

## 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).<sup>20</sup> 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).<sup>21</sup>

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

---

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> 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%.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup>

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.<sup>24</sup>

---

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

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> 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	Risonanza magnetica nucleare (per 1.000.000 di abitanti)	Tomografia assiale computerizzata (per 1.000.000 di abitanti)	Speranza di vita alla nascita - femmine	Speranza di vita alla nascita - maschi	Mortalità infantile (per 1000 nati vivi)
Australia	(9,5)	(67,5)	(3128)	(13,3)	(2,7)	(10,4)	(3,6)	4,2	(45,3)	83,3	78,5	5,0
Austria	10,2	75,7	3519	11,6	3,5	9,4	6,1	16,3	29,4	82,2	76,7	4,2
Belgio	10,3	72,3	3389	n.d.	4,0	6,1	4,4	6,6	(31,6)	(82,4)	(76,5)	3,7
Canada	9,8	70,3	3326	17,7	2,2	10	(2,9)	5,5	11,2	(82,6)	(77,8)	(5,3)
Repubblica ceca	7,2	88,6	1479	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	(3,6)	(7,7)	(3,1)	(10,2)	13,8	80,2	75,6	4,4
Finlandia	7,5	77,8	2331	16,3	2,4	(7,6)	2,9	14,7	14,7	82,3	75,5	3,0
Francia	11,1	79,8	3374	16,4	3,4	7,7	3,7	4,7	9,8	83,8	76,7	3,6
Germania	10,7	76,9	3287	15,2	3,4	9,7	6,4	7,1	15,4	81,8	76,2	3,9
Grecia	10,1	42,8	2981	n.d.	(4,9)	(3,8)	(3,8)	13,2	25,8	81,7	76,8	3,8
Ungheria	(8,1)	(70,5)	(1337)	(29,2)	3,0	8,8	5,5	2,6	7,1	76,9	68,6	6,2
Islanda	9,5	82,5	3443	13,3	3,7	14	n.d.	20,3	23,7	83,1	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	4,0
<b>Italia</b>	<b>8,9</b>	<b>76,6</b>	<b>2532</b>	<b>20,1</b>	<b>3,8<sup>(2)</sup></b>	<b>7<sup>(3)</sup></b>	<b>3,9<sup>(4)</sup></b>	<b>15</b>	<b>27,7</b>	<b>83,2</b>	<b>77,6</b>	<b>4,7</b>
Giappone	(8)	(81,7)	(2358)	(19)	(2,0)	(9)	8,2	40,1	n.d.	85,5	78,5	2,8
Corea	6	53	1318	27,3	1,6	1,9	6,5	12,1	32,2	81,9	75,1	(5,3)
Lussemburgo	(8,3)	(90,6)	(5352)	(8,9)	2,5	13,9	5,2	11	28,6	82,3	76,2	2,6
Messico	6,4	45,5	675	21,3	1,8	2,2	1	1,3	3,4	77,9	73	18,8
Olanda	(9,2)	(62,5)	(3094)	n.d.	3,7	14,5	3,1	5,6	5,8	81,6	77,2	4,9
Nuova Zelanda	9	78,1	2343	12,4	(2,2)	(9,5)	n.d.	n.d.	(12,1)	81,7	77,5	5,1
Norvegia	9,1	83,6	4364	9,1	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	6,4
Portogallo	10,2	72,7	2033	21,9	3,4	4,6	3	n.d.	26,2	81,4	74,9	3,5
Repubblica slovacca	7,1	74,4	1137	31,9	(3,1)	(6,3)	5	4,3	11,3	77,9	70,1	7,2
Spagna	8,2	71,4	2255	22,9	3,8	7,4	(2,6)	8,1	13,5	83,9	77,4	4,1
Svezia	9,1	84,6	2918	12	(3,4)	(10,6)	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.d.	(1,5)	(1,8)	2	(3)	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	45,1	6401	12,4	2,4	(8,1)	2,7	(26,6)	(32,2)	(80,4)	(75,2)	(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.<sup>25</sup> 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.

---

<sup>25</sup> 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.

Tabella 2.12 Indicatori di costo dell'assistenza ospedaliera - (valori in euro)

REGIONE	Costo medio per abitante (Costo LEA assistenza ospedaliera 2002)	Aziende Ospedaliere				Presidi ospedalieri			
		Costo medio per posto letto (2004)	Costo medio per ricovero pesato (2004) (1)	Costo medio per giornata di degenza (2004)	Costo medio per unità di personale (2004)	Costo medio per posto letto (2003)	Costo medio per ricovero (2003)	Costo medio per ricovero pesato (2003) (1)	Costo medio per unità di personale (2003)
<b>Piemonte</b>	638,47	262.751	4.459	932	43.701	165.433	3.813	3.204	41.398
<b>Valle d`Aosta</b>	834,64					220.286	5.431	4.488	54.558
<b>Lombardia</b>	617,22	166.228	3.236	608	40.691				
<b>P. A. Bolzano</b>	908,10					190.449	4.081	3.814	44.342
<b>P. A. Trento</b>	837,51					194.116	4.788	3.990	52.046
<b>Veneto</b>	679,98	219.632	3.638	677	38.177	152.548	3.497	2.890	41.942
<b>Friuli V. Giulia</b>	713,99	171.697	3.558	641	38.341	149.225	3.909	3.204	38.263
<b>Liguria</b>	692,05	206.861	3.148	593	48.572	148.291	3.071	2.603	42.183
<b>Emilia Romagna</b>	608,31	205.035	3.459	638	41.198	160.092	3.436	2.771	43.551
<b>Toscana</b>	627,93	245.958	3.881	829	41.560	158.899	3.501	2.918	39.364
<b>Umbria</b>	635,29	203.643	3.166	676	45.302	164.278	3.060	2.807	44.396
<b>Marche</b>	631,91	255.458	3.602	819	45.089	129.495	3.121	2.738	39.793
<b>Lazio</b>	674,91	278.115	5.083	801	47.861	n.a. (2)	n.a. (2)	n.a. (2)	n.a. (2)
<b>Abruzzo</b>	712,83					156.150	2.960	2.716	40.324
<b>Molise</b>	691,14					173.929	3.675	3.467	43.539
<b>Campania</b>	673,04	243.353	3.235	710	50.586	203.992	3.426	3.359	49.631
<b>Puglia</b>	622,16	195.614	3.389	646	43.484	137.181	3.061	3.061	46.625
<b>Basilicata</b>	696,15	176.035	3.275	652	45.316	110.274	3.161	3.130	42.273
<b>Calabria</b>	649,01	179.789	3.562	650	46.651	162.542	2.830	3.043	47.007
<b>Sicilia</b>	668,80	185.517	2.842	605	48.624	141.123	2.083	2.170	48.569
<b>Sardegna</b>	731,37	194.739	2.947	721	42.292	139.892	3.053	2.908	42.834
<b>Italia</b>	<b>656,58</b>	<b>200.076</b>	<b>3.450</b>	<b>674</b>	<b>43.288</b>	<b>156.924</b>	<b>3.266</b>	<b>2.969</b>	<b>43.620</b>

Fonti: Elaborazioni ASSR su dati SIS, vari anni

Note: (1) Il costo medio per ricovero pesato delle AO, relativo all'anno 2004, è quello contenuto nel Rapporto dell'ASSR - Analisi delle Aziende Ospedaliere anno 2004 e indicato come l'entità media delle risorse impiegate per ciascun ricovero normalizzato per la complessità della casistica; il costo medio per ricovero pesato dei Presidi ospedalieri, relativo all'anno 2003, è stato qui ricostruito, partendo dai dati di costo medio "grezzo" elaborati dall'ASSR per il 2003, e dividendoli per il peso medio DRG di ciascuna regione (2) non sono disponibili i dati di costo relativi agli ospedali a gestione diretta del Lazio.



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 inappropriatezza (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.<sup>26</sup> 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

---

<sup>26</sup> 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.