



RAPPORTO AIOPI/ Utenti consapevoli: al bivio tra ospedali e cliniche decide la qualità

Dai cittadini «scelta matura»

L'offerta integrata taglia le liste d'attesa - Cresce il case-mix di cura

Pubblico o privato accreditato pari sono. O, almeno, pari tenderebbero a essere nelle intenzioni dei cittadini. Più informati che in passato sulla possibilità di scegliere a quale struttura riferirsi - anche se ancora nel 2008 ben 1/3 dei 4.200 intervistati-campione del Rapporto Aiop non sapeva di potersi curare in "clinica" senza dover pagare - i cittadini esprimono ormai una scelta matura. Guardano non più tanto alla struttura giuridica dell'erogatore, quanto piuttosto a qualità delle prestazioni e vicinanza della struttura all'abitazione. La tutela della salute, insomma, è quello che dev'essere: il bene più prezioso.

D'altra parte, è scritto nel Rapporto Aiop, negli anni i privati accreditati hanno conquistato sul campo dignità pari a quella dell'ospedale Ssn: tra 2001 e 2005 crescono peso medio delle prestazioni - sia nel pubblico (+11,4%) che nel privato (+12,8%) - e il cosiddetto "case mix", indicatore del livello di complessità delle patologie trattate. Stabile, in questo caso, nel pubblico (1,01), ma in graduale crescita nel privato (1,04 nel 2005, in lieve contrazione rispetto all'1,08 del 2004). Un percorso virtuoso, alimentato anche da un aumento delle attrezzature disponibili e dallo sviluppo delle certificazioni di qualità. Gli effetti sui cittadini degli sforzi compiuti negli ultimi anni dal privato si vedono: secondo il report Aiop, il livello di soddisfazione (molto + abbastanza soddisfatti) per le prestazioni ospedaliere ricevute negli ultimi 12 mesi sarebbe nel 2008 pari all'86,7% per il pubblico e al 93,2% per il privato accreditato. Tanto che l'utenza si dice disponibile a ripetere la scelta della stessa struttura in futuro (propensione al 94,1% per il pubblico e all'89,9% per il privato) e a consigliarla a terzi.

Non tutto, beninteso, funziona: c'è insoddisfazione su servizi per anziani temporaneamente inabili (53,8%), riabilitazione (35,5%), lungodegenza (52,2%) e hotellerie (41,3%). Giudizio critico sull'intramoenia, considerata "inappropriata" dal 44% degli intervistati. L'87,7% degli intervistati spinge per riorganizzare l'ospedale pubblico, così da utilizzare al meglio strutture e personale.

Concorrenti ma non nemiche, le strutture pubbliche e private dimostrano di dar vita anzi

Una domanda di ospedalità basata sulle scelte		
Fenomeni	Dati	
Proporzione di coloro che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi in un ospedale pubblico:	2008	2003
• scegliendo poi un ospedale pubblico	20,2%	25,7%
• scegliendo poi un ospedale privato accreditato	35,7%	46,1%
• scegliendo poi una clinica privata	37,4%	56,6%
Conoscenza della possibilità di utilizzare un ospedale privato accreditato senza oneri aggiuntivi da parte di chi ha utilizzato negli ultimi dodici mesi un ospedale pubblico:	2008	2003
•	68,1%	63,7%
Scelta potenziale di un ospedale privato accreditato in alternativa all'ospedale pubblico se si fosse conosciuta tale possibilità	2008	2003
•	59,2%	53,7%
Conoscenza odierna delle disposizioni che permettono di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi:	2008	2003
• con chiarezza	31,6%	27,9%
• con una certa vaghezza	43,1%	40,5%
Giudizio sulle possibilità di utilizzare ospedali pubblici e ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi per il paziente (giudizi "molto + abbastanza d'accordo"):	2008	2003
•	74,6%	69,9%
Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (perfettamente a conoscenza + sembra di ricordare)	2008	2005
• sono perfettamente a conoscenza	28,3%	21,8%
• sembrano ricordare	43,6%	43,2%
«Ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo e quando ci si deve ricoverare non si considera se la struttura è pubblica o privata accreditata, bensì si tiene conto di altri fattori: la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza a casa, ecc. (giudizi molto + abbastanza d'accordo, al netto dei "non so")»	2008	2004
•	89,7%	87,2%

Fonte: indagine Ermeneia - Studi&Strategia di Sistema, 2008

Confronto sulla base del "case mix" delle prestazioni effettuate (2006)								
Regioni	Istituti pubblici	Ospedali privati* Aiop	Regioni	Istituti pubblici	Ospedali privati* Aiop	Regioni	Istituti pubblici	Ospedali privati* Aiop
Piemonte	1,12	1,19	Emilia R.	1,08	1,11	Campania	0,96	0,86
Lombardia	1,06	1,26	Toscana	1,08	1,36	Puglia	0,91	1,04
Pa Bolzano	0,91	0,80	Umbria	1,01	1,03	Basilicata	0,98	n.d.
Pa Trento	0,96	-	Marche	1,03	0,77	Calabria	0,87	0,94
Veneto(**)	1,02	1,06	Lazio	0,98	0,90	Sicilia	0,91	0,90
Friuli V. G.	1,08	0,92	Abruzzo	0,90	0,88	Sardegna	0,89	0,72
Liguria (***)	1,09	2,21	Molise	0,95	0,77	Totale	1,00	1,00

Valori calcolati con la nuova versione Drg Hcfa 19.0 adottata dal ministero della Salute che utilizza i pesi Medicare 2002
 (*) Case di cura accreditate.
 (**) Tra gli istituti pubblici del Veneto sono compresi 4 osp. privati (case di cura accreditate) associati Aiop classificati presidio Usl.
 (***) L'indicatore è elevato in quanto esistono due case di cura accreditate, in larga parte dedicate all'alta specialità.
 Fonte: elaborazioni Ermeneia - Studi&Strategia di Sistema su dati ministero della Salute e Aiop

Esempi di riduzione delle liste di attesa, derivante da accordi tra Ssr e privati accreditati								
Esempi regionali	Accordi	Tempi medi di attesa 1997	Tempi medi di attesa 2003	Tempi medi di attesa 2008	% di riduzione 1997/2008			
Lombardia	Lr 31/1997 Dgr n. 38133 del 1998	Cardiochirurgia						
		• in struttura pubblica	60 giorni	20 giorni	24 giorni	-60%		
		• in struttura privata	35 giorni	7 giorni	12 giorni	-66%		
		Protesi d'anca						
		• in struttura pubblica	480 giorni	170 giorni	141 giorni	-71%		
		• in struttura privata	120 giorni	50 giorni	45 giorni	-63%		
Esempi regionali	Accordi	Interventi al ginocchio						
		• in struttura pubblica	310 giorni	85 giorni	75 giorni	-76%		
		• in struttura privata	90 giorni	45 giorni	33 giorni	-63%		
		Emilia R.	Dgr n. 2001 del 30/7/1996 e Dgr n. 2404 del 29/11/2004	Strutture pubbliche				
				• Policlinico S. Orsola				
				- interventi in Cec	10/12 mesi	20 giorni	25 giorni	-81%
- interventi vascolari	2/3 mesi							
• Ospedale Parma	30 giorni	10 giorni	7 giorni	-77%				
Strutture private		20 giorni	11 giorni	3-12 giorni	-63%			

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati Aiop

Barbara Gobbi

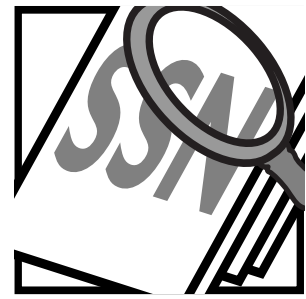
L'esigenza di pervenire a una governance più equilibrata del sistema ospedaliero (2008 - Giudizi "molto + abbastanza d'accordo")			
Fenomeni	Dati	Fenomeni	Dati
«Ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori come la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza ecc.»	89,7%	«Bisognerebbe avere a disposizione adeguate informazioni preventive sulla qualità percepita da parte dei pazienti (customer satisfaction) che hanno utilizzato ospedali pubblici e/o privati accreditati, allo scopo di poter fare le scelte più opportune»	86,0%
«Lo Stato dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio (pubbliche e private) per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità e opinioni»	82,8%	«Bisognerebbe finanziare con lo stesso criterio ospedali pubblici e ospedali privati accreditati e verificare successivamente chi fornisce le prestazioni mediche e i servizi migliori a costi più contenuti»	72,1%
«Bisognerebbe avere a disposizione adeguate informazioni preventive da parte del Servizio sanitario nazionale sulla qualità oggettiva delle prestazioni mediche e dei servizi (qualità delle strutture, del cibo, della pulizia ecc.), forniti dagli ospedali pubblici e privati accreditati, allo scopo di poter fare le scelte più opportune»	91,5%	«Bisognerebbe favorire la competizione tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, ma con l'istituzione di un'apposita Autorità di garanzia esterna che non può essere né il ministero né l'assessorato regionale né la Asl, bensì un ente indipendente istituito a tale scopo»	68,7%

Fonte: Indagine Ermeneia - Studi&Strategia di sistema, 2008

RAPPORTO AIOPI/ L'Associazione evidenzia le asimmetrie della relazione col pubblico

Il privato chiede competitività

Una spesa "inversa" rispetto al Ssn - Drg e tetti applicati a senso unico



Privato accreditato: 22,0% dei posti letto degli ospedali italiani, 15,3% dei degenti, 17,7% delle giornate di degenza, 12,4% di addetti. Un settore che spende 4,2 miliardi, il 7,5% della spesa ospedaliera pubblica totale, con una graduale discesa rispetto all'incidenza del 2000 dell'8,4%. A prezzi costanti l'incremento complessivo della spesa ospedaliera pubblica totale, tra il 2002 e il 2007, è del 18,2%, quella degli ospedali privati (case di cura accreditate) è aumentata nello stesso lasso di tempo del 14,2 per cento.

I dati sono contenuti nel VI Rapporto Aiopi «Ospedali&Salute», elaborato da Ermeneia-Studi&Strategie di sistema. Oltre all'analisi dei dati ufficiali (ministero della Salute e Aiopi), il rapporto analizza la relazione tra famiglie italiane e ospedali attraverso interviste a un campione rappresentativo di 4.200 cittadini adulti (v. pagina 12).

L'Aiopi nel rapporto identifica tre modalità di "connessione" con il servizio pubblico: una modalità "competitiva" che si manifesta nella capacità di fornire prestazioni complesse e servizi evoluti e una modalità "collaborativa", che prende forma dal basso attraverso l'integrazione tra ospedali pubblici e privati accreditati perché questi forniscano servizi che i primi non riescono a erogare in tempi accettabili o non intende svolgere in maniera sufficiente ed estesa come per la protesica, la lungodegenza o la riabilitazione. Ma sul versante della spesa l'Aiopi ritiene indispensabile finanziare con lo stesso criterio ospedali pubblici e ospedali privati accreditati e verificare successivamente chi fornisce le prestazioni mediche e i servizi migliori e a costi più contenuti.

Secondo l'Aiopi un sistema ospedaliero misto pubblico-privato deve risultare efficiente sotto il profilo dei costi, ma anche dell'alta qualità delle prestazioni cliniche, dei processi organizzativi e dello standard delle attrezzature.

Però, mentre la spesa sanitaria pubblica totale (prezzi costanti) è cresciuta nel tempo fino agli 85,8 miliardi del 2007 e quella ospedaliera totale (pubblica+accreditata) raggiunge nel 2007 i 47,1 miliardi, il 54,9% della spesa sanitaria pubblica totale, secondo

Meccanismi	Tetti e budget			
	Percentuale sul totale dei casi esaminati			
	2008	2007	2006	2005
È stato utilizzato negli ultimi dodici mesi il "tetto" alle prestazioni	100,0%	100,0%	95,0%	100,0%
È stata applicata, in caso di splafonamento dei "tetti", una regressione tariffaria	72,0%	70,0%	67,0%	75,0%
Regressione media utilizzata rispetto alla tariffa piena	44,0%	52,0%	35,0%	43,0%
I pagamenti delle fatture vengono erogati con ritardo	77,0%	90,0%	89,0%	80,0%
Ritardo medio in mesi (con una variabilità nel 2007 tra i 2 e i 15 mesi)	8,0 mesi	7,3 mesi	7,4 mesi	7,0 mesi
Viene erogato un acconto mensile sul fatturato degli ospedali privati (case di cura accreditate)	72,0% (*)	70% (*)	79,0% (*)	85,0% (*)
Entità media dell'acconto rispetto al fatturato relativo (con una variabilità nel 2008 tra il 50 e il 90%)	70,0%	77,0%	77,0%	71,0%
Si è utilizzato un sistema di factoring per avere pagamenti certi e a scadenza data (ma nel 19% dei casi il sistema di factoring non esiste più, dopo essere stato introdotto in un primo tempo)	12,0%	26,0%	32,0%	36,8%

(*) L'erogazione non avviene regolarmente: per il 47% dei casi nel 2004, per il 35% dei casi nel 2005, per il 37% dei casi nel 2006, per il 40% dei casi nel 2007 e per il 39% nel 2008
Fonte: Indagine Ermeneia - Studi&Strategie di sistema, 2008

il rapporto quella dei privati accreditati si è stabilizzata (4,1% negli ultimi quattro anni, dopo una graduale contrazione tra il 1999 e il 2003), rispetto alla spesa sanitaria totale, mentre quella ospedaliera si è ridotta rispetto alla spesa ospedaliera pubblica. Secondo l'analisi, la spesa per paziente dimesso è di 2,3 volte minore (nel 2007) per gli ospedali accreditati rispetto a quelli pubblici: 1.831 euro contro 4.206 euro in media. Questo anche perché la spesa ospedaliera accreditata è stata utilizzata nel tempo per il controllo/contenimento dei costi.

Una "asimmetria" di trattamento che si manifesta attraverso un intreccio tra "tetti" e regressione tariffaria, a cui si aggiunge la liquidazione tardiva dei crediti delle cliniche accreditate.

Altra nota l'Aiopi la fa al sistema dei Drg, inizialmente previsto come modalità unica di finanziamento mentre secondo il rapporto è stato applicato nei fatti solo al privato con tariffe medie (nel 2006) differenziate rispetto alla tariffa media nazionale dal -8% nelle Marche al -24,8% della Sicilia, al -36,4% dell'Emilia Romagna o al

-41,6% della Puglia.

Inoltre il Drg non segue la dinamica di crescita dei costi: tra il 1994 e il 2007 il tasso di inflazione è aumentato del +37%, il costo del personale del +53,6%, il Fsn del +95,8%; al contrario l'aumento del "punto" di Drg è stato del +6,4% in Lombardia, +9,7% in Veneto, +10,3% in Emilia Romagna, fino a una netta inversione di tendenza con la diminuzione dell'-8,4% in Toscana.

«Lo sforzo competitivo sul piano della qualità e quello parallelo sul piano della collaborazione degli ospedali privati accreditati per consolidare un sistema misto pubblico-privato a tutti gli effetti - conclude l'Aiopi - è oggi attuato dalle strutture private accreditate a costi contenuti e/o decrescenti nel tempo. Si tratta di decidere una volta per tutte quale sia il ruolo di un soggetto che può giocare un ruolo positivo sia sul piano della competizione sia sul piano della collaborazione nei confronti dell'ospedalità pubblica, per distribuire opportunità di accesso migliori ai servizi ospedalieri da parte dei cittadini».

Paolo Del Bufalo

L'INTERVENTO

«Ruoli da riconsiderare»

Il Rapporto 2008 mette in rilievo due insiemi di considerazioni. Il primo insieme illustra:

- il formarsi di una domanda sempre più matura da parte dei cittadini che sanno valutare i servizi utilizzati e percepiscono l'importanza del poter migliorare la propria capacità di scelta, in base non a presupposti ideologici orientati al pubblico o al privato, bensì a criteri ispirati alla qualità delle prestazioni e all'appropriatezza dei servizi rispetto alle esigenze dei pazienti e delle loro famiglie;

- lo sviluppo di una maggiore qualità dei servizi offerti, misurata sia dal livello di complessità delle patologie sia nella qualità delle attrezzature e dei processi organizzativi: elementi che vedono le strutture accreditate in posizione spesso migliore rispetto a quelle pubbliche, anche se va riconosciuto che ci può essere un buon livello o un modesto livello di prestazioni complessive sia nell'una che nell'altra tipologia di ospedali;

- la crescita di alcune collaborazioni "dal basso" tra pubblico e privato accreditato, che permettono di giocare insieme per il bene del cittadino sul piano, a esempio, dell'accorciamento delle liste di attesa o sul piano della fornitura, in una logica integrata, dei servizi di lungodegenza e di riabilitazione;

- lo svolgimento dell'attività da parte delle strutture accreditate rispetto a quanto richiamato a costi decrescenti nel tempo, mentre al contrario la spesa per l'ospedalità pubblica tende a espandersi.

Il secondo insieme di considerazioni rimette in piedi una logica che sembra sempre più capovolta. In un quadro di progressiva liberalizzazione dei servizi che sta perseguendo anche l'Ue si inserisce anche quella dell'accesso specifico ai servizi per la salute, che nel nostro Paese era stata ribadita dalla riforma del 1992, che stabiliva il pagamento a prestazione e il concetto di parità tra le strutture.

Gradualmente tale normativa è stata limitata da provvedimenti successivi (fino all'ultima Finanziaria) e dalla non applicazione di fatto di quanto inizialmente definito, a partire dall'introduzione del

sistema Drg sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, ma utilizzato solo per le seconde.

A tutto ciò si aggiunge il sistema dei "tetti" alle prestazioni, il mancato aggiornamento nel tempo del valore del punto Drg e addirittura le regressioni tariffarie, per finire con il cosiddetto sistema delle tre "A" (Autorizzazione, Accreditamento, Accordo) che ha introdotto una serie di passaggi finalizzati a dare al Ssr un largo margine di discrezionalità nell'accREDITAMENTO, nell'instaurazione dei rapporti, nell'erogazione e nella misura dei pagamenti, con una riduzione di una governance coerente con un sistema realmente misto tra pubblico e privato.

La questione allora è quella di riconsiderare dalle radici il rapporto che deve intercorrere tra le diverse strutture e tra queste ultime e il cittadino, riaffermando:

a) l'esigenza di una normativa di riferimento che rimetta pienamente in gioco e anzi promuova un sistema misto pubblico/privato;

b) il superamento di conseguenze delle vistose asimmetrie di trattamento sul piano delle modalità di finanziamento delle strutture private accreditate;

c) l'accettazione di un realistico principio di fondo che parta dalla situazione rappresentata dal privato accreditato e sviluppi modalità diverse di copresenza del pubblico e del privato;

d) la riaffermazione della necessaria applicazione di una simmetria di trattamento pubblico/privato accreditato per la misurazione della qualità delle prestazioni oggettivamente svolte e soggettivamente percepite dagli utenti (in termini di customer satisfaction), da parte di un apposito Ente terzo indipendente;

e) la promozione di un sistema pubblico di diffusione delle informazioni presso i cittadini su livelli di qualità e opportunità di scelta tra strutture pubbliche e strutture private accreditate, senza oneri aggiuntivi per il paziente.

Enzo Paolini

Presidente Aiopi

(Dalla prefazione al VI Rapporto «Ospedali&Salute»)

Finanziamenti e costi del sistema ospedaliero pubblico e privato accreditato

Valori assoluti a prezzi costanti (milioni €)	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Spesa sanitaria pubblica totale	64.341	70.173	75.450	74.820	75.059	81.070	84.589	85.269	85.783
Spesa ospedaliera totale (pubblica + privata accreditata)	36.183	39.104	39.650	39.832	40.322	42.787	45.205	45.965	47.071
Spesa ospedali Usl e aziende ospedaliere	28.790	31.085	31.883	32.166	32.693	34.670	38.113	38.702	39.696
Spesa ospedali privati (case di cura accreditate)	3.239	3.294	3.183	3.095	3.128	3.317	3.459	3.478	3.535
Andamento del Pil	1.148.636	1.191.057	1.212.713	1.218.220	1.218.013	1.236.671	1.243.525	1.266.420	1.284.868
Spesa ospedaliera totale (strutture pubbliche + strutture accreditate)/Spesa sanitaria pubblica totale x 100	56,2	55,7	52,6	53,2	53,7	52,8	53,4	53,9	54,9
Spesa ospedali privati (case di cura accreditate)/Spesa sanitaria pubblica totale x 100	5,0	4,7	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1	4,1	4,1
Spesa ospedali privati (case di cura accreditate)/Spesa ospedaliera pubblica totale x 100	9,0	8,4	8,0	7,8	7,8	7,8	7,7	7,6	7,5
Spesa ospedaliera totale (strutture pubbliche + strutture accreditate)/Pil x 100	3,15	3,28	3,27	3,27	3,31	3,46	3,64	3,63	3,66
Spesa ospedali privati (case di cura accreditate)/Pil x 100	0,28	0,28	0,26	0,25	0,26	0,27	0,28	0,27	0,28
Spesa ospedali Usl e Aziende Ospedaliere/Dimessi (in euro)	3.046,61	3.351,80	3.413,47	3.485,72	3.610,91	3.821,22	4.142,72	4.206,74	n.d.
Spesa ospedali privati (case di cura accreditate)/Dimessi (in euro)	2.228,15	2.150,82	1.945,59	1.808,08	1.818,21	1.822,53	1.837,18	1.831,69	n.d.
Confronto tra spesa per paziente dimesso tra strutture pubbliche e strutture private accreditate (rapporto % delle seconde sulle prime)	73,1	64,2	57,0	51,9	50,4	47,7	44,3	43,5	n.d.

Fonte: elaborazione Ermeneia su dati ministero della Salute e Aiopi

OASI 2008/ I meccanismi per garantire l'equità di accesso e il coordinamento delle scelte

Una governance unificata per

Dimensioni e volumi di attività identificano la vocazione delle strutture

La moderna assistenza ospedaliera non può prescindere da logiche di rete. Basti ricordare due aspetti. Da un lato il progresso scientifico e la crescente specializzazione nel trattamento di casi complessi e rari, che richiedono la concentrazione della casistica per raggiungere soglie produttive (critical mass) necessarie a sostenere e sviluppare nel tempo la qualità professionale garantendo al contempo un ottimale impiego delle risorse (economie di scala). Ne consegue la necessità di progettare e programmare l'offerta per garantire:

- la concentrazione delle attività in relazione alle competenze diffuse nella rete e alle necessità del loro ulteriore sviluppo legato alla curva di esperienza;
- l'equità di accesso per tutta la popolazione gravitante sulla rete ospedaliera oggetto di intervento;

- un migliore coordinamento delle scelte di investimento in coerenza con la programmazione e gli sviluppi delle competenze specialistiche nei vari poli delle reti.

Dall'altro lato, il ritmo sempre più serrato dell'innovazione tecnologica, che accelera l'obsolescenza tecnica della strumentazione e si caratterizza per costi crescenti. Ciò rende impossibile dotare ogni singolo ospedale di una tecnologia adeguata su tutte le branche specialistiche e richiede, invece, scelte selettive, investimenti concentrati e quindi concertati a livello di rete ospedaliera.

Progettare e attivare reti tra ospedali e tra professionisti risponde dunque al bisogno di perseguire, al contempo, condizioni di maggiore equità e migliore presa in carico dell'utente, di efficacia clinica, di sicurezza per i pazienti e di efficienza economica complessiva.

Alla luce di tali considerazioni il Cergas Bocconi, nell'ambito del programma Siveas del ministero della Salute ha sviluppato un'indagine esplorativa per comprendere:

- le dimensioni effettive delle strutture che compongono le reti ospedaliere regionali, in termini di volumi di attività;
- le loro vocazioni;
- il livello di concentrazione/dispersione dell'offerta ospedaliera in ciascun Ssr.

L'obiettivo era fotografare l'attuale composizione e configurazione dell'offerta ospedaliera italiana quale elemento conoscitivo a cui collegare alcune prime deduzioni e proposte.

L'analisi ha utilizzato un sistema di classificazione delle strutture di ricovero fondato sul volume di attività erogato da ciascuna struttura, espresso in termini di posti letto equivalenti: i volumi di attività rilevati dal flusso delle Sdo (anno 2005), espressi in giornate di degenza,

sono stati tradotti in una dotazione di posti letto teorica (equivalente), assumendo un tasso di occupazione pari all'80 per cento per entrambi i regimi di ricovero e i giorni lavorativi annui pari a 365 per il regime ordinario e 270 per il regime di day hospital (Dh).

In termini dimensionali, la figura 1 evidenzia come:

- in 9 Regioni (di cui 7 del Centro e del Sud), le strutture di ricovero di piccole dimensioni (<121 p.l. equivalenti) rappresentano la metà o più dell'offerta complessiva (la media nazionale equivale al 50 per cento). La Regione con la più alta concentrazione di strutture piccole è la Calabria (77 per cento);

- nelle altre Regioni le strutture di piccole dimensioni incidono per meno del 50%, ma con valori che variano da un minimo del 27% del Veneto a un massimo del 48% del Lazio. In particolare

in 4 di queste Regioni (Piemonte, Lombardia, Liguria e Molise) il complemento più rilevante alle strutture piccole è rappresentata

da quelle di medie dimensioni, che incidono per valori compresi fra il 59 e il 70 per cento, mentre il resto delle 4 Regioni (Puglia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto) si evidenzia un rilevante ruolo delle strutture di grandi dimensioni (9-16 per cento).

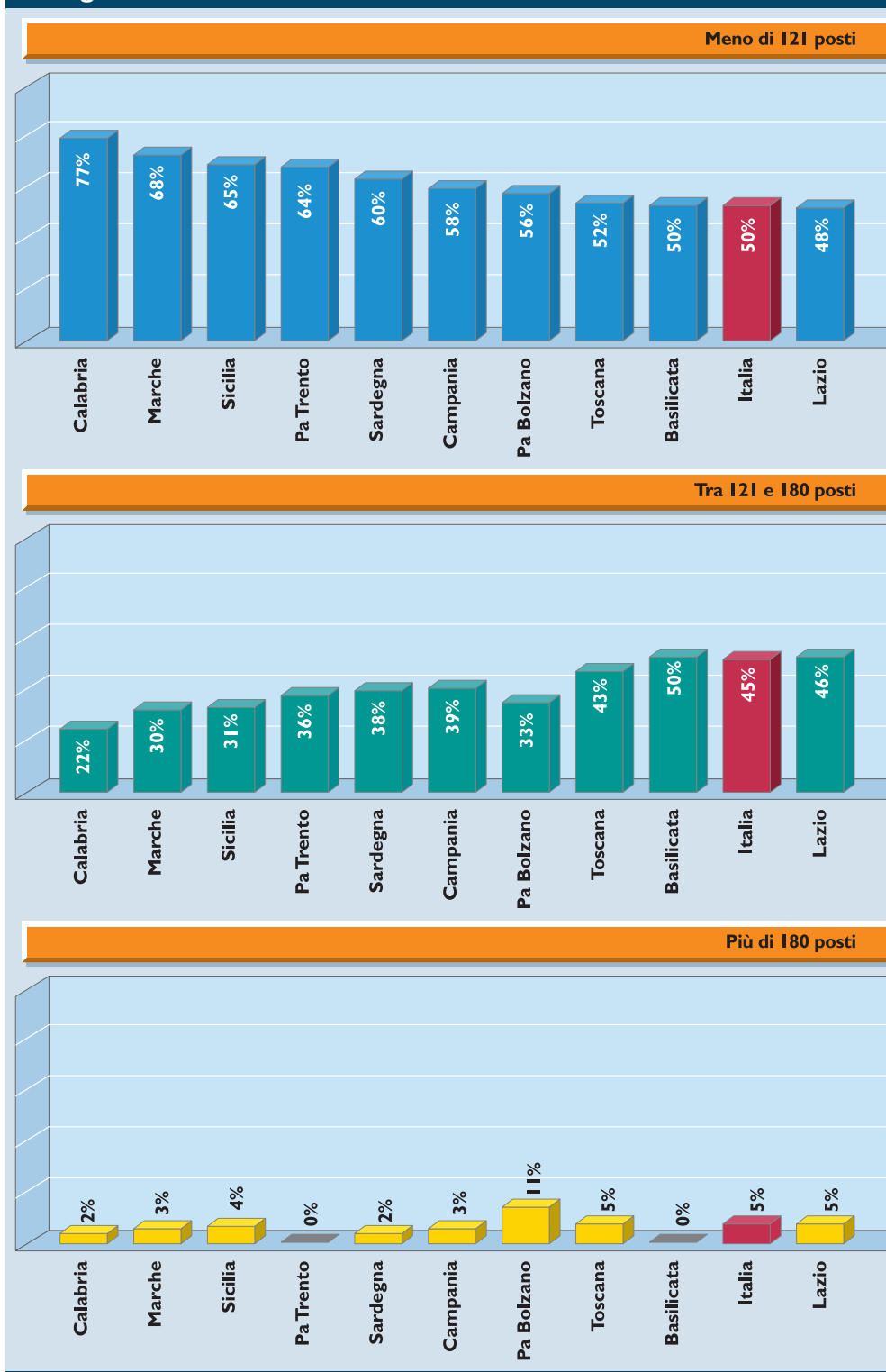
Infine, è interessante sottolineare l'elevata eterogeneità interregionale rispetto alla dotazione media di p.l. all'interno delle singole classi dimensionali delle strutture di ricovero: a esempio, per la prima classe (<121 p.l. equivalenti) si passa da un minimo di 27 p.l. medi dell'Umbria a un massimo di 83 per il Veneto; per la terza classe (>800 p.l. equivalenti) si passa dagli 828 p.l. medi di Bolzano ai 2.023 della Liguria.

Al fine di identificare le vocazioni delle strutture di ricovero all'interno di ciascun Ssr, l'informazione sulla dimensione effettiva delle strutture di ricovero (espressa in termini di p.l. equivalenti) è stata incrociata con il dato sui volumi di attività erogati per specialità, classificate in base al loro grado di diffusione sul territorio: specialità ad altissima, alta, media e rara diffusione. In particolare, sono state correlate le seguenti due variabili (figura 2):

- la "quota di mercato" detenuta dalle strutture di medie-grandi dimensioni per l'area delle discipline ad alta-altissima diffusione, ovvero la percentuale dei ricoveri per acuti nell'area alta-altissima diffusione che sono erogati dalle strutture con dimensioni superiori ai 120 p.l. equivalenti;

- la "quota di mercato" detenuta dalle strutture di medie-grandi dimensioni per l'area delle discipline a media-rara diffusione,

Figura 1 - Caratteristiche dimensionali delle strutture di ricovero



ovvero la percentuale dei ricoveri per acuti nell'area media/rara diffusione che sono erogati dalle strutture con dimensioni superiori ai 120 p.l. equivalenti.

L'incrocio delle due variabili classifica i Ssr in quattro quadranti, separati dai valori medi nazionali (84% per l'attività ad alta-altissima diffusione, 94% per quella a media/rara diffusione):

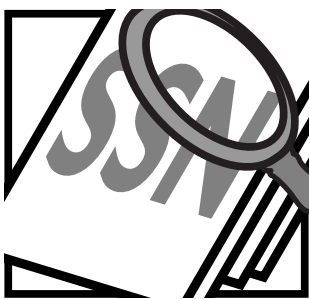
- **Regioni con una rete prevalentemente costituita da strutture di medie/grandi dimensioni (I quadrante)**, ovvero regioni in cui le strutture di medie/grandi dimensioni detengono un'elevata quota di mercato per entrambe le aree considerate (alta-altissima diffusione e media-rara diffusione). In questo quadrante si posizionano sia regioni con popolazione contenuta (Valle d'Aosta, Molise, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Ligu-

ria), sia Regioni con popolazioni di ampie dimensioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia);

- **Regioni con una rete prevalentemente costituita da strutture di piccole dimensioni (III quadrante)**, ovvero Regioni in cui le strutture di medie-grandi dimensioni detengono quote di mercato più basse per entrambe le aree considerate (alta-altissima diffusione e media-rara diffusione). Questa configurazione della rete ospedaliera caratterizza 6 Regioni del Centro-Sud (Calabria, Sicilia, Abruzzo, Marche, Sardegna e Campania).

- **Regioni con una rete differenziata rispetto alla tipologia di offerta prevalente (II e IV quadrante)**, ovvero Regioni in cui strutture di medio/grandi dimensioni detengono una quota di mercato elevata in una sola delle

due aree considerate. Da una parte (IV quadrante) si trovano i Ssr in cui le strutture di medie/grandi dimensioni svolgono un ruolo prevalente nell'erogazione di attività ad alta/altissima diffusione (Piemonte, Basilicata, Lazio e Lombardia) mentre per l'attività a media/rara diffusione entrano in gioco anche le strutture di dimensioni più piccole (sebbene per Lazio e Lombardia il ruolo delle strutture di medie/grandi dimensioni per tale attività sia molto vicino alla media nazionale); dall'altra (II quadrante) si colloca solo la Pa di Trento, che vede le strutture di medie/grandi dimensioni detenere la maggior quota di attività per la media/rara diffusione, mentre lascia un ruolo importante alle strutture di piccole dimensioni per la gestione delle attività ad alta/altissima diffusione.



Le reti ospedaliere

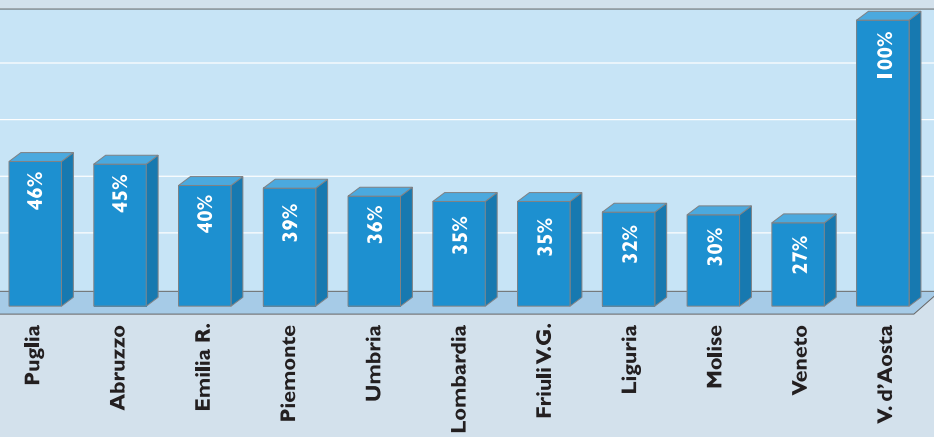
di investimento in coerenza con la programmazione

gestire i ricoveri

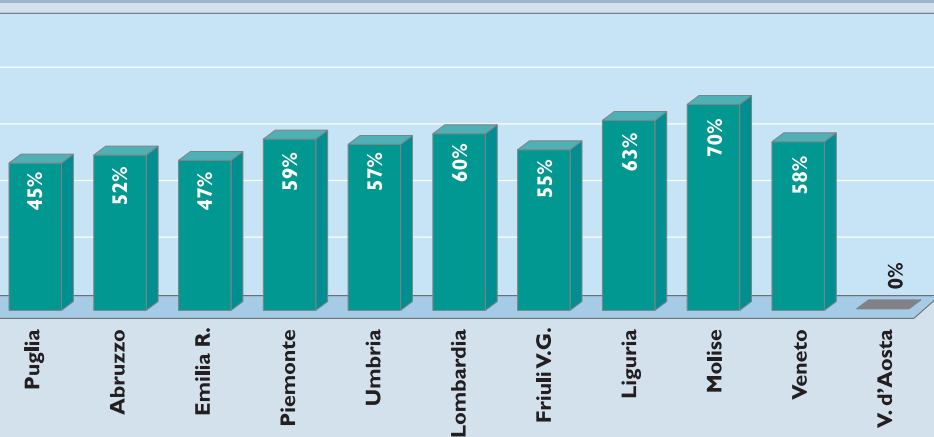
Percorsi e profili di cura per i professionisti

per acuti per Ssr (incidenza sul totale delle strutture di ricovero)

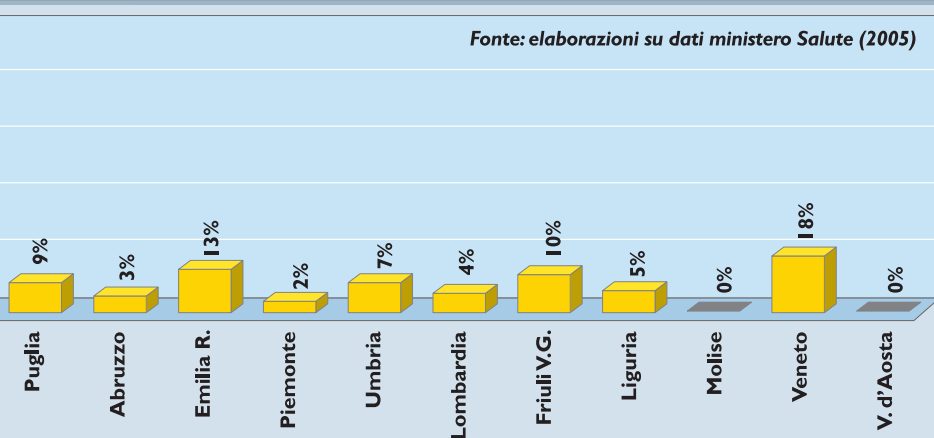
letto equivalenti



letto equivalenti



letto equivalenti



Fonte: elaborazioni su dati ministero Salute (2005)

Rispetto al livello di concentrazione/dispersione delle strutture di ricovero per ogni Ssr si è messa in relazione la quota complessiva di mercato detenuta dalle prime cinque strutture con l'incidenza delle strutture di piccole dimensioni, pesata per lo scostamento dal valore massimo della classe di appartenenza (121 p.l. equivalenti).

Lungo la dimensione orizzontale della figura 3 si distinguono le prime due colonne, dove si collocano i Ssr nei quali la quota complessiva di mercato detenuta dalle prime cinque strutture è inferiore al 50 per cento.

Nella terza colonna si collocano, invece, le Regioni nelle quali la quota complessiva di mercato detenuta dalle prime cinque strutture è superiore al 50 per cento.

In particolare, con riferimen-

to alle prime due colonne è possibile leggere le seguenti configurazioni:

- nella prima riga si trovano le regioni con un'incidenza molto modesta delle strutture di piccole dimensioni. Nel caso di Piemonte e Lombardia il ruolo principale è svolto dalle strutture di medie dimensioni, mentre nel caso di Veneto, Emilia-Romagna e Abruzzo le strutture di grandi dimensioni polarizzano il sistema verso l'alto;

- nella seconda riga si posizionano i Ssr che si appoggiano in modo più significativo alle strutture di piccole dimensioni, con differenze rilevanti nel coinvolgimento delle altre tipologie di strutture: Lazio e Campania sembrano concentrare la restante attività nelle strutture di medie dimensioni, mentre Puglia e Toscana si affidano maggiormente

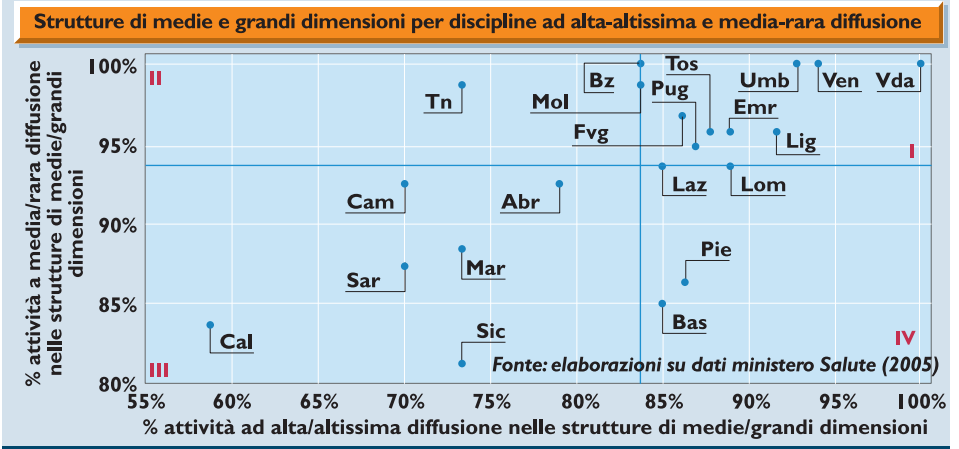
alle strutture di grandi dimensioni;

- nell'ultima riga, infine, si collocano i Ssr dove l'attività si concentra per una parte molto rilevante nelle strutture di ricovero di piccole dimensioni, con l'ulteriore differenziazione rispetto al ruolo giocato dalle altre tipologie di strutture (in Sardegna e Marche e Calabria è più rilevante l'attività svolta dalle strutture di grandi dimensioni; in Sicilia quella delle strutture di medie dimensioni).

Emergono, quindi, due cluster "estremi" di Ssr, quali i poli di un continuum all'interno del quale si pongono situazioni organizzative di rete intermedie/ibride:

- Ssr con reti ospedaliere concentrate, ovvero un gruppo di 7 regioni (Veneto, Emilia Romagna, Abruzzo, Friuli Venezia

Figura 2 - Posizionamento dei Ssr in base alla percentuale di ricoveri



Posizionamento rispetto alla quota di mercato delle prime 5 strutture

Incidenza pesata delle strutture <121 PI	Incidenza volume di attività prime 5 strutture ordinate per quota di mercato decrescente		
	0-30%	30%-50%	>50%
0-20%	Piemonte, Lombardia	Veneto, Emilia Romagna, Abruzzo	Valle d'Aosta Liguria, Friuli Venezia Giulia
20-30%	Lazio, Campania	Puglia, Toscana	Pa Bolzano, Basilicata Umbria
>30%	Sicilia	Sardegna, Marche, Calabria	Pa Trento

Nota: Il sistema di pesatura utilizzato consente di differenziare le strutture in base alla loro dimensione. Nella sostanza la pesatura esprime per ogni regione lo scostamento percentuale medio delle dimensioni espresse in termini di PI equivalenti, rispetto alla dimensione massima della classe di appartenenza - 120 PI equivalenti

Fonte: elaborazioni su dati ministero Salute (2005)

Giulia, Liguria, Molise e Valle d'Aosta) in cui l'attività è concentrata nelle strutture di medie-grandi dimensioni, con una limitata partecipazione di strutture piccole (<121 p.l. equivalenti);

- Ssr con reti ospedaliere disperse, ovvero un gruppo di 4 Regioni (Sardegna, Sicilia, Calabria e Marche,) in cui l'attività è dispersa tra tutte le classi di strutture di ricovero (piccole, medie e grandi).

Come ci si poteva aspettare, le Regioni medio-piccole hanno tassi di concentrazione più elevati (ad esempio Liguria, Friuli Venezia Giulia, Molise e Valle d'Aosta). Le Regioni medio-grandi e grandi hanno invece una concentrazione media, comprensibile se si osserva il numero di strutture mono-specialistiche di piccole e medie dimensioni presenti in queste realtà, dove esiste un'offerta spesso di altissima specializzazione (a esempio, Piemonte e Lombardia).

In entrambi i casi, esiste una coerenza di massima con gli obiettivi di garantire condizioni per uno sviluppo tecnologico sostenibile e di ricercare qualità da critical mass. In effetti, stante questa situazione, si può ipotizzare che l'oggetto principale di lavoro per migliorare e fare ancora di più rete sia l'ambito professionale, pur rimanendo sempre la possibilità/opportunità di intervenire strutturalmente consolidando l'offerta degli ospedali piccoli.

In altre parole, si tratta di stimolare - dal basso e con il coinvolgimento - il lavoro sul tessuto connettivo tra i professionisti, in un'ottica di clinical governance che porti a diffondere nella rete competenze (attraverso percorsi/profili di cura, rotazioni tra professionisti, procedure ecc.) identificando allo stesso tempo vocazioni e punti di riferimento specialistici (in relazione alle concentrazioni di casistica già in atto od attese).

Molto delicata appare, invece, la situazione di Regioni con reti "disperse pure", dove il percorso di cambia-

mento atteso è particolarmente impegnativo (Sicilia, Calabria, Sardegna e Marche). Soprattutto perché in una prima fase dovrebbe concentrarsi su scelte strutturali, di ridimensionamento, accorpamento, rilocalizzazione degli ospedali.

Guardando a questi cambiamenti attesi e in prospettiva all'evoluzione generale delle reti ospedaliere in Italia, emergono infine due considerazioni. La prima riguarda una prevedibile convergenza delle scelte di rete (o delle loro naturali evoluzioni). In effetti nel futuro prossimo, grazie al contributo delle tecnologie informative e informatiche, è da attendersi che, se i cambiamenti avverranno nel segno della continuità con le scelte politiche e istituzionali fin qui declamate dalla maggioranza delle Regioni, si vada a configurare una rete ospedaliere a govern-

mento unificata che si fonda su quattro livelli:

- ospedali Hub di II livello, cosiddette focused factories o centri focalizzati. Si tratterebbe di ospedali di second

ferral nei quali è trattata l'elezione ultra-complexa e differibile, i trapianti, le malattie rare ecc. I pazienti sono sovente arruolati in studi clinici di alta specializzazione. Tali centri dovrebbero essere in larga parte mono-specialistici (Hub cardiovascolare, ortopedico, oftalmologico ecc.) e spesso identificati come Irccs o equivalenti;

- Hub di I livello: ospedali di alta specializzazione ma polispecialistici, con bacino di riferimento provinciale o regionale (un Hub tra i 500.000 e 1.000.000 di abitanti) e, per alcune specialità, anche nazionale. Spesso si tratta di ospedali di insegnamento;

- ospedali portanti, polispecialistici e di riferimento per una collettività (attorno ai 150.000 - 200.000 abitanti): sedi dei Dea,

generalisti ma con specializzazione crescente su branche diffuse, collegati con telemedicina e robotica con i centri di I e II livello;

- ospedali di prossimità: punti di primo intervento per aree remote o disagiate, che eseguono una casistica generale di base e sono collegati a distanza con gli ospedali portanti.

Ovviamente lo sviluppo di questa configurazione di rete, e i tempi con cui potrebbe manifestarsi, sono direttamente collegati allo sviluppo di un'offerta extraospedaliere spesso oggi assente (tipo le cliniche walk-in, ospedali diurni indipendenti, country hospitals ecc.) e capace di appropriarsi fino in fondo delle cure primarie di natura specialistica.

La seconda e ultima considerazione riguarda la dimensione dell'ambito istituzionale entro cui poter costruire la rete ospedaliere: qui appare chiaro che sia i

confini di alcune Regioni italiane sono troppo piccoli per progettare reti esaustive, se non sopportando disconomie di scala e

scopo e senza poter raggiungere le soglie produttive ottimali o minime per la qualità, sia gli stessi confini istituzionali spesso non collimano con i flussi dei pazienti, essendoci aree di gravitazione che spesso si collocano a cavallo tra due Regioni. Nell'agenda del dibattito politico-istituzionale dovrebbe quindi essere stimolata una riflessione su questi punti.

I risultati complessivi dello studio sono illustrati nel Rapporto Oasi 2008 (www.cergas.unibocconi.it).

Giuliana Bensa

Ricercatore

Clara Carbone

Ricercatore

Federico Lega

Responsabile

area organizzazione e strategia

Cergas Bocconi