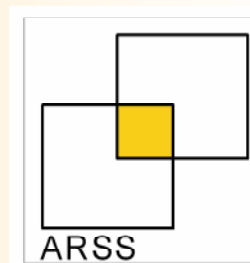




REGIONE DEL VENETO



Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

DELL'ARSS DEL VENETO

Quaderno n. 4



I QUADERNI

ALTE E BASSE SPECIALITA' NELLA REGIONE VENETO



**I QUADERNI
DELL'ARSS DEL VENETO**

Quaderno n. 4

**ALTE E BASSE SPECIALITÀ
NELLA REGIONE VENETO**

Il Quaderno è stato curato da:

Mauro Bonin – ARSS del Veneto

Luca Armanaschi – ARSS del Veneto

F. Antonio Compostella - ARSS del Veneto

Progettazione, grafica, redazione ed impaginazione del Quaderno a cura di: **Ingrid Monaco** - ARSS del Veneto

Copia di questo volume può essere scaricata dal sito internet dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
al seguente indirizzo web: **www.arssveneto.it**
giugno 2007

Per informazioni scrivere all'indirizzo e mail **arss@regione.veneto.it**
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
Ca' Zen ai Frari – San Polo 2580 – 30125 Venezia
Telefono 041 279 3561/3562

Stampa: **Tipografia Stamperia CETID S.r.l.** - Mestre (VE)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione purché sia citata la fonte.

INTRODUZIONE

Il Sistema Sanitario del Veneto si sta accingendo ad una revisione dell'organizzazione della rete ospedaliera, secondo standard più moderni e rispondenti anche ad alcune indicazioni ministeriali attuali; questo con l'obiettivo di implementare la funzionalità e l'efficienza economica del Sistema stesso, nonché l'efficacia dei servizi erogati, già su standard elevati.

Alcuni elementi caratterizzanti il futuro assetto sono stati già introdotti in questi mesi, come ad esempio lo sviluppo dell'attività ambulatoriale e diurna e l'organizzazione dipartimentale sovra aziendale di alcuni servizi. Tuttavia, la crescente complessità del Sistema, unitamente alla limitazione delle risorse ed in attesa di forme di finanziamento più adeguate (Federalismo fiscale), fa sì che l'utilizzo ed allocazione delle stesse risorse delle scelte motivate (Etica delle risorse) che possono richiedere anche interventi di contingentamento della produzione, a fronte di una struttura di offerta non comprimibile o modificabile nel breve periodo.

Il presente lavoro è stato realizzato proprio con l'intenzione di fornire un contributo al miglioramento del sistema di classificazione tra alte e basse specialità, finalizzato al perfezionamento di una politica di razionalizzazione dei volumi di produzione quanto più oggettiva possibile.

Infatti, i risultati emersi dal lavoro congiunto tra Agenzia Regionale Socio Sanitaria e Direzione regionale per i Servizi Sanitari ha consentito l'introduzione di più evoluti criteri di classificazione, avvenuta con DGRV n° 2691 del 07 agosto 2006, e sue successive integrazioni.

Come spesso accade nell'attività di ricerca, questo studio ha consentito di evidenziare anche alcune distorsioni nel Sistema, che evidenziano i limiti delle politiche di contenimento dei volumi e suggeriscono un più incisivo intervento sulla struttura di offerta.

Il lavoro termina con la brevissima illustrazione di un esempio di politica di riorganizzazione della rete di offerta, quale quella avviata dalla Regione Emilia Romagna.

Confidiamo, anche con il presente lavoro, di aver fornito un contributo utile, seppur modesto, alla prossima progettazione della nuova rete dei servizi sanitari.

IL DIRETTORE DELL'ARSS
Dott. F. Antonio Compostella

- INDICE -

1. OBIETTIVI E RISULTATI	5
2. ALTE E BASSE SPECIALITÀ: DEFINIZIONE E CASISTICA VENETA	6
2.1. LA CLASSIFICAZIONE REGIONALE	6
2.2. DATI REGIONALI DI SINTESI.....	8
2.2.1. ALTE SPECIALITÀ	8
2.2.2. BASSE SPECIALITÀ.....	8
2.3. PRIME CONSIDERAZIONI.....	9
3. ALTE SPECIALITÀ: APPROFONDIMENTI	9
3.1. EFFICACIA DEI CRITERI DI DETERMINAZIONE.....	9
3.2. DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO REGIONALE.....	20
3.3. LA CLASSIFICAZIONE TRA ALTE E BASSE SPECIALITÀ E LE POLITICHE DI CONTENIMENTO DEI VOLUMI DI PRODUZIONE.	26
3.4. CONCLUSIONI.....	29
4. LA BASSA SPECIALITÀ. IL CASO DELLA DAY SURGERY	30
4.1. LA DINAMICA DELLA PRODUZIONE.....	30
4.2. ASPETTI ECONOMICI.....	34
4.3. CONCLUSIONI.....	35
5. IL CASO DELL'EMILIA ROMAGNA: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DELLE PRESTAZIONI AD ALTA COMPLESSITÀ'	36

1. OBIETTIVI E RISULTATI

Il presente lavoro ha preso avvio dalla necessità di valutare l'efficacia dei criteri di classificazione delle alte e basse specialità, utilizzati nei provvedimenti regionali che si sono succeduti dal 2004 per il contingentamento dei volumi di produzione delle aziende sanitarie pubbliche e private.

Lo studio ha anche ricercato criteri possibilmente migliorativi rispetto a quelli utilizzati in precedenza, e la DGRV 2691 del 07 agosto 2006 e sue successive integrazioni, ha recepito i risultati di questo lavoro con l'affinamento della classificazione dell'attività di alta e bassa specialità, finalizzata alla definizione dei tetti di attività di ricovero per l'anno 2006.

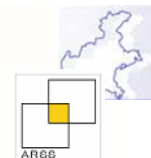
Approfondimenti successivi hanno portato alla luce una serie di ulteriori risultati che si ritiene utile condividere con gli attori del SSSR, e che sono come di seguito sintetizzati:

- a) la rivisitazione dei criteri di classificazione dell'attività di alta e bassa specialità ha consentito di evidenziare, per alcune specialità cliniche di alta specialità, un eccesso di offerta rispetto all'effettiva produzione di ricoveri ospedalieri;
- b) tale risultato si accompagna ad una elevata distribuzione, nel territorio regionale, di attività di alta specializzazione, favorita anche da un basso livello di differenziazione tra le tipologie di strutture erogatrici (aziende ospedaliere, ospedali provinciali, ospedali di rete);

- c) appare quanto mai problematico, pertanto, governare i costi del sistema attraverso la disincentivazione dei flussi di mobilità degli assistiti; sono invece evidenti i margini di razionalizzazione della rete di offerta, attraverso forme di concentrazione delle strutture preposte all'attività di alta specialità;
- d) non è superfluo ricordare che la specializzazione e la concentrazione dell'attività, sono principi non solo gestionali ma anche clinici, in quanto si basano sull'evidenza che gli ospedali che effettuano un numero sufficientemente elevato di procedure intensive, complesse, ad alta tecnologia tendono a produrre un risultato migliore¹;
- e) considerazioni simili valgono anche per le basse specialità; approfondendo il caso specifico della day surgery, si è posto in evidenza come vi siano opportunità significative di governo dei costi attraverso la re-ingegnerizzazione dei processi e dell'organizzazione.

In conclusione, si ritiene che la riorganizzazione della rete ospedaliera veneta, sia per le alte che basse specialità, presenta margini di razionalizzazione importanti; una focalizzazione delle politiche regionali su tale ambito

¹ AHRQ Quality Indicators, Agency for Healthcare Research and Quality (www.qualityindicators.ahrq.gov)



consentirebbe di ottenere risultati che le sole politiche di contingentamento della produzione, come quelle fino ad oggi condotte, non sono in grado di raggiungere.

Per tale motivo, a titolo meramente esemplificativo, è stata riportata in coda al documento un'iniziativa di rimodulazione delle alte specialità, realizzata dall'Emilia Romagna, una Regione che fa delle politiche di programmazione un proprio punto di forza.

Ringraziando la Direzione dei Servizi Sanitari, nelle persone di Laura Faggionato e Salvatore Barra, per la collaborazione ed i suggerimenti portati al presente lavoro, si sottolinea che tutti i dati sono stati estratti dal datawarehouse regionale e ogni elaborazione è stata realizzata dall'ARSS medesima.

2. ALTE E BASSE SPECIALITÀ': DEFINIZIONE E CASISTICA VENETA

2.1. LA CLASSIFICAZIONE REGIONALE

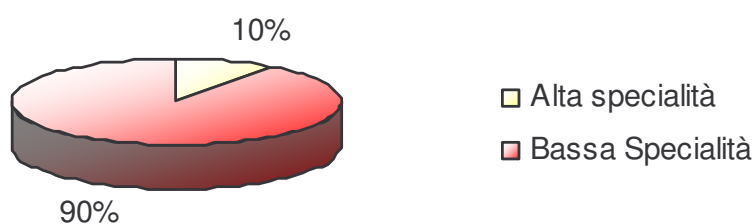
Con Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992 venivano individuate le "alte specialità" e determinati i requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità; venivano altresì fissate le fasce standard entro le quali devono collocarsi i relativi bacini di utenza.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n°1371 del 7 maggio 2004, nel Veneto si introducevano logiche di finanziamento dell'attività ospedaliera che suddividevano l'attività ospedaliera tra alta e bassa specialità. Il criterio normativo utilizzato nel provvedimento per la determinazione dei volumi di attività di alta o bassa specialità e dei relativi tetti di spesa del SSSR per gli anni 2003 e 2004, risultava quindi essere

incentrato sul criterio della specialità di dimissione del paziente per classificare un determinato ricovero di alta o bassa specialità.

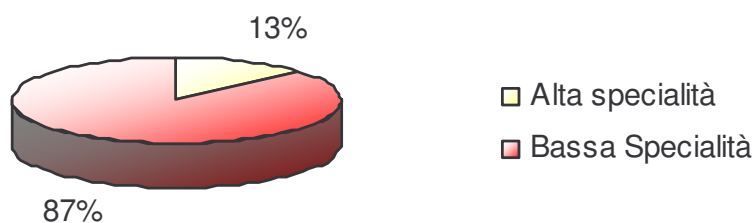
I grafici che seguono analizzano l'attività ospedaliera sviluppata nel corso dell'esercizio 2005 dalla Regione Veneto rispetto a quanto stabilito nella DGRV 1371/2004.

2005 - Volume produzione attività di ricovero



Attività ospedaliera sviluppata nel corso dell'esercizio 2005 dalla Regione Veneto rispetto a quanto stabilito nella DGRV 1371/2004

2005 - Valore produzione attività di ricovero



2.2. DATI REGIONALI DI SINTESI

2.2.1. Alte specialità

La tabella che segue illustra la produzione di ricoveri di alta specialità.

Erogatore	N. dimessi	Quota mercato (%)	Di cui ricoveri extra reg.	Indice attrazione extra reg. (%)
Pubblico	76.958	94,6%	9.429	12,2%
Privato	4.409	5,4%	631	14,3%
TOTALE	81.367	100,0%	10.060	12,4%

La produzione ospedaliera sviluppata dalle alte specialità nella Regione Veneto per l'anno 2005 costituisce quasi il 10% (81.367 pazienti) del totale dell'attività ospedaliera (918.501), di cui solo il 5,4% in cura presso strutture private.

La mobilità attiva extraregionale vale circa il 12% della produzione, di cui la specialità maggiormente interessata risulta essere l'unità di Neurochirurgia;

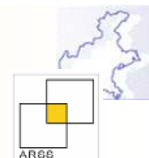
il DRG con frequenza più elevata è lo 01: *'craniotomia età > 17 eccetto per traumatismi'*.

Si registra altresì una fuga dalle unità regionali di alta specialità verso strutture extraregionali di circa il 7% del volume di ricoveri; il fenomeno riguarda in particolar modo la specialità di Malattie Infettive, mentre i DRGs maggiormente coinvolti sono il 410 (chemioterapia) e il 112 (*interventi cardiovascolari percutanei*).

2.2.2. Basse specialità

La tabella che segue illustra la produzione di ricoveri di bassa specialità.

Erogatore	N. dimessi	Quota mercato (%)	Di cui ricoveri extra reg.	Indice attrazione (%)
Pubblico	681.748	81,4%	45.651	6,7%
Privato	155.386	18,6%	25.066	16,1%
TOTALE	837.134	100,0%	70.717	8,4%



I volumi prodotti dalle Unità di bassa specialità sono pari a 837.134 ricoveri, di cui 155.386 sviluppati da strutture private accreditate (18,6%). L'indice di attrazione extraregionale costituisce l'8% circa, la specialità di cura maggiormente interessata è Ortopedia e Traumatologia, mentre il trattamento con frequenza maggiore risulta essere l'intervento al cristallino (DRG: 039).

2.3. PRIME CONSIDERAZIONI

I dati sopra esposti evidenziano almeno due fenomeni, che si ritiene utile portare all'attenzione fin da subito:

a) Gli erogatori privati si concentrano soprattutto su patologie di bassa specialità, per le quali, probabilmente a causa del contingentamento dei volumi di produzione, hanno sviluppato maggiore propensione, rispetto agli erogatori pubblici, nella capacità di attrazione extraregionale;

I ricoveri di pazienti regionali sviluppati da Unità di bassa specialità extraregionali rappresentano solo il 5% dei volumi regionali, la fuga interessa maggiormente l'unità di Ortopedia e Traumatologia e il DRG maggiormente erogato è il *n. 222 interventi al ginocchio senza cc'*.

b) La fuga extraregionale sulle alte specialità presenta un valore, prossimo al 7%, che richiede senz'altro attenzione.

Nei paragrafi seguenti saranno approfondite separatamente alcune questioni inerenti l'alta e la bassa specialità.

3. ALTE SPECIALITÀ: APPROFONDIMENTI

3.1. EFFICACIA DEI CRITERI DI DETERMINAZIONE

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1371 del 07 maggio 2004, vengono definiti i criteri per l'identificazione dei volumi di attività non rientranti nei tetti di spesa, sulla base della dimissione del paziente da una delle unità di alta specialità, oppure in relazione all'attività di trapianti d'organo, di angioplastica [PTCA] o di Bypass

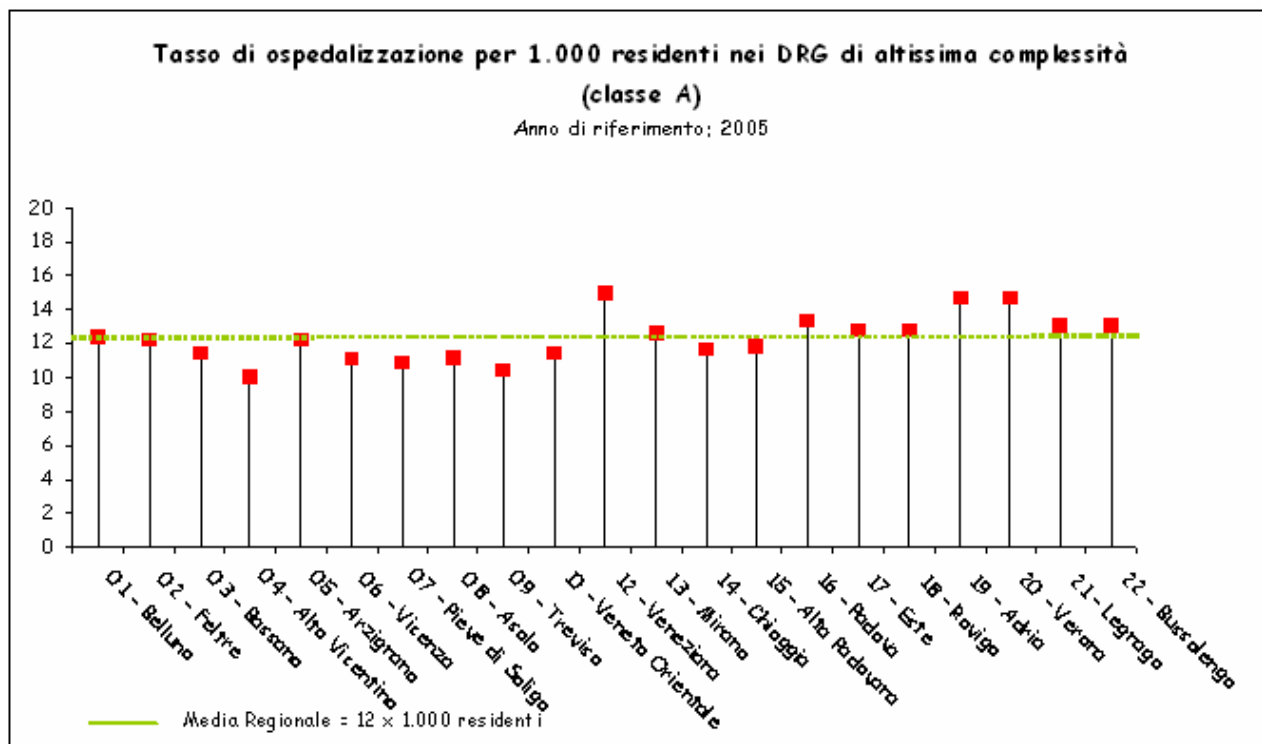
aortocoronarico [CABG] (Drg's: 103, 112, 124, 125, 302, 480 e 495) indipendentemente dall'Unità Operativa di produzione.

La tabella che segue riassume quanto sopra descritto:

Criteria di determinazione dell'alta specialità secondo DGRV 1371/04	
Pazienti dimessi dalle seguenti U,O,:	
06.	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
70.	RADIOTERAPIA
07.	CARDIOCHIRURGIA
13.	CHIRURGIA TORACICA
30.	NEUROCHIRURGIA
66.	ONCOEMATOLOGIA
73.	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
50.	UNITA' CORONARICA
49.	TERAPIA INTENSIVA
14.	CHIRURGIA VASCOLARE (escluso drg 119)
65.	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
47.	GRANDI USTIONATI
48.	NEFROLOGIA
11.	CHIRURGIA PEDIATRICA
18.	EMATOLOGIA
12.	CHIRURGIA PLASTICA
10.	CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE
24.	MALATTIE INFETTIVE
28.	UNITA' SPINALE
75.	NEURO-RIABILITAZIONE
I seguenti drg's ovunque dimessi:	
103	C-TRAPIANTO CARDIACO
112	C-INTERV. SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA
124	M-MALATTIE CARDIOVASC, NO IMA, CON CATETERISMO CARD, E DIAG, CC
125	M-MALATTIE CARDIOVASC. ECCEP TO IMA. CON CATETER. CARD. DIAG. NO CC
302	C-TRAPIANTO RENALE
480	C-TRAPIANTO DI FEGATO
495	C-TRAPIANTO DI POLMONE

E' stato studiato l'effetto dell'utilizzo di questi criteri attraverso la misurazione del tasso di ospedalizzazione, con riferimento ai ricoveri di alta specialità realizzati nel 2005. Il grafico evidenzia una forte variabilità nel tasso di ospedalizzazione, riferito alla popolazione residente, per ricoveri di alta specialità. Infatti, a fronte di una media regionale che si attesta sui 15 ricoveri ogni 1.000

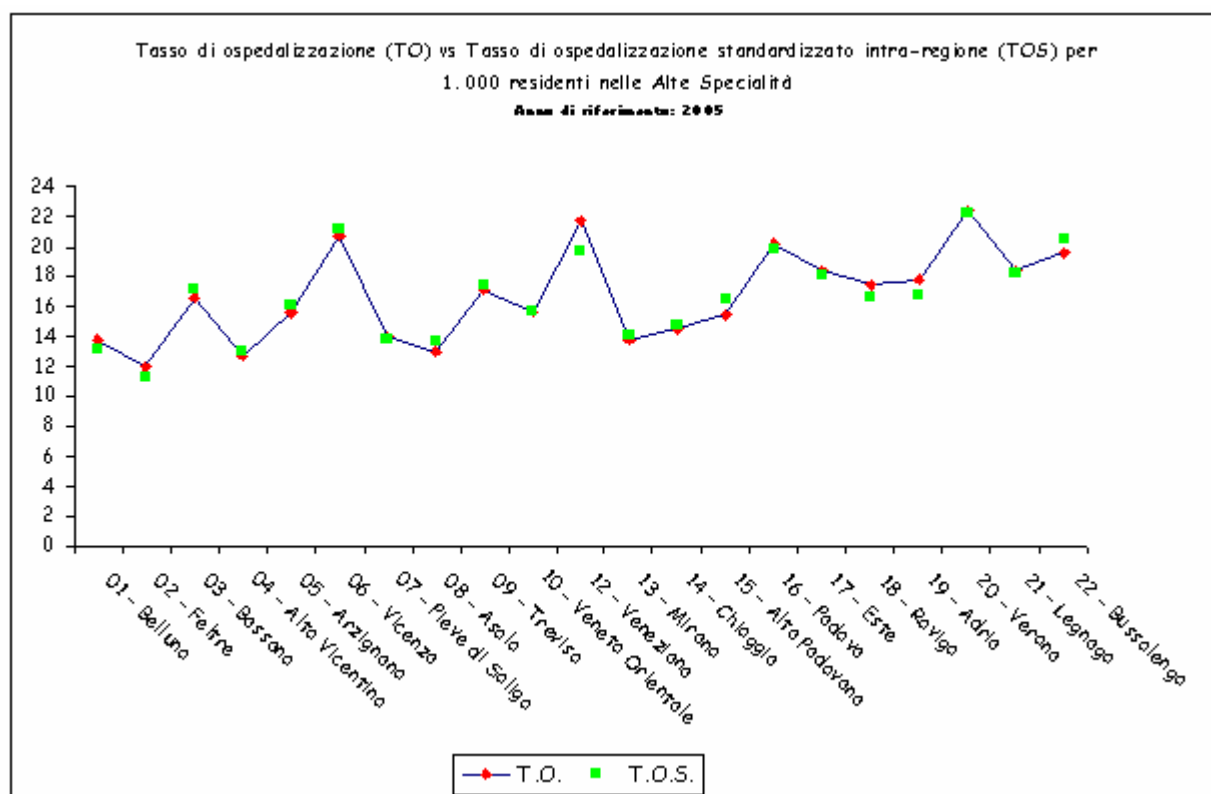
residenti, il tasso di ospedalizzazione per residenti nelle Aziende Ulss di Verona, Veneziana, Vicenza e Padova risulta oscillare tra 20 e 22, mentre i cittadini assistiti dalle Ulss di Feltre e Alto Vicentino sembrano ricorrere alle alte specialità in misura ridotta (12-13‰ abitanti).



Tale variabilità persiste anche neutralizzando l'effetto della diversa composizione anagrafica della popolazione di ciascuna Azienda sanitaria, che potrebbe spiegare una diversa propensione al ricovero. Nella sostanza si è proceduto alla standardizzazione del tasso di ospedalizzazione (TOS), rappresentato dalla media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per età, in cui per ogni classe di età², i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (Popolazione della Regione Veneto al 31/12/2005).

² Le classi di età utilizzate sono quelle utilizzate per il calcolo del riparto dalla Regione Veneto.

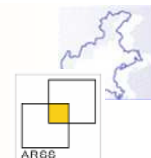
Come evidenziato dal grafico seguente, la standardizzazione del tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti nelle 'Alte Specialità' non ha portato ad una diminuzione della variabilità di tale indicatore.



I motivi che possono spiegare una così ampia variabilità sono allora da ricercare almeno nei seguenti spunti di riflessione oppure osservazioni oppure cause:

- i) differenti profili epidemiologici;
- ii) induzione della domanda da parte delle realtà territoriali con maggiore offerta di servizi di alta specialità (Ulss provinciali), ovvero difficoltà all'accesso dei servizi per gli assistiti delle Ulss sprovviste di servizi di alta specialità;
- iii) criteri non adeguati di classificazione dell'attività di alta specialità.

Le finalità del presente lavoro hanno portato a trascurare i primi due elementi, concentrandosi sul terzo aspetto. Infatti, il criterio utilizzato dalle fonti normative per la classificazione dei ricoveri in alta specialità si basava sull'unità di dimissione, tralasciando l'analisi della reale produzione sviluppata.



Si è quindi provveduto a verificare se è possibile individuare criteri alternativi, che meglio possano identificare la reale complessità dell'assistenza sanitaria erogata, tralasciando l'analisi per unità di dimissione e introducendo logiche orientate alla produzione.

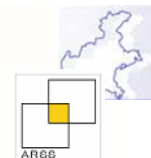
Sulla scorta dei criteri definiti nel documento Tariffa Unica Convenzionale (T.U.C) per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (HCFA-DRG Versione 19° anno 2006)³, approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in ambito di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per la mobilità interregionale, sono stati raggruppati i 72 Drg's, definiti di alta complessità, in una unica classe; tra questi, sono stati esclusi 7 Drg's in quanto definiti nella T.U.C come 'alta complessità solo per "presenza di complicanze concomitanti" (Drg's con CC).

Si è quindi arrivati alla determinazione di una **classe 'A'** composta da 65 Drg di altissima complessità.

Per l'attività di bassa complessità sono stati raggruppati tutti i 52 Drg's ad alto rischio di inappropriatezza, secondo quanto disposto dalla DGRV 2227 del 9 agosto 2002 e sue successive integrazioni, nella **classe 'D'**.

I Drg's residuali sono stati raggruppati in 2 classi sulla base del '*peso medio Drg*', espressione della complessità della casistica trattata, dove la classe 'B' (attività di medio/alta complessità) è rappresentata da tutti i Drg con peso medio maggiore di 2,00, mentre la classe 'C' (medio/bassa complessità) i rimanenti.

³ Tariffario recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n° 916 del 28 marzo 2006



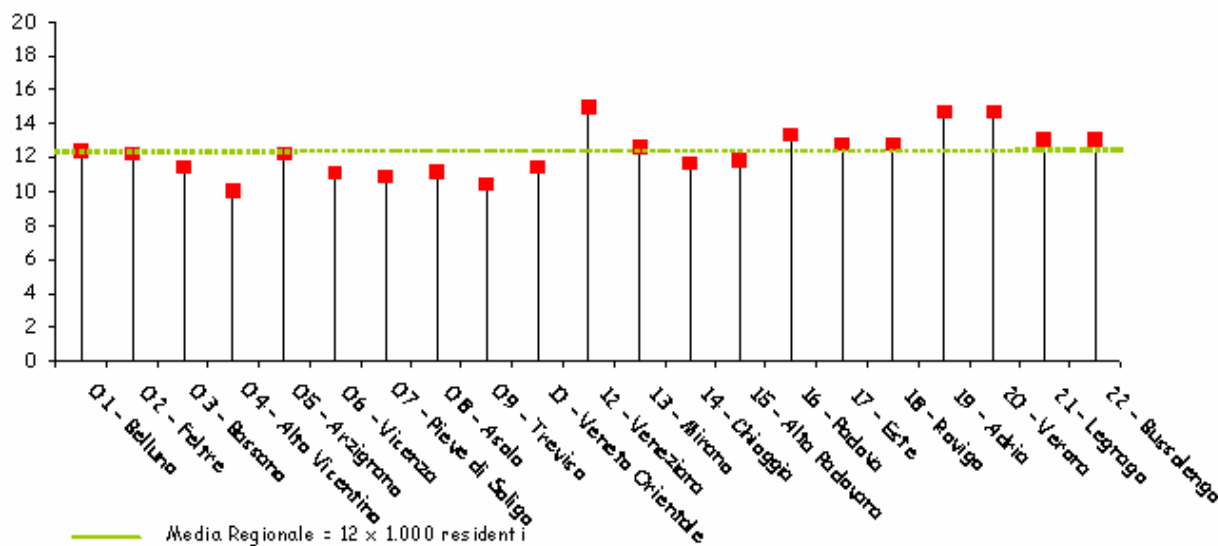
CLASSI	LIVELLO COMPLESSITA'	CRITERI DI DETERMINAZIONE
A	Altissima	Drg's ad alta complessità come definito nella TUC, al netto dei Drg's con CC
B	Medio/alta	Drg's con peso medio >2,00, esclusi Drg's di classe A
C	Medio / bassa	Drg's con peso medio <2,00, esclusi Drg's di classe D
D	Bassa	52 Drg's a rischio di inappropriatazza come da DGRV 2227 del 9.8.02 e ss. integrazioni

Il tasso di ospedalizzazione, calcolato sulle alte specialità secondo la definizione sopra riportata (solo Drg's appartenenti alla classe 'A'), porta ad una evidente riduzione della variabilità tra le Aziende Ulss del Veneto.

Come illustrato nel grafico seguente, la popolazione residente nella Regione Veneto mediamente ricorre a prestazioni di altissima complessità nella misura di 12‰ abitanti; le realtà con tasso di ospedalizzazione per residenti più elevato sono Venezia (provincia con il più alto tasso di popolazione anziana della regione) e Verona (entrambe con un T.O. di 15‰ abitanti), mentre l'area dell'Alto Vicentino si attesta su valori minimi pari a 10 ricoveri ogni 1.000 residenti.

Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti nei DRG di altissima complessità (classe A)

Anno di riferimento: 2005



Sembra pertanto di poter affermare che il criterio adottato sia più adeguato nel distinguere le alte specialità, rispetto alla classificazione proposta con DGRV 1371/04.

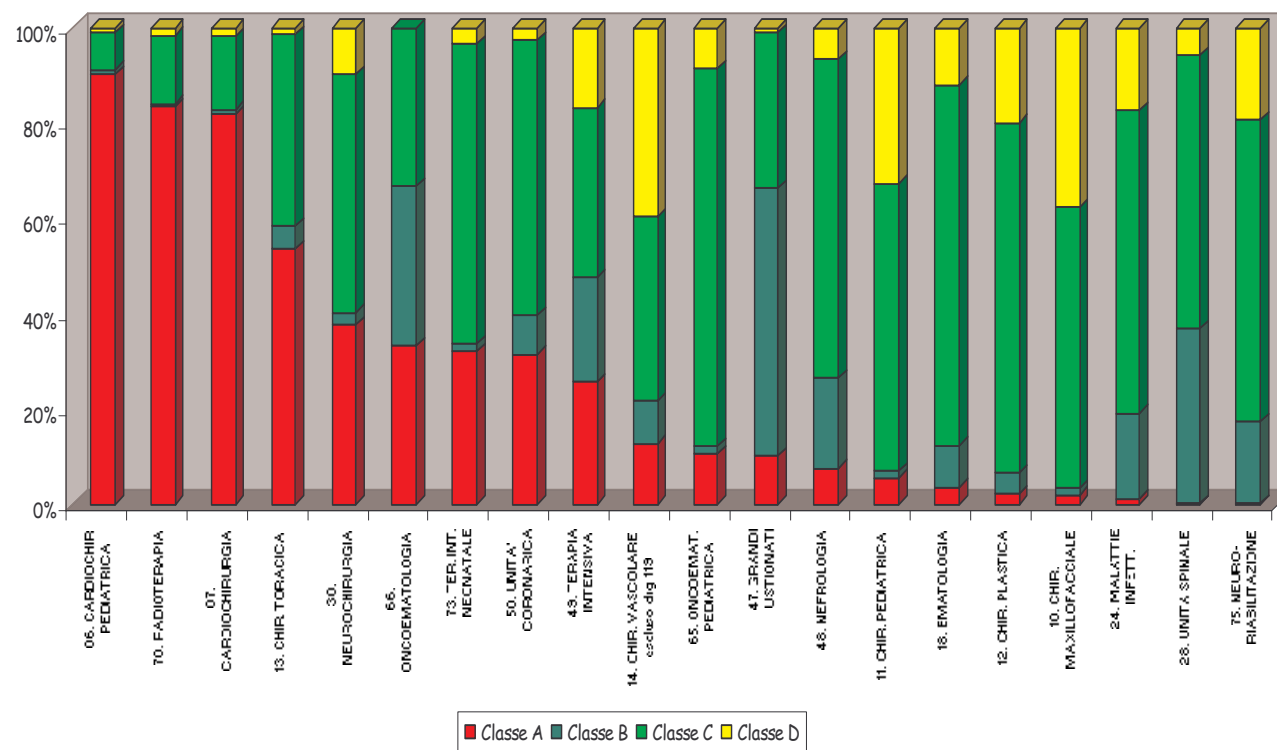
Il nuovo criterio (suddivisione dei DRG's in "classi") è stato incrociato con l'effettiva attività erogata dalle 20 "alte" specialità cliniche individuate dalla medesima DGRV.

Come illustrato nel grafico seguente, la casistica di sole tre specialità registra la presenza di attività ad altissima complessità in misura superiore al 50% (Cardiologia Pediatrica, Radioterapia e Cardiologia). L'attività di elevata complessità assistenziale (classe 'A') nelle unità di Neuro-riabilitazione, Unità Spinale, Malattie Infettive,

Chirurgia Maxillofacciale e Chirurgia Plastica occupa meno del 5% dei rispettivi volumi di produzione.

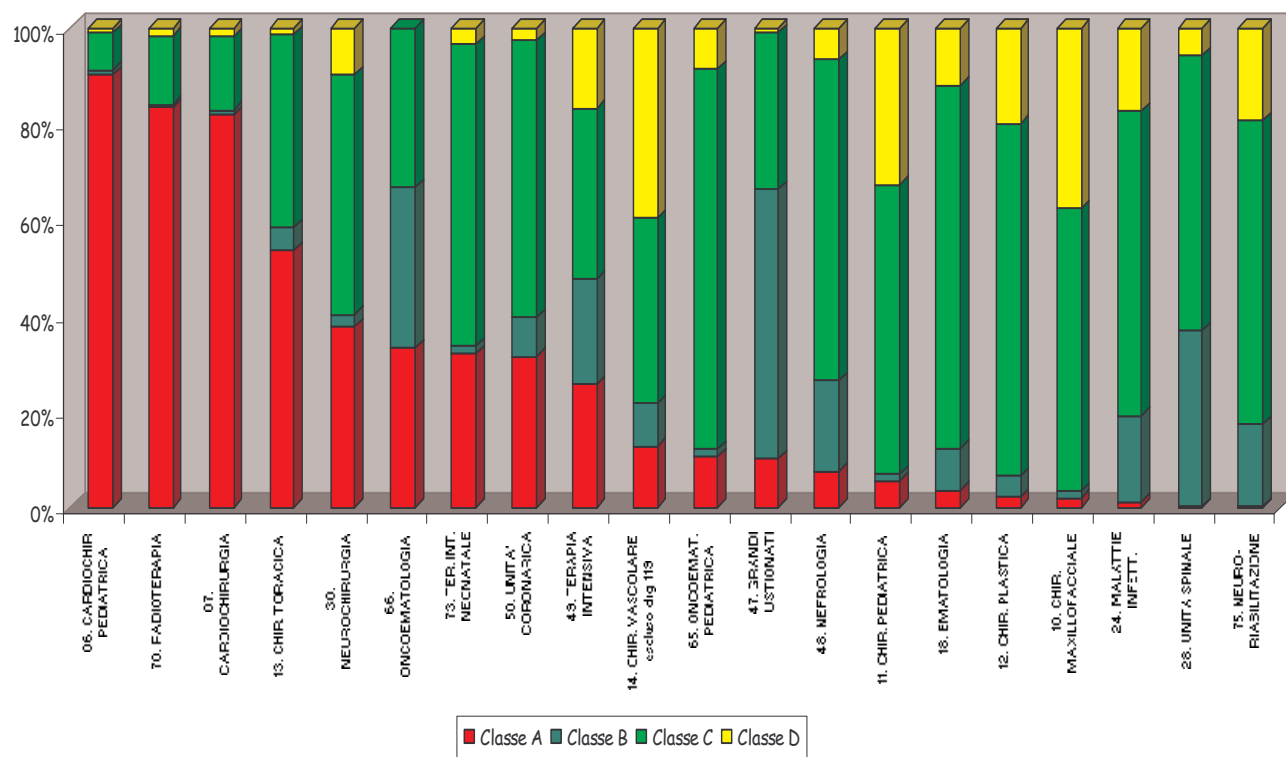
Composizione per classe di complessità della casistica trattata per le Alte specialità (criteri DGRV 1371/99)

Regione Veneto - Anno di riferimento: 2005



Composizione per classe di complessità della casistica trattata per le Alte specialità (criteri DGRV 1371/99)

Regione Veneto - Anno di riferimento: 2005



La classe D, raggruppamento dei 52 Drg's ad elevato rischio di inappropriatazza, rappresenta nelle Unità di Chirurgia Vascolare, Chirurgia Maxillofacciale e Chirurgia Pediatrica rispettivamente il 39,6%, 37,8% e 32,7% del totale dell'attività sviluppata nell'esercizio 2005.

Proseguendo l'analisi, è possibile distinguere quanta parte dei ricoveri, riconducibili alle classi sopra definite, sono effettuati presso le specialità cliniche di alta e di bassa specialità, come definite dalla DGRV 1371/04.

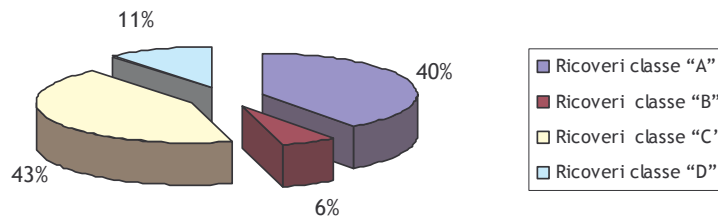
CLASSI DRG's \ SPEC. DGRV 1371/04	SPECIALITÀ CLINICHE DI "ALTA SPECIALITÀ"	SPECIALITÀ CLINICHE DI "BASSA SPECIALITÀ"	TOTALE
Classe "A" (67.198 ricoveri)	48,8%	51,2%	100,0%
Classe "B" (31.654 ricoveri)	15,1%	84,9%	100,0%
Classe "C" (607.790 ricoveri)	5,7%	94,3%	100,0%
Classe "D" (211.859 ricoveri)	4,3%	95,7%	100,0%

Rovesciando la prospettiva di analisi, è utile verificare la composizione della casistica (in termini di ricoveri riconducibili alle varie classi) per le specialità cliniche di alta e di bassa specialità.

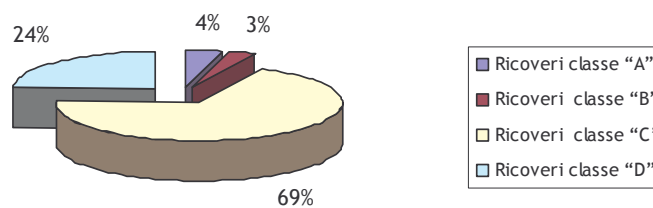
SPECIALITÀ DGRV 1371/04 \ CLASSI DRG's	RICOVERI CLASSE "A"	RICOVERI CLASSE "B"	RICOVERI CLASSE "C"	RICOVERI CLASSE "D"	TOTALE
Specialità cliniche: "Alta specialità"	39,9%	5,9%	42,9%	11,2%	100%
Specialità cliniche: "Bassa specialità"	4,1%	3,2%	68,5%	24,2%	100%

I grafici che seguono meglio evidenziano le differenze di case – mix tra alte e basse specialità, riportate nella tabella.

Specialità cliniche: "Alta specialità"



Specialità cliniche: "Bassa specialità"



Da quanto sopra esposto, emergono almeno le seguenti considerazioni:

- la distinzione tra alte e basse specialità, in funzione del reparto di dimissione del paziente, costituisce un'eccessiva semplificazione come sopra evidenziato;
- è senz'altro più opportuno utilizzare, al fine della classificazione, la casistica trattata in termini DRGs riconducibili a differenti fasce di complessità; l'articolazione proposta è solo una delle possibili ma già appare nettamente migliorativa;
- l'applicazione di tale criterio evidenzia, in primo luogo, che vi sono specialità cliniche

classificate come alte specialità, ma con un case – mix non coerente con tale attributo;

- si nota che la maggior parte dei ricoveri di altissima complessità risultano dimessi da strutture di bassa specialità (51,2%);
- queste, tuttavia, presentano una bassa incidenza media di dimessi con DRG ad alta complessità (4,1%); ciò sta a significare che la produzione di ricoveri di altissima complessità è frammentata su un numero elevato di unità operative classificate come bassa specialità, le quali probabilmente gestiscono, nella maggior parte dei casi, solo le ultime fasi dell'episodio acuto.

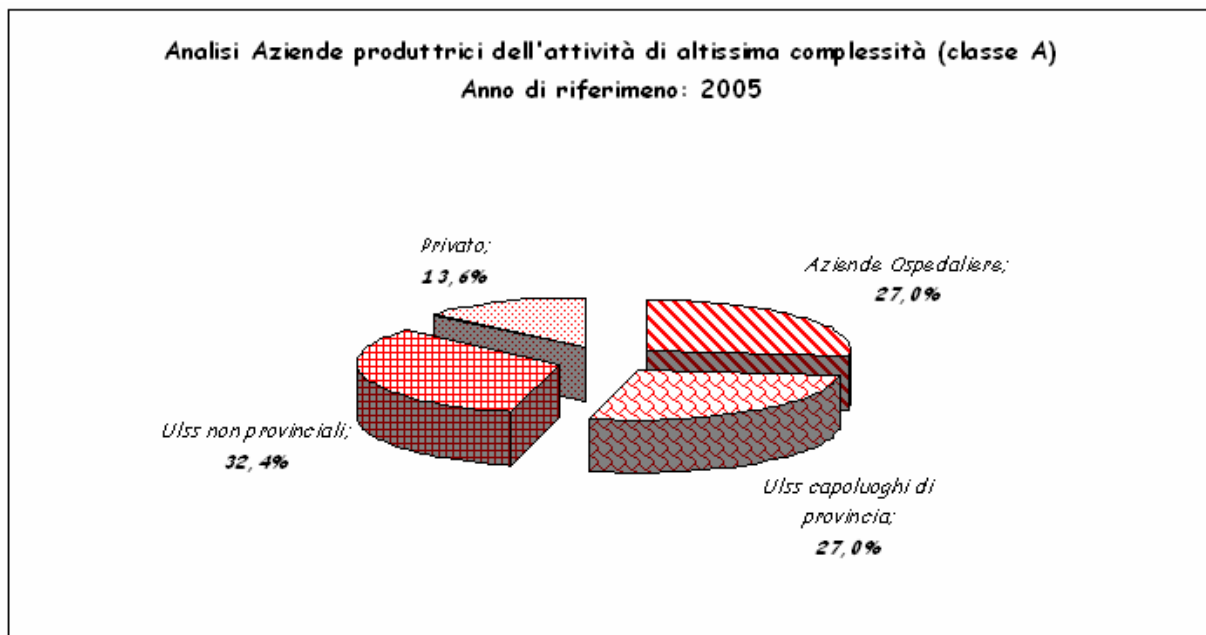
3.2. DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO REGIONALE

E' ragionevole attendersi che l'offerta di assistenza sanitaria di alta complessità sia erogata prevalentemente da strutture di riferimento o di eccellenza.

Tuttavia, analizzando i volumi di produzione dell'anno 2005 rispetto ai bacini di utenza delle strutture erogatrici, si nota che i Drg's maggiormente complessi (classe "A") vengono sviluppati per il 32,4% (21.758 ricoveri) da presidi ospedalieri di Aziende Ulss non provinciali, per il

27,0% (18.144 ricoveri) dalle Aziende Ulss provinciali, per il 27,0% (18.139 ricoveri) dalle Aziende Ospedaliere ed il rimanente 13,6% (9.157 ricoveri) dal settore privato.

Tale fenomeno deve essere interpretato, evidentemente, alla luce del numero di strutture ospedaliere afferenti a ciascun raggruppamento (nel 2005, le 'Aziende Ulss non provinciali' erano 14, le 'Aziende capoluoghi di provincia' 7, Le Aziende Ospedaliere 2).



La segmentazione dell'attività per classi di complessità erogata dalle Aziende Sanitarie raggruppate per bacini di utenza potenziale, mette in evidenza come i volumi maggiori di classe A, vengono prodotti dagli ospedali afferenti ad Ulss non provinciali (21.758 ricoveri), attività che

rappresenta il 6% del totale pazienti trattati nell'esercizio 2005. Tali volumi vengono spiegati per il 53% da soli 3 Drg's (vedi tabella seguente) inerenti alle protesi d'anca e alla cardiologia interventistica.

DESCRIZIONE DRG	RICOVERI	% INCIDENZA
209 C-INTERV, SU ARTICOLAZIONI MAGG, E REIMPIANTI DI ARTI INF,	5,481	25,2%
112 C-INTERV, SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	3,369	15,5%
125 M-MALATTIE CARDIOVASC, ECCEETTO IMA, CON CATETER, CARD, DIAG, NO CC	2,723	12,5%
149 C-INTERVENTI MAGG, SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC	1,536	7,0%
124 M-MALATTIE CARDIOVASC, NO IMA, CON CATETERISMO CARD, E DIAG, CC	1,422	6,5%
148 C-INTERVENTI MAGG, SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	1,075	4,9%
409 M-RADIOTERAPIA	881	4,0%
303 C-INT, RENE, URETERE E INT, MAGG, VESCICA PER NEOPLASIA	636	2,9%
483 C-TRACHEOSTOMIA ECCEETTO PER DIAG, FACCIA, BOCCA E COLLO	482	2,2%
075 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	386	1,7%
Primi 10 Drg	17,991	82,7%
Altri Drg	3,767	17,3%
Totale	21,758	100,0%

Inoltre il 67,7% delle prestazioni erogate dagli ospedali di rete e integrativi della rete è rappresentato da Drg's di classe C (profili di cura di medio/bassa complessità), mentre per il 23% da ricoveri appartenenti alla classe D (bassa complessità).

Le Ulls capoluoghi di Provincia sviluppano 18.144 ricoveri di classe A, la cui incidenza percentuale sul totale erogato nell'anno rappresenta il 7,8% , a fronte di 45.324 ricoveri (19,4%) afferenti alla classe D (bassa complessità assistenziale),

L'11% dell'attività erogata dalle Aziende Ospedaliere è rappresentata da ricoveri di classe A (18.139 pazienti), che costituisce solo il 27% dell'intera casistica trattata nella Regione Veneto nel corso dell'esercizio 2005. Sempre per le Aziende Ospedaliere, i volumi di produzione

affidenti alla classe D registrano una valore pari al 18,5% (30.224 pazienti), mentre 67% circa di classe C.

Il settore privato eroga prestazioni di classe A per il 5,7% della propria attività, mentre registra la più alta percentuale di prestazioni di bassa complessità assistenziale ovvero il 33,2% (53.054 ricoveri) dei propri volumi produttivi; in particolare la casistica afferente alla classe D in cura presso strutture private costituisce il 25% dell'intera produzione regionale.

Lo schema che segue illustra quali tipologie di aziende e in che quota concorrono all'erogazione di DRG's appartenenti alle diverse classi.

TIPOLOGIE AZIENDALI \ CLASSI DRG's	RICOVERI DI CLASSE "A"	RICOVERI DI CLASSE "B"	RICOVERI DI CLASSE "C"	RICOVERI DI CLASSE "D"
Aziende Ospedaliere	27%	19%	18%	14%
Ulss capoluogo di provincia	27%	28%	27%	21%
Ulss non provinciali	32%	37%	40%	39%
Settore Privato	14%	16%	15%	25%
TOTALE	100%	100%	100%	100%

Raggruppando le classi A e B (alta specialità) e C e D (bassa specialità) si ottiene la semplificazione seguente:

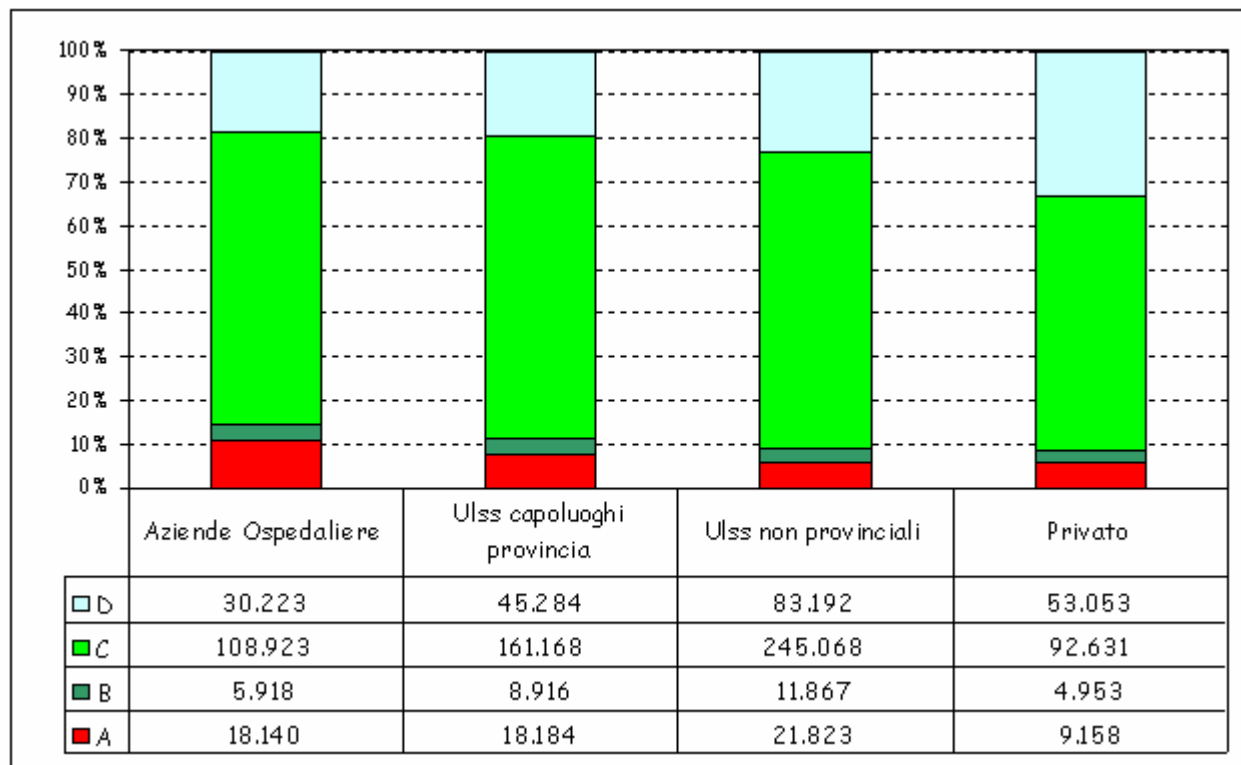
TIPOLOGIE AZIENDALI \ CLASSI DRG's	RICOVERI DI CLASSE "A" + "B"	RICOVERI DI CLASSE "C" + "D"
Aziende Ospedaliere	24%	17%
Ulss capoluogo di provincia	27%	25%
Ulss non provinciali	34%	40%
Settore Privato	14%	18%
TOTALE	100%	100%

Emerge chiaramente come, nel Veneto, l'alta specialità sia erogata primariamente dalle Ulss non provinciali, seguite dalle Ulss capoluogo. Le Aziende Ospedaliere contribuiscono solo per il 24% dell'alta specialità.

Tale risultato potrebbe conseguire ad una differenziazione poco marcata tra le tipologie di Aziende, quanto a livello di specializzazione. La tabella che segue tenta di rispondere al quesito.

CLASSI DRG's	SPEC. DGRV 1371/04	AZIENDE OSPEDALIERE	ULSS CAP. PROVINCIA	ULSS NON PROVINCIALI	SETTORE PRIVATO
Classe "A" (67.198 ricoveri)		11%	8%	6%	6%
Classe "B" (31.654 ricoveri)		4%	4%	3%	3%
Classe "C" (607.790 ricoveri)		67%	69%	68%	58%
Classe "D" (211.859 ricoveri)		19%	19%	23%	33%
TOTALE		100%	100%	100%	100%

Il grafico che segue consente una migliore rappresentazione di quanto appena esposto:



Anche in questo caso, è possibile operare una semplificazione aggregando le classi "A" e "B" come alta specialità e le classi "C" e "D" come bassa specialità:

CLASSI DRG's	SPEC. DGRV 1371/04	AZIENDE OSPEDALIERE	ULSS CAP. PROVINCIA	ULSS NON PROVINCIALI	SETTORE PRIVATO
Classe "A" + "B"		15%	12%	9%	9%
Classe "C" + "D"		85%	88%	91%	91%
TOTALE		100%	100%	100%	100%

Rilevano almeno le seguenti tre considerazioni:

- vi è una sostanziale sovrapposizione quanto a case – mix tra le Aziende Ospedaliere e le Ulss capoluogo, così come tra le Ulss non provinciali e i privati.
- per tutte le tipologie di erogatori pubblici, il 71-73% della casistica è sovrapponibile (classe “B” + classe “C”);
- appare rilevante la quota di DRG a potenziale rischio di inappropriatezza erogate dalle strutture private.

Secondo quanto previsto dall’art. 3 del Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992, l’attività di altissima complessità dovrebbe essere erogata da presidi ospedalieri multizonali e da Policlinici Universitari o Aziende Ospedaliere.

Tuttavia nel SSSR Veneto, come visto in precedenza, il 27% dell’attività di altissima complessità viene erogata da ospedali di rete e integrativi della rete.

Non rientra tra gli scopi del presente lavoro il corretto dimensionamento e l’ottimizzazione dei servizi sul territorio veneto; tuttavia, a conclusione di quanto fino ad ora affermato, appare interessante confrontare la quota di alta complessità (classe “A” + classe “B”) erogata dalle alte specialità come definite dalla DGRV 1371/99 con il numero di strutture autorizzate nelle Aziende sanitarie.

SPECIALITÀ CLINICA (ALTA SPECIALITÀ EX DGR 1371/99)	ALTA SPEC. (CLASSE "A"+"B")	N. U.O. AUTORIZZATE
06. CARDIOCHIR PEDIATRICA	91,26%	1
70. RADIOTERAPIA	84,08%	5
07. CARDIOCHIRURGIA	82,88%	5
66. ONCOEMATOLOGIA	66,67%	1
47. GRANDI USTIONATI	66,33%	2
13. CHIR. TORACICA	58,35%	3
49. TERAPIA INTENSIVA	47,64%	53
30. NEUROCHIRURGIA	40,29%	9
50. UNITA' CORONARICA	39,70%	24
28. UNITA SPINALE	36,76%	7
73. TER. INT. NEONATALE	33,65%	12
48. NEFROLOGIA	26,56%	3
14. CHIR. VASCOLARE escluso drg 119	21,74%	11
24. MALATTIE INFETT.	19,19%	11
75. NEURO-RIABILITAZIONE	17,43%	4
18. EMATOLOGIA	12,44%	7
65. ONCOEMAT. PEDIATRICA	12,28%	2
11. CHIR. PEDIATRICA	7,10%	4
12. CHIR. PLASTICA	6,62%	6
10. CHIR. MAXILLOFACCIALE	3,29%	9

Se, da un lato, nella maggior parte delle diverse unità di alta specialità si registrano profili produttivi di medio/bassa complessità, dall'altra possiamo notare come il numero di unità operative presenti sul territorio regionale poco rispecchiano i criteri elencati dal Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992

in merito alla determinazione per aree interregionali o bacini di utenza delle unità di alta specialità, che prevede la presenza di rispettive n° 1 o 2 specialità sull'intero bacino demografico regionale.

In particolar modo l'offerta regionale per le unità operative di seguito riportate risulta essere superiore a quella dei 7 bacini provinciali:

- **Neurochirurgia;**
- **Terapia Intensiva Neonatale;**
- **Unità Coronarica;**

- **Chirurgia Vascolare;**
- **Chirurgia Maxillofacciale;**
- **Malattie Infettive.**

3.3. LA CLASSIFICAZIONE TRA ALTE E BASSE SPECIALITÀ E LE POLITICHE DI CONTENIMENTO DEI VOLUMI DI PRODUZIONE.

La suddivisione tra alta e bassa specialità, operata dai provvedimenti regionali, ha supportato l'adozione di un sistema di contenimento dei volumi di produzione, che si è realizzato attraverso gli strumenti della regressione tariffaria e dei tetti di attività predefiniti.

Il sistema di contenimento dei volumi di produzione ha subito diverse modifiche nel tempo. In questa sede preme ricordare che, tra i principali obiettivi perseguiti dalle politiche di finanziamento dell'attività ospedaliera, la Regione si è posta la riduzione della mobilità intra-regionale, con particolare riferimento alle basse specialità (DGRV n. 616 del 22 marzo 2002).

Tale risultato doveva realizzarsi soprattutto con l'abbattimento della mobilità tra province non confinanti, in primo luogo, e successivamente tra province confinanti, secondo l'assunto che la mobilità sanitaria deve risolversi, prioritariamente, all'interno del medesimo territorio provinciale, attraverso forme di collaborazione tra singole Aziende.

Il disincentivo alla mobilità sanitaria interprovinciale per le basse specialità è motivato dall'ipotesi che, all'interno di ogni realtà provinciale, siano disponibili tutti i servizi di base. In tal senso, a livello regionale la mobilità interprovinciale vale circa un terzo di tutta la mobilità provinciale e appare razionale il contenimento di questo valore.

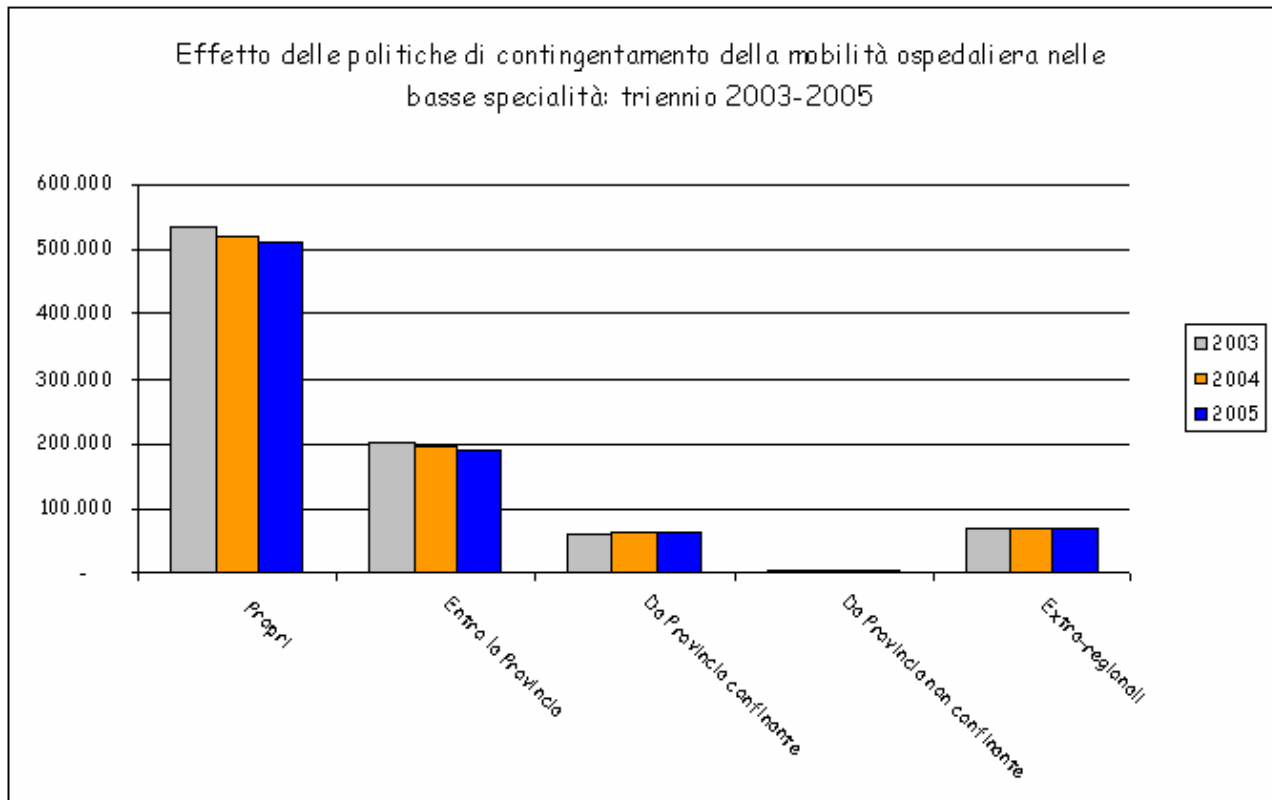
Tuttavia è opportuno approfondire la composizione dei ricoveri eseguiti in Veneto nel 2005, distintamente per provenienza degli assistiti:

RICOVERI 2005	PARZIALI	TOTALI	% SU TOTALE
ASSISTITI TRATTATI PRESSO STRUTTURE RIENTRANTI NELL'AMBITO PROVINCIALE		698.528	83,4%
<i>di cui</i>			
<i>presso l'Ulss di assistenza</i>	509.278		60,8%
<i>presso altre Aziende provinciali</i>	189.250		22,6%
ASSISTITI TRATTATI IN STRUTTURE NON RIENTRANTI NELL'AMBITO PROVINCIALE		67.889	8,1%
<i>di cui</i>			
<i>presso Aziende di province NON confinanti</i>	5.113		0,6%
<i>presso Aziende di province confinanti</i>	62.776		7,5%
ASSISTITI DI PROVENIENZA EXTRAREGIONALE		70.717	8,4%
TOTALE		837.134	100,0%

Appare evidente che, nel complesso della produzione di ricovero realizzata nel Veneto, erogata dalle basse specialità, il peso della mobilità interprovinciale appare notevolmente ridimensionato: in particolare, la mobilità tra province non confinanti vale solo lo 0,6% e quella tra province confinanti il 7,5%.

La tabella ed il grafico seguenti evidenziano le modifiche nella provenienza degli assistiti intercorse nel periodo 2003-2005 con riferimento all'attività delle basse specialità.

PROVENIENZA DEL PAZIENTE/ ANNO	2003	INCIDENZA %	2004	INCIDENZA %	2005	INCIDENZA %
Propri	534.667	61,3%	520.386	60,9%	509.278	60,8%
Entro la Provincia	201.317	23,1%	197.870	23,1%	189.250	22,6%
Da Provincia confinante	60.495	7,0%	61.717	7,2%	62.776	7,5%
Da Provincia non confinante	4.915	0,6%	5.175	0,6%	5.113	0,6%
Extra-regionali	70.668	8,1%	69.566	8,1%	70.717	8,4%
Totale ricoveri	872.062	100,0%	854.714	100,0%	918.501	100,0%



Come si evince dai prospetti, il fenomeno della mobilità intraregionale è rimasto pressoché immutato nel corso degli ultimi tre anni; in particolare la mobilità interprovinciale sviluppa volumi pari a circa l' 8% (circa 75 mila ricoveri annui) del totale della produzione annuale, di cui le prestazioni sviluppate in mobilità afferenti a pazienti residenti in un ambito provinciale non confinante, rispetto alla provincia in cui insiste la struttura di cura erogante, rappresenta, nel triennio considerato, lo 0,6% (circa 5.000 ricoveri annui) dell'attività ospedaliera.

Sembra di poter affermare, pertanto, che la mobilità territoriale degli assistiti risulta essere **poco sensibile alle politiche di contingentamento** della mobilità sanitaria fino ad oggi condotte.

3.4. CONCLUSIONI

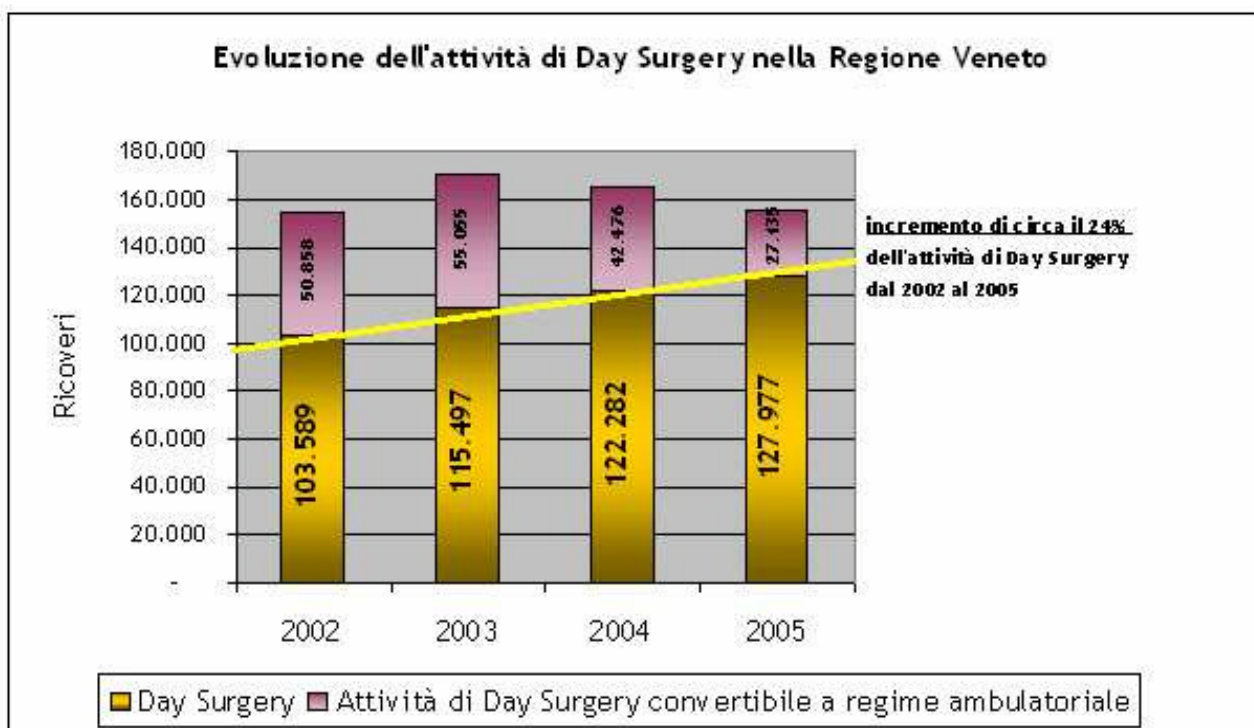
- La distinzione tra alte e basse specialità, effettuata secondo i criteri della DGRV 1371/04, appare non sufficientemente rappresentativa dei reali case – mix realizzati dalle strutture sanitarie;
- Al fine di fornire un contributo per il miglioramento dei criteri adottati, nel presente lavoro si è proposta una classificazione dei Drg's in quattro fasce;
- Il criterio utilizzato appare più efficace nel classificare il case-mix rispetto ai criteri di cui alla DGRV citata;
- Tuttavia, l'applicazione congiunta dei due criteri evidenzia che la maggior parte dell'attività di alta specialità è riconducibile a specialità cliniche di "bassa" complessità;
- Ciò appare contrastante con il fatto che diverse specialità di dimissione, classificate "alte", secondo la DGR 1371/06, presentano un case – mix di medio – basso profilo e, pertanto, non appaiono "saturate" quanto a capacità produttiva;
- Ne consegue una valutazione di sovra – dimensionamento (inteso come numero di strutture erogatrici) di diverse unità operative di "alta specialità"; tale valutazione è suffragata dal fatto che il bacino di utenza risulta sottodimensionato anche rispetto alle indicazioni ministeriali;
- Tale valutazione acquisisce maggior rilievo alla luce del fatto che gli ospedali "minori" realizzano volumi di altissima complessità in misura maggiore rispetto agli ospedali policlinici di alta specializzazione o di rilievo provinciale;
- Una spiegazione del fenomeno è rappresentata dall'elevata numerosità dei primi, tuttavia è stata anche evidenziata la sostanziale sovrapposizione di una quota rilevante del case – mix trattato dai diversi presidi ospedalieri;
- Ne consegue che il sistema di offerta appare poco o non sufficientemente differenziato quanto a livello di specializzazione;
- Tale valutazione porta a concludere che, in presenza di un sistema non sufficientemente differenziato di offerta, appare problematico governare i flussi di mobilità dei pazienti utilizzando politiche di contingentamento dei volumi di produzione;
- Infatti, il presente lavoro evidenzia la sostanziale rigidità dei flussi di mobilità dei pazienti rispetto alle politiche di disincentivazione adottate dalla Regione;
- si ritiene, in ultima analisi, che il governo dei costi del sistema presenta margini di manovra ben più interessanti sotto il profilo del governo dell'offerta, attraverso modalità di concentrazione e specializzazione per l'attività di alta complessità.

4. LA BASSA SPECIALITA', IL CASO DELLA DAY SURGERY

4.1. LA DINAMICA DELLA PRODUZIONE

L'analisi sulla bassa specialità si è concentrata sull'attività chirurgica, in particolare quella eleggibile in regime diurno.

L'attività di day surgery ha recepito un incremento significativo nel periodo 2002-2005, come risulta dal grafico seguente.

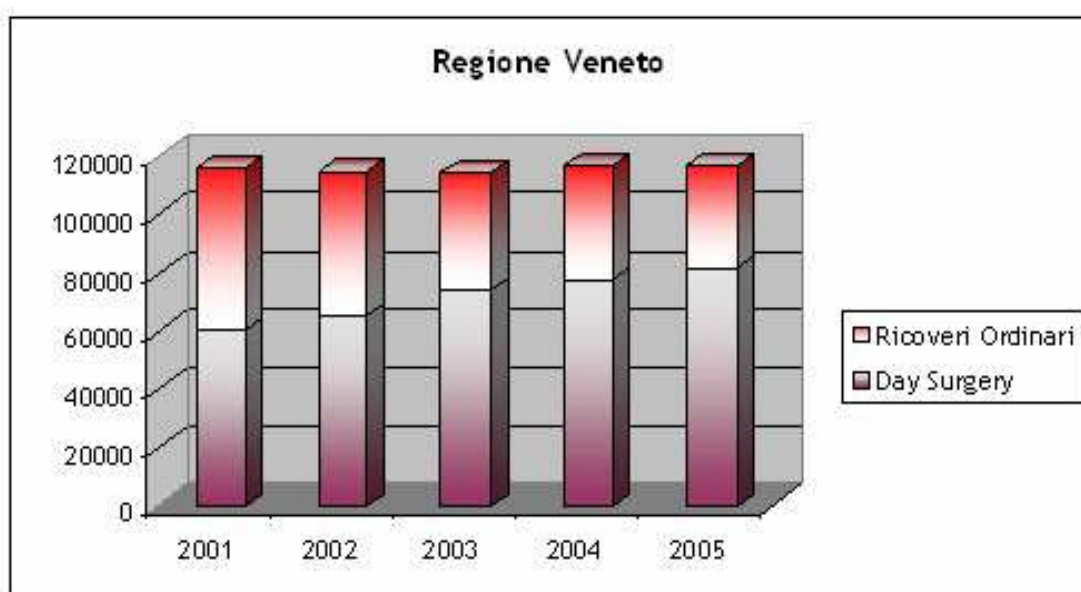


I DRG's maggiormente coinvolti in questa dinamica sono evidenziati nello schema seguente, in cui per garantire la confrontabilità del dato sono stati esclusi quelli trasferiti, a partire dal 2003, in regime ambulatoriale (Drg 06 – *Decompressione del tunnel carpale*, Drg 39 – *Interventi su cristallino*; Drg 119 – *Legatura e stripping vene*).

Anno	2001		2003		2005	
	Day Surgery	incidenza %	Day Surgery	incidenza %	Day Surgery	incidenza %
039. INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	27.121	19,9%	35.033	20,5%	14.205	9,2%
222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	4.786	3,5%	10.912	6,4%	12.795	8,2%
381. ABORTO CON Dxx, ISTEROSUZIONE O ISTEROTOMIA	9.318	6,8%	10.473	6,1%	11.690	7,5%
162. INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	8.915	6,5%	10.339	6,1%	10.675	6,9%
364. DeC, CONIZZAZIONE ESCL. TUM. MALIGNO	8.707	6,4%	9.058	5,3%	8.690	5,6%
119. LEGATURA E STRIPPING VENE	7.513	5,5%	11.151	6,5%	7.833	5,0%
229. INTERVENTI MANO O POLSO ESCL. INTERVENTI MAGGIORI ARTICOLAZ. SENZA CC	5.462	4,0%	6.428	3,8%	6.459	4,2%
231. ASPORTAZIONE LOCALE E RIMOZIONE MEZZI FISSAZ. INTERNA ESCL. ANCA E FEMORE	3.840	2,8%	4.858	2,8%	5.507	3,6%
006. DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	7.689	5,6%	8.871	5,2%	5.097	3,3%
060. TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' 0-17	4.564	3,3%	4.881	2,9%	5.022	3,2%
359. INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	2.220	1,6%	3.480	2,0%	4.774	3,1%
270. ALTRI INTERVENTI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	3.742	2,7%	3.785	2,2%	4.614	3,0%
266. TRAPIANTO PELLE E/O ASPORTAZ. TESSUTO ESCL. ULCERA PELLE O CELLUL. SENZA CC	3.132	2,3%	3.938	2,3%	4.602	3,0%
158. INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	2.892	2,1%	3.371	2,0%	3.817	2,5%
227. INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	2.644	1,9%	2.606	1,5%	2.915	1,9%
Subtotale primi 15 Drg	102.545	75,1%	129.184	75,7%	108.695	70,1%
<i>Altri Drg</i>	33.915	24,9%	41.368	24,3%	46.417	29,9%
Totale Attività di Day Surgery nella Regione Veneto	136.460	100,0%	170.552	100,0%	155.112	100,0%
Totale Attività di Day Surgery nella Regione Veneto al netto dei DRG 06,19,119	94.137		115.497		127.977	

Un primo interrogativo che suscita questa dinamica è, se tale attività risulta sommata a quella esistente, oppure se si è realizzato lo *shifting*

atteso dall'attività in degenza ordinaria a quella diurna. Il grafico seguente è stato elaborato per fornire una risposta a tale quesito.



Il grafico sembra affermare che l'attività chirurgica sia rimasta sostanzialmente invariata nel periodo analizzato e, allo sviluppo della chirurgia diurna, sia corrisposta una riduzione dell'attività in degenza ordinaria.

Tale incremento si è realizzato con una corrispondente riduzione dei ricoveri in degenza ordinaria per le medesime patologie.

Un secondo quesito porta ad interrogarsi se, a parità di indicazioni normative in merito alla trasferibilità in regime diurno di procedure chirurgiche, sia possibile un ulteriore sviluppo della chirurgia diurna; in altre parole, se sono state trasferite in regime di day surgery tutte le procedure "potenzialmente trasferibili".

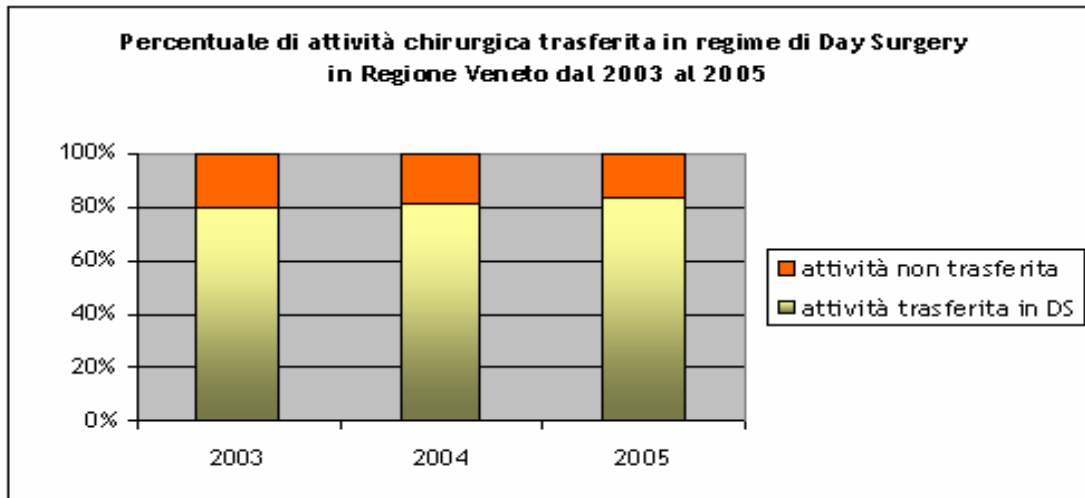
ARSS ha tentato una stima per valutare quanto è il grado di reale trasferimento rispetto alla trasferibilità potenziale. Il grafico che segue⁴ evidenzia la presenza di un margine ancora significativo di possibile trasferimento. Le stime ARSS, in altre parole, portano a concludere che è

ancora possibile un ulteriore sviluppo della day surgery: stimiamo che nell'esercizio 2005 almeno un ulteriore 15-20% di ricoveri ordinari per patologie trattabili in day surgery sia stato potenzialmente trasferibile in regime diurno.

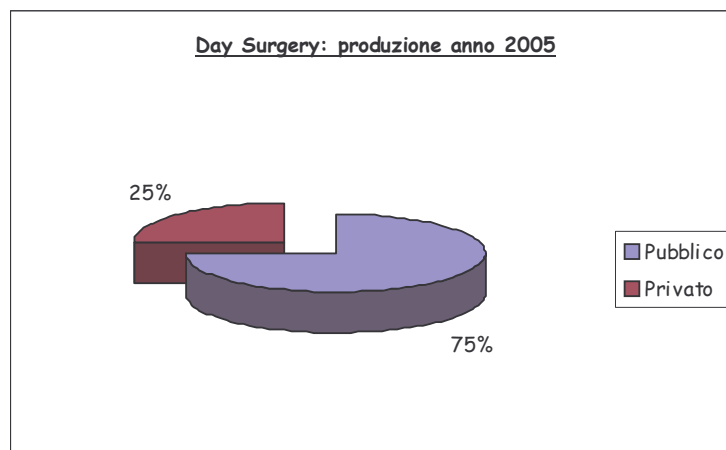
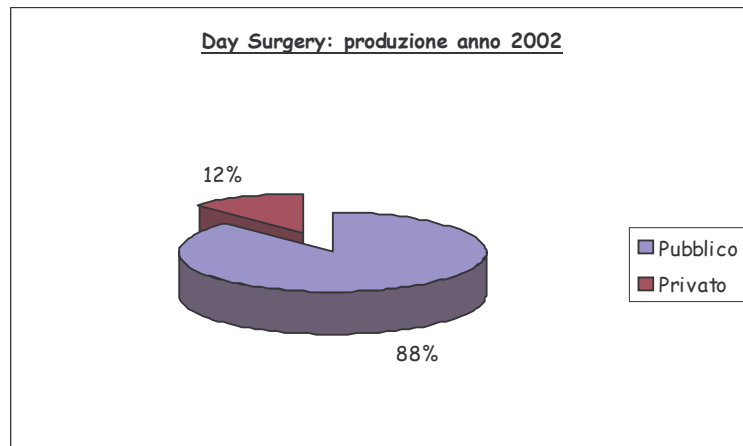
Soprattutto, tale indicatore non si modifica sostanzialmente nel triennio: tale fenomeno porta ad interrogarsi sull'efficacia delle politiche sanitarie (ed al sistema di incentivi/disincentivi conseguenti) volti a garantire lo sviluppo dell'attività diurna.

⁴ Il grafico considera l'attività chirurgica erogata nel 2005 in regime diurno⁴ e i volumi produttivi erogati in regime ordinario trasferibili in day surgery ai sensi del DGRV n. 5272/98 così come integrato dalla DGRV n. 1887/99. Tali ricoveri sono rappresentati da quei DRG che presentano le seguenti caratteristiche:

- i) Pazienti trattati in regime ordinario con degenza media < a 3 gg (nelle due notti);
- ii) ricoveri ordinari non urgenti;
- iii) esclusi i Drg trasferibili in regime ambulatoriale (Drg 06, 39, 119) sia dal calcolo dei volumi di Day Surgery, sia per la determinazione dei ricoveri ordinari trasferibili;
- iv) SDO che presentano nel campo "codice di procedure chirurgiche" numero 1 uno dei codici che la Regione Veneto definisce "trasferibili" in regime diurno con DGRV n° 5272 del 1998 integrato dalla DGRV n° 1887 del 1999.



Appare interessante approfondire un'ulteriore questione, vale a dire se lo sviluppo della day surgery è avvenuto in egual misura tra strutture pubbliche e strutture private.



I grafici esposti evidenziano chiaramente che, nel periodo 2002-2005, il settore della sanità privata ha incrementato la propria quota di mercato dal 12 al 25%.

Nel triennio 2002-2005, infatti, l'incremento della day surgery nelle strutture pubbliche è stato pari al 17%. Nelle strutture private, l'incremento è stato del 137%.

4.2. ASPETTI ECONOMICI

Sotto il profilo meramente economico, infatti, alcuni studi condotti nel SSSR Veneto e da questa Agenzia, dimostrano che i ricoveri in day surgery costano mediamente il 30% in meno rispetto ai ricoveri ordinari.

Inoltre, le stesse analisi hanno preso in considerazione le modalità organizzative con cui si può svolgere l'attività di day surgery, vale a dire presso sale operatorie dedicate ovvero sale operatorie presso le quali si svolgono interventi maggiori, in regime di degenza ordinaria. La concentrazione dell'attività in day surgery presso strutture dedicate può consentire di ottenere riduzioni nei costi medi di produzione anche significativi (nelle realtà studiate, anche del 20%)⁵.

Tali economie si possono realizzare solo se è l'intera organizzazione a modificarsi: è necessario saturare la capacità produttiva, adeguare i turni del personale ai bisogni assistenziali, standardizzare i profili diagnostici ecc.

Tali dati richiedono un approfondimento; è ragionevole supporre, tuttavia, che alcune strutture private abbiano investito nella day surgery, nella consapevolezza che tale regime di attività consente sensibili riduzioni di costo e può realizzarsi a parità di qualità dell'assistenza e con maggior gradimento per i pazienti.

Lo sviluppo della day surgery risponde sicuramente a requisiti di appropriatezza e, potenzialmente, può condurre anche a miglioramenti nella qualità delle cure.

La riduzione dei costi medi di produzione può raggiungere livelli significativi, ma ciò avviene solo attraverso il corretto dimensionamento tecnico – organizzativo delle strutture. Quando queste non sono realizzate ex novo, gli adeguamenti necessitano di interventi organizzativi significativi e radicali che presuppongono una buona flessibilità organizzativa la quale, alla luce dei trend di produzione sopra riportati, è forse più facilmente riscontrabile nelle strutture private.

La logica competitiva premia coerentemente le strutture che meglio si adeguano e colgono le opportunità. Tuttavia, è d'obbligo chiedersi come sia stato promosso tale cambiamento anche nelle strutture pubbliche, alla luce del differenziale di sviluppo rispetto al privato.

⁵Day surgery and day services: making it happen, Venezia, ottobre 2006; Atti del convegno

4.3. CONCLUSIONI

- Le elaborazioni qui presentate evidenziano, negli ultimi esercizi, un progressivo ricorso all'attività chirurgica in regime diurno, a scapito dell'attività in degenza ordinaria.
- A parità di criteri di trasferibilità al regime di day surgery, secondo nostre stime, vi sono margini, nel sistema, per un ulteriore *shifting* dal regime di degenza ordinaria.
- Tuttavia, i dati esposti evidenziano come tali margini riguardino le strutture pubbliche, in quanto quelle private hanno investito notevolmente nell'attività in day surgery, incrementando significativamente la propria quota di mercato.
- L'interesse delle strutture private verso il regime diurno è spiegabile anche da ragioni di ordine economico: infatti l'attività diurna consente potenziali riduzioni nei costi medi di produzione.
- Tali economie sono tuttavia conseguibili solo attraverso adeguamenti tecnici ed operativi che richiedono elevata flessibilità organizzativa, caratteristica questa riscontrabile più facilmente nelle strutture private.
- Il caso specifico della day surgery porta ad evidenziare l'opportunità, anche per le basse specialità, di valutare e promuovere gli interventi e le formule tecnico – organizzative ritenuti più efficienti.

5. IL CASO DELL'EMILIA ROMAGNA: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DELLE PRESTAZIONI AD ALTA COMPLESSITA'

La Regione Emilia Romagna ha apportato un profondo processo di rimodulazione della rete, teso a migliorare la qualità dell'assistenza, a garantire il collegamento con gli altri servizi sanitari e sociali territoriali e ad assicurare la continuità assistenziale. In questo processo, sostanzialmente concluso nel '99, l'Emilia Romagna ha tenuto conto delle caratteristiche demografiche regionali (forte presenza di una popolazione anziana con elevati bisogni assistenziali, forte presenza di cittadini stranieri), del quadro epidemiologico regionale, della necessità di ricercare efficienza ed appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati.

La rimodulazione, inoltre, è stata contestuale alla definizione e allo sviluppo di servizi sanitari e socio sanitari del territorio ad essa collegati.

Questa organizzazione è entrata poi a far parte del 3° Piano sanitario regionale, il quale ha completato il quadro programmatico ed organizzativo: a livello provinciale sono stati definiti le strutture e i servizi ospedalieri necessari all'autosufficienza del territorio, mentre la programmazione regionale si è occupata delle alte specialità secondo il modello Hub & Spoke.

Il modello Hub & Spoke (letteralmente: mozzo e raggi) parte dal presupposto che per determinate

situazioni e complessità di malattia siano necessarie competenze rare e costose che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione a cui vengono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio ("servizi ospedalieri periferici").

La teoria Hub & Spoke esprime un'idea dinamica (prima che strutturale) dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento.

Il modello disegna l'organizzazione dei Servizi afferenti alla medesima linea di produzione, concentrando gli interventi ad alta complessità in centri di eccellenza (Hub) e distribuendo i terminali di accesso in centri subordinati (Spoke), cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti.

Il modello Hub & Spoke:

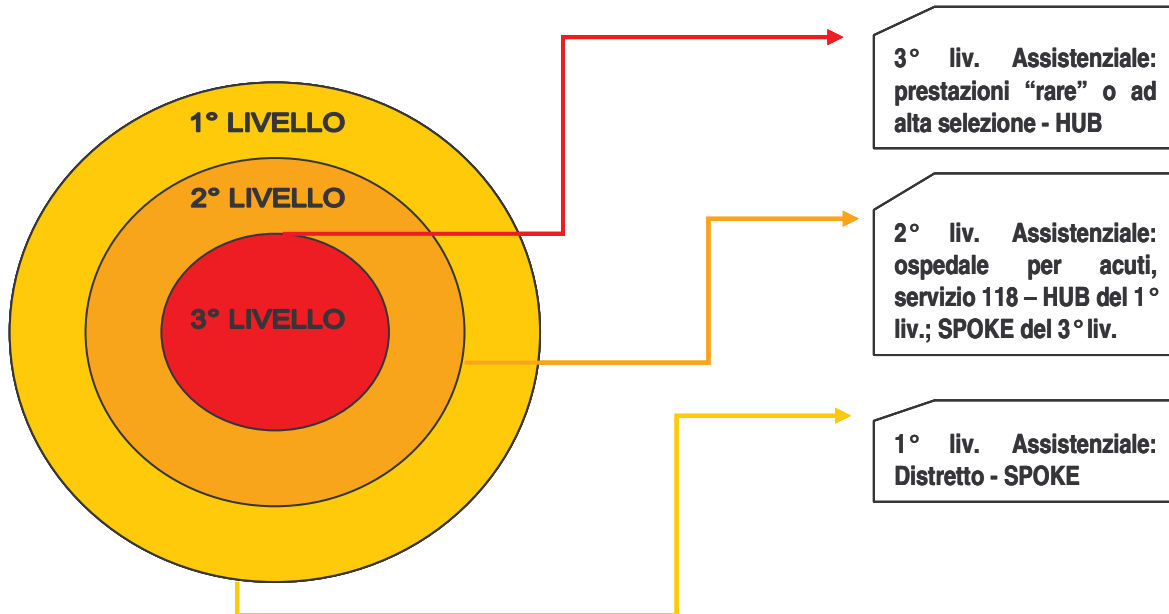
- comporta l'integrazione verticale forte tra i nodi;
- può essere convenientemente adottato per i servizi caratterizzati da volumi di attività

predeterminati e di elevata complessità tecnologica;

- concepisce la rete in termini dinamici, la cui architettura può essere modificata sulla base dell'evoluzione, ovvero dell'obsolescenza,

delle tecnologie, delle conoscenze e competenze professionali e gestionali;

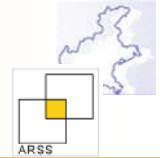
La rete integrata di servizi, classificati secondo il grado di complessità in 1°, 2° e 3° livello assistenziale, seguendo la logica Hub & Spoke si traduce come illustrato nel grafico seguente.



Il secondo livello assistenziale corrisponde all'ambito di autosufficienza, che per la Regione Emilia-Romagna è di norma l'ambito provinciale e all'interno della rete rappresenta quello che in termini informatici viene definito proxy, svolgendo nel processo produttivo contestualmente azioni di accettazione e selezione e invio.

In sostanza l'esperienza della Regione Emilia Romagna si traduce nell'introduzione di un modello organizzativo a reti integrate caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza supportati da una rete di servizi cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento, quando una determinata soglia di gravità clinico-organizzativa viene superata.

La rimodulazione della rete delle alte specialità è stata gradualmente realizzata nell'organizzazione dell'assistenza cardiologia e cardiocirurgia dell'Emilia Romagna a partire dall'anno 1998. Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1267/2002 si prevede l'estensione del modello a reti integrati alle seguenti aree di attività: Neurochirurgia, Centro Trapianti, Grandi Ustionati, Riabilitazione intensiva; Traumi; Sistema delle emergenze-urgenze e cure intensive perinatali. (Ad oggi la riorganizzazione secondo il modello Hub & Spoke ha investito le specialità di Neurochirurgia e di Traumatologia.



Il riassetto della rete ospedaliera prevede in particolar modo il raggiungimento di tre obiettivi fondamentali:

- garantire che i singoli centri possano trattare volumi di attività sufficienti ad acquisire e mantenere la competenza clinica e l'efficienza operativa necessarie per rendere l'assistenza efficace ed economicamente sostenibile;
- costruire rapporti funzionali tra servizi, in modo che i centri spoke abbiano canali di comunicazione continuativi con i centri hub di riferimento che garantiscono disponibilità e collaborazione;
- favorire lo sviluppo di attività sistematiche e continuative di audit clinico all'interno e fra i centri, confrontando i risultati clinici ottenuti e concordando comuni strategie di comportamento clinico.

L'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna ha avviato una valutazione preliminare dei risultati ad oggi conseguiti, e coerentemente con quanto affermato dalla letteratura scientifica la concentrazione dei servizi sanitari per particolari prestazioni ad alta complessità ha prodotto maggiore efficienza limitando le duplicazioni, ha migliorato l'accessibilità ai servizi e la qualità dell'assistenza e ha ridotto la frequenza di esiti avversi come la mortalità.

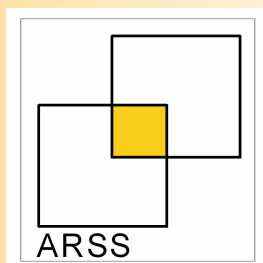
Riferimenti:

<http://asr.regione.emilia-romagna.it>

Piano Sanitario della Regione Emilia Romagna 1998-2000

Fonti normative:

- 📄 DGRV n° 2691 del 07 agosto 2006
- 📄 DGRV n° 1371 del 2004
- 📄 DGRV 2227 del 9 agosto 2002 e sue successive integrazioni
- 📄 DGRV n. 616 del 22 marzo 2002
- 📄 Decreto Ministeriale n. 29 gennaio 1992



AGENZIA REGIONALE SOCIO SANITARIA del VENETO
A.R.S.S.

(L.R. n. 32, 29 novembre 2001)

Ca' Zen ai Frari - S. Polo, 2580 - 30125 Venezia

www.arssveneto.it

arss@regione.veneto.it