

Nell'anno 2004, il costo pro capite nazionale, complessivamente sostenuto per i tre livelli di assistenza, è stato pari a € 1.632. Le regioni con i valori più alti sono nell'ordine la P.A. Bolzano (€ 2.181), la Liguria (€ 1.937), la Valle d'Aosta (€ 1.903), il Lazio (€ 1.871), la P.A. Trento (€ 1.858), il Piemonte (€ 1.778), l'Emilia Romagna (€ 1.750). Dall'altra parte i minori costi si registrano in Calabria (€ 1.407), in Puglia (€ 1.445) e in Lombardia (€ 1.513). L'indicatore sul costo pro capite è ovviamente una misura sintetica che riflette al suo interno caratteristiche regionali di bisogno sanitario (demografiche, sociali) ma anche di efficienza e appropriatezza dei servizi erogati.

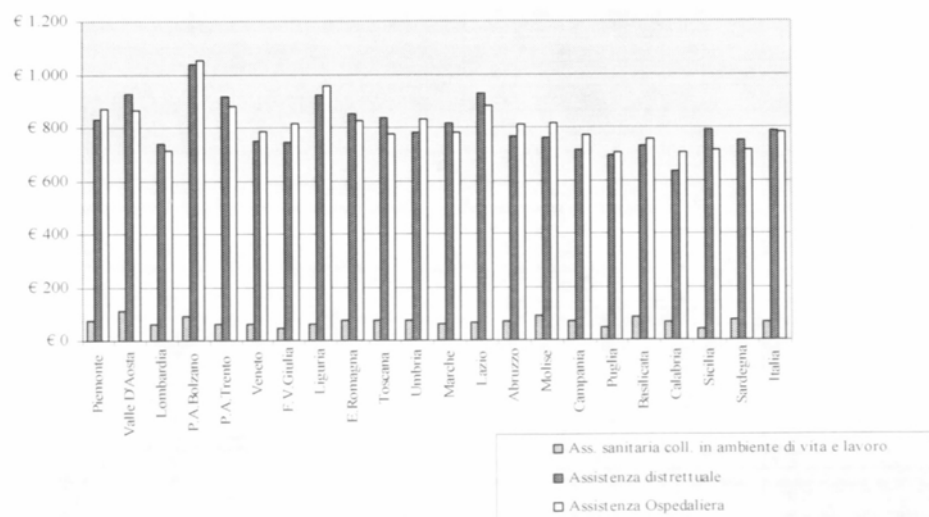
Grafico 2 Costo pro capite complessivo Anno 2004



Fonte Ministero della salute

A completamento dell'analisi si riportano nel grafico 3, gli indicatori di costo pro-capite separatamente per il livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, per il livello di assistenza distrettuale e per il livello di assistenza ospedaliera per tutte le regioni.

Grafico 3 Costo pro capite per tipologia d'assistenza Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Tra le componenti di costo che più incidono sul livello distrettuale riveste particolare attenzione l'assistenza farmaceutica che ha un incidenza, sul totale dei livelli di assistenza, pari a 14,36%. L'assistenza specialistica costituisce il 12,15%, la medicina generale e guardia medica il 5,78%, l'assistenza territoriale residenziale il 5,34%, l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare il 4,97% e la territoriale semiresidenziale l' 1,68%.

La distribuzione regionale dei valori è descritta nella tabella 2 dove la voce "altro" comprende l'emergenza sanitaria territoriale, l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica ed infine l'assistenza idrotermale.

Risultano particolarmente interessanti le differenze regionali: ciascuna dovrebbe essere analizzata separatamente ed integrata da informazioni quantitative sulle prestazioni erogate e sulle risorse strutturali (es. p.l. residenziali) ad esse dedicate.

Tabella 2 Incidenza percentuale (espressa sul totale dei 3 livelli di assistenza) dei costi sostenuti per l'assistenza distrettuale Anno 2004

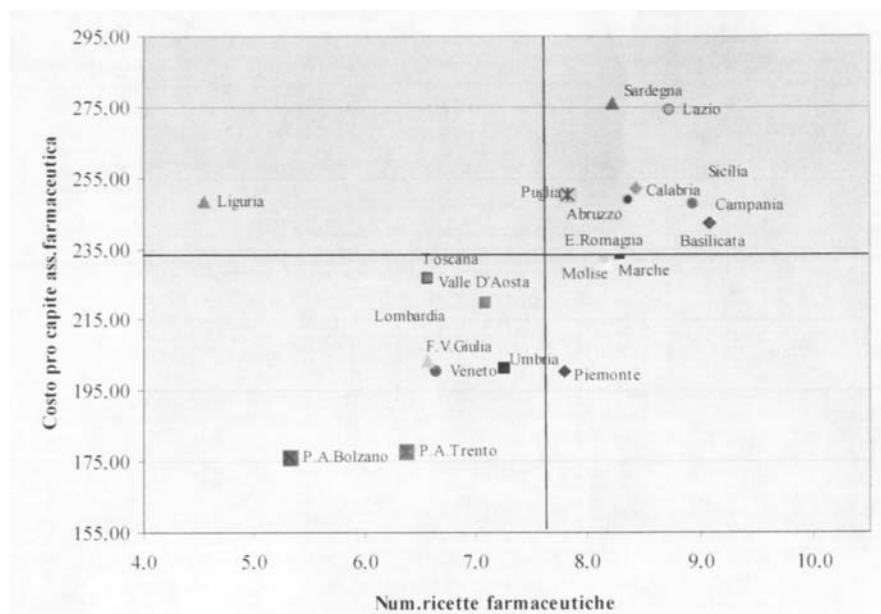
Regione di ricovero	Assistenza distrettuale							
	Medicina generale e guardia medica	Assistenza farmaceutica	Assistenza specialistica	Assistenza territoriale			altro	Totale
				ambulatoriale e domiciliare	semiresidenziale	residenziale		
Piemonte	4,34%	11,77%	17,07%	4,63%	1,18%	4,73%	3,07%	46,79%
Valle D'Aosta	4,36%	11,67%	17,94%	4,62%	0,26%	3,37%	6,57%	48,78%
Lombardia	5,00%	14,63%	13,14%	3,85%	1,12%	8,48%	2,63%	48,84%
P.A.Bolzano	3,94%	7,68%	15,22%	6,99%	1,85%	8,07%	3,82%	47,58%
P.A.Trento	8,67%	9,53%	10,42%	3,66%	0,18%	12,21%	4,58%	49,24%
Veneto	5,43%	12,54%	12,94%	4,60%	1,54%	7,44%	2,45%	46,93%
F.V.Giulia	5,09%	13,32%	10,02%	7,34%	2,74%	5,34%	2,41%	46,26%
Liguria	4,47%	14,31%	14,36%	6,17%	0,79%	5,04%	2,41%	47,55%
E.Romagna	4,90%	14,10%	13,63%	5,40%	1,25%	6,30%	3,05%	48,63%
Toscana	4,90%	14,30%	15,98%	5,07%	1,27%	4,92%	3,02%	49,45%
Umbria	4,98%	12,71%	13,72%	4,98%	2,16%	4,58%	3,02%	46,15%
Marche	5,87%	14,60%	16,14%	4,10%	1,09%	4,67%	2,80%	49,26%
Lazio	4,36%	14,47%	11,12%	5,40%	3,53%	3,69%	6,79%	49,38%
Abruzzo	7,27%	15,47%	7,53%	4,33%	3,29%	6,07%	2,41%	46,37%
Molise	8,11%	14,42%	10,49%	3,42%	1,04%	4,57%	3,58%	45,63%
Campania	7,48%	14,65%	9,02%	7,45%	1,91%	2,36%	3,00%	45,88%
Puglia	6,26%	16,54%	12,07%	5,04%	1,30%	4,12%	2,73%	48,05%
Basilicata	7,52%	15,26%	10,92%	3,31%	1,84%	3,89%	3,70%	46,44%
Calabria	8,13%	17,31%	7,03%	4,43%	0,54%	3,82%	3,82%	45,09%
Sicilia	8,43%	15,89%	7,05%	3,64%	1,91%	5,05%	9,19%	51,15%
Sardegna	7,33%	17,25%	10,54%	4,72%	2,20%	2,44%	4,27%	48,74%
ITALIA	5,78%	14,36%	12,15%	4,97%	1,68%	5,34%	3,85%	48,12%

Fonte Ministero della salute

Il costo pro capite mediamente sostenuto, nel 2004, per l'assistenza farmaceutica è stato pari a circa 234 euro. I valori minimi si registrano nelle Province autonome di Bolzano e Trento che si attestano rispettivamente sui 176,16 e 177,87, mentre nel Lazio e in Sardegna si registrano i valori massimi che superano i 270 euro. Collegando il costo con il numero di ricette pro capite si può osservare graficamente la relazione che lega le due entità ed esaminare alcune situazioni regionali (graf.4). La distribuzione, a livello regionale, del numero pro capite di ricette farmaceutiche, presenta una elevata variabilità ed il numero massimo di ricette a persona spetta alla Basilicata con 9,1 e alla Sicilia con 9,0. Il valore nazionale è pari a 7,7.

Come è noto in letteratura, il consumo e la spesa per farmaci cresce all'aumentare dell'età, oltre il 60% della spesa e delle dosi di farmaco prescritte sono assorbite dalla popolazione ultra 65enne. Le informazioni raccolte e rappresentate riescono a fornire valutazioni più appropriate una volta eliminato l'effetto della struttura demografica.

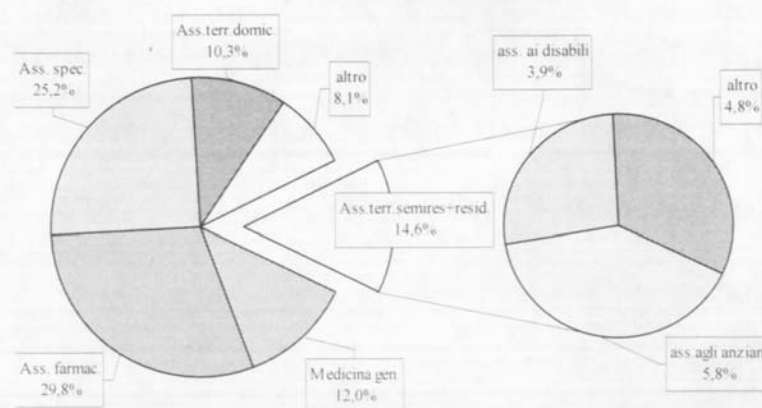
Grafico 4 Costo pro capite dell'assistenza farmaceutica e numero pro capite di ricette farmaceutiche Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Una voce all'interno dell'assistenza distrettuale, che dovrebbe acquisire nel tempo maggiore rilievo, è quella rappresentata dall'assistenza ai disabili e agli anziani, categorie deboli in costante incremento a causa del processo di invecchiamento demografico ormai da tempo in atto nel nostro paese. L'incidenza dell'assistenza agli anziani rappresenta quasi il 5,82% del totale distrettuale mentre quella ai disabili ne rappresenta circa il 3,93%.

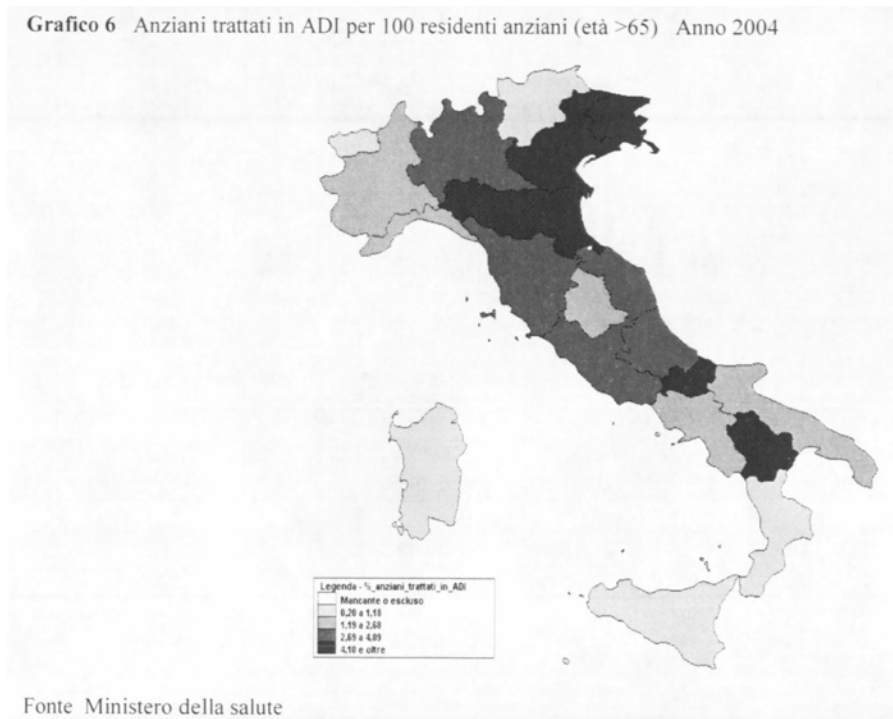
Grafico 5 Composizione % del livello di assistenza distrettuale Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Ad integrazione della voce di costo relativa all'assistenza agli anziani, nel monitoraggio dei livelli di assistenza, assume particolare rilievo analizzare l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). E' un servizio, organizzato dalle ASL con i Comuni, destinato a pazienti portatori di gravi patologie spesso in condizioni di notevole dipendenza sanitaria, ai quali sono erogate prestazioni di elevata intensità assistenziale da parte di più figure professionali. Tale tipo di assistenza risente dell'intervento integrato dei servizi necessari, sia sociali sia sanitari, ed è finalizzato ad evitare il ricorso alle strutture residenziali e a maggior ragione il ricovero inappropriato. A livello nazionale, solo 2,8 anziani ogni 100 residenti (età > 65) usufruisce dell'ADI. Il valore minimo si registra in Valle D'Aosta con 0,2 mentre il valore massimo si attesta al 7,8 del Friuli Venezia Giulia. Il grafico 6 evidenzia le variabilità regionali ed indica le aree nelle quali tale tipologia di assistenza è limitatamente erogata.

Grafico 6 Anziani trattati in ADI per 100 residenti anziani (età >65) Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Quando l'attenzione si sposta sul livello di assistenza ospedaliera, disponendo di dati accurati e completi, il monitoraggio può essere condotto in maniera più precisa.

Nell'anno 2004 si sono registrati circa 8,7 milioni di ricoveri in modalità di degenza ordinaria, pari ad un tasso di ospedalizzazione di 145,78 per 1.000 abitanti, e oltre 3,8 milioni di ricoveri in modalità diurna, pari ad un tasso di ospedalizzazione del 65,86 per 1.000 abitanti. Si registra una importante variabilità a livello regionale sia per i ricoveri in regime ordinario che diurno.

I valori più elevati, riguardanti il tasso complessivo (ordinario e day hospital), si registrano nelle regioni Sicilia (270,26), Abruzzo (266,53), Campania (242,20) e Lazio (241,75). Nella tabella 3 è riportato sia il tasso grezzo che il tasso standardizzato che tiene conto della diversa composizione per età della popolazione residente.

Anche nella modalità assistenziale del ricovero diurno persiste una spiccata variabilità regionale. Il tasso di ospedalizzazione per day hospital è più elevato nelle regioni Liguria, Lazio e Sicilia, dove si registrano valori maggiori del 85 per 1.000 e più basso in Friuli Venezia Giulia, nelle Marche e in Puglia dove i valori non raggiungono il 46 per 1.000. Da alcuni anni, la tendenza ad un graduale e progressivo incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno si evidenzia in tutte le regioni centrali e meridionali.

Tabella 3 Tassi di ospedalizzazione per regione di residenza (tasso grezzo e tasso std per età, calcolati per 1000 abitanti). Ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Anno 2004

Regione di residenza	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*
Piemonte	119,77	113,25	63,59	60,61	183,36	173,86
Valle d'Aosta	132,34	128,89	56,06	54,41	188,40	183,30
Lombardia	146,12	144,63	61,68	60,75	207,80	205,38
P. A. di Bolzano	159,34	167,29	45,11	46,05	204,45	213,34
P. A. di Trento	131,36	130,87	55,57	55,38	186,93	186,25
Veneto	127,91	126,54	57,66	57,04	185,57	183,57
Friuli V. Giulia	124,97	114,42	38,83	37,38	163,80	151,80
Liguria	145,26	128,77	104,08	97,17	249,34	225,94
Emilia Romagna	143,18	131,57	53,36	50,48	196,54	182,05
Toscana	124,09	113,43	53,30	51,99	177,39	165,42
Umbria	134,05	124,73	68,25	65,15	202,30	189,88
Marche	143,03	134,40	47,72	45,54	190,75	179,94
Lazio	156,35	156,31	85,68	85,44	242,03	241,75
Abruzzo	202,96	196,60	70,69	69,93	273,65	266,53
Molise	185,49	179,89	56,32	56,15	241,81	236,04
Campania	154,91	167,32	71,71	74,88	226,62	242,20
Puglia	165,18	172,15	42,05	43,79	207,23	215,94
Basilicata	145,65	146,96	65,53	66,15	211,18	213,11
Calabria	166,76	172,75	61,91	63,41	228,67	236,17
Sicilia	160,08	164,66	103,26	105,60	263,34	270,26
Sardegna	160,44	166,42	67,27	68,19	227,71	234,61
Italia	147,32	145,78	66,37	65,86	213,69	211,64

* La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento 2001

Fonte: Ministero della salute

Il grafico 7 consente, con una efficace visione d'insieme, di separare nettamente la propensione al ricovero delle regioni meridionali da quelle settentrionali.

Grafico 7 Tassi di ospedalizzazione std per regione di residenza. Anno 2004



Nel monitoraggio dei livelli di assistenza, una componente non irrilevante è dedicata alla valutazione di "appropriatezza" dei servizi prestati dal SSN.

Il concetto di appropriatezza va collocato in uno scenario ideale nel quale i medici agiscono, nel rispetto dei bisogni individuali dei pazienti, secondo linee guida cliniche e clinico-organizzative con vantaggi certi in termini sia di esito clinico, sia di equità dell'assistenza prestata.

A seguito delle indicazioni contenute nel DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, nei quali sono individuati 43 DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria, riveste interesse monitorare i relativi dati.

A livello nazionale, emerge che il 50% dei ricoveri afferenti ai 43 DRG, sono effettuati in regime di ricovero ordinario mentre a livello regionale, risulta una evidente variabilità: il valore più basso si registra in Liguria con il 30,8% mentre il più elevato con il 67,8% si registra in Molise.

Tabella 4 Ricoveri afferenti ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriata del DPCM 29 nov 2001, reg.ordinario e day hospital. Percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG sul totale dei ricoveri afferenti ai 43 DRG. Anno 2004

Regione di ricovero	Num. ricoveri in RO afferenti ai 43 DRG	Num. ricoveri in DH afferenti ai 43 DRG	% ricoveri 43 DRG RO sul totale
Piemonte	68.455	112.794	37,77
Valle d'Aosta	1.203	2.237	34,97
Lombardia	262.417	226.673	53,65
P. A. di Bolzano	17.791	10.222	63,51
P. A. di Trento	7.992	11.007	42,07
Veneto	84.611	112.371	42,95
Friuli Venezia Giulia	21.170	18.446	53,44
Liguria	29.103	65.414	30,79
Emilia Romagna	88.103	81.491	51,95
Toscana	51.820	66.434	43,82
Umbria	18.664	27.348	40,56
Marche	33.797	32.116	51,28
Lazio	164.566	185.907	46,96
Abruzzo	63.773	34.799	64,70
Molise	14.451	6.853	67,83
Campania	178.281	140.636	55,90
Puglia	128.934	77.063	62,59
Basilicata	12.936	15.048	46,23
Calabria	65.600	40.886	61,60
Sicilia	143.215	205.442	41,08
Sardegna	64.108	36.525	63,70
Italia	1.520.990	1.509.712	50,19

Fonte Ministero della salute

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE

Il monitoraggio dei LEA rimane un elemento centrale della garanzia dell'uniforme erogazione sul territorio dell'assistenza sanitaria prestata. La valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini integrata da informazioni sull'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN rappresenta un obiettivo innegabile della programmazione nazionale e regionale ed una opportunità ineguagliabile per lo sviluppo ed il miglioramento globale del sistema.

Il monitoraggio dovrà superare l'attuale concezione di verifica dell'entità delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini e convergere verso valutazioni dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, verifiche sulla qualità dell'assistenza, approfondimenti sull'appropriatezza e accessibilità dei cittadini ai servizi.

A tal fine, obiettivi futuri del monitoraggio, potranno essere quelli di implementare sistemi di indicatori più mirati, basati sui 4 elementi dell'integrazione, qualità, appropriatezza ed accessibilità, individuare forme più adeguate per la diffusione e la tempestività dei risultati del monitoraggio, costruire idonei sistemi informativi.

3.4.1.1 Monitoraggio costante dei LEA: un approfondimento

La legge n. 311 del 30 dicembre 2004, al fine di garantire che l'obiettivo di garanzia della tutela della salute sia conseguito nel rispetto del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle Regioni, ha previsto che siano fissati "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza". A questo fine è stato istituito nell'ambito della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza un sottogruppo che si è occupato, a partire dal febbraio del 2003, di tale tema.

Al fine di impostare correttamente il percorso per la definizione di standard sono state condivise le seguenti considerazioni:

- l'analisi di variabilità della domanda di prestazioni sanitarie sul territorio è condizione necessaria per la definizione di standard, questo anche al fine di individuare le priorità di intervento: una bassa variabilità induce infatti minore necessità di monitoraggio rispetto ad una variabilità più elevata;
- è nota l'estrema difficoltà di stabilire a livello scientifico uno standard operativo con significato clinico certo, è infatti molto critico individuare un valore atteso per la frequenza di una determinata prestazione sanitaria per una popolazione dai rischi non noti;
- l'attenzione alla tutela della salute ha indotto a non concentrare le analisi sulle strutture erogatrici, ovvero sull'offerta, ma sul paziente, ovvero sulla domanda. La metodologia di seguito riportata si concentra, quindi, sulla misura della *domanda soddisfatta*, ovvero della domanda di prestazioni da parte dei cittadini a prescindere da dove queste siano state erogate.

A fronte di tali considerazioni l'obiettivo che si è posto il sottogruppo è stato pertanto analizzare ed approfondire la variabilità della domanda di prestazioni sul territorio al fine di aiutare i soggetti del sistema (Ministero della Salute/Regioni) a fissare target programmatori condivisi e concertati che corrispondano alle evidenze della situazione analizzata e permettano di realizzare le condizioni di compatibilità economica del sistema. Il lavoro quindi non "fissa" degli standard ma è essenziale perché la programmazione concertata possa elaborare target realistici appropriati. Pare evidente che la definizione dei LEA non possa prescindere da un loro attento monitoraggio di tipo quantitativo, sui contenuti di tale monitoraggio prevale la funzione di garanzia che si deve però affiancare a quella di valutazione dell'appropriatezza e della spesa.

Nella scelta delle prestazioni sanitarie da analizzare ci si è concentrati sui ricoveri ospedalieri per acuti, che si è deciso di caratterizzare come di seguito espresso:

- i ricoveri medici (dai quali al momento sono stati esclusi i ricoveri di *day hospital*) sono caratterizzati dalla diagnosi principale riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera;
- i ricoveri chirurgici dalle procedure di sala operatoria riportati nella Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Diagnosi principali e procedure chirurgiche sono state aggregate sulla base di un criterio di omogeneità clinica, ricorrendo agli Aggregati Clinici di Codici (in seguito ACC). La scelta di utilizzare gli ACC e non il sistema DRG è stata motivata essenzialmente dal fatto che gli ACC sono rappresentativi del contenuto clinico del ricovero e non dell'assorbimento di risorse dello stesso. Inoltre gli ACC sono utilizzati anche a livello internazionale e, pertanto, potranno facilitare nel tempo un utile confronto tra i paesi.

Poiché sono stati analizzati 131 codici ACC di procedura chirurgica e 259 ACC di diagnosi medica si è optato per selezionare un numero ridotto di ACC, sui quali concentrare in via prioritaria l'attenzione, secondo i seguenti criteri:

- elevato impatto economico;
- elevata variabilità della domanda soddisfatta.

Sono stati quindi selezionati 75 ACC di procedura chirurgica e 39 ACC di diagnosi mediche ed è stata individuata una metodologia statistica che consente di distinguere la variabilità compatibile, ovvero quella connessa alla misura del fenomeno, dalla variabilità ulteriore che necessita di approfondimento a livello locale/regionale. Come mostrato in Figura 1, al fine di fornire una rappresentazione sintetica della variabilità esistente tra le diverse AT per ciascun ACC di procedura chirurgica e diagnosi si è utilizzato un grafico che riporta per ciascuna AT:

- in ordinata la domanda soddisfatta per 1.000 abitanti standardizzata per età. È noto infatti che l'età è una variabile fondamentale per spiegare il consumo di prestazioni, pertanto i consumi sono stati standardizzati per età al fine di poter confrontare tra loro ambiti territoriali caratterizzati da una differente struttura della popolazione.
- in ascissa la popolazione residente in un A.T.

La determinazione del livello di variabilità compatibile ha permesso di collocare ciascuna Aggregazione Territoriale, a seconda dell'ACC di diagnosi o procedura chirurgica considerato, in una delle seguenti tre aree:

- un'area centrale o area di indifferenza, per la quale non emerge rischio né di inadeguatezza né di inappropriatezza;
- un'area superiore, o area di inappropriatezza, per le AT che ricadono in tale area esiste quindi il rischio di potenziale inappropriatezza;
- un'area inferiore, o area di inadeguatezza, per la quale esiste un potenziale ambito di inadeguatezza.

Tale grafico riporta inoltre il valore medio nazionale, rispetto al quale è stato calcolato il livello superiore ed inferiore per la determinazione dell'area di inappropriata ed inadeguatezza.

A seconda dell'ACC di diagnosi o di procedura chirurgica in esame le diverse AT che ricadono nelle 3 aree sono ovviamente diverse, ovvero un AT può presentare potenziale rischio di inappropriata per un ACC e di inadeguatezza per un altro, e così via.

Figura 1: Variabilità compatibile e variabilità da approfondire

