



Marco Geddes

I fondamentali indicatori di assistenza ospedaliera segnalano un indubbio miglioramento nel nostro paese, anche in riferimento ai dati internazionali. Tuttavia tale performance appare ancora assai diversificata fra centro nord e sud Italia.

Due recenti Rapporti, rispettivamente dell'OECD[1] e del Ministero della Salute[2], consentono di avere una panoramica dell'attività ospedaliera nel nostro Paese, con un confronto con gli altri Paesi europei, valutando contestualmente, per gli ultimi anni, le diversità esistenti fra le varie regioni italiane. Seppure la classificazione dei parametri non sia sempre omogenea fra quanto espresso a livello nazionale (e quindi i confronti interregionali) e quanto rilevato a livello internazionale, il confronto permette alcune valutazioni. Ci limitiamo ai principali indicatori.

Posti letto, durata di degenza e tasso di ospedalizzazione

La rete ospedaliera italiana si articola su 645 strutture pubbliche e 541 private accreditate. Con questa rete di strutture (alla quale si aggiungono 73 case di cura non accreditate) sono disponibili 255.274 posti letto (al 2008), di cui 205.896 (80,7%) pubblici e 49.378 (19,3%) privati accreditati[3]. Le strutture di ricovero pubbliche sono articolate in: Aziende Ospedaliere (77); Ospedali a gestione diretta (430); AO integrate con il SSN o con l'Università (28); Istituti a Carattere Scientifico (59); Strutture diversamente classificate (61).

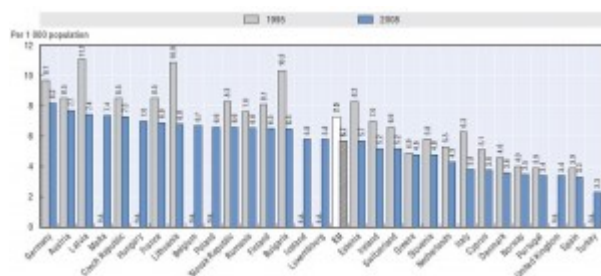
La distribuzione percentuale, in termini di dimensionamento di posti letto, è la seguente:

Posti letto	0-120	121-400	401 - 600	601 - 800	801-1500	> 1.500
Ospedali	32%	43%	12%	6%	6%	1%

Da tale primo dato appare evidente come circa il 40% delle strutture ospedaliere si collochi ai due estremi della curva di distribuzione, al di fuori dei parametri che collimano generalmente con una maggiore efficienza e adeguato volume di attività, in situazioni non sempre giustificate da fattori socio sanitari o controbilanciate da una gestione dei percorsi all'interno di una funzionante rete assistenziale.

Nel corso dell'ultimo decennio si è assistito a una riduzione dei posti letto nel nostro paese, fenomeno condiviso dagli altri paesi europei; la media UE si è ridotta da 7,3 per 1.000 abitanti nel 1995 a 5.7 nel 2008 (**Figura 1**).

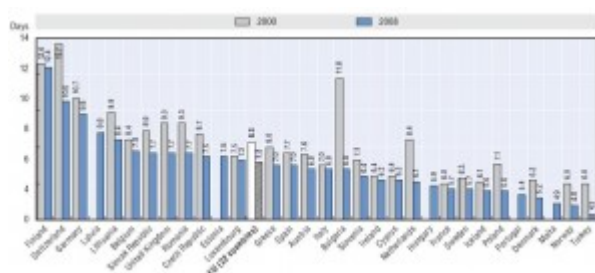
Figura 1. Posti letto per 1.000 abitanti, 1995 e 2008 (o anno più prossimo)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Alla contrazione dei posti letto i vari sistemi sanitari hanno fatto fronte aumentando l'efficienza nella gestione dei ricoveri, con l'incremento del tasso di occupazione dei posti letto (in particolare in Irlanda, Italia, Norvegia e Svizzera)[4] e la riduzione della durata di degenza (**Figura 2**).

Figura 2. Durata media di degenza per tutte le cause di ricovero - Anni 2000 e 2008 (o anno più prossimo)



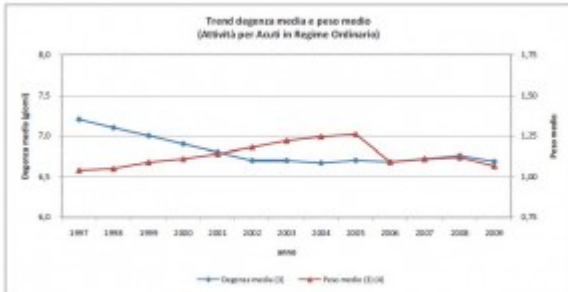
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Un ulteriore contributo, alla efficienza del sistema ospedaliero, è stato dato dal passaggio di ricoveri in degenza ordinaria a ricoveri in day hospital e, negli ultimi anni, dal trasferimento di alcune attività (ad esempio l'intervento di cataratta) da ricovero ordinario o di day surgery a chirurgia ambulatoriale.

Un esame più dettagliato sulla situazione nazionale (**Figura 3**) evidenzia che il trend di durata di degenza ha avuto una marcata riduzione dal 1997 al 2003, con un contestuale aumento del peso medio dei ricoveri (proseguito fino al 2005) per poi assestarsi a 6,7 giorni circa.

L'assestamento può in parte essere spiegato dal trasferimento di ricoveri di breve durata dal regime ordinario a quello di day hospital.

Figura 3. Trend degenza e peso medio dei ricoveri ordinari in Italia: 1997 - 2009

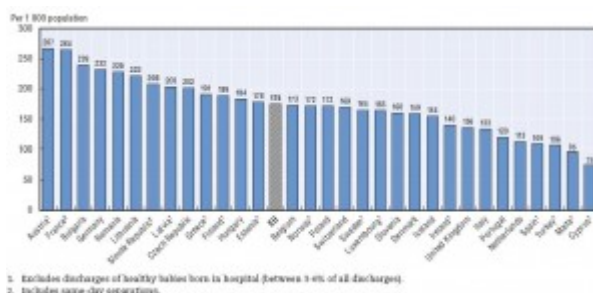


Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Questi fenomeni hanno contribuito ad una riduzione del tasso di ospedalizzazione in alcuni paesi (ad esempio Danimarca, Finlandia, Italia), mentre è rimasto stabile in altre realtà (Francia, Spagna; Svezia, Gran Bretagna); in un terzo dei paesi europei (fra cui Austria, Germania e Grecia) è addirittura aumentato.

La **Figura 4** mostra il confronto internazionale dei tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti al 2008. Anche se, dato l'aggiustamento per confronti internazionali, i dati nazionali non sono sempre strettamente coerenti con quelli riportati sull'OECD, si evidenziano chiari pattern di comportamento. Limitando il confronto ai paesi con caratteristiche socio economiche più simili, il centro Europa, e in particolare Austria, Germania e Francia hanno un utilizzo più intenso delle risorse ospedaliere; Gran Bretagna, Italia, Spagna, Olanda hanno invece un tasso inferiore alla media europea.

Figura 4. Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti - Anno 2008 (o anno più prossimo)



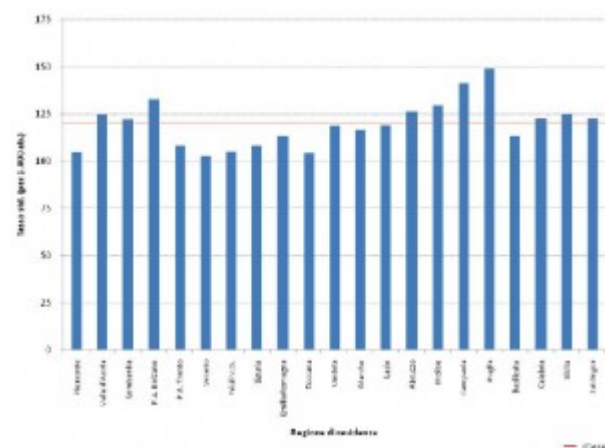
1. Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 1-6% of all discharges)
 2. Includes same-day operations.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Nel complesso possiamo quindi affermare che nel corso di un decennio il nostro paese ha realizzato un notevole incremento di efficienza con un aumento (relativo) della complessità di ricovero e una discreta riduzione della durata di degenza. Si tenga inoltre conto che la degenza media si è successivamente stabilizzata, ma vi è stato un incremento della percentuale di ricoveri in day hospital, che rappresentano attualmente circa il 30% dei ricoveri, mentre nel 2000 rappresentavano solo il 10.6%.

Il comportamento delle diverse regioni, sotto il profilo dei tassi di ricovero, non evidenzia un chiaro trend territoriale nord-sud, mostrando tuttavia un gruppo di regioni del centro-nord fra loro confinanti (Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche) più "virtuose" (**Figura 5**).

Figura 5. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso, per regione di residenza - Anno 2009



Cliccare sull'immagine per
ingrandirla

Valutazioni di performance

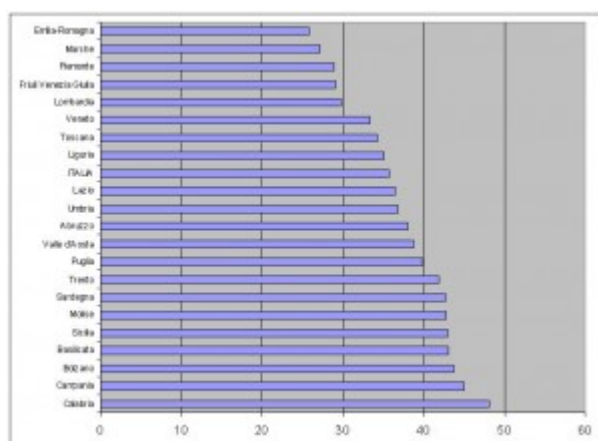
Una valutazione di due importanti indicatori di performance, quali la percentuale di dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici e la durata di degenza media pre-operatoria, mostrano un chiaro “andamento” territoriale.

Il primo indicatore (**Figura 6**) evidenzia un utilizzo improprio dei letti chirurgici. Sebbene sia ovvio che la diagnosi del ricovero possa orientarsi, anche su soggetti ricoverati in chirurgia, su un DRG medico, una percentuale eccessivamente elevata è imputabile a un inadeguato utilizzo di tali risorse di posti letto, che dovrebbero essere finalizzati prevalentemente per pazienti che vengono sottoposti ad intervento (con una relazione quindi fra numero di posti letto - equipe chirurgiche - sale operatorie).

Un secondo motivo è da ricercarsi in un sovradimensione del numero di letti attribuiti alla attività chirurgica, che non ha saputo “contrarsi” in relazione al trasferimento di attività in day surgery e in chirurgia ambulatoriale.

Figura 6. Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione di ricovero -

Anno 2008



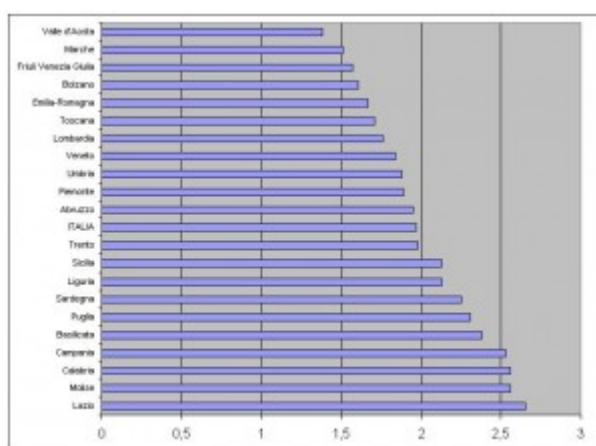
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il benchmarking di ogni regione dovrebbe essere quello dell'Emilia Romagna e, progressivamente, del 20% dei DRG medici in chirurgia.

L'altro indicatore, rappresentato dalla degenza pre-operatoria, evidenzia una analoga forte diversificazione nord - sud (vedi **Figura 7**).

Figura 7. Degenza media pre operatoria (giorni) standardizzata per case mix, per regione di ricovero

- Anno 2008



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Come noto tale indicatore ha una valenza anche in termini (indiretti) di efficacia poiché molteplici outcome sono connessi ad una riduzione del periodo pre-operatorio (ad esempio frattura del femore). È interessante notare che tutte le regioni al di sopra della media nazionale per durata di degenza pre operatoria hanno anche una percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del femore inferiore alla media nazionale (32,5%), percentuale peraltro assai bassa e sostanzialmente stabile dal

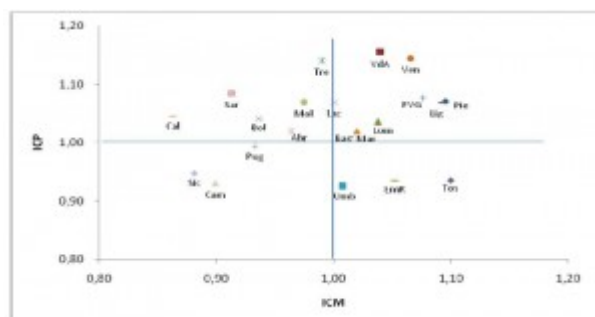
2001!

Una valutazione complessiva delle differenze regionali può infine essere desunta dal confronto fra gli indicatori ICM e ICP.

L'ICM è l'Indice di Case Mix, e rappresenta quindi una misura di complessità dei ricoveri.

L'ICP è l'Indice Comparativo di Performance, e rappresenta quindi un indicatore di efficienza operativa. La **Figura 8** riporta tali indicatori, in un grafico a quattro quadranti, per il 2009.

Figura 8. Grafico a quattro quadranti ICM - ICP - Ricoveri per acuti in regime ordinario. Anno 2009



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il quadrante inferiore destro (ICM > 1 e ICP < 1) individua gli erogatori ad alta

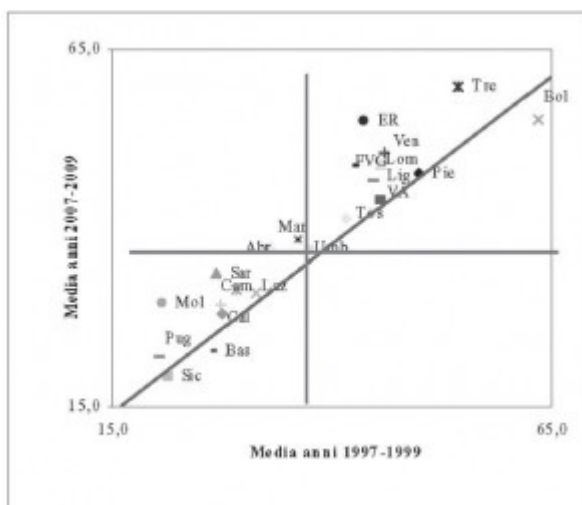
efficienza con casistica complessa e degenza più breve dello standard nazionale; il quadrante superiore destro quelli con degenze più elevate, ma imputabili - rispetto alla media nazionale - a una maggiore complessità di casistica. Nel quadrante inferiore sinistro, dove sono presenti tre regioni (Sicilia, Campania e Puglia) la minore degenza media non è dovuta alla maggiore performance, ma alle caratteristiche meno complesse della casistica. Infine Nel quadrante superiore sinistro sono collocati gli erogatori per i quali la durata delle degenza è più alta nonostante la complessità della casistica sia inferiore alla media nazionale.

L'assistenza sanitaria nella percezione degli utenti: confronti fra regioni nel corso di un decennio.

A fronte di questa breve rassegna possiamo valutare, grazie alle elaborazioni pubblicate sul Rapporto Osservasalute 2010[5], se la percezione degli utenti rispetto all'assistenza medica e infermieristica ricevuta sia in qualche modo collimante con a quanto evidenziano gli indicatori esaminati. La **Figura 9 e 10** riportano tali dati, sulla base delle rilevazioni effettuate nelle Indagini Multiscopo Istat, con un confronto a distanza di 10 anni (1997 - 1999 verso il 2007 - 2009).

Figura 9. Variazioni assolute dalla media nazionale delle percentuali di persone "molto soddisfatte" per

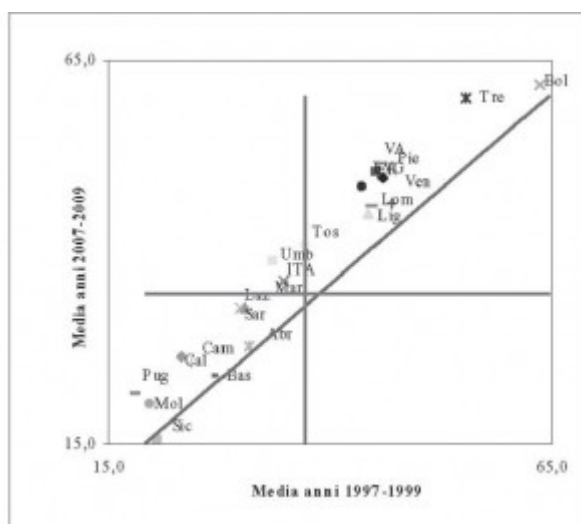
L'assistenza medica ricevuta durante il ricovero - Medie anni 1997 - 1999 e 2007 - 2009



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 10. Variazioni assolute dalla media nazionale delle percentuali di

persone “molto soddisfatte” per l’assistenza infermieristica ricevuta durante il ricovero - Medie anni 1997 - 1999 e 2007 - 2009



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

I due grafici evidenziano un modesto incremento medio nazionale nella soddisfazione dei pazienti, del 2,2% per l'assistenza medica e dell'1,5% per l'assistenza infermieristica in dieci anni, ma, in particolare, una stabile

localizzazione di tutte le regioni Meridionali, e del Lazio, nel quadrante inferiore sinistro, con un miglioramento per quanto riguarda la Puglia in entrambi i grafici e un peggioramento per quanto riguarda la Sicilia. Il dato evidenzia una percezione dei problemi assistenziali che corrisponde a quanto ci mostrano parametri oggettivi, ma da mettere in relazione anche a una forte sfiducia di parte della popolazione (si confronti ad esempio gli estremi rappresentati dalle due province autonome Trento e Bolzano con la Sicilia) nei confronti del "Sistema Italia".

Qualche considerazione conclusiva

L'offerta ospedaliera in Italia appare caratterizzata da un eccessivo numero di piccoli ospedali, non sempre giustificati da motivazioni di carattere sanitario o geografico, ma dalla incapacità di una riconversione di strutture ospedaliere in strutture socio sanitarie, finalizzate a intercettare la domanda che si rivolge impropriamente verso il ricovero e a facilitare il percorso successivo alla degenza. Per qualche verso analoga la problematica delle "macrostrutture", che risultando, quando superino il 1.000 - 1.200 posti letto, di difficile gestione. Per quanto concerne i fondamentali indicatori di assistenza ospedaliera vi è un indubbio miglioramento nel nostro

paese, anche in riferimento ai dati internazionali. Tuttavia tale performance appare ancora assai diversificata fra centro nord e sud Italia. Se nel meridione vi sono ancora ampi margini di incremento della efficienza, a livello di altre regioni tali margini sono ridotti nelle condizioni date, in altri termini si è “raschiato il fondo del barile”.

Con ciò non intendiamo dire che non vi sia un “incremento fisiologico” connesso a miglioramenti organizzativi e allo sviluppo delle tecnologie, ma è improbabile che ciò si traduca in una ulteriore sostanziale riduzione di posti letto e di tassi di ospedalizzazione.

Infatti in altri paesi si segnalano problematiche connesse a carenza di flessibilità nei posti letto ospedalieri, da esempio in relazione a situazioni di maggiore richiesta, come i periodi influenzali, nonché una espansione della ospedalizzazione (ad esempio in Germania) per la diffusione di interventi a classi di età che accedevano in misura ridotta a tale tipologia di prestazioni.

Un incremento nella efficienza dell'assistenza ospedaliera e nella appropriatezza va quindi ricercato in due direzioni:

1. Un diverso rapporto fra ospedale e territorio, lasciando da parte i proclami e gli impegni generici, ma concentrandosi sugli investimenti, affinché le strutture territoriali

siano in grado, dal punto di vista delle professionalità, delle tecnologie, della connessione con gli ospedali (organizzativa, informatica), di intercettare l'utenza che si rivolge impropriamente agli ospedali, ed in particolare ai Pronto soccorso. Nel corso degli anni in realtà il gap fra le strutture territoriali e quelle ospedaliere si è accentuato. Si tratta anche di un dato storico: nell'ottocento diagnosi e terapie potevano essere effettuate in modo più adeguato a domicilio, poi la chirurgia ha portato ad una supremazia dell'ospedale, ma terapie mediche e mezzi diagnostici erano sostanzialmente disponibili all'esterno delle mura ospedaliere. Oggigiorno la differenza, in termini professionali e tecnologici, è rilevantissima e a ciò si aggiunge, con i nuovi investimenti realizzati in molte strutture, un confort ambientale e un conseguente richiamo, anche psicologico, che le strutture territoriali non offrono.

2. Una ulteriore riduzione della degenza sarà possibile solo con un netto incremento della ricettività e della qualità delle strutture riabilitative e di low care, rivolte in particolare al settore anziani e non autosufficienti, in carenza delle quali non sarà possibile un effettivo miglioramento di molte

performance ospedaliere.

Marco Geddes - Direttore sanitario,
Presidio ospedaliero Firenze centro

Bibliografia

1. [OECD: Health at a Glance](#). Europe 2010. [PDF: 244 Kb]
2. Ministero della Salute: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2009 - Novembre 2010
3. Ministero della Salute - Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere (Anno 2008) - Gennaio 2001
4. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2010
5. [Rapporto Osservasalute](#) 2010.