

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2005**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

4 Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane: i risultati del Rapporto Osservasalute 2004

di Laura Murianni, Pietro Folino Gallo e Walter Ricciardi

4.1 Introduzione

Il *Rapporto Osservasalute*, realizzato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2003; 2004), fornisce annualmente un'analisi dello stato di salute e della qualità dei servizi sanitari nelle Regioni italiane, prodotta grazie alla collaborazione di oltre 100 ricercatori, esperti di sanità pubblica, demografi, epidemiologi, clinici, statistici ed economisti appartenenti a istituzioni pubbliche. Riportare i principali risultati del Rapporto Osservasalute all'interno del Rapporto OASI permette una visione più completa del sistema sanitario italiano, perché le analisi presentate nei due Rapporti sono fortemente complementari.

Il *Rapporto Osservasalute* è uno strumento di valutazione critica utile a *policy maker*, *manager*, studiosi e cittadini; uno strumento informativo sintetico con cui valutare, attraverso analisi comparata, le situazioni su cui agire per migliorare l'offerta, la qualità dei servizi erogati e per soddisfare la domanda di salute. Rappresenta un'esperienza pilota, anche a livello europeo, in quanto utilizza una base metodologica, di confronto tra aree geografiche regionali, con lo scopo di acquisire modelli di *best practice*. Questo tipo di analisi è reso possibile da un ventaglio di indicatori di cui si delineano la validità, i limiti, i *benchmark*, la descrizione dei risultati e le raccomandazioni o le criticità di *Osservasalute* rispetto al risultato ottenuto.

Il *Rapporto Osservasalute 2004* è suddiviso in due macro aree tematiche, una riguardante la salute e i bisogni della popolazione, l'altra i sistemi sanitari regionali e la qualità di servizi. Dal Rapporto emergono alcuni fenomeni di interesse rilevante che vengono esaminati in dettaglio nel paragrafo successivo:

- la buona salute della popolazione italiana;
- i miglioramenti ottenuti negli ultimi 10-20 anni, accompagnati da un riavvicinamento tra le storiche differenze regionali;
- la buona qualità dei servizi sanitari regionali;

- la persistenza di diversità geografiche, a volte ancora molto ampie, nei livelli di salute, nella qualità dell'assistenza e soprattutto nell'equità d'accesso;
- il rischio che le Regioni si muovano verso politiche programmatiche non coerenti e profondamente scollegate tra loro.

4.2 Analisi critica dei dati

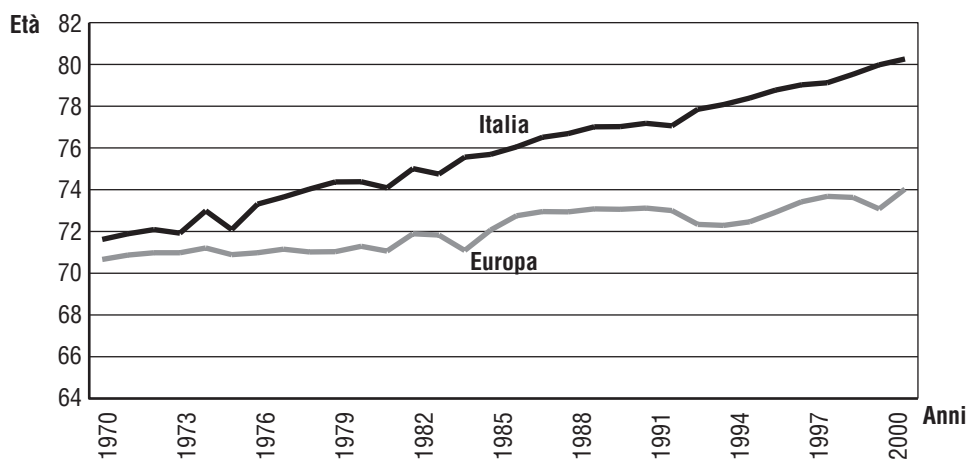
4.2.1 La buona salute della popolazione italiana

L'Italia ha una speranza di vita alla nascita tra le più elevate al mondo. Anche le Regioni più svantaggiate hanno valori migliori di molti altri paesi sviluppati, inclusi gli Stati Uniti (Eurostat 2003; OECD 2004).

Questa situazione, di notevole vantaggio, è stata raggiunta nel corso di un breve numero di anni (Fig. 4.1). Nell'immediato dopoguerra l'Italia aveva una posizione di relativo svantaggio in confronto ad altri paesi europei. Tra il 1951 e il 2002 la speranza di vita alla nascita è aumentata di 12,9 anni per gli uomini (da 63,9 a 76,8) e di 15,4 anni per le donne (da 67,5 a 82,9) (Tab. 4.1). Nel 2001, ultimo anno per il quale sono disponibili dati a livello internazionale (WHO, 2005), gli uomini italiani sono rispetto agli altri paesi europei al secondo posto dopo la Svezia, con una durata media della vita rispettivamente di 76,7 anni e di 77,5 anni.

Questo dato, estremamente positivo, è probabilmente destinato a migliorare ulteriormente nei prossimi anni, sia per i margini di intervento che ancora esistono sulle principali cause di morte (malattie cardiovascolari, tumori, incidenti stra-

Figura 4.1 **Speranza di vita alla nascita dal 1970 al 2001, confronto Italia ed Europa**



Fonte: Life expectancy, WHO (2005)

Tabella 4.1 Evoluzione della speranza di vita alla nascita nelle regioni italiane dal 1951 al 2002

Regione	Maschi				Femmine			
	1951	1974	2002*	Variazione 1951-2002	1951	1974	2002*	Variazione 1951-2002
Piemonte e Valle d'Aosta	64,7	68,8	76,7	12,0	69,2	75,3	82,8	13,6
Lombardia	62,5	68,1	76,6	14,1	67,5	75,5	83,1	15,6
Trentino Alto Adige	62,0	68,4	77,2	15,2	67,0	75,7	84,4	17,4
Veneto	65,0	68,6	77,0	12,0	69,4	76,4	83,6	14,2
Friuli Venezia Giulia	64,6	67,8	76,5	12,0	69,9	76,1	82,7	12,9
Liguria	66,4	69,1	76,6	10,2	70,8	75,9	82,5	11,7
Emilia Romagna	66,2	69,9	77,1	11,0	70,4	76,7	83,2	12,8
Toscana	66,9	71,1	77,5	10,6	70,7	77,5	83,3	12,6
Umbria	67,0	71,4	77,5	10,5	69,9	77,4	83,4	13,5
Marche	66,4	71,6	78,1	11,7	70,0	77,2	84,0	14,0
Lazio	65,1	70,6	76,6	11,5	69,0	76,6	82,4	13,4
Abruzzo e Molise	64,6	71,4	77,7	13,1	66,7	76,2	83,9	17,2
Campania	62,5	68,9	75,4	12,9	65,5	73,9	81,2	15,8
Puglia	63,0	70,8	77,7	14,8	65,2	75,7	82,9	17,7
Basilicata	61,0	71,3	77,1	16,1	61,7	75,6	83,2	21,6
Calabria	65,2	71,7	77,8	12,6	66,1	76,1	82,9	16,8
Sicilia	64,4	71,1	76,6	12,2	65,7	75,4	81,9	16,2
Sardegna	64,6	71,1	76,4	11,8	67,1	76,6	83,0	15,9
Italia	63,9	69,6	76,8	12,9	67,5	75,9	82,9	15,4

* Dati provvisori.

Fonte: ISTAT, elaborazioni su Tavole della mortalità, 1951-2001, 2004

dali), sia come effetto di interventi pregressi (per esempio le campagne di *screening* organizzato dei tumori femminili avviate negli anni passati in molte regioni), sia in seguito alle campagne opportunamente promosse dal Ministero della Salute sugli stili di vita (tabagismo, attività fisica e obesità, corretta alimentazione).

L'allungamento della durata media della vita è, inoltre, accompagnato da un altro importante fenomeno, costituito dall'allungamento della speranza di vita libera da disabilità (Tab. 4.2); vita più lunga significa anche vita di migliore qualità se vissuta per la maggior parte del tempo in buone condizioni di salute o, comunque, libera da disabilità.

Da questo punto di vista è auspicabile nei prossimi anni un ulteriore migliora-

Tabella 4.2 Speranza di vita a 65 anni e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni, per sesso e Regione (1999-2000)

Regione	Maschi				Femmine			
	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni	Limite inferiore I.C.	Limite superiore I.C.	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni	Limite inferiore I.C.	Limite superiore I.C.
Piemonte	15,9	13,7	13,3	14,2	20,1	15,3	14,6	16,0
Valle d'Aosta	15,9	13,2	12,5	13,9	20,1	16,1	15,1	17,1
Lombardia	15,8	13,6	13,1	14,0	20,3	16,2	15,6	16,8
Bolzano	16,8	13,8	12,9	14,7	20,7	17,5	16,6	18,4
Trento	16,2	14,9	14,3	15,4	21,2	16,5	15,4	17,5
Veneto	16,1	14,0	13,5	14,5	20,8	16,5	15,8	17,2
Friuli Venezia Giulia	15,8	13,8	13,3	14,2	20,5	16,4	15,8	17,0
Liguria	16,3	14,3	13,8	14,7	20,4	16,4	15,8	17,0
Emilia Romagna	16,7	14,5	14,0	14,9	20,9	16,2	15,5	16,8
Toscana	16,6	14,2	13,7	14,7	20,6	15,4	14,7	16,2
Umbria	16,9	14,6	14,1	15,2	20,7	15,4	14,5	16,2
Marche	17,2	14,3	13,8	14,9	21,2	15,8	15,1	16,6
Lazio	15,8	13,6	13,1	14,1	20,0	16,0	15,3	16,6
Abruzzo	16,7	13,5	12,9	14,0	20,6	15,5	14,8	16,2
Molise	16,7	14,7	14,1	15,2	20,6	14,6	13,7	15,5
Campania	15,3	12,8	12,3	13,4	19,0	13,8	13,0	14,7
Puglia	16,5	13,3	12,7	14,0	20,1	13,9	12,9	14,8
Basilicata	17,1	13,7	13,0	14,4	20,2	14,0	13,0	15,1
Calabria	16,9	13,6	12,9	14,2	20,1	13,1	12,1	14,1
Sicilia	16,0	12,7	12,1	13,4	19,1	12,1	11,1	13,0
Sardegna	16,6	13,1	12,4	13,7	20,2	14,4	13,5	15,3
Italia	16,2	13,7	13,5	13,8	20,2	15,2	15,0	15,4

Fonte: ISTAT (2004)

mento; alcuni piani sanitari regionali si sono già posti l'obiettivo di aumentare la quota di anni in buona salute, liberi da situazioni di non autosufficienza.

Rimane una differenza ancora molto accentuata tra uomini e donne: queste ultime hanno una speranza di vita a 65 anni più lunga degli uomini, ma una parte di questa vita residua è vissuta con disabilità. In particolare, le donne con disabilità vivono più a lungo degli uomini, con un rapporto pressoché costante di 2:1 in tutte le Regioni.

4.2.2 La dinamicità dei fenomeni legati alla salute

Un altro fenomeno da sottolineare è la situazione di continuo movimento ed evoluzione che vive l'Italia nel campo della salute: grandi cambiamenti si sono verificati nella seconda metà dello scorso secolo, altri ugualmente importanti si sono verificati negli ultimi dieci anni (variazioni di mortalità per malattie cardiovascolari, per tumori e mortalità infantile); sono stati in genere caratterizzati, oltre che da un sostanziale miglioramento globale, anche da fenomeni di convergenza e riduzione delle differenze regionali.

Questa dinamicità si rileva anche semplicemente osservando l'evoluzione della speranza di vita alla nascita delle Regioni italiane dal 1951 al 2002. Il divario dei ritmi di crescita della durata media della vita è molto ampio, soprattutto mettendo in evidenza i due periodi 1951-1974 e 1974-2002 (Tab. 4.1).

Estremamente rilevante appare, da questo punto di vista, la sostanziale modifica del profilo dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione italiana dall'inizio degli anni Ottanta alla fine degli anni Novanta.

La Tab. 4.3 illustra per l'Italia i risultati del confronto tra le medie dei valori dei fattori di rischio nei due campioni di popolazione, agli inizi degli anni Ottanta (studio RIFLE) e alla fine degli anni Novanta (studio OEC). Si osserva una significativa riduzione generale, per entrambi i sessi. Unica eccezione è l'a-

Tabella 4.3 **Valori medi dell'indice di massa corporea, colesterolo HDL, colesterolo totale, pressione arteriosa sistolica e diastolica nella popolazione italiana esaminata nei primi anni Ottanta (RIFLE) e alla fine degli anni Novanta (OEC)**

Fattori di rischio		Uomini	Donne
Indice di massa corporea	RIFLE	26,6	27,2
	OEC	26,7	26,3
Colesterolo HDL	RIFLE	48,7	55,6
	OEC	49,3	58,6
Colesterolo totale	RIFLE	221,5	222,1
	OEC	204,9	205,9
Pressione arteriosa sistolica	RIFLE	137,0	137,9
	OEC	134,1	130,0
Pressione arteriosa diastolica	RIFLE	85,8	84,9
	OEC	85,7	81,7

Fonte: Rapporto Osservasalute 2004

umento del colesterolo HDL, che è accompagnato da una forte diminuzione del colesterolo totale.

Rispetto alle macroaree regionali, per la pressione arteriosa sistolica si osserva una significativa riduzione per entrambi i sessi in tutte le macroaree; analoga situazione, anche se meno evidente, per la pressione arteriosa diastolica a eccezione degli uomini del Nord. La colesterolemia totale diminuisce in tutte le aree ed è accompagnata da un aumento della HDL colesterolemia, eccetto per il Centro in cui negli uomini si assiste a una riduzione. L'indice di massa corporea rimane costante in tutte le aree, diminuendo solo nelle donne del Centro.

4.3 La buona qualità dei servizi sanitari

L'altro fenomeno, messo in evidenza dal *Rapporto Osservasalute 2004*, è rappresentato dal livello medio-alto dei servizi sanitari regionali. Parte delle sostanziali modifiche osservate nella salute degli italiani sono legate alle migliorate condizioni economiche e socio-culturali, ma un ruolo importante è stato anche svolto dal Servizio Sanitario Nazionale che attraverso le sue attività (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) ha dato un contributo determinante agli elevati standard di salute.

Le campagne di vaccinazione hanno contribuito a debellare importanti malattie come polio, difterite e tetano. La mortalità per malattie infettive si è pressoché azzerata. I servizi di emergenza e le unità di terapia intensiva hanno contribuito a una sostanziale riduzione della mortalità cardiovascolare, in particolare per infarto acuto del miocardio. In molte Regioni si evidenzia una sostanziale riduzione della mortalità per tumori.

Nonostante questi risultati non esiste nell'opinione pubblica, fenomeno non solo italiano (Smith 2004), piena consapevolezza dell'impatto positivo esercitato dal SSN sulla salute dei cittadini e degli elevati standard dei servizi erogati. Anche sui *media* prevalgono gli aspetti scandalistici rispetto a quelli di valutazione critica del sistema.

In una logica di qualità, il sistema sanitario italiano presenta certamente numerosi aspetti che possono essere migliorati; esso tuttavia offre, anche nell'ambito di confronti internazionali (McGlynn *et al.* 2003; AHRQ 2004a; 2004b; 2005), innegabili aspetti di qualità che possono essere ulteriormente promossi e valorizzati. Gli indicatori di processo definiti dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) degli Stati Uniti, in particolare, dimostrano che la qualità dell'assistenza erogata dagli ospedali italiani è sostanzialmente paragonabile a quella degli ospedali statunitensi.

Gli indicatori utilizzati dall'AHRQ per l'assistenza ospedaliera comprendono tre tipi di misurazioni: il volume, la mortalità ospedaliera e l'utilizzazione di determinate procedure (AHRQ 2004b). Gli indicatori di volume, in particolare, rappresentano la quantificazione di specifiche attività che, in base alla letteratura,

Tabella 4.4 **Confronto comparativo tra indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera italiana e statunitense**

Indicatore	Strutture sopra la soglia (percentuale)	
	Italia	Stati Uniti
Volume di resezione esofagea	11	9
Volume di resezione pancreatica	10	5
Volume di riparazioni di aneurisma aorta addominale	47	44
Volume di by-pass aorto-coronarico (CABG)	85	88
Volume di angioplastica coronarica percutanea (PTCA)	38	69
Volume di endoarterectomia carotidea	72	37

Fonte: Rapporto Osservasalute 2004

vengono singolarmente associate a risultati migliori. Rappresentano dunque una misura *proxy* della qualità, soprattutto se associati a parametri di *outcome*. Questa tipologia di misurazione è stata presa in esame nell'edizione del *Rapporto Osservasalute 2004*, poiché è l'unica correttamente calcolabile con il nostro sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Gli indicatori sintetizzati nella Tab. 4.4 mostrano che a livello qualitativo le performance degli ospedali italiani e statunitensi sono per lo più confrontabili, a eccezione dell'angioplastica, per cui in Italia esiste ancora una sotto utilizzazione rispetto agli Stati Uniti. Questo è evidenziato dalla percentuale di strutture che hanno effettuato un volume (in termini di numero di interventi) superiore alla soglia fissata dall'AHRQ.

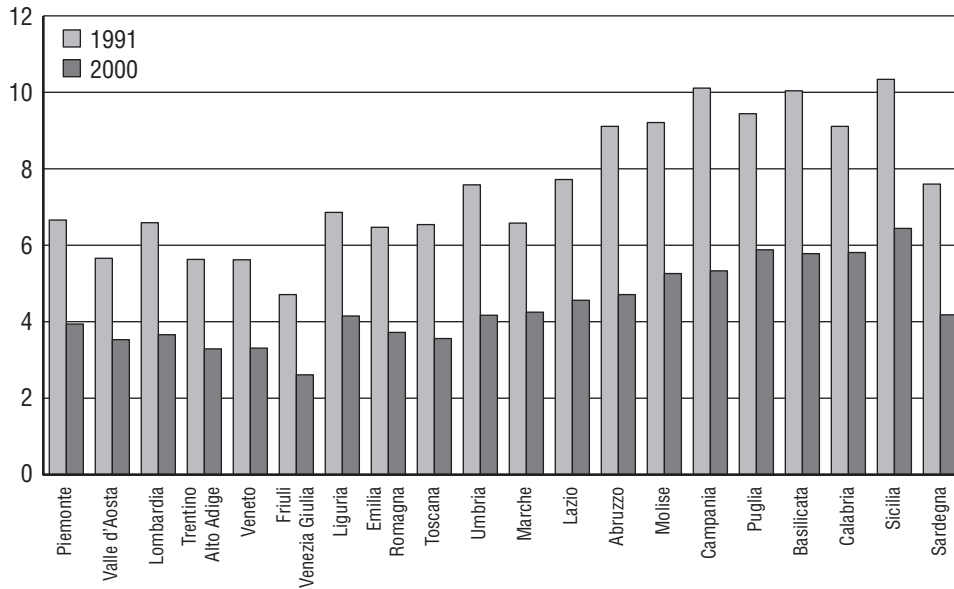
Ovviamente, a parte il volume di attività, è necessario tenere in considerazione alcuni fenomeni legati alla domanda e ai dati di mobilità tra strutture per avere una visione completa della cura della specifica patologia.

4.3.1 La persistenza di diversità geografiche

Le diversità economiche, sociali, storiche e culturali che caratterizzano l'Italia, si riflettono anche nel campo della salute. Può così succedere che alcune Regioni abbiano tassi di mortalità infantile e neonatale tra i più bassi al mondo, mentre altre abbiano valori tre o quattro volte più grandi.

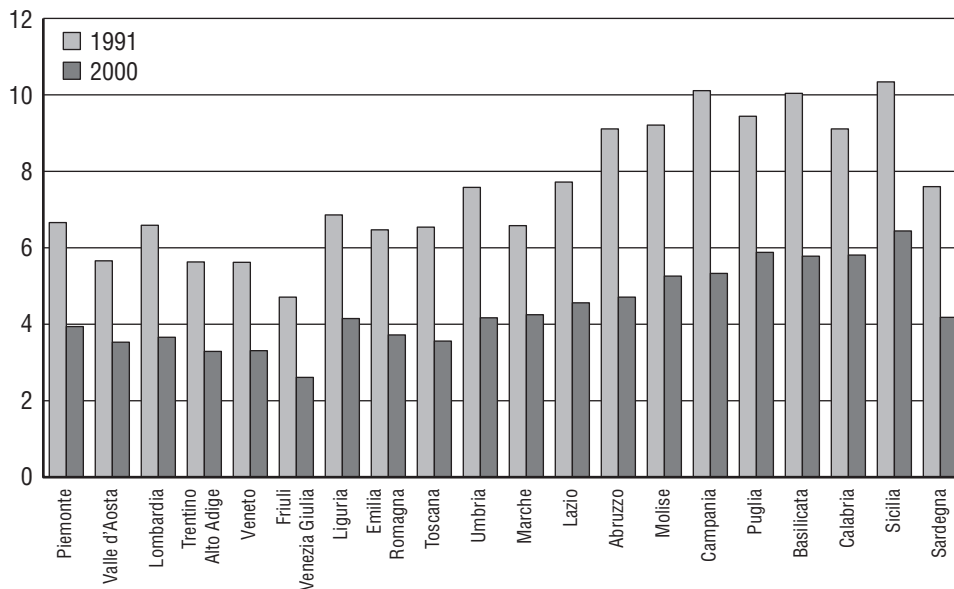
Il problema è evidente per le Regioni meridionali: osservando questi due fenomeni (Figg. 4.2 e 4.3) e contemporaneamente uno degli indicatori di struttura (percentuale di posti letto in presidi con meno di 120 posti letto, per il reparto di Ginecologia e Ostetricia: Fig. 4.4) risulta evidente che la maggior parte delle Regioni che presentano dati preoccupanti hanno strutture rese poco efficaci dalla scarsità dei casi trattati e dalla mancanza di coordinamento con altri reparti o strutture specializzate.

Figura 4.2 **Medie mobili (tasso per 1.000) della mortalità infantile nelle Regioni nel 1991 (triennio 1990-1992) e nel 2000 (triennio 1999-2001)**



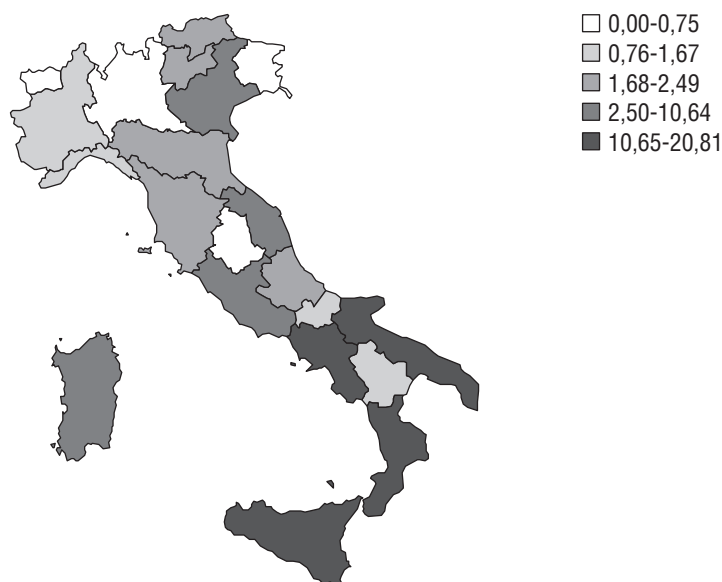
Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane; *Rapporto Osservasalute 2004*

Figura 4.3 **Medie mobili della mortalità neonatale nelle Regioni nel 1991 (triennio 1990-1992) e nel 2000 (triennio 1999-2001)**



Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane; *Rapporto Osservasalute 2004*

Figura 4.4 **Percentuale di posti letto in piccoli ospedali, reparto di Ostetricia e Ginecologia, 2002**



Fonte: elaborazioni dei dati Ministero della Salute e SIS, 2002; Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane; *Rapporto Osservasalute 2004*

La persistente diversità tra aree geografiche si manifesta anche sotto altri aspetti.

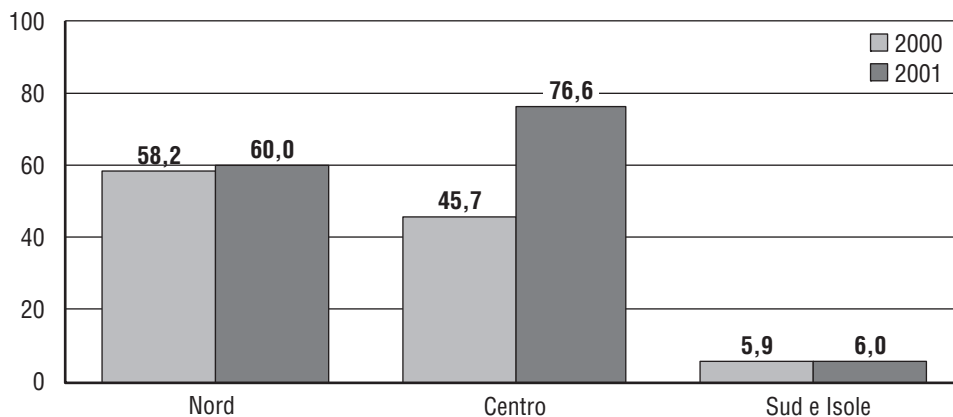
La sostanziale convergenza tra Regioni, che si è ottenuta nella seconda metà del secolo scorso in termini di speranza di vita, contrasta con le performance di alcune Regioni che non sono ancora riuscite ad avvicinarsi ai valori medi nazionali, o che si trovano ancora in estrema difficoltà nell'attuare politiche sanitarie, specialmente nel settore della prevenzione e dei programmi di *screening*.

Per questi ultimi, in particolare per i programmi di *screening* mammografico, è evidente che l'equità di accesso non è garantita allo stesso modo in Italia: le Regioni meridionali, a eccezione della Basilicata, sono molto distanti dal raggiungimento del livello di copertura delle Regioni del Centro e, soprattutto, del Nord.

La mancanza di miglioramenti nelle aree del Sud è molto evidente: la proporzione di donne inserite in un programma di *screening* mammografico sul totale delle donne in età 50-69 anni rimane costante intorno al 5-6 per cento, rispetto al 45-76 per cento del Centro e al 58-60 per cento del Nord (Fig. 4.5).

Anche altri fenomeni, letti alla luce delle differenti aree geografiche, mettono in evidenza notevoli variazioni, ragion per cui dovrebbero divenire aree prioritarie di intervento. Per esempio, la variabilità geografica nella percentuale di parti

Figura 4.5 **Proporzione di donne inserite in un programma di screening mammografico sul totale delle donne in età 50-69 anni. Anni 2000 e 2001**



Fonte: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili, Lega Italiana Lotta Contro i Tumori; GISMa.GISCI (2003)

cesarei (cfr. cap. 2), in alcune Regioni è molto vicina ai valori soglia suggeriti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Ministero della Salute (20 per cento), mentre in altre Regioni assume valori fino a tre volte più elevati, costituendo una vera e propria emergenza di sanità pubblica.

Altro aspetto rilevante è la mobilità dei pazienti che necessitano di cure ospedaliere (cfr. cap. 2): il problema interessa principalmente le Regioni meridionali e assume connotazioni di particolare rilievo se paragonata alla mobilità delle Regioni del Centro-Nord.

4.3.2 Il rischio di politiche programmatiche non coerenti e scollegate

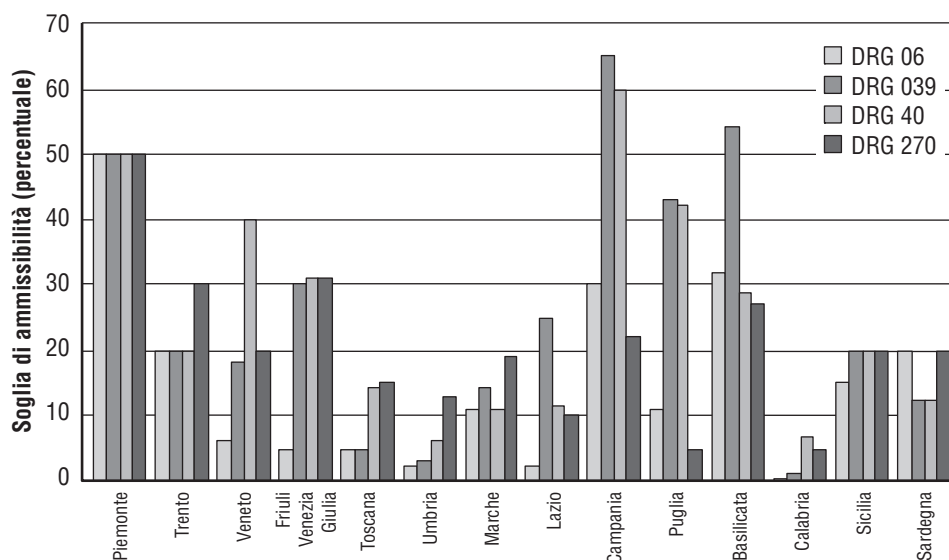
L'ultimo punto di rilievo che emerge dal *Rapporto Osservasalute 2004* è il rischio concreto che le Regioni si muovano verso politiche programmatiche non coerenti e profondamente scollegate tra di loro.

Accade così che prestazioni farmaceutiche che in alcune Regioni sono esenti, in altre siano soggette a ticket, che può essere diverso da Regione a Regione.

In termini fiscali, può verificarsi il paradosso che i cittadini di una delle Regioni italiane economicamente meno ricche subiscano una delle più elevate partecipazioni all'IRPEF (cfr. cap. 3), a fronte di una qualità di servizi non soddisfacente se valutata, per esempio, in termini di mobilità dei pazienti verso altre Regioni o di copertura vaccinale della popolazione o di mortalità infantile.

Si nota chiaramente un'elevata variabilità organizzativa che ci allontana sempre più dal principio di uniformità nell'erogazione dei servizi e dall'idea che lo

Figura 4.6 **Soglia regionale di ammissibilità in ricovero ordinario dei DRG a rischio di inappropriatazza. DRG 06, DRG 39, DRG 40, DRG 270. Percentuale dei ricoveri in regime ordinario sul totale dei ricoveri. Anno 2002**



Fonte: Relazione sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15 dell'accordo 8 agosto 2001, Allegato 3-tab. C, Roma 15 aprile 2003 – Soglie di ammissibilità in ricovero ordinario per le prestazioni elencate nell'allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001

Stato possa gestire la complessità organizzativa del sistema creata dalle singole Regioni.

Ancora più preoccupante appare il rischio concreto di scelte programmatiche sostanzialmente differenti, come evidenziato dalle soglie di ammissibilità di alcune prestazioni ospedaliere in regime ordinario¹. Può avvenire che una Regione consideri una prestazione accettabile allo 0,66 per cento, mentre per un'altra lo è al 50 per cento, programmando di fatto differenze di qualità dell'assistenza erogata (Fig. 4.6).

La differenza nella definizione e nel calcolo delle soglie di ammissibilità è, in parte, dovuta alle differenze regionali del sistema d'offerta e, in parte, alle diverse scelte di razionalizzazione della rete ospedaliera. Certamente è evidente una disomogeneità che fa emergere, ancora una volta, l'esigenza di maggiore condivisione di obiettivi e di coordinamento tra le Regioni.

¹ Per soglia di ammissibilità si intende la quota di casi che, nell'ambito dei 17 DRG chirurgici selezionati tra i 43 considerati ad alto rischio di inappropriatazza, possono essere trattati in ricovero ordinario a giudizio delle singole amministrazioni regionali.

4.4 Conclusioni

La persistenza di diversità geografiche, la maggiore attenzione alla qualità dei servizi erogati e i rilevanti cambiamenti nello stato di salute, che possono essere determinati dalle differenti scelte regionali di politica sanitaria, dovrebbero stimolare lo sviluppo di sistemi di monitoraggio capaci di identificare quei provvedimenti che hanno maggiore impatto per promuoverne ulteriormente la diffusione.

Il *Rapporto Osservasalute* si pone come strumento adatto a questo monitoraggio, ovviamente, considerando il limite della complessità dei problemi connessi al bisogno di salute della popolazione italiana.

In un periodo in cui la *devolution* può accentuare le differenze regionali, e di conseguenza determinare una perdita di interesse per un'armonica visione d'insieme, è importante non dimenticare i diritti garantiti dalla legislazione italiana per un'assistenza sanitaria equa, efficace, efficiente e appropriata per ciascuno dei cittadini del nostro paese.

Bibliografia

- AHRQ (2004a), *Quality Indicators – Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions*, Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, November 24, AHRQ pub. n. 02-R0203.
- AHRQ (2004b), *Quality Indicators – Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization*, Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, December 22, AHRQ pub. n. 02-RO204.
- AHRQ (2005), *Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators*, Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, January 17, AHRQ pub. n. 03-R203.
- Eurostat (2003), *Health statistics. Key data on health 2002. Data 1970-2001*, Comunità Europea.
- ISTAT (1994), *Tavole di mortalità della popolazione italiana per Regione, 1989-93*, Roma.
- ISTAT (2000) *Tavole di mortalità della popolazione italiana per provincia e Regione di residenza. Anno 2000*, Roma.
- ISTAT (2004), *Health For All, Italia*, Roma.
- McGlynn E., Asch S.M., Adams J., Keeseey J., Hichs B.A.J., DeCristofaro A., Kerr E.A. (2003), «The quality of health care delivered to adults in the United States», *New England Journal of Medicine*, n. 348, pp. 2635-45.
- OECD (2004), *OECD Health Data 2004: A comparative analysis of 30 countries*, Parigi.

- Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili, Lega Italiana Lotta Contro i Tumori, GISMa, GISCi (2003), *Secondo Rapporto*.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2003), *Rapporto Osservasalute 2003*, Milano, Vita & Pensiero.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2004), *Rapporto Osservasalute 2004*, Milano, Vita & Pensiero.
- Smith J. (2004), «Why Britons should be grateful for the NHS», *British Medical Journal*, p. 329.
- WHO (2005), *Health For All*, www.euro.who.int/hfad.