



Ministero dell'Economia e delle Finanze
Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica

Libro verde sulla spesa pubblica

Spendere meglio: alcune prime indicazioni

Doc. 2007/6

Roma, 6 settembre 2007

2.2 Sanità

2.2.1 La spesa sanitaria nei paesi dell'OCSE e in Italia

I dati riportati nella tabella 2.11 mostrano che l'Italia destina alla sanità una quota del Pil solo di poco inferiore alla media dei trenta paesi dell'OCSE (8,9% contro 9%). Tuttavia, se si considera la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) pro capite, l'Italia si colloca al diciottesimo posto nella classifica OCSE e piuttosto al di sotto della media (2.532 contro 2.759 dollari statunitensi in parità di potere di acquisto).²⁰ Nell'ambito dell'Unione europea, nove paesi (Francia, Germania, Belgio, Austria, Portogallo, Grecia, Danimarca, Norvegia e Svezia) hanno un rapporto tra spesa complessiva (pubblica e privata) e Pil più elevato dell'Italia e tra questi solo Portogallo e Spagna presentano una spesa pro capite più bassa. Tra 1990 e 2005, mentre la spesa sanitaria per l'area OCSE è aumentata dal 6,9% al 9%, in Italia è passata dal 7,7% (un valore iniziale quindi superiore a quello della media dei paesi industrializzati) all'8,9% del Pil, evidenziando una dinamica meno accentuata rispetto a molti altri paesi e simile a quella fatta registrare da Svezia e Danimarca (passate dall'8,3% del 1990 al 9,1% del 2005).²¹

Per l'insieme dei paesi dell'OCSE, negli ultimi 15 anni la spesa sanitaria è cresciuta più del doppio del Pil. Nel contempo si assiste in molti paesi ad una riduzione dell'impegno pubblico che rimane comunque la prevalente modalità di finanziamento. In Italia, la spesa pubblica rappresenta nel 2005 il 76,6% della spesa complessiva, posizionandosi al di sopra della media OCSE (72,5%), anche se la sua incidenza percentuale si è ridotta di 2,9 punti dal 1990. Quasi l'83,0% della spesa privata italiana è di tipo "out-of-pocket", cioè spesa diretta delle famiglie (uno dei valori più alti fra i paesi dell'UE a 15) mentre solo una piccola quota è finanziata da assicurazioni e fondi sanitari integrativi.

Per quanto riguarda i livelli di spesa per differenti tipologie di assistenza, si rileva una certa eterogeneità fra i Paesi dell'area OCSE. In Italia si osserva una prevalenza della spesa ospedaliera che, secondo l'ultimo dato ufficiale disponibile, contenuto nel Rapporto Nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria 2002-2003, rappresenta il 48% della spesa pubblica totale, e una ridotta spesa per la prevenzione, benché gli ultimi piani sanitari nazionali abbiano evidenziato l'importanza di un riequilibrio delle risorse utilizzate a favore delle attività territoriali e di prevenzione. La spesa pubblica relativa ai soli ricoveri (quindi al netto al netto della stima dei costi relativi alle prestazioni specialistiche erogate agli assistiti non ricoverati) rappresenta

²⁰ Non considerando Stati Uniti e Lussemburgo, che, con una spesa pro capite rispettivamente di 6.401 e 5.352 dollari p.p.a., rappresentano casi anomali, la spesa sanitaria pro capite italiana sarebbe in linea con la media OCSE.

²¹ Va però osservato che in Italia, tra il 2001 e il 2004, la spesa sanitaria è cresciuta con un tasso moderato (2,1%), ma circa cinque volte più velocemente della crescita del Pil. Si veda al riguardo: Francia e Mennini, *Evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nei paesi OCSE*, Rapporto CEIS – Sanità (2006).

circa il 42% della spesa pubblica totale contro una media OCSE del 35%.²² Data la rilevanza quantitativa della spesa ospedaliera, si è ritenuto opportuno concentrare l'attenzione, nei successivi paragrafi, su tale componente della spesa pubblica.

La variabilità nei livelli di spesa pubblica dei paesi OCSE dipende da molteplici fattori. In primo luogo, è ben nota la relazione positiva tra reddito pro-capite e spesa sanitaria pro-capite, per cui i paesi più ricchi tendono a spendere più risorse per la salute. Tuttavia, l'esistenza di una considerevole variabilità nella spesa tra paesi aventi un livello di reddito confrontabile indica come vi siano altre importanti determinanti da considerare tra cui: le diverse scelte relative all'organizzazione, finanziamento e regolazione dei sistemi sanitari; i differenziali di innovazione nelle tecnologie sanitarie; l'adozione di differenti combinazioni di quantità e prezzi di beni e servizi sanitari erogati; l'adozione di diverse combinazioni di fattori di produzione utilizzati nell'erogazione dei servizi.²³

Risulta quindi piuttosto fuorviante associare ridotti livelli di spesa (e/o di input utilizzati) a elevati livelli di efficienza. Infatti, ciò potrebbe valere solo qualora il livello di efficacia e di qualità dell'assistenza sanitaria fosse lo stesso per tutti i sistemi. Una corretta analisi di performance di un sistema sanitario dovrebbe invece basarsi sull'analisi del rapporto tra spesa sanitaria e *outcome* di salute e qualità della vita ottenuti. Si potrebbe, ad esempio, tentare di confrontare la spesa sanitaria con qualche indicatore di *outcome* (speranza di vita, mortalità infantile, mortalità evitabile, ecc.), ma i risultati di analisi di questo tipo vanno considerati con estrema cautela in quanto speranza di vita e mortalità dipendono da una molteplicità di fattori (stili di vita, condizioni ambientali, ecc.) diversi dalla sanità. Tentativi anche piuttosto elaborati in questo senso sono stati effettuati dall'Organizzazione mondiale della sanità e da altri centri di ricerca e in questi studi il SSN si posiziona quasi sempre nelle prime posizioni della classifica dei migliori sistemi sanitari.²⁴

²² Il dato, relativo al 2004, è contenuto in Francia e Mennini (2006).

²³ Le stesse regioni italiane evidenziano una composizione della spesa pubblica molto eterogenea. Ad esempio, nel 2006 la spesa per il personale – che assorbe la maggiore quantità di risorse a livello nazionale (oltre il 33% della spesa complessiva) – incide per il 42,6% in Piemonte e solo per il 29,4% in Lombardia. Per contro, la spesa per l'assistenza ospedaliera accreditata incide per il 6,4% in Piemonte e per il 13,6% in Lombardia, a fronte di una incidenza media nazionale dell'8,4% (dati contenuti nella Relazione sulla situazione economica del Paese, 2006). Per un'analisi delle differenti dinamiche della spesa (e delle sue componenti) si veda anche il Rapporto 2007 della ASSR sull'evoluzione della spesa sanitaria corrente 2001-2005.

²⁴ Uno dei pochi tentativi, peraltro molto criticato sul piano metodologico, di elaborare un insieme di indicatori per una valutazione della performance complessiva dei sistemi sanitari dei diversi paesi è quello realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla base di dati panel relativi a 191 paesi per il periodo 1993-1997, contenuto nel Rapporto "The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance". Alcuni affinamenti metodologici dell'approccio dell'OMS sono contenuti in due studi successivi proposti da Greene e da Lauer et al.. Si vedano: Greene W. (2004), "Distinguishing between heterogeneity and Inefficiency: stochastic frontier analysis of the World Health Organization's panel data on national health care systems", Health Economics,

Il sistema sanitario italiano sembra evidenziare a livello macro un buon rapporto tra risorse pubbliche impegnate e *outcome* di salute. Tuttavia - soprattutto in una prospettiva di sostenibilità di medio-lungo periodo (dati i trend di crescita della spesa tipicamente più accentuati di quelli del Pil) – appare necessario puntare sull'accrescimento dell'efficienza e della qualità della spesa sanitaria. Questo approccio, di cui si illustreranno nel prosieguo le ragioni e i modi, non è incompatibile con l'uso temporaneo di strumenti generalizzati di contenimento della spesa, come l'imposizione di tetti uniformi, ma occorre essere consapevoli che le misure generalizzate vanno intese come provvedimenti di sicurezza per tenere sotto controllo la dinamica finanziaria del fenomeno e per stimolare la vera “cura” organizzativa che consiste nell'operare all'interno delle strutture e delle procedure del SSN. Inoltre, a fronte della notevole eterogeneità che contraddistingue i diversi sistemi regionali (in termini strutturali, organizzativi e di performance), appare necessario che ogni regione consegua un accettabile rapporto costo-efficacia dell'assistenza sanitaria.

13; Lauer J. et al. (2004), “World health system performance revisited: the impact of varying the relative importance of health system goals”, BMC Health Services Research

Tabella 2.11 La spesa sanitaria nei principali paesi Ocse - anno 2005 (1)

	Spesa sanitaria pubblica e privata in rapporto al PIL	Spesa sanitaria pubblica in rapporto alla spesa sanitaria totale	Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite (dollari USA P.P.P.)	Spesa farmaceutica in rapporto alla spesa totale	Medici per 1.000 abitanti	Infermieri per 1.000 abitanti	Posti letto per acuti per 1.000 abitanti	Edifici magnetica nucleare (per 1.000.000 di abitanti)	Tomografia assiale computerizzata (per 1.000.000 di abitanti)	Spesa di vita alla nascita - femmine	Spesa di vita alla nascita - maschi	Mortalità infantile (per 1000 nati vivi)
Australia	9,3	65,5	2245	17,7	2,7	6,4	6,6	4,2	45,7	83,3	78,5	5,9
Austria	10,2	75,7	3519	1,8	3,5	5,4	5,1	16,3	28,4	82,2	76,7	4,2
Belgio	10,3	72,3	3389	n.d.	4,0	6,1	4,4	6,6	22,6	62,4	66,3	3,7
Canada	9,8	70,3	3326	17,7	2,2	1,9	2,9	5,5	11,2	62,6	61,8	6,3
Repubblica ceca	7,2	88,6	1478	25,1	3,6	8,1	5,7	3,1	12,3	79,1	72,9	3,4
Danimarca	9,1	84,1	3108	8,9	2,6	1,7	3,5	4,0	13,8	80,2	75,6	4,4
Finlandia	7,5	77,8	2331	16,3	2,4	7,0	2,9	14,7	14,7	82,3	73,5	3,0
Francia	11,1	79,8	3374	15,4	3,4	7,7	4,7	4,7	9,8	83,8	76,7	3,5
Germania	10,7	76,9	3287	15,2	3,4	5,7	5,4	7,1	15,4	81,8	76,2	3,9
Grecia	10,1	42,8	2981	n.d.	4,9	n.d.	6,9	13,2	25,8	81,7	76,8	3,8
Ungheria	6,0	60,5	1237	16,2	3,0	8,8	5,5	2,6	7,1	76,9	68,6	5,2
Islanda	9,5	82,5	3443	13,3	3,7	14	n.d.	20,3	23,7	81,1	79,2	2,3
Irlanda	7,5	78	2926	10,9	2,8	15,2	2,8	n.d.	10,7	81,8	77,1	4,9
Italia	8,9	76,6	2532	20,1	3,8	7,9	3,9	1,5	27,7	85,2	77,6	4,7
Giappone	6,9	82,7	2286	9,9	2,0	6,9	8,2	40,7	n.d.	85,5	78,5	2,8
Corea	6	83	1318	27,3	1,6	1,9	6,5	12,1	32,2	81,9	75,1	6,2
Lussemburgo	6,2	69,6	2282	6,9	2,5	13,9	5,2	1,1	28,6	82,3	76,2	2,5
Messico	6,4	75,5	675	21,3	1,8	2,2	1	1,3	3,4	77,9	73	18,8
Olanda	6,2	62,5	2094	n.d.	3,7	14,5	3,1	5,6	5,8	8,6	77,2	4,9
Nuova Zelanda	9	78,1	2343	12,4	2,2	6,2	n.d.	n.d.	12,1	81,7	77,5	5,1
Norvegia	9,1	83,6	4364	5,1	3,7	15,4	3	n.d.	n.d.	82,5	77,7	3,1
Polonia	6,2	69,3	867	28	2,1	5,1	4,7	2	7,9	79,4	70,8	5,4
Portogallo	10,2	72,7	2033	2,9	3,4	4,6	3	n.d.	26,2	81,4	74,9	3,5
Repubblica slovacca	7,1	74,4	1137	31,9	2,2	6,2	5	4,3	11,3	77,9	70,1	7,2
Spagna	8,2	71,4	2255	22,9	3,8	7,4	6,6	8,1	13,5	83,9	77,4	4,1
Svezia	9,1	84,6	2918	12	2,4	6,6	2,2	n.d.	n.d.	82,8	78,4	2,4
Svizzera	11,6	59,7	4177	10,4	3,8	14,1	3,6	14,4	18,2	83,9	78,7	4,2
Turchia	7,6	71,4	586	n.c.	1,2	6,3	2	6,1	n.d.	73,8	68,9	23,6
Inghilterra	8,3	87,1	2724	n.d.	2,4	9,1	3,1	5,4	7,5	81,1	76,9	5,1
Stati Uniti	15,3	55,1	6401	12,1	2,4	6,1	2,7	6,6	32,3	69,4	62,3	6,8

2.2.2 Variabilità territoriale nei costi e nei livelli di efficienza dell'assistenza ospedaliera

Una valutazione approfondita dell'efficienza interna del sistema sanitario è questione complessa non solo perché non può essere disgiunta dall'analisi dell'efficacia dei servizi nel rispondere in termini quantitativi e qualitativi ai bisogni della popolazione, ma anche perché l'articolazione stessa delle forme di assistenza – medicina territoriale, prestazioni specialistiche e diagnostiche, farmaceutica, ricoveri ordinari per acuti e per non acuti, day-hospital, ecc. – richiederebbe un'analisi specifica per ciascuna tipologia assistenziale. Si è quindi optato per concentrare l'attenzione sul segmento dell'assistenza ospedaliera, più rilevante in termini di risorse impegnate, cercando di raccogliere, sulla base dei dati disponibili, un insieme di segnali circa l'esistenza o meno di problemi di appropriatezza dei servizi erogati e di economicità di gestione, sia a livello generale sia a livello di singoli sistemi regionali.

La tab. 2.12 riporta alcuni indicatori di costo relativi all'assistenza ospedaliera per le diverse regioni.

Il costo medio per abitante dell'assistenza ospedaliera erogata dagli ospedali pubblici e privati accreditati nel 2002 è stato pari a 656,58 euro a livello nazionale (il costo è al netto della mobilità). Si osserva una rilevante variabilità tra regioni con le due P.A. di Bolzano e Trento che registrano i valori più alti (rispettivamente 908,1 e 837,5 euro) e con Emilia Romagna (608,3 euro) e Lombardia (617,22 euro) che registrano i valori più bassi.

Volendo esaminare più in dettaglio i costi degli erogatori pubblici, è possibile avvalersi di due recenti studi condotti dall'ASSR: il primo dedicato alle Aziende Ospedaliere (AO) riferito al 2004, il secondo dedicato ai presidi gestiti direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) riferito al 2003.²⁵ La tab. 2.12 riporta quindi anche i principali indicatori di costo medio delle AO e dei presidi di ASL, che sono stati calcolati con riferimento al “costo della produzione”, derivante dal conto economico delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri, al netto della stima dei costi relativi alle prestazioni specialistiche erogate agli assistiti non ricoverati.

²⁵ E' necessario tener presente che le scelte organizzative regionali e le dimensioni delle regioni stesse hanno determinato l'individuazione del numero delle aziende ospedaliere. Per esempio in Lombardia la funzione ospedaliera pubblica è stata demandata esclusivamente alle Aziende Ospedaliere; per contro, nelle altre regioni è stato costituito solo un numero limitato di aziende mentre il resto degli ospedali pubblici resta collocato all'interno delle ASL. Sono esclusi dall'analisi gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) e i Policlinici pubblici, per esempio in Lombardia il Policlinico S. Matteo di Pavia e il Policlinico Umberto I di Roma.

Aziende ospedaliere

Con riferimento alle AO, a fronte di un costo per posto letto pari, a livello nazionale, a 200.076 euro, il valore più alto si riscontra nella regione Lazio, con un importo pari a 278.115, mentre, il valore più basso si riscontra nella regione Lombardia con un importo di 166.228. Valori piuttosto elevati si registrano anche in Piemonte (262.751 euro), Toscana (245.958 euro) e Campania (243.353 euro). Considerando le singole AO, il costo più elevato del posto letto (327.521 euro) spetta al San Camillo Forlanini di Roma, seguito dalle Molinette di Torino (322.603 euro) e dal Cto-Crf Maria Adelaide di Torino (309.379 euro).

A livello nazionale un episodio di ricovero in AO costa nel 2004 3.940 euro (+5,4% rispetto al 2003), per una spesa complessiva pari a 16 miliardi di euro di cui circa il 60 % per il personale (9,7 mld). Il costo medio per ricovero pesato indica l'entità media delle risorse impiegate per ciascun ricovero normalizzato per la complessità della casistica e si ottiene dal rapporto tra costo medio del ricovero e peso medio DRG. Rispetto al primo, questo secondo indicatore fornisce una informazione più corretta sul livello di efficienza relativa delle AO nelle diverse regioni, in quanto tiene conto della complessità della casistica trattata. La media italiana del costo medio per episodio di ricovero pesato è pari nel 2004 a 3.450 euro. La regione dove il ricovero (pesato) costa di più è il Lazio con un importo pari a 5.083 euro, seguita dal Piemonte (4.459). Tutte le altre regioni presentano valori relativamente più bassi, compresi tra il minimo di 2.842 euro della Sicilia e i 3.881 euro della Toscana. A livello di singola AO, il costo maggiore per ricovero si registra al Cto-Crf Maria Adelaide di Torino (6.223 euro), ospedale specializzato nella traumatologia, seguito dal San Camillo Forlanini di Roma (5.473 euro) e dal San Giovanni Battista Molinette di Torino (5.318) entrambi AO a carattere generale. I costi minori, invece, sono fatti registrare dall'AO Treviglio Caravaggio in provincia di Bergamo (1.590 euro), seguito dalle due AO siciliane Vittorio Emanuele di Gela (2.082) e S. Elia di Caltanissetta (2,121).

Il costo medio per giornata di degenza a livello nazionale è pari a 674 euro; il costo maggiore si registra nella regione Piemonte con 932 euro, mentre in Liguria si registra il costo minore pari a 593 euro, anche se tale regione, come si vedrà tra poco, presenta una rilevante incidenza di ricoveri complessi. In questo caso, a pesare in modo differenziato sui costi sono soprattutto le differenti specialità garantite dalle strutture. Esempio emblematico è rappresentato al riguardo dal Cto-Crf Maria Adelaide di Torino che registra la giornata di degenza più costosa (1.144 euro) in ragione della sua specializzazione complessa sui casi traumatologici.

Infine, per quanto riguarda il costo medio totale del personale della AO, a fronte di una media nazionale pari a 43.288 euro, il valore più alto si osserva in Campania, con 50.586, mentre il valore più basso è fatto registrare dalla regione Veneto con 38.177 euro per addetto.

Ospedali a gestione diretta

Sempre dalla tabella 2.12, si osserva che nel 2003 il costo medio per posto letto, pari a livello nazionale a 156.924 euro, assume i valori più elevati in Valle D'Aosta (220.286) e Campania (203.992).

Nel 2003 un ricovero in un presidio a gestione diretta costa mediamente in Italia 3.266 euro, valore che si riduce a 2.969 rapportando il costo del ricovero con il peso medio DRG. Il costo per ricovero pesato assume valori molto elevati in Valle D'Aosta (4.488 euro), P.A. di Trento (3.990 euro), P.A. di Bolzano (3.814 euro) e Molise (3.467 euro). Per tali regioni la contenuta dimensione geografica, l'assenza di aziende ospedaliere e la presenza di alcune caratteristiche specifiche (montuosità, bilinguismo) determinano maggiori costi. Anche la Campania (con 3.359 euro) evidenzia comunque un costo per ricovero pesato ben sopra la media nazionale.

Il costo unitario del personale è pari a 43.620 euro a livello nazionale, con valori significativamente superiori alla media in Valle D'Aosta, P.A di Trento, Campania, Calabria e Sicilia.

Nel complesso, si registra quindi una rilevante variabilità territoriale nei costi dell'assistenza ospedaliera, con alcune regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Lazio, Campania e, in parte, Molise) che evidenziano valori elevati per tutti i parametri di costo considerati.

Occorrono però alcune note di prudenza nell'interpretazione della variabilità dei costi, ai fini di valutazione dell'efficienza. In particolare, il dato del costo medio per ricovero (seppur pesato) va interpretato con cautela. Esso è determinato, tra l'altro dal numero dei ricoveri: più elevato è tale numero e, parità di costi totali, minore sarà il costo medio. Un elevato numero di ricoveri, tuttavia, non riflette necessariamente un efficiente uso delle risorse disponibili. Può accadere, infatti, che il sistema tariffario trasmetta incentivi distorsivi alla “creazione” di episodi di ricovero, come effettivamente accade con il nostro sistema di pagamento basato sulle tariffe DRG, con il fenomeno del frazionamento dei ricoveri (ricoveri ripetuti). D'altra parte, in quelle aree del Paese dove esiste una carenza di assistenza territoriale (nel campo delle prestazioni specialistiche e diagnostiche), gli ospedali svolgono spesso un ruolo di supplenza di tale assistenza, dando origine, tuttavia, a ricoveri inappropriati. In alcuni casi, tale ruolo di supplenza risulta anche “funzionale” all'utilizzazione di capacità produttiva in eccesso degli ospedali (in termini di posti letto).

Un altro elemento da considerare è il fatto che l'ammontare dei costi fissi è piuttosto rilevante: al 60% in media di spesa del personale, bisogna aggiungere i costi di gestione e manutenzione delle strutture e quelli relativi a forniture di servizi esternalizzati, che in molti casi possono essere considerati quasi fissi. Si tenga conto, peraltro, che una parte di capacità produttiva deve essere comunque mantenuta, anche se non pienamente utilizzata, per far fronte all'emergenza (funzione tipica delle AO) e, più in generale, alle variazioni di domanda nel tempo. Da qui la difficoltà di controllare i costi medi.

Inoltre, l'eterogeneità dei processi produttivi e dei prodotti, che si origina in larga misura dalle scelte cliniche dei medici, in relazione al trattamento di ogni singolo caso, di cui essi assumono “esclusiva” responsabilità (e potere di decidere), limita la significatività degli indicatori utilizzati. Questo è particolarmente vero quando si effettuano analisi aggregate, seppure a livello di singola azienda.

Queste osservazioni metodologiche, oltre a considerazioni di carattere più generale, consentono di formulare alcune importanti indicazioni di *policy*, in tema di miglioramento dell'efficienza e risparmi di spesa.

1) In primo luogo, vale la pena di ribadire che gli strumenti “generalizzati” di riduzione o contenimento della spesa, come l'imposizione di tagli uniformi di alcune voci di spesa, possono essere giustificati come inevitabili barriere di salvaguardia ma non garantiscono la soluzione più efficace. Nella sanità, infatti, non conta tanto, ad esempio, che tutti i reparti indiscriminatamente taglino di una certa percentuale la propria spesa per l'acquisto di beni e

servizi, compresi anche quei servizi dove si trattano patologie di una certa complessità e più esposti alla crescita dei costi (anche a causa delle sperimentazioni e innovazioni tecnologiche), ma piuttosto che l'offerta di prestazioni complesse non sia inefficientemente erogata da “troppi” fornitori. Gli strumenti di controllo della spesa che le regioni, quindi, dovrebbero utilizzare devono fondarsi su un'analisi più “fine”, che consenta il controllo dei costi per microaree omogenee della produzione aziendale.

2) L'entità dei costi fissi è tale per cui la riduzione dei posti letto, sebbene costituisca un intervento di razionalizzazione dell'offerta complessiva dei servizi sanitari, non può dare, tuttavia, rilevanti effetti di riduzione dei costi nel breve periodo.

3) Gli interventi più rilevanti sono quelli di revisione e riarticolazione dell'offerta complessiva dei servizi sanitari, nell'ambito della quale si tratta di ridefinire il ruolo dell'ospedale, nella consapevolezza, peraltro, che la spesa sanitaria italiana non è così elevata e che più che il risparmio corrente di spesa, l'obiettivo deve essere quello del controllo nel tempo della spesa e del contemporaneo mantenimento della capacità universalistica del sistema. Importante a tal fine è la diffusione delle pratiche migliori nelle regioni con servizi meno efficienti.

4) In relazione ai cambiamenti tecnologici e dei bisogni di salute (si pensi in particolare all'impatto dell'invecchiamento della popolazione), la sfida più importante è quella dell'appropriatezza clinica dei trattamenti e delle loro modalità di erogazione. Questa sfida va affrontata sia in tema di governo della domanda, attraverso un uso ottimale delle informazioni oggi disponibili per il controllo delle aree di inappropriata (banche dati dei consumi sanitari) e l'elaborazione condivisa di linee guida, per evitare che le decisioni professionali siano "incontrollate" o “brutalmente” piegate da meri incentivi economici, sia in tema di controllo dell'offerta e della sua specializzazione, attraverso un controllo dell'uso e della diffusione delle tecnologie (*health technology assessment*), e un'attenzione particolare al rapporto pubblico-privato e alle sue diverse caratteristiche. Senza la necessità di radicali riforme, va ripensato il sistema delle relazioni tra i soggetti della *governance* del SSN (regioni, ASL, AO), orientandolo verso una maggiore integrazione.

2.2.3 Variabilità territoriale nelle dotazioni strutturali, nella complessità e nell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

Allo scopo di fornire qualche ulteriore elemento esplicativo, utile a comprendere meglio i fattori della variabilità dei costi ospedalieri tra diverse regioni, è opportuno procedere ad esaminare alcuni dati essenziali di struttura e di attività dei servizi ospedalieri.

La tab. 2.13 riporta alcuni indicatori di offerta, di attività e di complessità delle strutture ospedaliere (aziende ospedaliere, presidi ospedalieri e ospedali accreditati) nel 2004 (anno più

recente disponibile), evidenziando una sensibile variabilità territoriale soprattutto per quanto riguarda le dotazioni di posti letto per 1000 abitanti e i costi medi.

In primo luogo, si può osservare come 12 regioni superino lo standard posto dalla normativa nazionale (L. 311/2004, Finanziaria 2005) di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti (comprendendo posti letto per acuti, per lungodegenza, riabilitazione e psichiatria). Va comunque osservato che sette di queste regioni (Lombardia, Emilia Romagna, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo e il Molise) presentano saldi positivi di mobilità ospedaliera, mentre le restanti cinque regioni (Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Marche, Calabria e Sardegna) sono anche caratterizzati da saldi negativi di mobilità per ricoveri (si veda al riguardo la tab. 2.15). Soprattutto nel caso di Lombardia ed Emilia Romagna, i più elevati costi di struttura vengono controbilanciati da elevati saldi finanziari positivi derivanti dai rilevanti flussi di ricoveri in entrata.

Nel 2004 la degenza media per casi acuti a livello nazionale è di 6,67 giorni, un valore che è rimasto pressoché costante negli ultimi tre anni, con un minimo di 5,5 giorni in Campania e un massimo di 8,6 in Valle d'Aosta. Relativamente alla tipologia di istituti, la degenza media per i ricoveri per acuti in regime ordinario mostra valori più elevati nelle strutture pubbliche (6,8 giorni) rispetto a quelle private (5,5) e questo deriva da due ragioni principali: la casistica trattata nelle strutture pubbliche, che comprendono anche le aziende ospedaliere, è mediamente più complessa; inoltre la minore degenza media delle strutture private rappresenta anche un possibile effetto della adozione delle tariffe DRG utilizzate per la remunerazione degli erogatori privati e che hanno incentivato la riduzione dei tempi di ricovero.²⁶ La degenza media pre-operatoria, sintomo di eventuale inappropriata organizzativa, è in lieve riduzione rispetto agli anni precedenti. A livello nazionale è pari a 2,05 giorni; le durate inferiori si osservano nelle Marche (1,56) e in Friuli Venezia Giulia (1,44), mentre quelle più elevate si registrano in Lazio (2,85) e Basilicata (2,65).

A fronte di una sostanziale stabilità della degenza media, la casistica trattata continua invece ad evidenziare una maggiore complessità evidenziata da un aumento del peso medio DRG pari a 1,24 nel 2004 a fronte del 1,22 nel 2003: ciò riflette una tendenza all'uso più appropriato degli ospedali per casi acuti ed una maggiore accuratezza nella codifica delle variabili cliniche. Considerando le singole regioni, i valori più elevati dell'ICM (indice di

²⁶ Riabilitazione e lungodegenza, invece, sono più lunghe nel privato che nel pubblico. La degenza media per riabilitazione è pari a 25,7 giorni nelle strutture pubbliche e a 27 giorni in quelle private; per i ricoveri per lungodegenza si hanno rispettivamente 27,9 e 37,8 giorni. La degenza media nelle strutture private di lungodegenza di Lazio, Calabria e Sicilia è particolarmente elevata (rispettivamente 63, 110 e 222 giornate) e segnala un uso inefficiente di strutture ospedaliere che vengono utilizzate RSA o come case di riposo, in mancanza di strutture residenziali socio-assistenziali. La distribuzione regionale delle degenze medie per queste due tipologie di assistenza ospedaliera mostra un'evidente variabilità. Si veda al riguardo il Rapporto annuale del Ministero della salute sull'attività di ricovero ospedaliero – dati SDO 2004.

case-mix) si registrano in Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Liguria (1,12) e in Toscana (1,14); quasi tutte le Regioni centrali e meridionali fanno registrare un indice inferiore all'unità. Andamento analogo si evidenzia nel peso medio che a fronte di un valore medio nazionale pari a 1,24, registra valori alti nelle regioni settentrionali e valori decisamente più bassi nelle regioni centro-meridionali.

Le ultime tre colonne della tab. 2.13 riportano tre "indicatori sentinella" di appropriatezza delle cure ospedaliere erogate. In primo luogo, viene indicata la percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti, pari a 37,8% a livello nazionale, ancora in aumento rispetto agli anni precedenti (36,7% nel 2003 e 35,8% nel 2002). Nei confronti degli altri Paesi industrializzati l'Italia presenta i valori più elevati nella frequenza dell'evento parto cesareo. Con riferimento alle regioni italiane, l'intervallo di variazione di tale indicatore è molto ampio e compreso tra il 23% della P.A. di Bolzano (un valore vicino allo standard suggerito dall'Organizzazione mondiale della sanità) ed il 59% della Campania. Valori elevati si riscontrano in Lazio e Abruzzo e in tutte le regioni meridionali, con valori pari al 50% in Basilicata e Sicilia. Si tratta di frequenze che si giustificano difficilmente sul piano clinico e che dipendono invece spesso da problematiche di carattere organizzativo e da incentivi finanziari (livello più elevato delle tariffe DRG rispetto al parto naturale), determinando una risposta inappropriata. L'indicatore "dimessi con DRG medico da reparti chirurgici" esamina la proporzione di casi medici dimessi da reparti chirurgici e rappresenta un indicatore proxy di (in)appropriato utilizzo di questi reparti rispetto alla casistica trattata. Si registra una riduzione dei valori rispetto agli anni precedenti ed una elevata variabilità a livello territoriale. Il valore più basso, che indica maggiore appropriatezza, si registra in Emilia Romagna (27,5%), quello più elevato (maggiore inappropriata) in Calabria (49,3%). In generale tutte le regioni meridionali presentano valori elevati. Infine, l'ultima colonna della tabella 2.2 riporta la percentuale di ricoveri in regime ordinario sul totale dei ricoveri per acuti con riferimento ai 43 DRG ritenuti ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità di degenza ordinaria (in base alle indicazioni contenute nel DPCM 29 novembre 2001 di "definizione dei livelli essenziali di assistenza"). I valori più elevati dell'indicatore, che evidenziano una potenziale inappropriata, si registrano per il Molise (67,83%), l'Abruzzo (64,69%) e la Sardegna (63,71%).

La tab. 2.14 riporta gli indicatori (numero per 1.000.000 di abitanti) relativi alle dotazioni di alcune apparecchiature diagnostiche presenti negli ospedali pubblici e privati convenzionati delle regioni italiane. Si osserva un rilevante divario tra le strutture pubbliche, maggiormente dotate di attrezzature, e quelle private e la frequente sottodotazione (rispetto alla media nazionale) di quasi tutte le strutture pubbliche meridionali, con l'eccezione di Molise e (in parte) Basilicata.

La tab. 2.15 riporta, per ciascuna regione, alcuni indicatori di mobilità attiva e passiva e i tassi di ospedalizzazione per acuti relativi al 2004. Si può osservare che Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Veneto e Lazio registrano i saldi di mobilità positivi più rilevanti, mentre Campania, Calabria, Sicilia e Puglia registrano i saldi maggiormente negativi. Tra le regioni con saldo positivo solo Lombardia, Emilia Romagna e Toscana attirano più del 50% dei ricoveri da regioni non limitrofe e quindi rispondono presumibilmente a bisogni di maggiore complessità. I tassi di ospedalizzazione per regione di residenza confermano la tendenza alla riduzione del ricovero ordinario nelle discipline per acuti (circa 4-5 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) ed all'aumento di quello in day hospital (3 per 1.000 in più). Il dato registrato a livello nazionale è, per il regime ordinario, pari a 141,47 per 1.000 abitanti e per il day hospital pari a 65,40, anche qui con notevoli differenze tra regioni.

Tabella 2.13 Indicatori di offerta, di attività, di complessività e di appropriatazza degli ospedali pubblici e privati accreditati - anno 2004

REGIONE	Posti letto per acuti per 1000 abitanti	Posti letto post acuti per 1000 abitanti	Totale Posti letto per 1000 abitanti (standard 4,5)	Degenza media ricoveri per acuti ospedali pubblici	Degenza media ricoveri per acuti ospedali privati	Degenza media ricoveri per acuti (ospedali pubblici e privati)	Degenza media operatoria	Indice di case mix (1)	Peso medio DRG (2)	% Parti cesarei sul totale parti	% Dimessi da chirurgia con DRG medico sul totale dimessi da chirurgia	% ricoveri ordinari 43 DRG a rischio inapp.
Piemonte	3,65	0,97	4,62	8,09	7,10	7,96	5,03	1,12	1,19	31,90	29,73	37,77
Valle d'Aosta	1,98	0,00	3,98	8,60	-	8,57	2,10	1,06	1,32	37,42	40,23	34,88
Lombardia	4,24	0,67	4,91	6,90	4,66	6,39	1,66	1,07	1,33	37,34	29,56	53,65
P. A. Bolzano	4,51	0,56	5,07	6,70	8,80	6,80	1,61	0,91	1,14	23,01	22,05	63,49
P. A. Trento	3,69	1,33	5,02	7,70	5,80	7,70	1,71	1,01	1,26	28,15	41,82	22,07
Veneto	3,86	0,60	4,46	7,70	8,70	7,88	1,95	1,08	1,34	28,61	34,04	42,95
Friuli V. Giulia	4,63	0,22	4,85	6,60	6,10	7,51	1,44	1,12	1,40	23,11	29,27	53,44
Liguria	4,24	0,24	4,48	7,30	5,80	7,86	2,55	1,12	1,19	32,19	38,51	30,75
Emilia Romagna	4,31	0,88	5,19	6,50	6,66	6,62	1,87	1,08	1,35	30,96	27,55	51,95
Toscana	4,11	0,35	4,46	7,30	6,90	7,45	2,16	1,14	1,42	26,10	36,03	53,82
Umbria	4,01	0,19	4,20	6,10	4,60	6,41	2,09	1,05	1,40	31,57	40,22	40,55
Marche	4,19	0,45	4,64	7,10	6,16	6,93	1,56	1,03	1,28	15,36	30,21	51,28
Lazio	4,61	1,16	5,77	7,30	6,90	7,44	2,85	0,97	1,20	39,17	36,48	46,95
Abruzzo	4,57	0,45	5,02	6,60	4,10	5,97	1,84	0,91	1,13	46,59	25,61	64,69
Molise	5,06	0,55	5,61	7,30	4,10	6,97	2,40	0,92	1,15	29,29	38,71	67,83
Campania	3,35	0,32	3,67	5,90	4,30	5,51	2,31	0,88	1,10	59,02	45,05	55,99
Puglia	3,62	0,38	4,00	6,00	5,30	6,64	2,09	0,90	1,12	45,94	43,65	62,61
Basilicata	4,14	0,17	4,31	6,40	5,40	6,67	2,65	0,95	1,18	56,45	46,45	46,23
Calabria	4,08	0,47	4,55	5,70	5,70	6,09	2,02	0,85	1,06	43,27	29,32	61,69
Sicilia	4,15	0,23	4,38	5,60	5,56	5,71	1,99	0,91	1,13	51,49	47,19	41,08
Sardegna	4,77	0,11	4,88	7,00	5,66	6,63	2,25	0,87	1,08	39,33	43,04	63,71
Italia	4,18	0,49	4,67	6,80	5,50	6,67	2,05	1,00	1,24	37,5	37,4	50,19

Fonti: Elaborazioni ASSR su dati SIS; Dati SDO 2004

Note: INDICE DI CASI-MIX (ICM): esprime la complessità dei casi trattati da un ospedale, in rapporto alla complessità media di un insieme di ospedali di riferimento (es. l'insieme degli ospedali italiani); cfr. anche allegato n.2 alle linee di guida n. 1/95 (G.U. 29/06/95 n. 150); l'indice di caso mix (ICM) esprime sinteticamente le complessità della casistica trattata. Passa standardizza l'attività di una data unità produttiva per un indice tipo, costituito dalla degenza media DRG specifica di uno standard. In sintesi, valori dell'ICM superiori ad 1 indicano una complessità delle casistica superiore alla media dello standard di riferimento (Italia).

(1) PESO DRG (PDRG): indicatore associato a ciascun DRG, che evidenzia il rapporto fra il costo medio delle specifiche DRG ed il costo medio del case mix (calcolato su tutti i DRG). I costi relativi italiani, corrispondenti alla 10.a versione dei DRG, sono riportati nell'Al. 30.06.1997.

Tabella 2.14 Apparecchiature biomediche di diagnosi e cura presenti negli ospedali pubblici e privati accreditati indicatori per 1.000.000 di abitanti - Anno 2004

Regione	Strutture Pubbliche						Strutture Private								
	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM
PIEMONTE	6,1	226,9	7,7	20,1	7,7	0,5	0,5	0,5	3,3	3,3					
VALLE D'AOSTA		237,6	16,4	16,4	24,6										
LOMBARDIA	4,7	185,4	7,9	15,8	5,5	0,9	17,7	0,3	5,4	5,4					
PROV. AUTON. BOLZANO		178,1	6,4	14,8	10,6	4,2			4,2	4,2					
PROV. AUTON. TRENTO	8,1	385,1	2,0	14,3	6,1				2,0	2,0					
VENETO	5,0	160,0	7,5	16,2	8,6			0,2	0,9	0,9					
FRIULI VENEZIA GIULIA	8,3	236,2	6,7	17,5	7,5				2,5	2,5					
LIGURIA	5,1	266,9	9,5	17,7	10,8										
EMILIA ROMAGNA	3,2	197,5	6,9	15,2	5,4	0,5	6,6	0,7	4,4	4,4					
TOSCANA	5,0	231,1	8,7	14,9	7,3			4,2	0,8	1,1					
UMBRIA	5,9	336,1	3,5	22,4	9,4				2,4	2,4					
MARCHE	4,0	287,7	7,3	14,6	10,6				1,3	4,0					
LAZIO	4,0	174,8	7,9	19,2	7,9	0,2	89,9	1,5	6,1	6,1					
ABRUZZO	3,9	213,9	7,8	15,6	6,2			11,7	5,4	5,4					
MOLISE	6,2	276,7	18,7	24,9	12,4			3,1	3,1	9,3					
CAMPANIA	2,1	66,7	10,6	11,1	3,1	0,3	27,4	3,6	7,5	7,5					
PUGLIA	3,0	230,4	7,9	12,4	5,9			31,9	0,2	4,5					
BASILICATA	1,7	261,3	5,0	15,1	6,7					1,7					
CALABRIA	2,5	208,3	5,0	16,9	4,0	1,0	0,5	2,5	10,4	10,4					
SICILIA	1,4	99,5	5,0	14,6	3,6	1,2	3,0	1,6	7,2	7,2					
SARDEGNA	1,2	182,0	11,0	13,4	9,7			51,1	1,2	4,9					
ITALIA	3,9	185,5	7,8	15,7	6,5	0,4	18,6	1,1	4,7	4,7					

ASS_OSP_STR_09

ALI : Acceleratore lineare EMD : Apparecchio per emodinisi GCC : Gamma camera computerizzata TAC : Tomografo assiale computerizzato TRM : Tomografo a risonanza magnetica

Fonte: "Attività gestionali ed economiche delle ANL e Aziende Ospedaliere - Annuario statistico dei servizi sanitari nazionali" - Ministero della salute, anno 2004

Tabella 2.15 Mobilità attiva e passiva e tassi di ospedalizzazione per i ricoveri entro regione e fuori regione (x 1.000 abitanti). Ricoveri per acuti - Anno 2004

REGIONE	Mobilità attiva (ricoveri ordinari)		Mobilità passiva (ricoveri ordinari)		Saldo netto mobilità (attiva - passiva)	Regime Ordinario			Day hospital		
	% di ricoveri da altre regioni	di cui: % da regioni limitrofe	% di ricoveri in altre regioni	di cui: % in regioni limitrofe		Ricoveri entro Regione	Ricoveri fuori Regione	Totale	Ricoveri entro Regione	Ricoveri fuori Regione	Totale
Piemonte	6,3	63,0	8,4	77,5	- 10.689	101,75	9,38	111,13	58,42	4,49	62,92
Valle d'Aosta	3,5	53,9	22,1	61,5	- 2.202	100,87	28,65	129,52	44,35	11,55	55,90
Lombardia	8,9	44,9	3,9	59,5	68.943	131,64	5,33	136,97	57,61	2,01	59,61
P. A. di Bolzano	7,2	61,2	4,3	52,4	2.272	145,70	6,54	152,24	42,30	2,66	44,96
P. A. di Trento	8,5	65,1	18,0	87,6	- 6.410	98,61	21,62	120,24	44,57	8,98	53,55
Veneto	8,0	60,0	5,1	83,9	17.720	114,62	6,17	120,80	54,12	2,61	56,74
Friuli-Venezia Giulia	8,6	63,9	6,1	59,8	4.161	116,24	7,53	123,77	35,17	4,94	40,11
Liguria	11,4	59,5	11,2	90,6	440	123,78	15,69	139,46	55,45	7,53	102,98
Emilia-Romagna	12,6	46,9	6,0	71,9	- 41.672	125,37	7,94	133,30	49,00	3,56	52,56
Toscana	9,9	41,9	5,8	60,8	19.148	113,28	7,02	120,31	48,53	3,22	52,77
Umbria	15,1	73,6	10,9	86,3	5.576	117,40	14,34	131,73	59,18	7,12	66,30
Marche	8,8	57,9	10,5	76,7	- 3.981	124,78	14,70	139,48	41,35	5,95	47,30
Lazio	8,4	55,2	6,7	71,0	14.222	140,10	10,12	150,22	79,65	3,69	83,34
Abruzzo	12,5	70,6	9,7	65,1	8.011	176,32	18,93	195,25	62,74	7,04	69,78
Molise	23,8	92,8	20,9	79,4	2.206	142,58	37,69	180,28	40,96	14,48	55,46
Campania	2,2	52,5	7,5	51,5	- 47.665	139,32	11,47	150,80	67,00	3,65	70,65
Puglia	4,2	58,2	7,4	16,2	- 21.434	149,24	11,91	161,15	37,58	4,11	41,69
Basilicata	11,1	90,3	24,8	62,7	- 13.127	107,08	35,31	142,39	53,55	11,17	64,72
Calabria	3,4	34,8	14,4	14,9	- 37.147	139,05	23,34	162,39	52,18	9,38	61,56
Sicilia	1,6	46,2	5,0	0,4	- 35.779	149,12	9,56	158,68	100,71	2,84	103,55
Sardegna	1,7	0,0	4,1	0,0	- 6.307	152,80	6,50	159,30	64,84	2,28	67,12
ITALIA						131,27	10,20	141,47	81,43	3,97	85,40

Fonte: Ministero della Salute - Dati SDO 2004

2.2.4 Attività ospedaliera pubblica: aziende e ospedali a gestione diretta

Aziende ospedaliere

L'analisi dell'attività delle 95 aziende permette di fare valutazioni sul 31% dei ricoveri prodotti in Italia, con un'offerta nel 2004 di circa 79.892 posti letto e 225.035 unità di personale. Nel corso degli anni l'offerta di posti letto di tali aziende si è evoluta potenziando l'attività diurna e diminuendo quella in regime ordinario, migliorando la propria efficienza organizzativa.

Come si osserva dalla tab. 2.16, le attività di ricovero delle AO nel 2004 sono caratterizzate da una degenza media di 7,23 giorni, da un peso medio DRG pari a 1,29 e da una incidenza dei dimessi con DRG "inappropriati" del 20,68 % (quindi inferiore all'incidenza media riportata in tab. 2.13). In alcune regioni la percentuale di ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati rimane comunque ancora relativamente elevata: 24,84% in Sicilia e oltre il 23% in Sardegna e Calabria. I dati riportati nella tabella 2.6 evidenziano, inoltre, un tasso di utilizzo dei posti letto non particolarmente elevato in alcune regioni (Basilicata, Calabria e Sicilia) e superiore all'80% in Lazio, Marche, Campania e Puglia. Le AO di Piemonte, Friuli, Veneto, Liguria, Toscana e Marche trattano mediamente casi molto più complicati rispetto alle aziende di altre regioni (peso medio DRG superiore a 1,4-1,5 ed elevata percentuale di ricoveri con peso superiore a 2,5). Come si può notare, dalla tab. 2.17, le AO che attirano di più l'utenza extraregionale per casi complessi appartengono ad alcune di queste regioni. Nelle AO di Lazio, Piemonte, Toscana, Veneto e Campania si registra, inoltre, un numero particolarmente elevato di addetti (circa 3) per posto letto a fronte di una media di 2,82. Si registrano peraltro rilevanti scostamenti con riferimento alle dotazioni di personale medico e infermieristico, mentre in Friuli Venezia Giulia e Liguria si osserva un elevato rapporto tra numero di infermieri e numero di medici.

2.2.5 Ospedali a gestione diretta

I 519 presidi a gestione diretta delle ASL hanno prodotto nel 2003 (ultimo anno per cui sono disponibili dati) circa il 40% dei ricoveri ospedalieri con un'offerta di circa 109.000 posti letto e l'impiego di 252.000 unità di personale.

Come si osserva dalla tab. 2.18, il peso medio dei ricoveri negli ospedali di ASL è pari a 1,10. In Calabria e Sicilia il peso medio è inferiore a 1 evidenziando un minore livello di complessità dei casi trattati dalle strutture di tali regioni; ciò viene confermato se si considera la percentuale di ricoveri con peso superiore a 2,5 molto bassa nelle due regioni. Vi sono in media 2,36 unità di personale per posto letto con un'incidenza nettamente superiore in Piemonte, P.A. Bolzano, Friuli V.G., Lazio e Campania. Il tasso di occupazione dei posti letto è inferiore al 75% con valori molto bassi in Friuli V. G., Puglia e Basilicata.

La tab. 2.19 evidenzia infine come i presidi ospedalieri che presentano il più elevato numero di ricoveri in mobilità attiva siano concentrati per la maggior parte in regioni che registrano indicatori di complessità della casistica superiori alla media.

Tabella 2.16 Indicatori di struttura e di attività delle Aziende ospedaliere – Anno 2004

REGIONE	N. Aziende Ospedaliere	Posti letto	Unità di personale per posto letto	Rapporto Infermieri /Medici	Degenza media	Tasso di occupazione e ricoveri ordinari	Peso medio DRG ricoveri ordinari	% ricoveri ordinari con peso >2,5	% ricoveri ordinari 43 DRG a rischio inapp.
Piemonte	7	5.454	3,25	2,75	8,30	75,59	1,51	13,08	17,05
Lombardia	29	28.273	2,85	2,13	7,17	73,74	1,19	7,09	21,54
Veneto	2	3.555	2,98	2,57	8,23	83,79	1,42	11,67	16,73
Friuli V. Giulia	3	2.604	2,81	3,05	8,59	73,31	1,51	11,08	17,21
Liguria	3	2.699	2,62	2,91	9,17	84,59	1,57	13,31	21,66
Emilia Romagna	5	6.084	2,74	2,49	7,64	79,97	1,40	10,13	13,85
Toscana	4	4.489	3,05	2,09	7,76	77,73	1,56	13,15	16,99
Umbria	2	1.603	2,64	1,98	6,81	77,86	1,42	10,74	20,88
Marche	2	1.410	2,93	2,25	6,75	83,87	1,45	11,25	15,56
Lazio	4	3.721	3,25	2,23	9,15	89,65	1,41	10,53	20,35
Campania	8	4.794	2,93	2,06	5,98	82,45	1,17	6,54	22,68
Puglia	2	2.345	2,41	1,64	6,90	83,41	1,19	6,80	22,55
Basilicata	2	941	2,08	2,64	6,97	69,53	1,26	7,69	21,08
Calabria	4	2.491	2,45	1,91	7,08	70,95	1,17	5,83	23,48
Sicilia	17	8.851	2,44	1,81	5,88	71,99	1,16	5,95	24,84
Sardegna	1	678	2,79	2,02	5,93	73,21	1,28	7,37	23,85
Italia	95	79.992	2,82	2,35	7,23	77,12	1,29	8,54	20,68

Fonti: Elaborazioni ASSR su dati SIS; Dati SDO 2004

Tabella 2.17 Aziende Ospedaliere con il più alto numero di ricoveri in mobilità attiva Anno 2003

Denominazione Struttura	Ricoveri in mobilità attiva	Totale ricoveri (DO + DH)	% mobilità
A.O. Pisana - Pisa	15.159	71.245	21,28
A.O. di Verona	13.636	89.432	15,25
A.O. S. Orsola Malpighi - Bologna	13.191	77.942	16,92
A.O. di Padova	11.614	84.095	13,81
A.O. di Senese - Siena	8.499	38.189	22,26
A.O. Careggi - Firenze	7.923	86.521	9,16
A.O. di Perugia	7.379	50.793	14,53
A.O. S.Martino e clin. Univ. Conv. Genova	7.040	79.171	8,89
A.O. Spedali civili di Brescia	6.976	101.304	6,89
A.O. S. Maria Terni	6.803	33.730	20,17
A.O. S. Camillo Forlanini - Roma	6.554	73.848	8,87
A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda - Milano	6.363	56.568	11,25
A.O. di Parma	6.247	55.800	11,20
A.O. della Provincia di Pavia	5.968	52.907	11,28
A.O. Policlinico Modena	5.954	49.102	12,13

Fonte: ASSR, 2005

Tabella 2.18 Indicatori di struttura e di attività degli ospedali gestiti direttamente dalle ASL – Anno 2003

REGIONE	N. presidi analizzati	Unità di personale per posto letto	Degenza media	Tasso di occupazione ricoveri ordinari	Peso medio DRG ricoveri ordinari	% ricoveri ordinari con peso >2,5
Piemonte	22	2,77	8,01	75,63	1,19	6,18
Valle d' Aosta	1	2,40	8,49	77,08	1,21	6,55
P. A. Bolzano	7	2,96	6,52	72,35	1,07	5,17
P. A. Trento	10	2,64	8,00	70,28	1,20	6,01
Veneto	57	2,22	8,25	76,51	1,21	6,80
Friuli V. Giulia	12	2,59	7,29	64,97	1,22	7,98
Liguria	9	2,05	7,90	75,41	1,18	5,59
Emilia Romagna	21	2,32	7,71	82,03	1,24	7,29
Toscana	35	2,47	7,15	74,69	1,20	6,32
Umbria	9	2,18	6,47	74,63	1,09	4,87
Marche	30	2,19	7,12	70,04	1,14	5,20
Lazio	52	2,62	6,99	78,44	1,06	4,21
Abruzzo	22	2,27	7,13	77,05	1,09	4,78
Molise	6	1,91	7,38	81,40	1,06	4,41
Campania	49	2,92	5,68	75,55	1,02	3,54
Puglia	60	1,94	5,82	68,05	1,00	3,68
Basilicata	7	1,93	6,66	57,58	1,01	3,54
Calabria	32	2,49	5,55	71,89	0,93	2,05
Sicilia	49	2,18	5,16	70,66	0,96	2,84
Sardegna	29	2,07	6,96	66,51	1,05	4,29
Italia	519	2,36	6,91	74,11	1,10	5,03

Fonti: Elaborazioni ASSR su dati SIS

Tabella 2.19 Ospedali a gestione diretta con il più alto numero di ricoveri in mobilità attiva (anno 2003)

Denominazione Struttura	Ricoveri in mobilità attiva	Totale ricoveri (DO + DH)	% mobilità
Presidio Ospedaliero Bellaria Maggiore - Bologna	5.418	49.730	10,89
Presidio Ospedaliero S.Salvatore - L' Aquila	4.990	31.932	15,63
Presidio Ospedaliero S.Arcangelo - Rimini	4.459	32.218	13,84
Ospedale Generale Regionale - Bolzano	4.146	39.050	10,62
Presidio Ospedaliero di Massa Carrara	4.083	29.331	13,92
Ospedali riuniti SS Anunziata - Chieti	3.405	38.798	8,78
Presidio Ospedaliero Provinciale S.Agostino - Modena	3.276	64.971	5,04
Presidio Ospedaliero S. Nicola e Filippo - Avezzano	3.147	18.717	16,81
Presidio Ospedaliero S. Paolo - Savona	3.129	32.671	9,58
Presidio Ospedaliero di Cesena	3.116	33.498	9,30
Presidio Ospedaliero Misericordia e Dolce - Prato	2.970	35.001	8,49
Presidio Ospedaliero S. Timoteo - Termoli - Campobasso	2.969	13.097	22,67
Presidio Ospedaliero di Piacenza	2.920	30.283	9,64
Presidio Ospedaliero di Trento	2.794	36.016	7,76
Presidio Ospedaliero Matera	2.790	16.597	16,81

Fonte: ASSR, 2005

A conclusione dell'analisi, si può osservare come l'esistenza di elevati parametri di costo in alcune regioni non sia agevolmente giustificabile sulla base di alcuni degli indicatori di offerta e di domanda che sono stati esaminati nelle tabelle da 2.13 a 2.19. Ad esempio, a fronte di elevati costi medi delle strutture ospedaliere rilevati in alcune regioni, quali Campania Molise e Calabria, si osservano bassi indici di complessità dei ricoveri, elevati livelli di inappropriata delle prestazioni, bassi livelli di dotazione strutturale (apparecchiature diagnostiche) e (con l'eccezione del Molise) rilevanti saldi di mobilità negativi. Nel caso delle AO del Lazio, si osservano valori dei costi medi per posto letto e per ricovero pesato particolarmente elevati e solo in parte giustificati dalla relativa complessità della casistica trattata e dalla presenza di apprezzabili flussi di ricoveri provenienti da altre regioni.

Dall'analisi precedente emerge quindi come scelte organizzative diverse possano determinare risultati differenti in termini di efficienza e appropriatezza ed è, dunque, possibile immaginare miglioramenti di *performance* dei servizi ospedalieri che potrebbero portare in

alcuni casi a risparmi di spesa anche significativi. E' però evidente come una corretta misurazione dell'economicità e dell'appropriatezza dei servizi ospedalieri rispetto ai bisogni dipenda da variabili non riconducibili unicamente alle risorse impegnate, ma relative ad altri rilevanti fattori non sempre agevolmente quantificabili, connessi all'organizzazione del lavoro, alla qualificazione del personale, alla capacità manageriale del personale direttivo, al ruolo affidato agli erogatori privati (sostitutivo o complementare del pubblico) e alle modalità di regolazione e coordinamento di tali erogatori.²⁷

Tutto ciò avvalorava il ruolo degli standard, quali il tasso di ospedalizzazione e il rapporto tra posti letto e popolazione, che sono da tempo una componente qualificante della politica governativa in campo sanitario. Essi rappresentano riferimenti importanti, rispetto ai quali occorre o giustificare validamente le deviazioni (tipicamente legate alla mobilità dei pazienti) o impostare i programmi di riequilibrio strutturale. Anche i tetti alla spesa farmaceutica, che nel 2006 e 2007 hanno rappresentato un efficace mezzo per il contenimento della spesa, hanno una loro giustificazione in un settore dove non operano a sufficienza né i freni della spesa individuale, sopportata solo in piccola parte dal paziente, né i meccanismi della concorrenza tra produttori. Si tratta tuttavia di essere consapevoli della complessità dei fenomeni da governare, il che comporta due obblighi per la politica: considerare sempre l'intera funzione di produzione dell'output sanitario, per evitare che un intervento su un fattore sia vanificato dalla reazione compensativa sugli altri fattori; agire con un'ampia batteria di strumenti normativi ed economici a corredo degli standard e dei tetti di spesa, esaltando anche la funzione del monitoraggio. Conforta osservare che il recente "Patto per la salute" (di cui al cap. 3) si muove in tale direzione.

²⁷ Per un'analisi degli effetti di diverse scelte operate dalle regioni italiane nel mix pubblico-privato nell'assistenza ospedaliera si veda il lavoro di Pignataro e Rizzo, "An analysis of the interregional variations in the public-private mix of hospital services in Italy", Dipartimento di Economia e Metodi Quantitativi, Università di Catania, Facoltà di Economia, Working Paper 4, 2005.