

Politiche sanitarie

Economia, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

53

• SAGGI

La politica economica e la spesa sanitaria

Maurizio Ciaschini, Rosita Pretaroli, Claudio Socci

65

La ponderazione della quota capitaria in base a fattori di deprivazione.

Suggerimenti per l'Italia dall'esperienza scozzese

Elenka Brenna

77

• ARGOMENTI IN CAMPO

Modalità di remunerazione degli erogatori di assistenza sanitaria: aggiornamenti sul programma statunitense Medicare

Luca Lorenzoni

82

• NOTE, ESPERIENZE, DOCUMENTI

Asimmetrie di sistema nell'assistenza ospedaliera: il caso della Asl di Tivoli

Carlo De Luca e Antonio Cannistrà

89

Analisi economica sull'assorbimento di risorse da parte della popolazione anziana dell'Ausl di Bologna

Adalgisa Protonotari, Alfonso Buriani, Francesca Mezzetti,

Eno Quargnolo, Ilaria Castaldini, Nicola Catalano,

Simonetta Ropa Esposti, Pierluigi Merola, Gilberto Bragonzi

Anno 8, numero 2,
aprile-giugno 2007

Direttore
Gilberto Muraro

Condirettori
Piervincenzo Bondonio
George France

Direttore esecutivo
Vincenzo Rebba



Il Pensiero Scientifico Editore

Asimmetrie di sistema nell'assistenza ospedaliera: il caso della Asl di Tivoli

Carlo De Luca e Antonio Cannistrà

Unità Operativa Sistemi Informativi, Asl Roma G, Tivoli

Introduzione

Il processo di razionalizzazione dell'assistenza sanitaria, in Italia come in altri paesi occidentali, ha investito in primo luogo il settore ospedaliero che ha dovuto nel tempo sostenere una richiesta crescente e sempre più onerosa. In linea generale una politica di governo della domanda di assistenza ospedaliera può realizzarsi attraverso diversi meccanismi (Edwards e Hensher, 1998): innalzamento della soglia di accesso al ricovero tramite la restrizione dell'offerta di posti letto e servizi; differimento dell'accesso al ricovero a mezzo di liste di ammissione programmata ed altri strumenti; offerta di tipologie di assistenza alternative a quella ospedaliera; contenimento del consumo di risorse impiegate per i pazienti ricoverati.

A partire dai primi anni '90, la ristrutturazione del sistema ospedaliero in Italia è stata realizzata attraverso gli strumenti della progressiva riduzione dei posti letto e dell'introduzione del sistema di remunerazione a prestazione. Da questa politica ci si attendeva un contenimento dei costi con miglioramento dell'efficienza delle strutture senza che venisse meno la qualità delle prestazioni, in modo del tutto analogo a quanto accaduto negli Stati Uniti (Iglehart, 1986; Russel e Manning, 1989; Schwartz e Mendelson, 1991). Ed in effetti i primi studi condotti in Italia confermavano la bontà di questa strategia (Louis et al., 1999).

La limitazione dell'offerta a mezzo della riduzione progressiva della dotazione media di posti letto aveva lo scopo evidente di innalzare la soglia di accesso al ricovero. Così lo standard nazionale di posti letto è stato progressivamente ridotto, in particolare nel versante dell'acuzie (l. 412/1991, l. 382/1996, l. 405/2001, Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005). Nel contempo la normativa favoriva il trasferimento dei ricoveri dal regime ordinario a quello meno oneroso del day hospital.

L'altro potente strumento della politica di ristrutturazione del sistema ospedaliero è stata l'introduzione del sistema di finanziamento prospettico (d.lgs. 502/1992), divenuto operante dal 1995 e basato sulla remunerazione a prestazione degli erogatori a mezzo di tariffe predefinite per i diversi episo-

di di ricovero. L'obiettivo dichiarato era quello di favorire la razionalizzazione dell'uso delle risorse impegnate per i pazienti ricoverati.

Il recepimento e l'attuazione della normativa nazionale da parte delle regioni ha determinato di fatto una pluralità di sistemi estremamente variegata (Mazzei, 2005). La regione Lazio accoglieva la normativa nazionale sui posti letto con atti successivi che hanno in ultimo fissato uno standard pari al 4,5‰, di cui 3,5‰ riservato all'acuzie (l.r. 55/1993, d.g.r. 4238/1997, d.c.r. 114/2002, d.g.r. 143/2006). La drastica riduzione dei posti letto avveniva però in misura alquanto differenziata nei diversi ambiti territoriali (tabella 1). Un altro aspetto fondamentale della politica regionale è stato l'adozione di una normativa (d.g.r. 2594/2000) che doveva attuare pienamente un regime ospedaliero di libera concorrenza tra pubblico e privato, dalla quale però venivano di fatto esclusi gli ospedali a gestione diretta della Asl, che pure producevano, nell'anno 2000, circa il 42% dei ricoveri ordinari acuti.

A distanza di anni dall'adozione di normative e strategie orientate alla razionalizzazione della domanda di ospedalizzazione diventa importante verificarne gli effetti in profondità ovvero a livello territoriale. Scopo del presente lavoro è stato quello di

Tabella 1 - *Distribuzione dei posti letto ordinari acuti nella regione Lazio, anno 2004*

Territorio	N. posti letto effettivi ¹	N. posti letto teorici ²	Differenza
Roma	13.468	9208	4260
Rieti	402	533	-131
Albano	1435	1642	-207
Latina	1546	1792	-246
Viterbo	757	1042	-285
Frosinone	1239	1726	-487
Civitavecchia	393	937	-544
Tivoli	770	1493	-723
Totale	20.010	18.373	1637

¹Dati forniti dall'Asp.

²Calcolabili sulla base di uno standard nazionale di posti letto per acuti pari al 4,50‰ (l. 405/2001) e tenuto conto della quota (0,45‰) da riservare al day hospital (d.m.12 dicembre 2001).

valutare l'attuazione concreta della riforma ospedaliera sotto il profilo dei suoi due elementi portanti, distribuzione dei posti letto e meccanismi remunerativi, e di quali conseguenze reali essi abbiano prodotto sul territorio in termini di modificazione del sistema di assistenza ospedaliera in un settore particolarmente delicato come quello dell'acuzie.

Metodi

Generalità

Le analisi sono state condotte su dati estratti da quattro principali fonti informative: Ministero della Salute, Istat, Agenzia di Sanità Pubblica (Asp) della Regione Lazio, flussi aziendali della Asl RmG. Tali fonti contengono dati relativi allo stesso oggetto (per esempio, la popolazione) non sempre sovrapponibili a causa dei diversi metodi utilizzati. Si è cercato comunque di garantire la coerenza interna di ciascuna analisi attingendo ad una fonte unica.

Si è preso in considerazione l'intervallo di tempo per il quale si dispone di informazioni sufficientemente affidabili e stabilizzate. Per quanto riguarda l'anno 2003, i dati relativi alla Asl RmG risentono di una registrazione incompleta dei ricoveri che però, si è ritenuto, non inficiasse nel complesso l'accuratezza delle analisi.

I differenti tassi di ospedalizzazione attribuiti alla Asl RmG nelle diverse tabelle sono dovuti alla base di popolazione usata, aggiornata annualmente nelle analisi condotte dalla nostra unità operativa e con cadenza diversa in quelle presentate da altre fonti.

Ai fini di una maggiore comprensione della realtà del Lazio si precisa che il territorio del Comune di Roma comprende le Asl RmA, RmB, RmC, RmD, Asl RmE. La provincia di Roma è suddivisa nelle Asl RmF (Civitavecchia), RmG (Tivoli), RmH (Albano Laziale). Le altre province del Lazio si identificano ciascuna con una Asl: Asl RI (Rieti), Asl FR (Frosinone), Asl LT (Latina), Asl VT (Viterbo). Per quanto riguarda la Asl RmG, nell'anno 2004 essa disponeva sul suo territorio di otto ospedali, tutti a gestione diretta.

Definizione del bisogno, della domanda e dell'offerta di ospedalizzazione

In assenza di altri e più complessi riferimenti, il bisogno di assistenza ospedaliera deve essere identificato con i livelli teorici di posti letto definiti nella normativa come standard o come parametro di riferimento (Wright et al., 1998). Per valutare la domanda invece sono stati presi in esame tutti i ricoveri dei residenti nel territorio della Asl RmG, compresi quelli in regime di mobilità passiva, espressi in numero assoluto e tasso di ospedalizzazione (d.m. 12 dicembre 2001).

Infine i posti letto effettivi sono stati considerati come parametro di valutazione dell'offerta di assistenza ospedaliera (Edwards e Hensher, 1998).

Risposta assistenziale locale

È stata analizzata nelle diverse articolazioni organizzative.

A) Livello ospedaliero, identificato esclusivamente con l'area dei ricoveri acuti ordinari. Ai fini di una valutazione più aderente alla realtà operativa locale, la risposta ospedaliera è stata valutata considerando tutti i ricoveri avvenuti presso gli ospedali della Asl RmG, sia di residenti che di non residenti. Si ritiene infatti che, a livello ospedaliero, la capacità di rispondere alle esigenze dei propri residenti sia significativamente influenzata dalla capacità ricettiva e dall' 'affollamento' generale dei reparti di degenza, al quale contribuisce anche la quota, sia pure minoritaria, dei ricoverati non residenti.

B) Livello ambulatoriale, esplorato da un triplice punto di vista e limitatamente ai residenti:

- attività di day hospital, valutata in termini di numero di accessi;
- attività specialistica. In questo ambito si è ritenuto di prendere in esame solo i dati relativi alle strutture private accreditate considerati più affidabili rispetto a quelli degli erogatori pubblici;
- visite di pronto soccorso concluse con invio a domicilio del paziente.

Risultati

La tabella 1 mostra come, nell'ambito dei ricoveri ordinari per acuti, l'area urbana di Roma assorba interamente i 1637 posti letto in esubero a livello regionale ed inoltre sottragga ulteriori risorse a tutto il restante territorio per complessivi altri 2623 posti letto. La distribuzione dei posti letto penalizza in particolare il territorio della Asl RmG.

Nell'ambito dell'acuzie, la dotazione complessiva di posti letto ordinari disponibili nella Asl RmG, già fortemente carente nell'anno 2000, si è andata ulteriormente depauperando negli anni successivi sino a raggiungere nel 2004 un valore pari allo 1,63% ovvero meno della metà di quanto previsto dallo standard nazionale (tabella 2). Nel periodo considerato il divario tra bisogno (posti letto teorici) ed offerta (posti letto effettivi) di assistenza ospedaliera è andato sempre più crescendo sino a raggiungere un deficit percentuale superiore al 54%.

Nello stesso periodo la domanda di ricovero acuto è rimasta sostanzialmente inalterata almeno in termini assoluti (tabella 3). Infatti, pur con un anda-

Tabella 2 - *Profilo del bisogno e dell'offerta di assistenza ospedaliera nella Asl RmG (Tivoli). Posti letto ordinari acuti*

Anno	N. posti letto teorici ¹		N. posti letto effettivi ²		Deficit percentuale
2000	1619	(4,05‰)	952	(2,35‰)	41,20
2001	1629	(4,05‰)	896	(2,20‰)	44,98
2002	1457	(3,55‰)	793	(1,93‰)	45,60
2003	1477	(3,55‰)	728	(1,75‰)	50,70
2004	1509	(3,55‰)	692	(1,63‰)	54,13

¹Calcolabili sulla base dello standard nazionale di posti letto ordinari acuti (riportato tra parentesi) così come è dedotto dalla normativa (l. 382/1996, l. 405/2001) tenendo conto della quota (0,45‰) da riservare al day hospital (d.m. 12 dicembre 2001).

²Media annua di posti letto realmente disponibili calcolata sui dati registrati nel sistema informativo aziendale. Tra parentesi il corrispondente indice reale di posti letto per mille residenti.

mento alterno, sul quale incide anche la perdita di dati registrata nel 2003, il numero di ricoveri fondamentalmente non si modifica. Invece un trend costante e certamente individuabile è rappresentato dal progressivo travaso dei pazienti acuti dagli ospedali

della Asl a quelli esterni, tanto che al termine del periodo considerato le proporzioni tra ricoveri interni ed esterni risultano esattamente ribaltate.

La tabella 4 riassume alcune delle modalità della risposta ambulatoriale. È da sottolineare l'incremento importante del tasso di accessi in day hospital, pur in presenza di una dotazione di posti letto invariata nel tempo (dati non mostrati) e pari a circa la metà di quello 0,45‰ previsto come parametro di riferimento dalla normativa (d.m. 12 dicembre 2001). Per quanto riguarda l'attività specialistica, pure si osserva un reclutamento crescente di utenti, complessivamente 26.608 nel quinquennio, la cui entità è superiore all'incremento di popolazione pari, nello stesso periodo, a 20.291 unità. Le visite di tipo ambulatoriale eseguite in Pronto soccorso aumentano progressivamente in termini assoluti, mentre mostrano un andamento alquanto alterno se valutate in termini di tasso per mille residenti con una tendenza verso l'incremento negli ultimi due anni.

Nella tabella 5 sono rappresentate le caratteristiche principali della risposta ospedaliera. Il numero di ricoveri ordinari acuti, di residenti e non, presso gli ospedali della Asl si riduce progressivamente nel tempo. La degenza media rimane costante con varia-

Tabella 3 - *Profilo della domanda di assistenza ospedaliera nella Asl RmG (Tivoli). Ricoveri ordinari acuti di residenti*

Anno	N. ricoveri ¹				Tasso di ospedalizzazione ²			
	Totali	Interni ³		Esterni ⁴		Totale	Interno ³	Esterno ⁴
2000	56.889	30.269	(53,21%)	26.620	(46,79%)	140,59‰	74,80‰	65,79‰
2001	58.209	29.998	(51,53%)	28.211	(48,47%)	142,95‰	73,67‰	69,28‰
2002	55.292	26.649	(48,20%)	28.643	(51,80%)	134,71‰	64,92‰	69,78‰
2003	53.498	24.407	(45,62%)	29.091	(54,38%)	128,59‰	58,67‰	69,92‰
2004	56.620	25.799	(45,57%)	30.821	(54,43%)	133,24‰	60,71‰	72,53‰

¹Elaborazione su dati contenuti nel flusso informativo aziendale.

²Calcolato sulla base dei dati di popolazione forniti dall'Istat.

³Ricoveri di residenti presso gli ospedali della Asl RmG.

⁴Ricoveri di residenti presso presidi esterni alla Asl RmG (mobilità passiva).

Tabella 4 - *Risposta del sistema assistenziale della Asl RmG. Livello ambulatoriale¹*

Anno	Accessi in day hospital			Utenti della specialistica			Visite in Pronto soccorso		
	N.	N. % ²		N.	N. % ²		N.	N. % ²	
2000	15.902	39,30	(0,00%)	83.909	207,37	(0,00%)	110.822	273,88	(0,00%)
2001	21.147	51,93	(24,33%)	90.123	221,33	(6,90%)	102.708	252,23	(-8,58%)
2002	23.143	56,38	(30,30%)	95.742	233,25	(12,36%)	113.211	275,81	(0,70%)
2003	22.516	54,12	(27,39%)	101.326	243,55	(17,19%)	119.610	287,50	(4,74%)
2004	29.809	70,15	(43,98%)	110.517	260,08	(24,08%)	121.948	286,98	(4,57%)

¹Elaborazione su dati contenuti nel flusso informativo aziendale e riferiti ai soli residenti.

²Numero per mille residenti. Tra parentesi la variazione percentuale rispetto all'anno 2000.

Tabella 5 - Risposta del sistema assistenziale della Asl RmG. Livello ospedaliero

Anno	Ricoveri acuti ordinari ¹				
	N. ricoveri	Degenza media (gg)	Tasso di occupazione (%)	Indice di turnover (gg)	Indice di rotazione (n)
2000	35.480	6,85	69,91	2,95	37,28
2001	35.309	6,88	74,29	2,38	39,40
2002	31.575	7,05	76,91	2,12	39,83
2003	28.670	6,87	74,31	2,37	39,37
2004	30.377	6,92	83,19	1,40	43,90

¹Elaborazione su dati contenuti nel flusso informativo aziendale e riferiti ai ricoveri di residenti e non residenti. Vedi Metodi.

zione degli altri indici non standardizzati, ed in particolare del tasso di occupazione, che mostrano una sempre maggiore utilizzazione delle risorse.

Le aree medica e chirurgica, che certamente esercitano il peso quantitativamente maggiore nell'ambito dei ricoveri acuti ordinari, sono state oggetto di ulteriore analisi. La tabella 6 ne rappresenta i caratteri salienti di attività che nell'insieme descrivono un quadro generale di importante sovraccarico. La degenza media non si modifica sostanzialmente nel corso degli anni, mentre i tassi di occupazione salgono costantemente persino nell'area medica, che partiva già, nell'anno 2000, da un valore molto elevato.

La Divisione di Medicina Generale dell'Ospedale di Tivoli, sede dell'unico Dea di I livello della Asl, è stata oggetto di analisi più approfondita. La tabella 7 ne riporta i dati di attività. Man mano che il deficit percentuale di posti letto aumenta, si riduce il numero di ricoveri. Gli indicatori tradizionali mostrano un

progressivo peggioramento della performance della Divisione con un incremento della degenza media che cresce impetuosamente ed un tasso di occupazione che, in virtù del fenomeno dei ricoveri fuori reparto, finisce per superare il 100%. Per la stessa ragione l'indice di turnover assume valori addirittura negativi. Standardizzando gli indicatori sull'attività della Divisione nell'anno 2000 si osserva una diminuzione della capacità operativa (aumento dell'indice comparativo di performance, ICP) con un incremento della complessità della casistica (aumento dell'indice di case mix, ICM). Altri dati salienti sono rappresentati da un incremento importante della percentuale di mortalità ospedaliera ed un aumento assolutamente rilevante dell'età media dei ricoverati.

Discussione

Il territorio dell'attuale Asl RmG di Tivoli rappresenta per diversi aspetti un terreno ideale per misurare gli effetti delle distorsioni ed asimmetrie individuabili nel settore ospedaliero.

Asimmetria di risorse

Il primo fondamentale elemento di asimmetria è rappresentato dalla ineguale distribuzione dell'offerta di assistenza ospedaliera (tabella 1), che non trova ragione in una scelta di rete ospedaliera riconducibile ad un modello di tipo *hub-spoke*, di cui a tutt'oggi non esiste alcuna normativa regionale di attuazione. La concentrazione delle risorse nella capitale d'altre è il risultato di una strategia di lungo corso iniziata a partire dai primi anni '90 ed operante in tutti i periodi successivi. Come ulteriore conseguenza, nel 2004 il capoluogo, a differenza di quanto av-

Tabella 6 - Risposta del sistema assistenziale della Asl RmG. Livello ospedaliero. Aree medica e chirurgica

Area	Anno	Ricoveri acuti ordinari ¹				
		N. ricoveri	Degenza media (gg)	Tasso di occupazione (%)	Indice di turnover (gg)	Indice di rotazione (n)
Medica	2000	13.148	8,65	89,27	1,04	37,66
	2001	12.358	8,93	90,14	0,98	36,86
	2002	11.336	8,96	89,82	1,02	36,59
	2003	10.006	8,66	84,82	1,55	35,65
	2004	10.879	8,62	95,08	0,45	40,26
Chirurgica	2000	13.652	6,61	59,36	4,53	32,76
	2001	14.150	6,59	68,78	2,99	38,10
	2002	12.027	6,99	75,51	2,27	39,42
	2003	10.747	6,97	75,20	2,30	39,29
	2004	11.192	7,09	82,86	1,47	42,66

¹Elaborazione su dati contenuti nel flusso informativo aziendale e riferiti ai ricoveri di residenti e non residenti. Vedi Metodi.

Tabella 7 - Risposta del sistema assistenziale della Asl RmG. Livello ospedaliero. Divisione di Medicina Generale dell'Ospedale di Tivoli. Ricoveri ordinari acuti

	2000	2001	2002	2003	2004
Bisogno domanda offerta					
Bacino di utenza ¹	107.604	107.199	107.192	108.296	109.868
N. posti letto teorici ²	138,91	138,39	121,29	122,54	124,32
N. posti letto effettivi ³	77,03	72,00	71,05	57,63	53,63
Deficit di posti letto	44,55%	47,97%	41,42%	52,97%	56,86%
N. ricoveri ⁴	2.568	2.446	1.987	1.854	1.657
Indicatori tradizionali					
Degenza media	9,41	9,78	11,00	11,37	11,86
Tasso di occupazione	85,93%	91,03%	84,25%	100,23%	100,38%
Indice di turnover	1,54	0,96	2,06	-0,03	-0,05
Indice di rotazione	33,34	33,97	27,97	32,17	30,90
Indicatori standardizzati ⁵					
Degenza media standardizzata		9,50	10,52	10,86	10,82
Indice comparativo di performance		1,04	1,15	1,18	1,18
Case mix ponderato		9,36	9,37	9,44	9,62
Indice di case mix		1,02	1,03	1,03	1,05
Altri indicatori					
N. Drg trattati	176	172	164	162	155
N. decessi (%)	224 (8,72%)	236 (9,65%)	186 (9,36%)	238 (12,84%)	213 (12,85%)
N. decessi nei Drg comuni (%)		126 (5,15%)	109 (5,49%)	123 (6,63%)	114 (6,88%)
Età media ($\pm \sigma$)	63,39 ($\pm 23,19$)	64,12 ($\pm 23,15$)	66,01 ($\pm 21,35$)	71,56 ($\pm 15,18$)	71,82 ($\pm 14,98$)
Età media nei Drg comuni ($\pm \sigma$)		61,91 ($\pm 28,22$)	66,84 ($\pm 23,57$)	75,05 ($\pm 13,52$)	76,54 ($\pm 12,82$)

¹È stato calcolato un bacino di utenza minimo costituito dai residenti del Distretto di Tivoli e da un terzo dei residenti dell'adiacente Distretto di Guidonia che è servito da un ospedale di piccole dimensioni.

²Calcolati sulla base del numero di posti letto definiti dagli standard nazionali (l. 382/1996, l. 405/2001) ripartiti nelle diverse discipline secondo le proporzioni contenute nella l.r. 55/1993 e tenendo conto della quota da riservare al day hospital (d.m.12 dicembre 2001).

³Calcolati sulla base del flusso informativo aziendale.

⁴Elaborazione su dati contenuti nel flusso informativo aziendale e riferiti ai ricoveri di residenti e non residenti. Vedi Metodi.

⁵Come standard è stata individuata l'attività della Divisione nell'anno 2000.

veniva nella generalità delle regioni italiane, comprendeva la totalità degli ospedali azienda, dei Dea di II livello, dei laboratori di emodinamica cardiaca.

La ineguale distribuzione dei posti letto pone un problema di equità dell'assistenza, che non è oggetto di discussione in questa sede, ma può avere riflessi importanti anche sull'efficienza dei Presidi. D'altronde gli indicatori, anche standardizzati, utilizzati nella valutazione dell'attività ospedaliera attingono ad un flusso informativo finalizzato alla remunerazione a prestazione, nella quale il prodotto valorizzato è rappresentato dall'episodio di ricovero e la risorsa impegnata è il posto letto. Appare quindi del tutto evidente che il deficit crescente di posti letto può avere implicazioni importanti sull'efficienza delle strutture.

Asimmetria di finanziamento

Un secondo elemento di asimmetria del sistema ospedaliero della regione è rappresentato dal model-

lo di finanziamento adottato, che colloca al di fuori del sistema di libera concorrenza quel 40% del 'mercato' a tutt'oggi rappresentato dall'attività degli ospedali a gestione diretta. Infatti, nel Lazio, come nella generalità delle regioni italiane, le Asl ricevono un fondo sulla base della popolazione residente pesata, che comprende il finanziamento dei propri ospedali a gestione diretta, ma con il quale devono anche rimborsare, con pagamento a tariffa, i ricoveri di propri residenti presso aziende ospedaliere, ospedali classificati, policlinici universitari, istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, case di cura private e presso gli ospedali a gestione diretta delle altre Asl (mobilità passiva) (d.g.r. 2594/2000).

In sostanza sono di fatto operanti due meccanismi di finanziamento. Il primo riguarda gli ospedali a gestione diretta, per i quali la remunerazione a prestazione è operante limitatamente ai ricoveri in mobilità attiva, necessariamente una parte minoritaria della loro attività. Tali ospedali, di fatto, sono finan-

ziati con quella parte della quota capitaria che residua dopo il pagamento della mobilità passiva. Il secondo meccanismo riguarda tutte le altre tipologie di struttura ospedaliera, la cui attività è remunerata sulla base delle prestazioni effettuate. In questo ambito le strutture private sono rimborsate propriamente a prestazione, mentre i Presidi aziendalizzati sono finanziati attraverso un meccanismo di contrattazione che ha come base, comunque, la quantità di prestazioni effettuate.

È ragionevole pensare che questa asimmetria non sia affatto indifferente sotto il profilo del rendimento delle strutture. D'altronde la remunerazione a prestazione era stata introdotta nella legislazione italiana proprio allo scopo di migliorare l'efficienza nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere.

Asimmetria di mercato

Il sistema ospedaliero della Asl RmG si trova dunque ad operare nel mercato sanitario in una condizione di grave svantaggio, cui contribuisce sia la scarsa dotazione di posti letto sia il meccanismo di finanziamento degli ospedali a gestione diretta, i soli presenti sul suo territorio. Le conseguenze sono molteplici.

Il sistema assistenziale locale risulta stremato nel suo ambito più delicato che è quello dell'acuzie, caratterizzato ormai da una situazione sclerotizzata nella quale il numero di ricoveri diminuisce, la mobilità passiva aumenta, la degenza media rimane costante ma, diminuendo i posti letto sotto una soglia critica, il tasso di occupazione sale a valori elevati (tabella 5) sino a superare i livelli di guardia nell'area medica (tabelle 6 e 7).

In queste condizioni finisce per emergere e radicarsi un ulteriore elemento di squilibrio, a determinare il quale concorrono la intrinseca debolezza della struttura ospedaliera locale e tutti quei meccanismi, alcuni dei quali di dubbia liceità, che possono essere messi in atto dagli erogatori remunerati a prestazione allo scopo di massimizzare i profitti (Ellis e McGuire, 1996; Fabbri, 1999). Mutuando i termini dal linguaggio dell'economia sanitaria, tale ulteriore fenomeno può essere definito come asimmetria di mercato, perché caratterizzato da una selezione svantaggiosa dei pazienti che costituisce l'altra faccia della scrematura di mercato orizzontale e verticale (Levaggi e Montefiori, 2004).

Questo aspetto è stato indagato analizzando più in profondità l'attività della Divisione di Medicina Generale di Tivoli che, in quanto punto di riferimento dell'unico Dea aziendale (di I livello), finisce per catalizzare tutte le distorsioni di sistema. Come si osserva nella tabella 7, il divario tra bisogno ed offerta di assistenza medica nel comprensorio di Tivoli si allarga sempre più, mentre gli indici di attività peggiorano progressivamente.

Dalla standardizzazione dell'attività della Divisione sui dati del 2000 emergono elementi di valutazione particolarmente interessanti sui meccanismi di selezione dei pazienti nel mercato sanitario, la cui rilevanza può essere, almeno in parte, quantificata a partire dalla degenza media non standardizzata, il cui incremento complessivo è pari a 2,45 giorni (da 9,41 gg a 11,86 gg).

1. Selezione di tipo orizzontale attraverso il duplice meccanismo di perdita dei Drg più vantaggiosi e/o reclutamento di nuovi Drg più onerosi. Infatti la degenza media standardizzata aumenta in misura inferiore a quella non standardizzata. Questa differenza, che è pari ad 1,04 giorni, non può essere attribuita alla ridotta capacità operativa della Divisione, ma riconosce come causa, necessariamente, una modificazione progressiva della casistica con perdita dei Drg più vantaggiosi e/o acquisizione dei Drg più gravosi.
2. Selezione di tipo orizzontale attraverso il meccanismo di concentrazione dei Drg più onerosi, che acquisiscono un peso relativo sempre maggiore rispetto all'anno 2000. Infatti, il case mix ponderato e l'ICM presentano una lieve, ma chiara tendenza all'incremento dimostrando che, all'interno della casistica costituita dai Drg comuni al 2000 e agli anni successivi, aumenta sempre più la proporzione di quelli maggiormente impegnativi. Questo meccanismo rende conto di un'ulteriore quota di aumento della degenza media non standardizzata quantificabile in 0,45 giorni, risultato della differenza tra il case mix ponderato dell'anno 2004 (9,62 giorni) e la degenza media per i Drg comuni nell'anno 2000 (9,17 giorni).
3. Selezione di tipo verticale. Consiste nell'aumentato reclutamento, all'interno dei Drg comuni, dei pazienti più onerosi. La quota residua di incremento della degenza media non standardizzata, pari a 0,96 giorni, può essere dovuta sia ad un deterioramento della capacità operativa della Divisione che ad una selezione verticale dei pazienti. Ambedue i fattori aumentano sia la degenza media non standardizzata che quella standardizzata, risultando quindi difficilmente distinguibili nell'ambito di una classificazione isorisorse degli episodi di ricovero. Tuttavia, che la selezione verticale sia operante, ed in misura certo non trascurabile, è suggerito dall'incremento dell'età media che all'interno dei Drg comuni si verifica in misura significativamente superiore a quanto avviene nel totale della casistica. In questo senso va anche il dato relativo al numero dei decessi, sostanzialmente invariati in termini assoluti, ma con una netta tendenza alla crescita in termini percentuali.

Diversi sono i fattori che innescano la selezione svantaggiosa dei pazienti.

- a) Innanzitutto, la cronica mancanza di posti letto disponibili. Infatti, un tasso di occupazione superiore al 100% significa che sistematicamente, per la durata dell'intero anno, i pazienti medici acuti che afferiscono al Dea di Tivoli hanno ben poche possibilità di essere accolti. In queste condizioni, il Pronto soccorso tende comunque a ricoverare i pazienti più gravi, magari fuori reparto, e a trasferire quelli meno gravi in un altro Presidio (spesso fuori Asl).
- b) In secondo luogo il sovraffollamento e le difficoltà del Presidio di Tivoli spingono i pazienti meno gravi a rivolgersi direttamente altrove.
- c) Inoltre si consideri che essendo il Presidio di Tivoli sede di Dea di I livello esso tende a ricevere in misura crescente i pazienti più gravi dalle strutture limitrofe con conseguente maggiore impegno di risorse dell'area dell'acuzie e della Divisione di Medicina in particolare.
- d) Infine la scrematura di mercato che può essere operata dai Presidi remunerati a prestazione finisce per caricare sugli ospedali a gestione diretta l'onere dei pazienti a più alto costo che sono anche, in linea generale, quelli più impegnativi in termini di consumo di risorse e degenza.

Conclusioni

La risposta assistenziale locale non riesce a soddisfare la domanda di prestazioni ospedaliere quando l'offerta risente di tutti i meccanismi distorsivi visti in precedenza. Ne risulta una mobilità passiva di grandi proporzioni ed in crescita continua. Di conseguenza la quota capitaria che la Asl RmG riceve dalla regione Lazio deve essere devoluta in misura sempre maggiore a favore di altre Aziende e di Presidi esterni. Il fenomeno della mobilità passiva compromette così lo stesso equilibrio contabile della Asl, finendo per gravare in ultima analisi sul bilancio regionale, impedendo nuovi investimenti e chiudendo infine un cortocircuito dagli effetti certo non virtuosi sotto il duplice profilo della qualità delle cure e del contenimento dei costi.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto occorre tener presente che l'introduzione dei sistemi prospettici di pagamento contiene implicito il rischio di aumentare i profitti degli erogatori senza ridurre le

spese del soggetto pagatore (Federer et al., 1987). Inoltre i costi amministrativi possono rimanere tanto elevati da ridurre comunque l'efficienza. Così è accaduto che, in virtù di costi amministrativi inferiori, il Canada spendesse sensibilmente meno rispetto agli Stati Uniti nell'assistenza ospedaliera agli acuti. E questo nonostante che gli ospedali canadesi disponessero di più posti letto per mille residenti, ricoverassero più pazienti, producessero più giornate di ricovero, avessero una degenza media superiore, un tasso di occupazione maggiore ed un indice di rotazione inferiore (Redelmeier e Victor, 1993).

Dunque una politica di riduzione dei posti letto ed un sistema prospettico di pagamento possono non garantire l'efficienza maggiore. In particolare, alla luce di quanto discusso, diventa ineludibile la necessità di correggere le asimmetrie di sistema individuate a cominciare da un riequilibrio complessivo delle risorse disponibili.

Bibliografia

- Edwards N, Hensher M (1998), Managing demand for secondary care services: the changing context, *BMJ*, 317: 135-138.
- Ellis RP, McGuire TG (1996), Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection and practice-style effects, *J Health Economics*, 15: 257-277.
- Fabbri D (1999), Riforma sanitaria e produzione ospedaliera, *AMS Acta*. Consultabile all'indirizzo: <http://www.dse.unibo.it/wp/362.pdf>. Ultima consultazione aprile 2007.
- Federer J, Hadley J, Zuckerman S (1987), How did Medicare's prospective payment system affect hospitals? *N Engl J Med*, 317: 867-873.
- Iglehart JK (1986), Early experience with prospective payment of hospitals, *N Engl J Med*, 314: 1460-1464.
- Levaggi R, Montefiori M (2004), Concorrenza e scrematura nel mercato sanitario, *Politiche sanitarie*, 5: 122-135.
- Louis DZ, Yuen EJ, Braga M. et al. (1999), Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy, *Health Services Research*, 34: 405-415.
- Mazzei L (2005), *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Primo aggiornamento*, Centro Studi di Economia Sanitaria Ernesto Veronesi, aprile 2005.
- Redelmeier DA, Victor RF (1993), Hospital expenditures in the United States and Canada, *N Engl J Med*, 328: 772-778.
- Russell LB, Manning CL (1989), The effect of prospective payment on Medicare expenditures, *N Engl J Med*, 320: 439-444.
- Schwartz WB, Mendelson DN (1991), Hospital cost containment in the 1980s, *N Engl J Med*, 324: 1037-1042.
- Wright J, Williams R, Wilkinson JR (1998), Development and importance of health needs assessment, *BMJ*, 316: 1310-1313.