ricoveri (dal 14,6% al 14,7%), e un incremento di mezzo punto percentuale delle giornate di degenza; seguite dalle "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (MDC 8), che crescono significativamente (dall'11,9% al 12,6%) in termini di ricoveri, ma meno (0,3 punti percentuali) in termini di giornate. Seguono, in termini "dimensionali", le "Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso" (MDC 1), il cui peso cala (dal 7,5% al 7,1%) in termini di ricoveri e marginalmente in termini di giornate.

L'incremento maggiore è, però, quello delle "Malattie e i disturbi dell'apparato respiratorio" (MDC 4) che crescono di 1,2 punti percentuali. Va anche considerato che in termini di giornate hanno raggiunto il 12,4%, avendo ormai superato l'impegno della MDC 8 e rimanendo seconde solo a quelle dell'apparato cardiocircolatorio.

Il decremento maggiore è, invece, quello delle "Malattie e disturbi dell'occhio" (MDC 2) che diminuiscono di 1 punto percentuale, pesando ormai solo l'1,3% in termini di ricoveri e lo 0,6% (-0,5 punti percentuali) in termini di giornate.

Notiamo ancora che "Gravidanza, parto e puerperio" (MDC 14) crescono di peso (dal 9,2% al 9,8%) in termini di ricoveri, ma rimangono ferme in termini di giornate

(5,5%), evidenziando per la degenza media un livello inferiore e una dinamica "favorevole".

Parallelamente, a livello di ricoveri diurni, predominano quelli della MDC 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo"), con una quota pari al 12,3% (8,7% in termini di accessi): entrambi i dati sono in crescita rispettivamente di 2 e 0,4 punti percentuali.

Seguono le "Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate" (MDC 17) che raggiungono una quota del 10,0% e che ormai rappresentano quasi un terzo degli accessi (30,9%), essendo cresciuti di quasi 7 punti percentuali dal 2005.

Il "taglio" percentualmente maggiore di ricoveri si registra nella MDC 2 "Malattie e disturbi dell'occhio" (-5,5 punti percentuali e 3,2 in termini di accessi), dove maggiore è stato il "trasferimento" al regime ambulatoriale (Figura 6a.9).

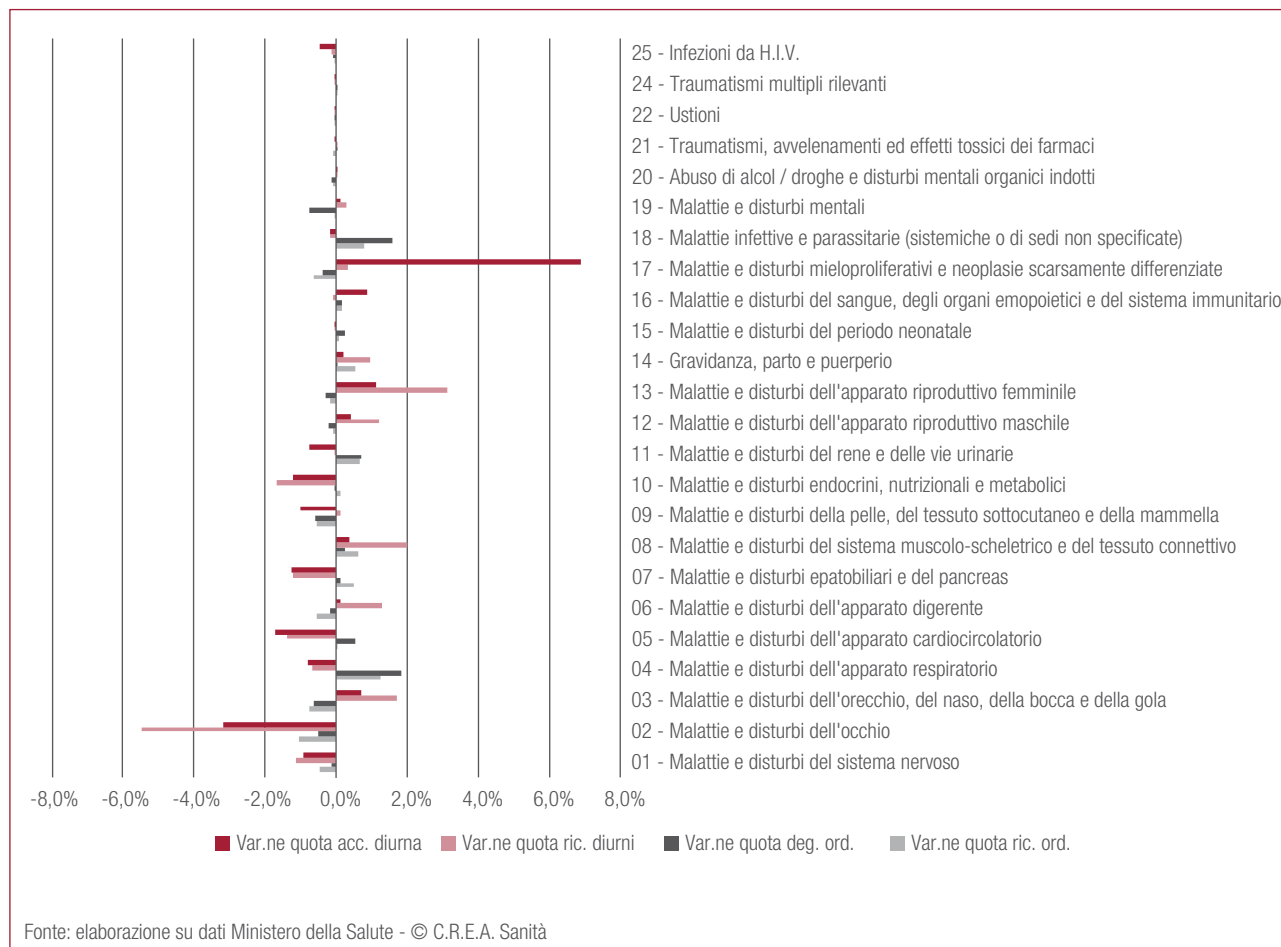
I ricoveri ordinari in riabilitazione sono notoriamente ripartiti fra tre MDC che da sole fanno più dell'80% dei ricoveri: la 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 43,2%, la 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") con il 23,2% e la 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") con il 15,2%.

La prima cresce (di 1,9 punti percentuali), la seconda è quasi stabile (+0,1 punti percentuali), la terza decresce di 1,4 punti percentuali.

In termini di giornate di degenza si invertono le posizioni: è prima la 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") con il 36,9% (in crescita di 1,4% punti percentuali), seguita dalla 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 35,5% (in calo di 1,4 punti percentuali), e poi ancora dalla 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") con il 10,7% (-0,5 punti percentuali).

Analoghe "dimensioni" si rilevano in termini di ricoveri diurni, dove la MDC 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") è in testa sia in termini di ricoveri che di accessi: rispettivamente pari al 35,5% (+4,4 punti percentuali) e al 35,7% (-1,2 punti percentuali). Segue la MDC 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 22,1% (-2,8 punti percentuali) in termini di ricoveri e il 25,0% (-5,0 punti percentuali) di degenza. Infine la MDC 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") è terza con il 10,7%

Figura 6a.9. Ricoveri e giornate di degenza in acuzie per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014



(-2,5 punti percentuali) in termini di ricoveri e il 10,6% (+1,8 punti percentuali) di degenza (Figura 6a.10).

Infine, per quanto concerne lungodegenza, è invece ripartita fra 5 MDC che fanno oltre il 75% dell'attività: la prima è ancora la 8 ("Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo") con il 22,3% (+3,4 punti percentuali) dei ricoveri e il 23,4% (+4,6 punti percentuali) delle giornate di degenza; segue la 1 ("Malattie e i disturbi dell'apparato nervoso") con il 18,0% (-2 punti percentuali) dei ricoveri e il 19,6% (-4,2 punti percentuali) delle giornate di degenza; quindi, quasi appaiate ma con dinamiche inverse, la 4 ("Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio") con il 12,7% (+1,1 punti percentuali) dei ricoveri e l'11,1% (+1,6 punti percentuali delle giornate di degenza) e la 5 ("Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio") con il 12,3% (+2,0 punti percentuali) dei ricoveri e l'11,2% (-1,0 punti percentuali) delle giornate

di degenza; infine, abbiamo la 19 ("Malattie e disturbi mentali") con l'8,8% (-1,5 punti percentuali) dei ricoveri e il 10,4% (-3,3 punti percentuali) delle giornate di degenza (Figura 6a.11).

In definitiva, l'attività, pur rimanendo stabilmente concentrata nelle stesse aree, evidenzia una progressiva riallocazione in funzione della crescita di alcune patologie legate all'età, quali quelle respiratorie e dell'apparato muscolo-scheletrico e di cambiamenti organizzativi, come il maggior ricorso alla chirurgia ambulatoriale nelle patologie dell'occhio.

Infine, vale la pena notare come anche l'età di ricoveri si modifichi significativamente.

Come già argomentato, i tassi di ospedalizzazione registrano nel decennio un drastico calo: è interessante notare come questo sia maggiore nelle età adulte e minore in quelle "estreme", spostando così progressivamente in avanti l'età del ricorso al ricovero.

Figura 6a.10. Ricoveri e giornate di degenza in riabilitazione per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014

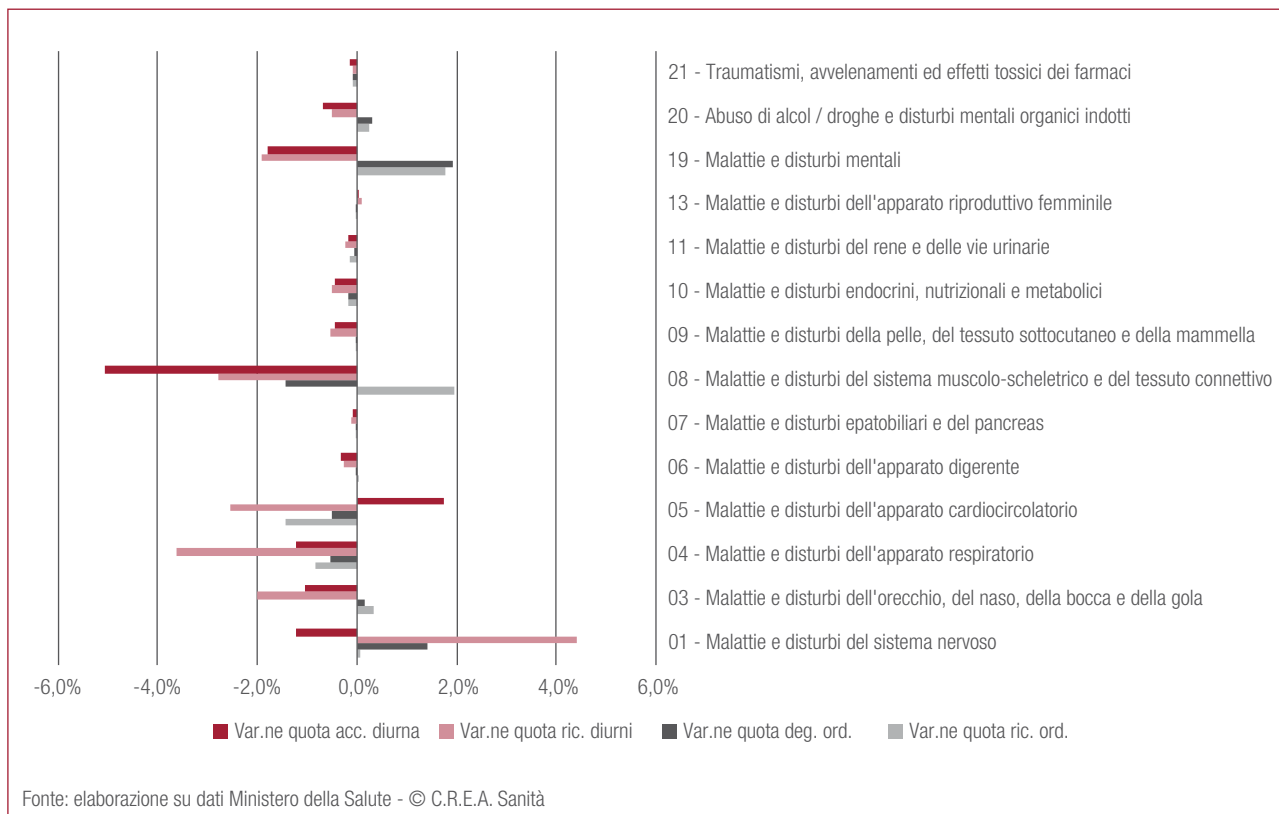


Figura 6a.11. Ricoveri e giornate di degenza in lungodegenza per MDC. Variazioni %, anni 2005-2014

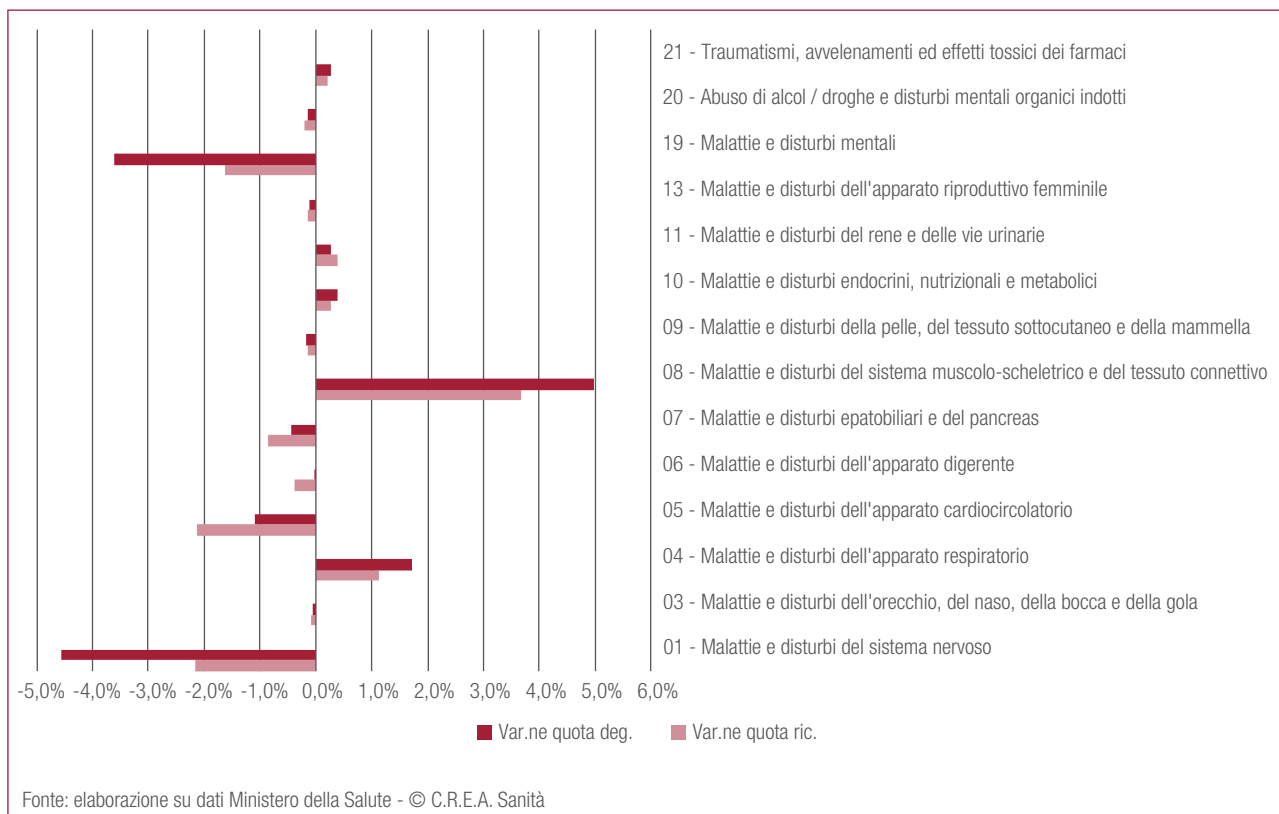
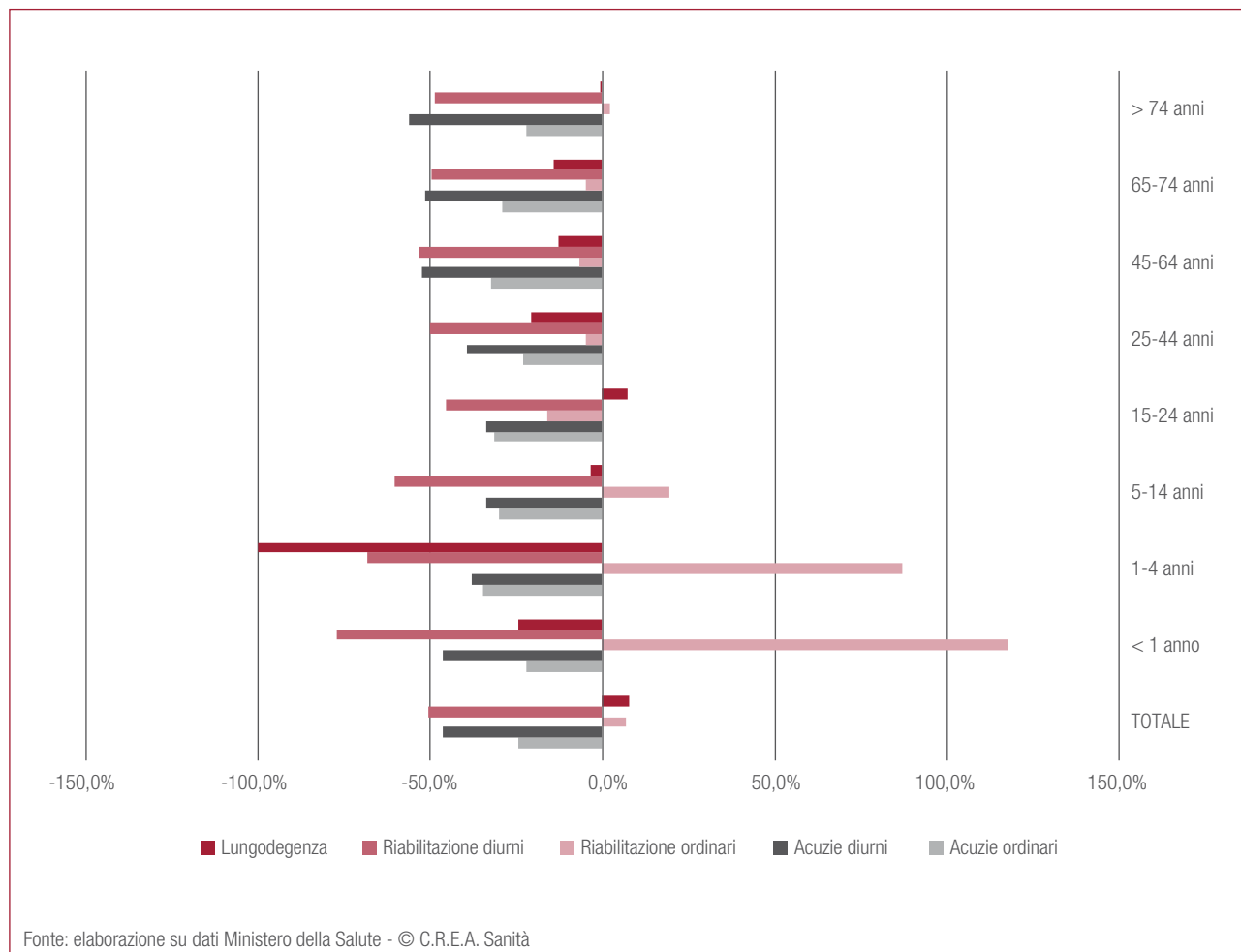


Figura 6a.12. Tasso di ospedalizzazione per classe di età. Variazioni %, anni 2005-2014



Per i ricoveri in acuzie ordinari il calo nelle età adulte (45-64 anni) e nella fascia successiva (65-74 anni) è rispettivamente del 32,6% e del 29,4%; si ferma al 22,0% per gli over 75.

Analogamente in riabilitazione abbiamo riduzioni rispettivamente del 6,7% e del 4,7% e addirittura un aumento del 2,2% per gli over 75.

Non fa eccezione la lungodegenza, con riduzioni del 12,8% e del 14,1% e una sostanziale stabilità (-0,4%) nella fascia più anziana (Figura 6a.12).

In definitiva, quindi, si modificano le patologie e le caratteristiche demografiche degli ospedalizzati, dato che spesso non è tenuto nella adeguata considerazione nelle riorganizzazioni delle reti di offerta.

6a.5. Appunti sull'applicazione del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015

Nel 2015 è stato emanato il Decreto n. 70/2015, ultimo di una lunga sequela di norme di programmazione tese a razionalizzare la rete ospedaliera.

Tralasciando per ragioni di spazio la disamina approfondita del Decreto, si propongono qui alcune riflessioni quantitative³ sull'impatto previsto, anche alla luce del processo di razionalizzazione in corso oggetto dei precedenti paragrafi.

Il Decreto assume i seguenti *target* a fondamento della sua struttura:

³ Si ringrazia L. Piasini per la collaborazione nelle simulazioni oggetto del paragrafo

- un numero di posti letto per abitante pari a 3,7, di cui 0,5 per riabilitazione e 0,2 per lungodegenza
- un tasso di ospedalizzazione complessivo di 160 per 1.000 ab.
 - elaborato con riferimento ai soli ricoveri appropriati
 - e di cui il 25% in regime diurno
- indicatori di gestione per le acuzie (posti letto ordinari) pari a
 - tasso di occupazione dei letti > 90%
 - degenza media < 7 gg.

Come già si è visto il tasso di ospedalizzazione previsto si è già raggiunto nel 2014, e se si escludessero i ricoveri inappropriati, saremmo evidentemente anche al di sotto.

Questo implica una valenza eminentemente riallocativa del Decreto, non prevedendosi ulteriori riduzioni nel tasso di ospedalizzazione.

Peraltro la *target* appare scollegato dai fattori demografici, che incidono in modo rilevante a livello regionale e anche in prospettiva, per effetto dell'invecchiamento.

Si noti ancora che non viene prevista esplicitamente la consistenza dei posti letto diurni, regime per il quale è fornito solo il tasso di ospedalizzazione.

Quindi per stimare il primo dato è necessario ipotizzare un numero medio di accessi e un adeguato tasso di occupazione dei letti.

Analogamente non sono esplicitati la degenza media e i tassi di occupazione dei letti in riabilitazione e lungodegenza.

Al fine di disegnare alcuni scenari di impatto del Decreto, si sono quindi assunti i seguenti *target* aggiuntivi:

- ricoveri diurni in acuzie
 - tasso occupazione = 90% (calcolato su 1,7 accessi/die per 250 giorni)
 - accessi medi = 4
- ricoveri in riabilitazione
 - tasso occupazione = 90%
 - degenza media = 25,7 (livelli attuali)
 - nessun ricovero diurno
- ricoveri in lungodegenza
 - tasso occupazione = 90%
 - degenza media = 20 (tendenza alla riduzione sui valori attuali)
 - nessun ricovero diurno.

Sulla base dei *target* sopra indicati e della consisten-

za regionale delle popolazioni si sono simulati gli impatti dell'adeguamento della rete ai dettami del Decreto.

In prima battuta, trascurando la mobilità, otteniamo le variazioni dei posti letto in acuzie di cui alla Figura 6a.13.

Appare evidente come, non contando la mobilità, ci si dovrebbero aspettare riduzioni più evidenti nelle Regioni settentrionali, oltre che in Molise e Sardegna.

Molte Regioni dovrebbero invece aumentare la dotazione di posti letto diurni.

Si noti che il Decreto implicherebbe comunque una ulteriore allocazione dei posti letto, con trasformazione da ordinari a diurni. Ma, principalmente, che il combinato disposto dei vari *target* non permetterebbe di raggiungere gli obiettivi gestionali previsti di degenza media e tasso di occupazione dei letti.

La Figura 6a.14 illustra la situazione: il Decreto prevede di rimanere nell'area arancione, ma il combinato disposto delle altre indicazioni delinea le alternative della retta sotto riportata, che sono sub-efficienti rispetto a quelle desiderate.

Qualora si consideri la mobilità, per ragioni descrittive degli scenari utilizzata qui al 100% sebbene la prassi sia considerarla in quota inferiore, le variazioni si rideterminano come segue (Figura 6a.15).

Considerando la mobilità, tutte le Regioni tranne la Toscana devono ridurre i posti letto, e quelle del Sud (tranne la Sicilia) devono ridurli in misura proporzionalmente maggiore (se non consideriamo le Province Autonome e la Valle d'Aosta).

L'impatto della mobilità appare così evidente da porre una questione di tipo strategico sul suo dimensionamento ottimale; rimanendo fermo che una quota di mobilità verso i Centri di eccellenza è desiderabile, e che esiste una mobilità di confine del tutto naturale e inversamente proporzionale alle dimensioni regionali, la questione diventa: quali scenari si ipotizzino sulla contrazione della restante e dannosa mobilità.

Si rischia infatti di agire sulla rete, dovendola poi o rimodificare, o che la sua strutturazione diventi un disincentivo ad agire virtuosamente sulla mobilità.

Qualora si considerassero, infine, gli effetti demografici sui tassi di ospedalizzazione, si otterrebbe un diverso scenario (Figura 6a.16).

In particolare risulterebbero in carenza di posti letto,

Figura 6a.13. Impatto Decreto n. 70/2015 senza mobilità. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale

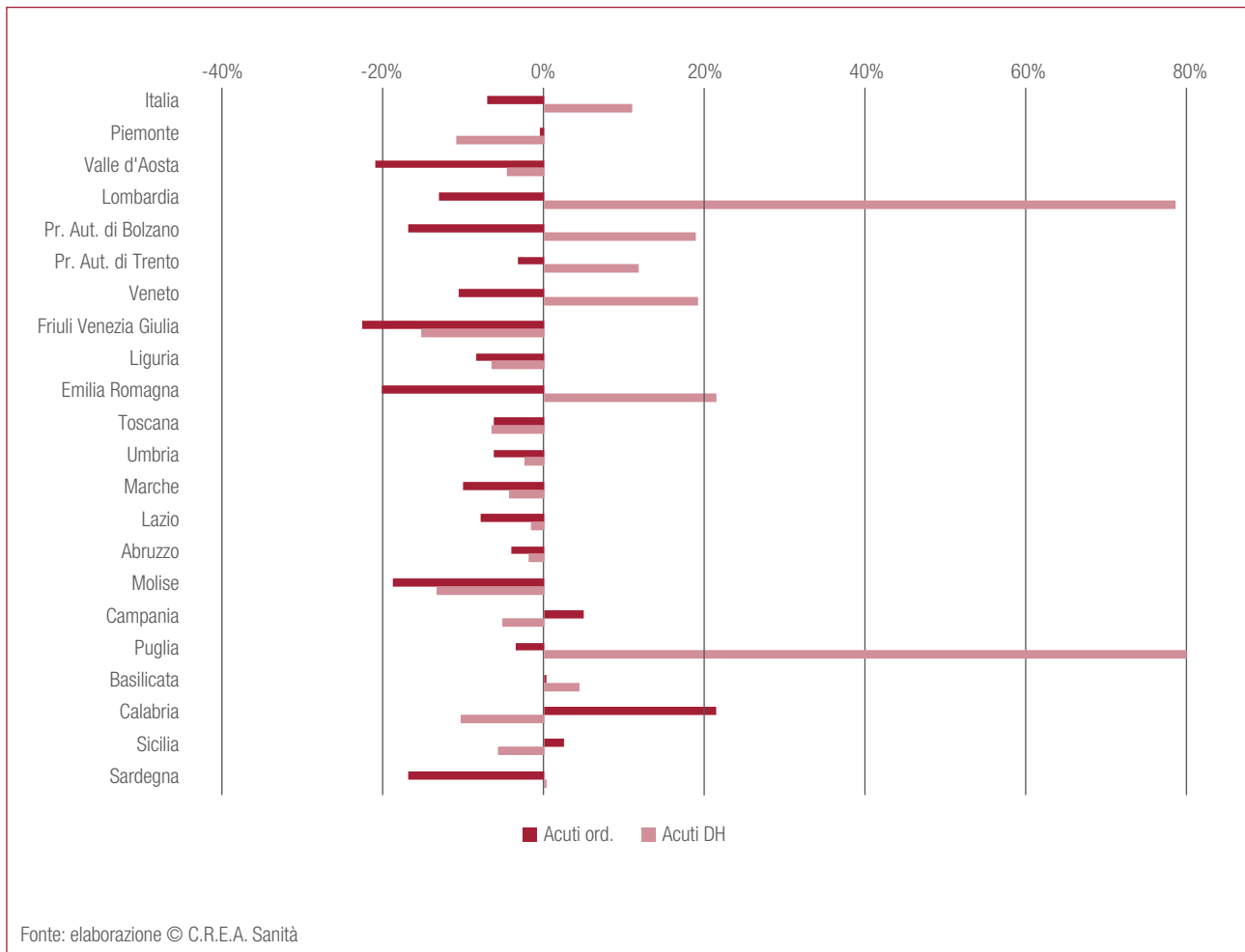


Figura 6a.14. Impatto Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015. Trade-off degenza media e tasso di occupazione dei letti in acuzie

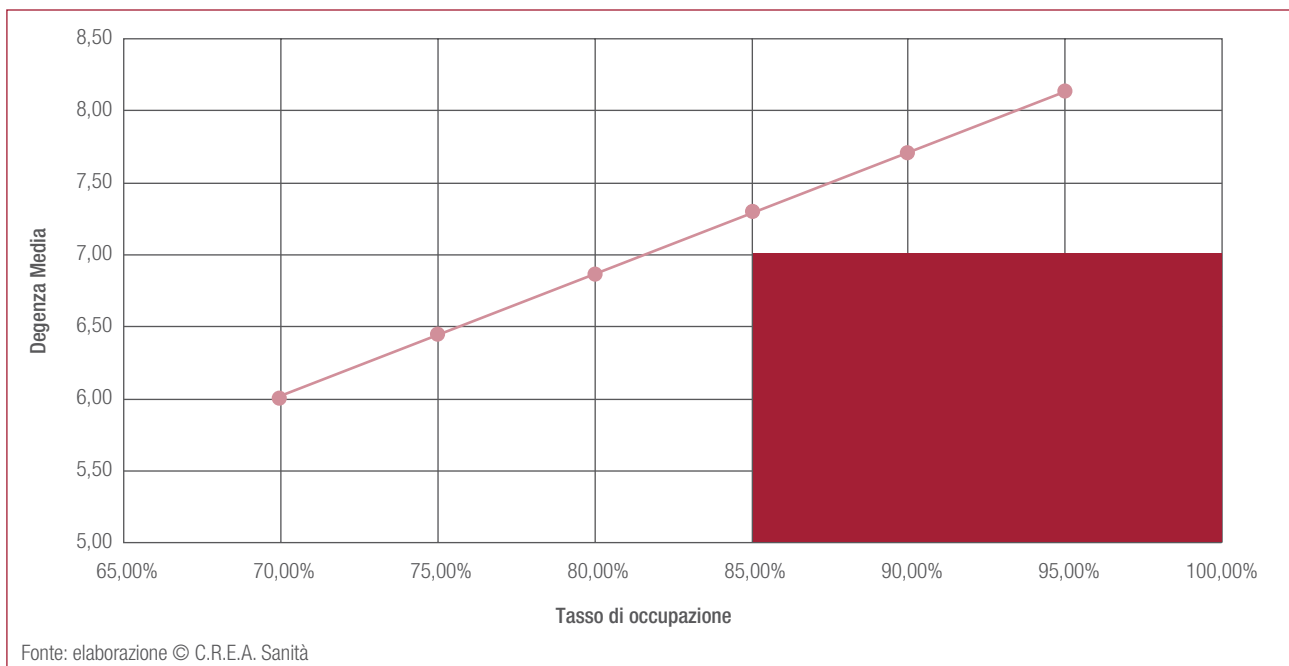
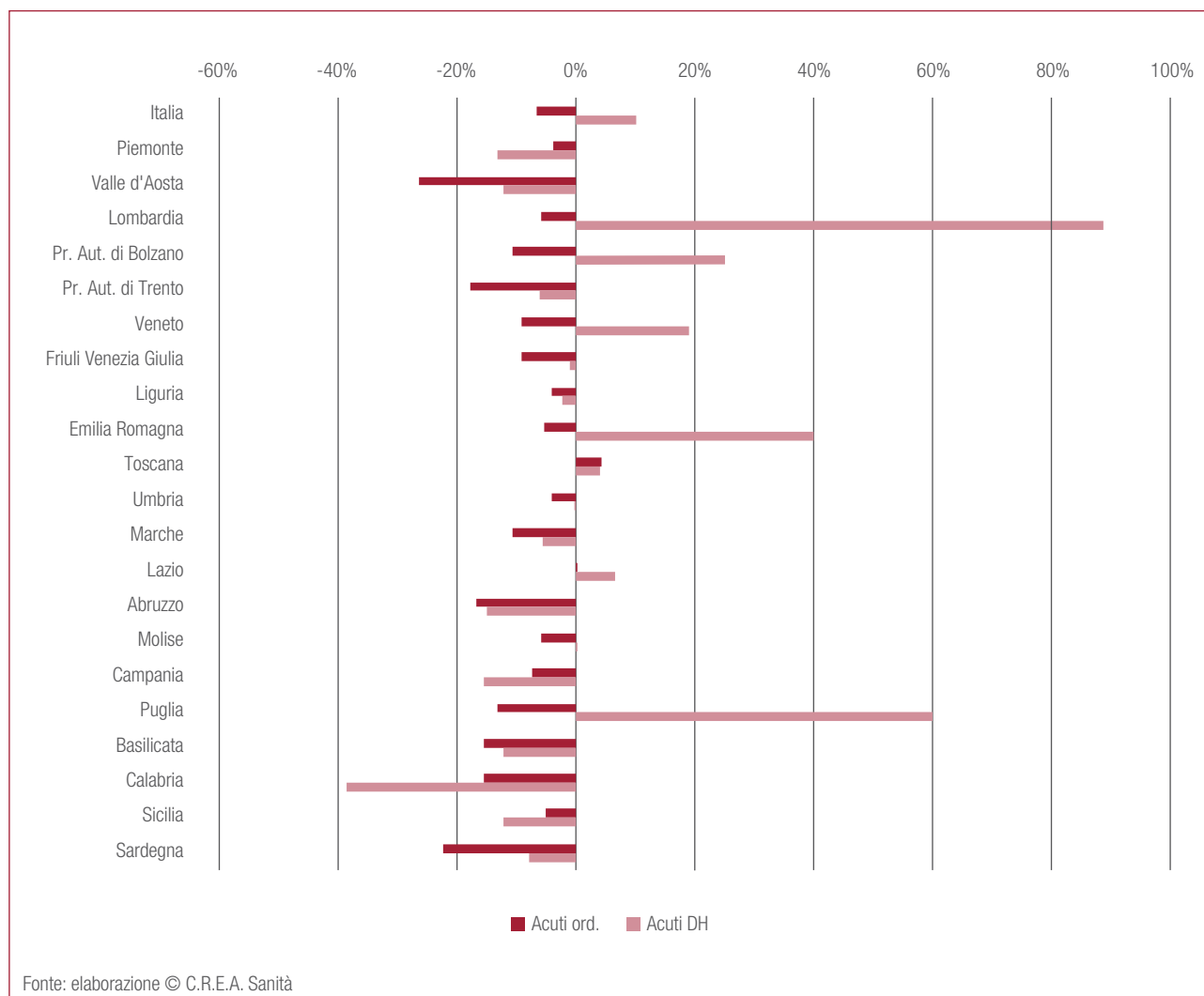


Figura 6a.15. Impatto Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 con mobilità. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale



non solo la Toscana, ma anche Liguria, Umbria e, di poco, il Lazio.

In definitiva, l'implementazione delle indicazioni del Decreto n. 70/2015, pone alcuni dubbi interpretativi e anche che sia posta una maggiore attenzione ad alcune potenziali debolezze dell'impianto. In particolare:

- scarsa o nulla attenzione all'aspetto demografico
- i rischi di incoerenza degli obiettivi posti in termini di tasso di occupazione dei letti e degenza media in acuzie
- l'impatto a livello di ricoveri ordinari in acuzie tutto concentrato in poche realtà
- l'anomalia per cui i ricoveri ordinari in acuzie "generati" sono pari a quelli attuali, compresi anche quelli a rischio di inappropriata.

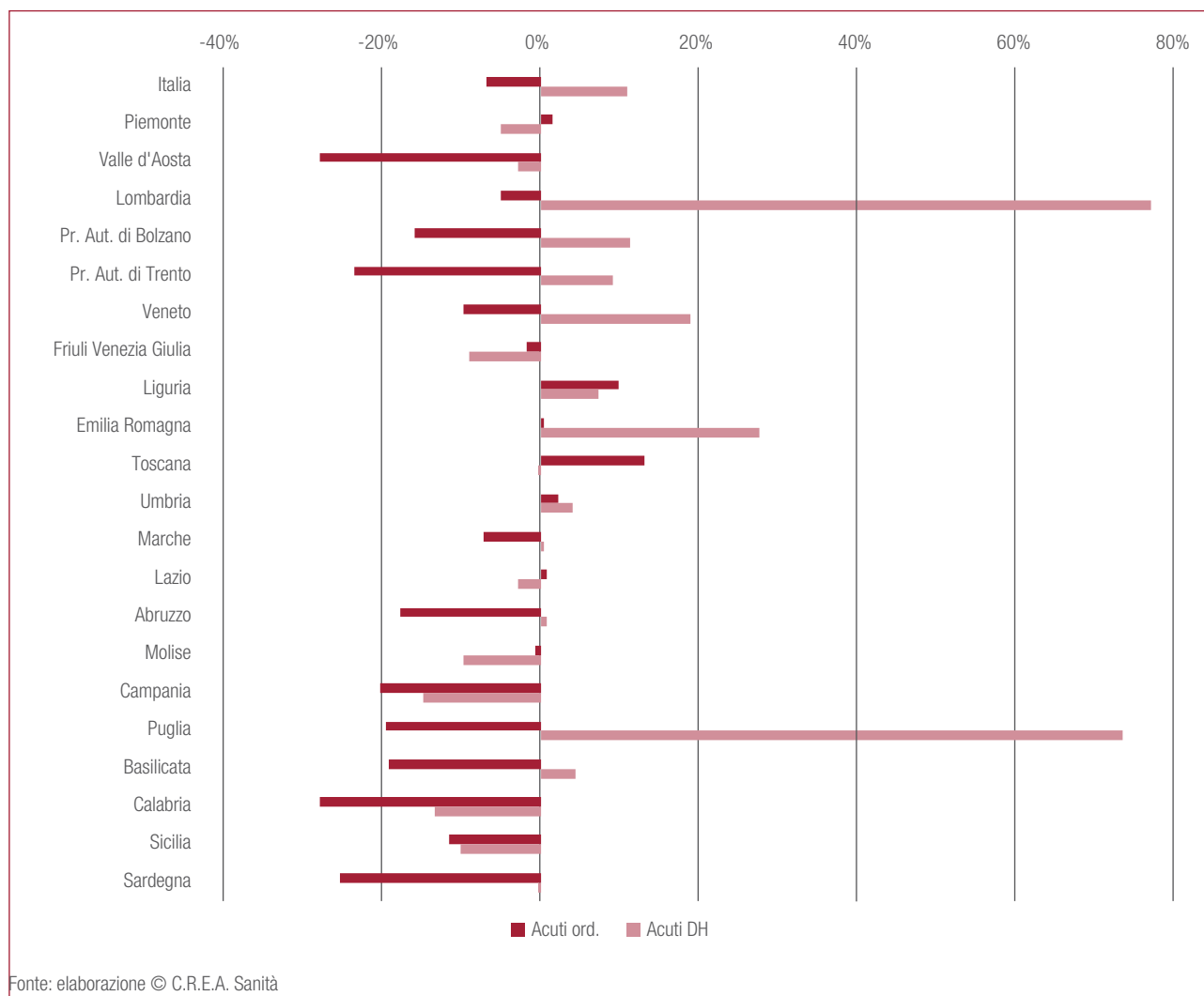
6a.6. Conclusioni

Gli ultimi 15 anni hanno visto realizzarsi una straordinaria razionalizzazione del ricorso all'assistenza ospedaliera: il federalismo e la responsabilizzazione regionale (anche mediante i Piani di rientro) hanno permesso alle differenze regionali (ad esempio in termini di tassi di ospedalizzazione) di ridursi significativamente, in molti casi di dimezzarsi.

Pur con tutti i caveat del caso da applicarsi ai confronti internazionali, i tassi di ospedalizzazione italiani sono già decisamente inferiori a quelli medi europei.

Anche il *target* previsto dal Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, in realtà è stato raggiunto in "anticipo", a livello nazionale dal 2014.

Figura 6a.16. Impatto Decreto n. 70/2015 con mobilità e correzione demografica. Variazione % posti letto in acuzie a livello regionale



Il Decreto reca peraltro alcune complessità interpretative, e rischia di evidenziare alcune contraddizioni interne. Principalmente, però, non sembra razionalmente e strategicamente divisibile l'elemento strutturale (di ridefinizione quantitativa dell'offerta regionale) da quello delle politiche di contrasto e governo della mobilità.

Data l'esiguità delle eccedenze, sarebbe altresì auspicabile introdurre nella programmazione elementi nuovi quali quelli legati all'attrazione di domanda/mobilità estera, come anche quelli dell'utilizzo delle eccedenze sul mercato della Sanità integrativa e complementare.

Da ultimo, si vuole sottolineare come l'attenzione sia sempre concentrata sulle acuzie ospedaliere, ma i cambiamenti realizzatisi sia nel campo della riabilitazione, che in quello della lungodegenza dimostrano l'urgenza

di una riflessione sul ruolo e sulla ottimale gestione di questi comparti. Il primo sembra muovere verso una esternalizzazione importante dei servizi riabilitativi che non necessitano di ricovero prolungato; il secondo di lungodegenza ha ormai solo il nome, e sembrerebbe porsi sempre più decisamente nell'ambito delle cure intermedie, ponendo il problema della integrazione tanto con la riabilitazione, quanto con le residenze deputate effettivamente alla lungodegenza.

Riferimenti bibliografici

- Ministero della Salute (2015), Decreto n. 70/2015
- Ministero della Salute (2014), *Database SDO*
- OECD (2016), *Health Data Statistics (edizione ottobre 2016)*

ENGLISH SUMMARY

The evolution of network activities and rationalization processes

Hospital care has historically been the subject of great attention in terms of programming, as well as in terms of monitoring flows and structural soundness.

Many norms, specifying standards and parameters of reference for hospital activities, have been established since the mid-1980s. Recently a Decree of the Italian Ministry of Health returned to the subject, providing benchmarks for a correct prospective development of the network.

The reasons behind this attention are obvious and can be attributed to the fact that it is the sector that absorbs the largest share of economical resources: we must bear in mind that although it has been decreasing over the years, relative public funding for the sector has been set at 46% of the Fondo Sanitario Nazionale (Italian National Health Fund).

No less, for many years, has the priority for healthcare policies been that of resorting less to hospitalization.

In Italy, the reduction of hospital activities has certain been impressive; overall, following the year 2000 and until 2014, we have witnessed a contraction in hospitalizations equal to 26.4% and a reduction in the days of hospitalization equal to 23.8%, with an average annual reduction that is higher than 2%: in absolute terms, the figure goes from nearly 13-million annual hospital admissions to approximately 9.5-million.

As for acute cases, ordinary hospitalizations have been reduced during the 2001-2014 period by nearly 28% (-2.6-million hospitalizations). Similarly, the length of stay have been decreased by about 29%.

Whereas the average length of stay has remained substantially stable (it had decreased radically in the 1990s following the introduction of DRG prospective payment) at a figure equal to 6.8 days.

The reduction in the rate of hospital admissions is clear, having gone from 167.0 ordinary admissions in acute care per 1,000 inhabitants to 113.1.

For that which concerns rehabilitation, we observe a “collapse” in admissions in the day care regime (-37%, equal to -20,489 admissions) and a symmetrical increase in ordinary admissions (+27.1%, equal to +67,120 hospitalizations).

And finally, we observe that long-term care is a countertrend, with a 36.6% increase in hospital admissions and a 10.45 increase in days spent in hospital.

In summary, hospitalization activities have been radically reduced – except for long-term care.

Although comparability of international hospital data is limited, the reduction in Italian admissions has no comparison in the other OECD countries: only Finland has reduced its hospital admissions, but approximately by half (14.2%) of the Italian figure and France by 10.9%.

Observing hospitalization rates, the specificity of the Italian situation becomes evident: with 106.7 admissions every 1,000 inhabitants we are the country with less hospital admissions in acute care: Finland and France, although they have also reduced their admissions, are still at the Italian levels from the turn of the century, namely around 160 out of 1,000.

The rationalization process of hospital activities has had varying trends and paces at a regional level, but the differences in admission rates have practically been reduced by half, being now equal to a still remarkable 49.2 hospitalizations for every 1,000 inhabitants (between Regions with extreme values): a difference that is significantly influenced by mobility between Regions.

It remains also a remarkable regional variability for that which regards average length of stay hospitalization figures: the figure goes from 5.9 days in Campania, to 8.1 in Veneto. These figures are certainly influenced by the different “selection” of patients, by effect of age and mobility phenomena.

In the meantime, pathologies and demographic

characteristics of those being hospitalized are being modified, since they are often not taken into proper consideration in the reorganization of supply networks.

Ministry of Health Decree No. 70/2015 makes its observations from this standpoint - the last of a long list of programme norms aimed at rationalizing the hospital network.

Close examination of the Decree, and simulations of its impact, bring to light a few interpretative doubts and even some potential weaknesses of the system. In particular:

- little or no attention towards the demographical aspect;
- risk of inconsistency of objectives in terms of accommodation rates and average hospital stays in acute care;
- impact at the level of ordinary admissions in acute care, entirely concentrated in a few realities;
- the anomaly whereby programmed ordinary hospitalizations in acute care are equal to the current ones, including those at risk of inappropriateness.

These last 15 years have witnessed an extraordinary rationalization when resorting to hospital care: federalism and regional responsibility (including repayment plans) have fostered a significant reduction in regional differences (for example, in terms of hospitalization rates), to the point of being reduced by half in many cases.

Keeping the entire inherent caveat to be applied at the international comparison level in mind, Italian hos-

pitalization rates are already markedly lower than the European average.

Even the target provided by the Decree of the Italian Ministry of Health No. 70/2015 has actually been reached "in advance" at the national level since 2014.

Moreover, the Decree bears some interpretative complexities and risks highlighting a few internal contradictions. But principally the structural element does not seem rationally and strategically divisible (the quantitative redefinition of the regional offer) from that of contrasting policies and governance of mobility.

Given the exiguity of the surplus, it would also be desirable introducing new elements into the programming, such as those inherent to the attractiveness of foreign demand/mobility, in addition to that involving the use of surplus on the integrative and complementary Healthcare market.

In closing, we wish to underline how attention is always concentrated on hospitalization in acute care; but the changes that have taken place in the field of rehabilitation, and also in long-term care, demonstrate the urgency for considerations on the role and excellent administration of these sectors. The former seems to be moving towards an important outsourcing of rehabilitation services that do not envisage extended hospitalization; the latter only has "long-term" as a name as it more and more seems to be inserted within the intermediate care sector, giving rise to the problem of its integration with rehabilitation, as much as within admissions that are effectively inherent to long-term care.