

Scrematura di mercato nell'assistenza sanitaria: effetti sull'attività degli ospedali e sul trattamento dei pazienti nella Asl Roma G

Carlo De Luca¹, Marco Rolloni², Nazareno Renzo Brizioli³

¹Unità Operativa SIO-SIAS-SIES, Asl Roma G; ²Direzione Sanitaria Aziendale, Asl Roma G; ³Direzione Generale, Asl Roma G, Tivoli

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria la scrematura di mercato si identifica con una selezione dei pazienti che può essere attivamente operata dagli erogatori sulla base di caratteristiche dell'episodio di ricovero che aumentano il profitto o migliorano la casistica (Friesner e Rosenman, 2009). Questo fenomeno, sebbene individuato tempestivamente (Ellis e McGuire, 1996; Fabbri, 1999), risulta ancora operante ed è stato di recente descritto anche nella realtà italiana (Berta et al, 2009). Le conseguenze sulla domanda di salute, sia in termini economici sia di equità nell'accesso alle cure, possono essere rilevanti e devono ancora essere completamente esplorate. Si ritiene importante che le Asl, in quanto acquirenti di prestazioni erogate da terzi ma anche garanti della salute dei propri residenti, acquisiscano piena consapevolezza del problema e si dotino di strumenti adeguati per individuare e quantificare il fenomeno.

Il presente lavoro si articola in sette paragrafi. Nel primo si descrivono le asimmetrie di mercato che determinano e/o favoriscono l'insorgere della scrematura. Il secondo paragrafo è dedicato all'analisi dei meccanismi attraverso i quali il fenomeno si realizza. Nel terzo viene descritto il contesto regionale nel quale si trova ad operare la Asl Roma G (Tivoli). Nel quarto si verifica la reale operatività della scrematura sulla sua popolazione residente. Il quinto e sesto paragrafo sono dedicati rispettivamente alla valutazione degli effetti prodotti sull'attività degli ospedali a gestione diretta e sul trattamento dei pazienti. Infine vengono tratte le conclusioni in un'ottica di equità dell'assistenza sanitaria.

1. Asimmetrie di mercato

La scrematura di mercato è un rischio strutturale intrinseco ai sistemi prospettici di finanziamento delle prestazioni sanitarie che trova maggiore espressività in alcune condizioni definite asimmetrie di mercato (De Luca e Cannistrà, 2007).

In economia sanitaria il concetto di mercato fa principalmente riferimento alla teoria neoclassica la cui assunzione fondamentale è che, in un regime di concorrenza perfetta, la massimizzazione dell'utilità individuale si traduce in ottimizzazione dell'utilità sociale, data una certa distribuzione di reddito (Levaggi e Capri, 2005a). Diversi sono però i meccanismi di distorsione del mercato.

Particolare attenzione è stata dedicata dagli economisti sanitari al problema dell'asimmetria informativa di tipo principale-agente che favorisce l'erogatore della prestazione a discapito dell'acquirente (nel caso italiano le Asl) (Levaggi e Montefiori, 2004). Infatti, solo il fornitore al momento del ricovero conosce lo stato clinico del malato trovandosi nella condizione di poter operare una selezione di patologie e pazienti sulla base del vantaggio economico, fenomeno che in economia sanitaria assume la denominazione di scrematura di mercato (*cream skimming*). La Asl acquirente invece si trova a dover pagare quello che i fornitori hanno scelto di erogare e può operare solo un controllo a posteriori.

Nella situazione italiana a perturbare fortemente la corretta dinamica concorrenziale del mercato sanitario concorrono ulteriori fattori. Un importante elemento di distorsione è costituito dall'asimmetria di finanziamento che caratterizza il modello cosiddetto 'a centralità Asl' adottato dalla generalità delle Regioni italiane, il quale esercita un'influenza incentivante sulle strutture di ricovero che è alquanto differenziata risultando penalizzante per gli ospedali a gestione diretta. La remunerazione a prestazione era stata introdotta in Italia allo scopo di contenere i costi e migliorare l'efficienza delle strutture ospedaliere sulla base di quanto accaduto negli Stati Uniti (Iglehart, 1986; Louis et al, 1999; Russel e Manning, 1989; Schwartz e Mendelson, 1991). Nel modello a centralità Asl accade invece che gli ospedali a gestione diretta siano di fatto finanziati con quella parte della quota capitaria assegnata alla Asl che residua dopo il pagamento della mobilità passiva mentre tutte le altre tipologie di struttura pubblica o privata sono legate, in tutto o in parte, alla remunerazione a

prestazione¹. Il fatto che il deficit delle Asl sia in ultimo ripianato dalle Regioni non muta i termini della questione. Comunque si viene a determinare un mercato nel quale alcuni erogatori (gli ospedali a gestione diretta) sono indifferenti alla questione della remuneratività dell'episodio di ricovero, mentre le altre strutture sono fortemente interessate (Aziende ospedaliere pubbliche, Policlinici universitari pubblici e privati, Case di cura private accreditate, Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e privato, Istituti classificati). La rilevanza del sistema di finanziamento è documentata da uno studio condotto in Lombardia, che ha dimostrato come la scrematura di mercato coinvolga maggiormente gli erogatori privati rispetto a quelli pubblici o no-profit (Berta et al, 2009).

Inoltre, perlomeno in alcune realtà territoriali, un elemento aggiuntivo di distorsione è costituito dall'asimmetria di risorse, la cui distribuzione può privilegiare alcune strutture ed alcuni territori a discapito di altri. In particolare nella Regione Lazio un'offerta di posti letto non legata ai bisogni dei territori ha prodotto disequilibri di assoluta importanza (tabella 1). La questione appare di tutta rilevanza se si tiene presente che la dotazione di posti letto è una

¹Il d.lgs. 502/1992 e la successiva normativa applicativa (d.l. 517/1993, d.m. del 15 aprile 1994, l. 724/1994) stabilivano, a partire dal 1995, un sistema prospettico di finanziamento dell'assistenza ospedaliera basato sulla remunerazione a prestazione di tutti gli erogatori pubblici e privati a mezzo di tariffe predefinite per i diversi episodi di ricovero classificati attraverso il sistema Drg (da *Diagnosis related group*). In questo contesto le Regioni, attraverso le Asl, assumevano il ruolo di committenti di prestazioni erogate da terzi accreditati. Il recepimento della normativa nazionale da parte delle Regioni ha determinato di fatto una pluralità di sistemi di finanziamento con prevalenza del modello detto a centralità Asl, nel cui ambito l'elemento centrale è costituito dall'esclusione degli ospedali a gestione diretta dalla remunerazione a prestazione e, di conseguenza, dal regime di libera concorrenza (Canta et al, 2005; Carbone et al, 2004; Mazzei, 2005). In questo modello, tecnicamente, è la Asl ad essere finanziata dalla Regione sulla base di una quota capitaria da utilizzare per sostenere i propri ospedali a gestione diretta e pagare, a prestazione, la mobilità passiva ovvero i ricoveri effettuati dai propri residenti presso altre strutture di ricovero. Alla quota capitaria le Asl aggiungono la mobilità attiva, che però è necessariamente una quota minoritaria della loro attività complessiva, essendo gli ospedali a gestione diretta per vocazione fortemente ancorati al proprio territorio di riferimento. Due le conseguenze: innanzitutto le Asl assumono la duplice funzione di erogatore diretto (attraverso i propri ospedali a gestione diretta) e di acquirente di servizi forniti da terzi (tutti gli altri erogatori pubblici e privati); in secondo luogo gli ospedali a gestione diretta risultano di fatto finanziati con quanto rimane della quota capitaria dopo il pagamento della mobilità passiva. La Regione Lazio procedeva ad adottare il modello a centralità Asl con la d.g.r. 2594/2000, che stabiliva formalmente la remunerazione a prestazione per tutti gli erogatori pubblici e privati, e con la Circolare 2 del 31 gennaio 2001 dell'Assessorato per le Politiche della sanità, che ricomprendeva il finanziamento degli ospedali a gestione diretta nella quota capitaria assegnata alla Asl.

misura *proxy*, ma affidabile, del generale impegno di risorse (Rebba e Rizzi, 2006), tanto da essere considerata un elemento centrale nelle analisi di efficienza produttiva (Barbetta e Turati, 2001; Adduce e Lorenzoni, 2004; Levaggi e Capri, 2005b; Rebba e Rizzi, 2006; Pinto, 2010). E d'altronde, in un sistema di remunerazione basato sulla tariffazione Drg, il prodotto valorizzato è rappresentato dall'episodio di ricovero e la risorsa impegnata è il posto letto.

I diversi tipi di asimmetrie interagiscono in un modo complesso che può essere interpretato ricorrendo al modello epidemiologico di tipo multicausale proposto da Rothman (Rothman, 1976), nel quale una causa è detta 'necessaria' quando in sua assenza non può verificarsi l'evento, mentre è definita 'componente' se la sua presenza diventa decisiva a chiudere il meccanismo che produce l'evento stesso. Facendo riferimento a questo modello, l'asimmetria informativa funge da causa necessaria della scrematura di mercato, il cui realizzarsi è favorito dalla presenza di altre cause componenti come l'asimmetria di finanziamento e quella di risorse. Infatti, è in presenza di erogatori che hanno l'interesse (perché remunerati a prestazione) o la possibilità (perché dispongono delle risorse necessarie) che l'asimmetria informativa diventa efficiente e può infine produrre la scrematura di mercato.

Per molti aspetti la Asl Roma G costituisce un terreno ideale per verificare come le asimmetrie di mercato inneschino i meccanismi della scrematura e quali effetti questa genera. Infatti sul suo territorio operano cinque strutture di ricovero per acuti, tutte a gestione diretta, finanziate con meccanismo indipendente dalla remunerazione a prestazione e fortemente svantaggiate sotto il profilo della disponibilità di risorse (si veda in proposito il paragrafo 3)². Di conseguenza dalla sua popolazione di riferimento scaturisce una mobilità passiva di grandi proporzioni e particolarmente esposta ai meccanismi della scrematura di mercato.

2. Meccanismi della scrematura di mercato

La scrematura di mercato si realizza attraverso due meccanismi fondamentali, che possono essere così riassunti (Levaggi e Montefiori, 2004):

1. *Selezione della patologia*. Viene operata dall'erogatore che sceglie di trattare o rifiutare le diverse patologie sulla base della remunerazione tariffa-

²Nella presente trattazione per Presidi o erogatori interni si intendono i cinque ospedali a gestione diretta della Asl Roma G. Per Presidi o erogatori esterni si intendono tutte le altre strutture di ricovero (Azienda ospedaliera, Policlinico universitario, Ospedale a gestione diretta di altra Asl, etc.), le cui prestazioni sono pagate a tariffa dalla Asl Roma G.

Tabella 1 - Distribuzione dei posti letto acuti ordinari nella Regione Lazio. Anno 2010

Asl	Territorio	Popolazione ^a	N. posti letto		Differenza ^d	
			Reali ^b	Teorici ^c	N.	Percentuale
RM A-E	Roma	2.812.464	11.778	8.353	3.425	41,0
RM F	Civitavecchia	313.568	235	931	-696	-74,8
RM G	Tivoli	483.524	656	1.436	-780	-54,3
RM H	Albano	545.128	1.248	1.619	-371	-22,9
VT	Viterbo	318.139	666	945	-279	-29,5
RI	Rieti	159.979	383	475	-92	-19,4
LT	Latina	551.217	1.302	1.637	-335	-20,5
FR	Frosinone	497.849	1.014	1.479	-465	-31,4
<i>Lazio</i>		<i>5.681.868</i>	<i>17.282</i>	<i>16.875</i>	<i>407</i>	<i>2,4</i>

^aDato Istat aggiornato all'1 gennaio 2010. -

^bPosti letto estratti dal flusso NSIS e riportati nel Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio 80/2010 "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale".

^cCalcolati in base ad uno standard del 2,97‰ (3,3‰ fissato dal Decreto del Commissario ad Acta 87/2009 decurtato di un 10% da riservare al day hospital).

^dDifferenza tra posti letto reali (attualmente disponibili) e posti letto teorici. -

ria. Tale selezione, in letteratura, è definita di tipo orizzontale o inter-Drg.

2. *Selezione del paziente.* Viene operata dall'erogatore che, a parità di patologia, sceglie di trattare o rifiutare il ricovero sulla base dell'onerosità assistenziale. Tale meccanismo è definito anche come selezione verticale o intra-Drg.

Una selezione delle patologie può essere considerata legittima se messa in atto da presidi specialistici, mentre una scrematura basata sulle condizioni del paziente assume sempre connotati di dubbia liceità. Per quanto detto sinora, appare chiaro che la scrematura di mercato ha un 'verso'. Infatti, se essa arreca vantaggi ad alcuni erogatori, inevitabilmente ne penalizza altri, quelli costretti a farsi carico dei ricoveri meno remunerativi e/o più onerosi.

Tra i due meccanismi quello più difficilmente individuabile è senz'altro la selezione dei pazienti. Infatti la classificazione Drg, sulla quale sono basati i flussi informativi attuali, se è utile per rilevare almeno alcuni aspetti della selezione di patologie (inter-Drg) risulta invece assolutamente inadeguata a misurare gli effetti della selezione dei pazienti (intra-Drg).

Questo secondo meccanismo si innesca quando l'erogatore seleziona il paziente in base all'onerosità assistenziale, la quale dipende essenzialmente da due fattori: severità di malattia ed età. La gravità clinica è difficilmente valutabile nell'ambito di sistemi informativi, come quello attuale, orientati alla definizione dei Drg come base della remunerazione tariffaria. Infatti le informazioni non rilevanti sotto questo aspetto sono spesso raccolte in misura insufficiente ed in modo inadeguato al punto che le clas-

sificazioni di tipo iso-severità ed iso-gravità rischiano di essere inutilizzabili (Ciccone et al, 1999). Occorre però anche considerare il fatto che tra gravità clinica ed età esiste una stretta relazione, sebbene non una corrispondenza biunivoca. Si ammette, in linea generale, che tanto più elevata è l'età del paziente tanto maggiore sia il suo profilo di gravità clinica a parità di patologia ed il corrispondente carico di assistenza. In particolare è ben documentato che la degenza media cresce in parallelo alla classe di età in ciascuno dei principali raggruppamenti di malattia (Istat, 2000).

L'età media diventa così un buon indicatore della selezione dei pazienti come verificato proprio in studi condotti sulla popolazione della Asl Roma G. Si consideri quanto dimostrato a proposito della domanda di ricovero rivolta alla Divisione di medicina generale del maggiore ospedale della Asl Roma G, quello di Tivoli (De Luca e Cannistrà, 2008). La degenza media nei ricoveri interni risultava ben più elevata che in quelli esterni (1,44 giorni). Utilizzando un adeguato modello di analisi si è potuto verificare che una parte di questa differenza era attribuibile al rendimento del reparto (0,53 giorni pari al 36,7%), ma una quota ancora maggiore era dovuta alla scrematura di mercato (0,91 giorni pari al 63,3%) che penalizzava fortemente l'ospedale a gestione diretta. La selezione della casistica veniva operata dagli erogatori esterni sulla base della patologia (0,41 giorni pari al 28,5%) e dell'età dei pazienti (0,50 giorni pari al 34,8%).

Un ulteriore esempio servirà a chiarire l'operatività della scrematura di mercato nella popolazione della Asl Roma G e la rilevanza del fattore età nei

meccanismi di selezione della casistica. È stato descritto che un primo contatto con tre ospedali della Asl Roma G per broncopneumopatia cronica (BPCO) riacutizzata è seguito da una mortalità a breve termine (30 giorni) ben superiore a quella registrata negli ospedali di riferimento della Regione Lazio (P.Re.Val.E, 2010). Tuttavia uno studio pubblicato di recente dalla stessa Asl Roma G ha dimostrato che la più alta mortalità ospedaliera per BPCO registrata nei Presidi interni, rispetto a quelli esterni, si annullava se nell'analisi si introduceva la stratificazione per età e severità di malattia dei pazienti (De Luca e Cannistrà, 2010a). Lo studio concludeva che sulla popolazione delle Asl Roma G gli erogatori esterni avevano operato una selezione vantaggiosa trattando i pazienti più giovani e meno gravi. Anche in questo caso veniva confermata la rilevanza dell'età, il principale fattore di confondimento, come elemento portante della scrematura di mercato.

Nella presente trattazione si è scelto di focalizzare l'attenzione sui ricoveri acuti effettuati in regime ordinario, l'ambito evidentemente decisivo dell'assistenza ospedaliera.

3. Asimmetria di risorse: la Asl Roma G nel contesto regionale del Lazio

La l.r. 18/1994 ha riorganizzato il territorio del Lazio in 12 Asl: 5 individuate nel comune di Roma (Roma A-E), 3 nella restante provincia di Roma (Roma F-G) ed una in ciascuna delle altre quattro province. Sulla base della stessa normativa regionale già citata nella nota 1, il trasferimento di risorse alle Asl è formalmente legato al criterio della numerosità della popolazione, su cui però intervengono contrattazioni ulteriori e decisive con le stesse Asl (oltreché con gli altri erogatori pubblici e privati) di cui, a tutt'oggi, non esiste una raccolta sistematizzata. Ne è risultata una programmazione regionale non aderente ai bisogni dei territori, che ha prodotto una concentrazione di risorse che privilegia il nucleo urbano di Roma e penalizza decisamente i territori periferici ed in particolare la Asl Roma G (De Luca e Cannistrà, 2010b).

Si è già visto come l'impegno generale di risorse, quantificato in termini di distribuzione dei posti letto (tabella 1), favorisca l'area urbana di Roma. Anche dal punto qualitativo si deve registrare una concentrazione dell'offerta nel comune di Roma che, nell'anno 2009, includeva circa la metà della popolazione del Lazio ma comprendeva tutte le Aziende ospedaliere ed i Policlinici universitari e 6 DEA II livello su 7. Nello stesso anno si potevano contare a Roma 19 emodinamiche cardiache, 17 delle quali con servizio disponibile h24, mentre nel restante ter-

ritorio regionale ne operavano 5, nessuna delle quali attiva h24 (Gise, 2011).

Nel contesto regionale la Asl Roma G risulta particolarmente svantaggiata. L'insufficienza di risorse è un fenomeno di lunga data, come mostrato nella figura 1, che riporta l'indice di posti letto della Asl Roma G, quello medio regionale e quello relativo alle Asl del nucleo urbano di Roma (Roma A-E)³. Inoltre, se si procede ad un confronto in termini di rapporto tra indici, si osserva che il divario tra le Asl romane e la media regionale da una parte e la Asl Roma G dall'altra tende a crescere significativamente nel tempo (figura 2). La figura 3 mostra infine la disponibilità di posti letto della Asl Roma G in termini percentuali rispetto allo standard di riferimento che la normativa regionale fissa come fabbisogno⁴. La dotazione di pl della Asl Roma G così misurata risulta sempre più insufficiente e costituisce oggi poco più del 37% del suo bisogno.

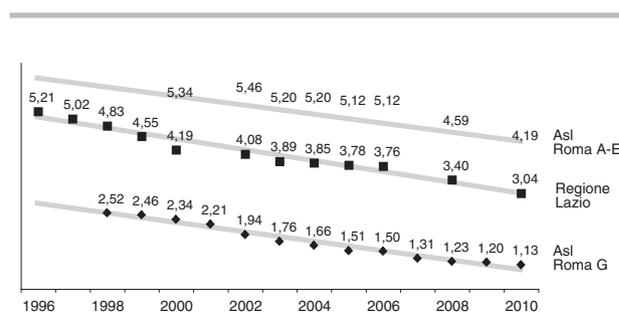


Figura 1 - Distribuzione delle risorse nella Regione Lazio. Indici di posti letto acuti ordinari (%).

Dal punto di vista qualitativo si deve inoltre registrare nel territorio della Asl Roma G un'offerta deficitaria di specialità di rilievo (tabella 2)⁵, che solo in parte possono essere vicariate dai reparti di medicina generale o chirurgia generale e nell'ambito delle quali vengono eseguiti ormai il 21,2% dei ricoveri in mobilità passiva (12.267 sul totale di 57.975).

³Per indice di posti letto si intende numero di pl %o residenti. I posti letto della Asl Roma G sono tratti da un flusso informativo interno gestito dal Sio aziendale. I posti letto della Regione Lazio sono tratti da fonti diverse: d.g.r. 4238/1997, d.c.r. 114/2002, d.c.a. 87/2009, P.s.r. 2010-12, d.c.a. 80/2010, Database online dell'Agenzia di sanità pubblica e Documento Asp sull'offerta ospedaliera del 2008 (ambidue consultabili all'indirizzo http://www.asplazio.it/mappa_doc_new/mappa_doc.php?, ultima consultazione Marzo 2011). Il dato di popolazione utilizzato per il calcolo dell'indice è tratto dall'Istat.

⁴Lo standard di riferimento è stabilito dalla seguente normativa regionale: l.r. 55/1993, d.g.r. 4238/1997, d.c.r. 114/2002, d.c.a. 87/2009.

⁵Dati tratti dal sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.

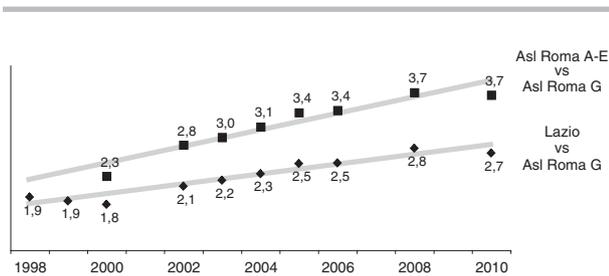


Figura 2 - Distribuzione delle risorse nella Regione Lazio. Rapporto tra indici di posti letto acuti ordinari (%).

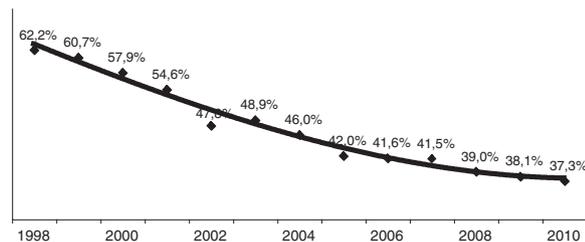


Figura 3 - Posti letto acuti ordinari disponibili nella Asl Roma G. Percentuale rispetto allo standard.

4. La scrematura di mercato nella Asl Roma G

Sono state incluse nell'analisi le dimissioni per ricovero acuto ordinario di residenti nel territorio della Asl Roma G avvenute nel periodo 1997-2010 registrate nel sistema informativo ospedaliero (Sio) della Regione Lazio. Sono stati esclusi i ricoveri di pertinenza delle alte specialità (neurochirurgia e cardiocirurgia)⁶, la cui attività – necessariamente centralizzata – non si presta all'analisi del fenomeno della scrematura di mercato come meccanismo attivo messo in atto dagli erogatori.

Lo studio è stato condotto sui rimanenti 734.406 ricoveri. La tabella 3, che riporta i dati salienti della popolazione esaminata, già consente alcune valutazioni di carattere generale. Così una selezione basata sulle patologie si può intuire dal numero dei Drg trattati e dalla tariffa media: ambedue i parametri risultano nel corso degli anni sistematicamente maggiori nei ricoveri esterni. Una scrematura dei pazien-

⁶I ricoveri in alte specialità sono stati in linea generale identificati secondo i criteri indicati nel 'Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera (bozza del 13/11/2006)', a cura dell'Assessorato alla sanità della Regione Lazio e di Laziosanità-Agenzia di sanità pubblica, tenendo conto delle diverse versioni ICD-IX e Drg che si sono succedute nell'arco di tempo analizzato. I ricoveri di alta specialità sono risultati 18.565, pari al 2,5% della casistica complessiva.

Tabella 2 - Ricoveri acuti ordinari di residenti della Asl Roma G presso Presidi esterni in specialità (numero di ricoveri superiore a 200) assenti nei Presidi interni^a. Anni 2009-2010

Codice specialità	Specialità	N.	Tariffa (€)
64	Oncologia	2.261	7.336.349
18	Ematologia	522	5.602.652
24	Malattie infettive	1.151	4.574.664
32	Neurologia	1.268	4.526.433
14	Chirurgia vascolare	806	4.322.166
68	Pneumologia	857	3.470.902
12	Chirurgia plastica	979	3.178.017
52	Dermatologia	794	2.592.441
13	Chirurgia toracica	415	2.505.529
58	Gastroenterologia	675	2.421.989
48	Nefrologia		
	(abilitazione al trapianto)	474	1.848.326
11	Chirurgia pediatrica	712	1.570.344
10	Chirurgia maxillo-facciale	494	1.399.779
19	Endocrinologia	428	1.304.610
70	Radioterapia	210	548.041
35	Odontostomatologia	221	539.483
Totale		12.267	47.741.725

Fonte: Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.

^aSono escluse la Cardiocirurgia (codice di reparto 07) e la Neurochirurgia (codice di reparto 30).

ti basata sull'onerosità dell'assistenza può invece dedursi dall'età media, sempre consistentemente minore nei ricoveri esterni.

Diverse possono essere le interpretazioni di questo fenomeno a determinare il quale concorre certamente la maggiore tendenza alla mobilità passiva dei soggetti più giovani. Tuttavia occorre anche considerare la possibilità che una selezione dei pazienti sia attivamente operata dalle strutture esterne. Questa seconda ipotesi è avvalorata da quegli indicatori che nell'ambito dei ricoveri ordinari sono considerati una misura di inappropriata organizzativa e clinica, ma possono anche nascondere comportamenti cosiddetti opportunistici da parte degli erogatori (Fabbri, 1999; Berta et al, 2009). Così la percentuale di ricoveri di 0-1 giorni (tabella 4)⁷ è nei Presidi esterni più elevata che negli interni e comporta una remunerazione media maggiore. Ancora più interessante si rivela l'analisi dei ricoveri ripetuti. Si consideri innanzitutto questo indicatore nella sua accezione più stretta. Nei Presidi esterni i ricoveri ripetuti entro il mese raggiungono una percentuale ben più

⁷Per ragioni di semplicità e di chiarezza nell'esposizione, nella tabella 4, così come in quelle successive, sono state omesse le deviazioni standard, il cui ordine di grandezza relativo rispetto alla media tende a ripetere comunque quanto osservato nella tabella 3.

Tabella 3 - Popolazione studiata. Ricoveri acuti ordinari di residenti della Asl Roma G (escluse le alte specialità)

Periodo	Presidi interni						Presidi esterni					
	N. Drg	N. ricoveri	Tariffa (€)		Età (anni)		N. Drg	N. ricoveri	Tariffa (€)		Età (anni)	
			Media	ds	Media	ds			Media	ds	Media	d.s.
1997-1998	453	64.575	2.306	2.284	49,4	25,3	480	50.698	2.587	2.565	45,2	23,8
1999-2000	531	59.884	2.332	1.604	50,8	25,6	567	52.100	2.708	2.853	45,7	24,4
2001-2002	446	55.682	2.368	1.702	50,5	26,4	475	55.841	2.897	3.014	46,7	24,7
2003-2004	453	49.106	2.549	1.966	51,8	26,5	476	58.090	3.095	3.183	47,0	24,8
2005-2006	456	41.587	2.653	2.593	52,4	27,1	493	62.144	3.251	3.593	47,9	24,6
2007-2008	446	41.281	2.651	2.157	51,9	27,3	484	60.157	3.322	3.872	48,2	24,6
2009-2010	465	38.973	2.664	2.148	52,1	27,5	510	57.795	3.462	3.839	48,8	24,6
<i>Totale</i>	<i>3.250</i>	<i>351.088</i>	<i>2.476</i>	<i>2.068</i>	<i>51,1</i>	<i>26,4</i>	<i>3.485</i>	<i>396.825</i>	<i>3.064</i>	<i>3.347</i>	<i>47,2</i>	<i>24,6</i>

Fonte: Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.
ds: deviazione standard.

Tabella 4 - Ricoveri acuti ordinari di residenti della Asl Roma G (escluse le alte specialità). Indicatori di inappropriata e di comportamento opportunistico. Anni 2009-2010

	Presidi interni			Presidi esterni		
	%	Età media (aa)	Tariffa media (€)	%	Età media (aa)	Tariffa media (€)
Ricoveri 0-1 giorno	10	47,5	513	13	42,4	605
Ricoveri ripetuti nel mese	4	58,3	2.850	7	47,2	3.214
Ricoveri ripetuti nell'anno	16	60,8	2.721	39	39,4	2.424

Fonte: Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.
Ricovero ripetuto: pazienti già dimessi dallo stesso Istituto nel corso dei 30 giorni precedenti o nel corso dell'anno precedente con ricovero in regime ordinario ripetuto nello stesso raggruppamento di malattia (MDC).

elevata ed interessano i pazienti più giovani (si veda al confronto la tabella 3). Se poi si considerano i ricoveri ripetuti nel corso dell'anno nelle strutture esterne essi salgono ad una percentuale che è oltre due volte quella registrata nei Presidi interni e coinvolgono pazienti ancora più giovani. In assenza di una stadiazione della severità di malattia non si può andare oltre la considerazione che il fenomeno dei ricoveri ripetuti riguarda nei Presidi esterni i soggetti meno onerosi sotto il profilo assistenziale.

In conclusione, diversi aspetti che caratterizzano la mobilità passiva avvalorano l'ipotesi di una selezione attivamente operata dalle strutture esterne sui residenti della Asl Roma G.

Quando l'offerta sul territorio della Asl Roma G è scesa sotto una soglia critica, la mobilità passiva è divenuta prevalente e ha assunto proporzioni crescenti solo di recente (a partire dall'anno 2007) stabilizzate dall'introduzione dei tetti di produzione per gli erogatori privati e pubblici aziendalizzati (figura 4)⁸. Nel biennio 2009-2010 la gran parte della mobilità passiva è risultata diretta verso Presidi remunerati a prestazione (83,4% del numero di ricoveri e del tariffato) e verso quelli localizzati nell'area urbana di Roma (89,1% del numero di ricoveri; 89,3% del tariffato) (dati non mostrati). Negli anni precedenti i flussi della mobilità passiva hanno mostrato orientamenti del tutto analoghi.

Si può procedere ad un'analisi più approfondita separando l'insieme dei ricoveri nei Drg non comuni⁹ (su cui può esercitarsi la selezione delle patologie) dal collettivo dei ricoveri nei Drg comuni (su cui può operare la selezione dei pazienti).

Nell'ambito dei Drg non comuni (tabella 5) i Presidi esterni si avvantaggiano di una selezione delle patologie basata sulla remuneratività dell'episodio di ricovero come documentato dal valore tariffario medio, che è sempre largamente superiore a quello registrato nei Presidi interni. Sotto questo profilo la pressione selettiva tende a crescere consistentemente nel tempo, come indicato dalla sempre maggiore percentuale di pazienti reclutati nei Drg non comuni da parte dei Presidi esterni. La differenza di età media, più elevata nei Presidi interni, si riduce progressivamen-

⁸Sono considerati aziendalizzati gli erogatori remunerati a prestazione.

⁹Sono stati considerati comuni i Drg che nel periodo esaminato comprendono almeno 50 pazienti sia nei Presidi interni che in quelli esterni. Sono stati considerati non comuni i Drg che contengono meno di 50 pazienti nei Presidi interni e/o in quelli esterni.

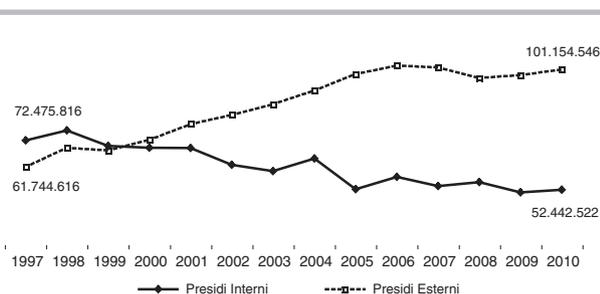


Figura 4 - Ricoveri acuti ordinari dei residenti della Asl Roma G. Tariffato totale (euro).

te. L'insieme di questi dati depone per una scrematura di mercato che tende a perdere una componente verticale e che è prevalentemente orizzontale, con un'intensità che tende a crescere nel corso del tempo.

Nell'ambito dei Drg comuni (tabella 6) appaiono invece evidenti i segni della selezione dei pazienti. Le ta-

riffe medie sono lievemente superiori nei Presidi esterni, nei quali però l'età media rimane sempre significativamente inferiore a riprova di una costante ed invariata scrematura basata sul carico assistenziale. La differenza di età si mantiene dopo standardizzazione per sesso e Drg e non è quindi legata ad una diversa distribuzione nelle due casistiche di queste due variabili (tabella 7)¹⁰.

Complessivamente dunque la popolazione della Asl Roma G è sottoposta ad una scrematura di mercato da parte degli erogatori esterni, prevalentemente aziendalizzati e per lo più localizzati nel nucleo urbano di Roma, che assume i caratteri sia della selezione delle patologie (tabella 5) che della selezione dei pazienti (tabella 6).

¹⁰L'analisi è stata eseguita sugli strati comuni, ciascuno dei quali è definito da Drg, sesso ed età >14 anni. Per i pazienti di età inferiore a 14 anni compresi nei Drg comuni, non si registrano differenze di età anche dopo standardizzazione per Drg e sesso.

Tabella 5 - Ricoveri acuti ordinari di residenti della Asl Roma G. Drg non comuni ai Presidi interni ed esterni

Periodo	Presidi interni				Presidi esterni			
	Ricoveri N.	%	Tariffa media (€)	Età media (aa)	Ricoveri N.	%	Tariffa media (€)	Età media (aa)
1997-1998	8.790	13,6	3.012	50,8	12.261	24,2	3.765	44,4
1999-2000	9.384	15,7	2.849	50,8	14.901	28,6	3.703	45,9
2001-2002	7.498	13,5	3.090	52,8	16.200	29,0	4.060	48,2
2003-2004	6.729	13,7	3.425	54,7	19.255	33,1	4.153	49,8
2005-2006	6.131	14,7	3.487	53,2	24.650	39,7	4.101	50,9
2007-2008	6.211	15,0	3.431	54,5	24.930	41,4	4.197	51,3
2009-2010	6.640	17,0	3.518	55,4	22.150	38,3	4.763	51,6
Totale	51.383	14,6	3.221	52,9	134.347	33,9	4.156	49,5

Fonte: Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.

Le percentuali dei ricoveri nei Drg comuni sono calcolate sui totali riportati nella tabella 3.

Tabella 6 - Ricoveri acuti ordinari di residenti della Asl Roma G. Drg comuni ai Presidi interni ed esterni

Periodo	Presidi interni				Presidi esterni			
	Ricoveri N.	%	Tariffa media (€)	Età media (aa)	Ricoveri N.	%	Tariffa media (€)	Età media (aa)
1997-1998	55.785	86,4	2.195	49,2	38.437	75,8	2.211	45,5
1999-2000	50.500	84,3	2.236	50,8	37.199	71,4	2.310	45,7
2001-2002	48.184	86,5	2.256	50,2	39.641	71,0	2.422	46,1
2003-2004	42.377	86,3	2.410	51,3	38.835	66,9	2.571	45,6
2005-2006	35.456	85,3	2.508	52,3	37.494	60,3	2.692	46,0
2007-2008	35.070	85,0	2.513	51,4	35.227	58,6	2.703	45,9
2009-2010	32.333	83,0	2.488	51,4	35.645	61,7	2.654	47,1
Totale	299.705	85,4	2.348	50,8	262.478	66,1	2.505	46,0

Fonte: Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.

Le percentuali dei ricoveri nei Drg non comuni sono calcolate sui totali riportati nella tabella 3.

Tabella 7 - Ricoveri acuti ordinari di residenti della Asl Roma G (età >14 aa) nei Drg comuni

Presidio	N.	Età media (aa)	Età media standardizzata (aa) ^a
Interno	54.624	58,1	58,1 -
Esterno	56.106	52,6	54,7 -

Fonte: Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.
^aStandardizzazione per Drg e sesso assumendo come standard la casistica interna.

5. Effetti sull'efficienza degli ospedali

Rilevanti risultano gli effetti della scrematura di mercato sulla capacità degli ospedali di Asl a fronteggiare una domanda di ricovero sempre più onerosa. Da questo punto di vista un dato importante è rappresentato dalla degenza media dei ricoveri effettuati dai Presidi della Asl Roma G. Nella figura 5 si può osservare che, a distanza di breve tempo dalla riforma introdotta dal d.lgs. 502/1992 ed entrata in vigore nel 1995, gli ospedali della Asl Roma G iniziano a ridurre significativamente la degenza media dei ricoveri da un valore pari a 7,25 giorni (ds ± 10,46) nel 1996 ad uno pari a 6,78 giorni (ds ± 6,98) nel 2001. Contrazioni di questa entità sono ritenute assolutamente significative anche negli studi internazionali (Louis et al, 1999). Tuttavia, a partire dall'anno 2002, la degenza tende invece ad aumentare sino ad arrivare al valore di 7,33 giorni (ds ± 8,19) che risulta superiore a quanto registrato nel 1996. Questo fenomeno riduce ulteriormente la capacità degli ospedali di ricoverare i residenti del proprio territorio di riferimento, chiudendo così un circolo vizioso che alimenta la mobilità passiva e favorisce ulteriormente la scrematura di mercato.

L'insieme dei dati rappresentati sinora porta alla conclusione che gli ospedali della Asl Roma G abbiano superato un punto critico oltre il quale non rie-

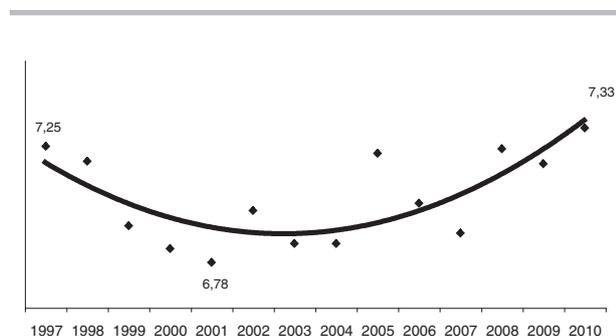


Figura 5 - Degenza media (giorni) nei Presidi interni della Asl Roma G.

scono più a gestire le proprie risorse di fatto governate da un sistema che assegna loro un ruolo passivo nella ricezione dei pazienti più anziani, più onerosi e meno remunerativi. Tale punto critico può essere individuato proprio dal livello di risorse al di sotto del quale la degenza media ha iniziato a crescere (figura 5) ed il tariffato della mobilità passiva ha superato quello dei ricoveri interni (figura 4). Esso è stato raggiunto nel corso del triennio 2000-2002 quando la dotazione di posti letti era mediamente di 2,16 pl % e pari al 53,4% del fabbisogno.

6. Effetti sul trattamento dei pazienti: il caso dell'infarto acuto del miocardio

Gli effetti della selezione dei pazienti sull'accessibilità alle cure, e quindi sull'equità dell'assistenza, sono chiaramente riconoscibili in un ambito fondamentale come la gestione dell'infarto acuto del miocardio (Ima).

La tabella 8 riporta i dati relativi alle emodinamiche cardiache interventistiche e alle angioplastiche coronariche¹¹ eseguite dopo Ima nell'anno 2005. La distribuzione degli interventi per territorio mostrava differenze di assoluta rilevanza con percentuali di Ptca inversamente proporzionali alla distanza da Roma, dove si concentravano i laboratori di emodinamica che oltre tutto non riuscivano a soddisfare l'intero fabbisogno regionale (Regione Lazio, 2006).

Negli anni successivi, con la pratica della Ptca ormai consolidata e le indicazioni cliniche ampliate e meglio definite, la situazione nella Regione Lazio risultava pressoché immutata. Nella tabella 9 sono rappresentati i dati relativi alla distribuzione delle emodinamiche cardiache interventistiche e alle angioplastiche coronariche. Gli indicatori considerati, la proporzione di Ptca eseguite entro 48 ore da un Ima o da un Ima di tipo STemi¹², sono considerati particolarmente importanti per il fatto che la precocità dell'intervento sembra determinare esiti clinici migliori ed in particolare una ridotta mortalità a breve termine (P.Re.Val.E., 2010). Anche in questo caso si deve rilevare che la proporzione di Ptca eseguite diminuisce progressivamente man mano che ci si allontana dal centro urbano di Roma, dove si colloca la

¹¹Con il termine di angioplastica coronarica e con l'acronimo di Ptca (da *Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty*) si intendono le procedure di riperfusione coronarica effettuate per via percutanea (angioplastica e/o inserzione di stent).

¹²Per STemi (acronimo da *ST elevation myocardial infarction*) si intende un infarto acuto del miocardio con soprasslivellamento del tratto ST. Per nSTemi si intende un infarto acuto del miocardio senza soprasslivellamento del tratto ST.

Tabella 8 - Ptca nella Regione Lazio. Anno 2005

Asl	Territorio	Emodinamiche cardiache ^a		Ptca eseguite da residenti ^b		Differenza Ptca eseguite/attese ^b
		N.	N.	N.	%	%
Asl Roma A-E	Comune di Roma	21		2.236	44,60	-4,83
Asl Roma F-G	Altri comuni della provincia di Roma	0		645	28,72	-40,15
Altre Asl del Lazio	Altre province del Lazio	2		495	17,98	-62,38
Asl RM G	Tivoli	0		234	30,55	-40,31
<i>Lazio</i>		<i>23</i>		<i>3.376</i>	<i>33,72</i>	<i>-28,82</i>

^aGise, 2011.^bRegione Lazio, 2006.

Tabella 9 - Ptca nella Regione Lazio. Anni 2007-2008

Asl	Territorio	Emodinamiche cardiache ^a		Ptca eseguite da residenti entro 48h da un Ima ^b		Ptca eseguite da residenti entro 48h da un Ima STemi ^b	
		N. totali	N. attive h24	N.	%	N.	%
Asl Roma A-E	Comune di Roma	18,5	15,0	2.543	31,81	1.462	45,46
Asl Roma F-G	Altri comuni della provincia di Roma	0,0	0,0	723	20,76	553	34,08
Altre Asl del Lazio	Altre province del Lazio	4,0	0,0	487	11,84	392	16,51
Asl RM G	Tivoli	0,0	0,0	261	22,03	203	38,23
<i>Lazio</i>		<i>22,5</i>	<i>15,0</i>	<i>3.753</i>	<i>24,08</i>	<i>2.407</i>	<i>33,37</i>

^aMedia degli anni 2007-2008 tratta da Gise, 2011.^bP.Re.Val.E., 2010.

totalità dei laboratori di emodinamica cardiaca interventistica in condizioni di eseguire procedure h24.

Alla luce dei dati riportati nelle tabelle 8 e 9 si può ben dire che i residenti della Asl Roma G subiscono una barriera d'accesso all'emodinamica cardiaca. Tale barriera riguarda sia gli Ima di tipo STemi sia quelli di tipo nSTemi. Si considerino i ricoveri di residenti della Asl Roma G effettuati direttamente (senza essere inviati da un altro ospedale) dai Presidi esterni dotati di emodinamica h24. Nel biennio 2007-2008¹³ essi sono stati complessivamente 463: i 264 STemi sono stati

trattati con Ptca nel 75,4% dei casi, mentre i 199 nSTemi hanno ricevuto la procedura nel 56,8% dei casi. Nell'assunzione che i Presidi esterni abbiano operato secondo indicazioni cliniche corrette e condivise, ci si aspetta che proporzioni simili di STemi e nSTemi vengano trasferite dai Presidi interni della Asl Roma G verso le emodinamiche cardiache h24. Invece nello stesso arco di tempo solo il 50,7% dei 111 STemi e solo il 36,8% dei 161 nSTemi risultano trasferiti da un Presidio interno verso un'emodinamica h24.

Rimane ancora da comprendere come opera la barriera di accesso. Un'indicazione importante scaturisce dall'analisi dell'età media dei ricoveri interni per Ima (tabella 10). Si consideri innanzitutto il biennio 2007-2008: i Presidi interni trasferiscono il 45,4% degli Ima ricoverati, nella maggior parte dei casi (274 su 298) verso strutture dotate di emodinamica. Sempre nei Presidi interni i pazienti trasferiti verso le emodinamiche hanno un'età media di 8 anni inferiore rispetto a quelli trattenuti. Nel biennio 2009-2010 tale differenza sale a quasi 10 anni.

¹³Per quanto riguarda l'analisi condotta sugli Ima sono stati inclusi i residenti nella Asl Roma G di età superiore a 17 anni, ricoverati in regime ordinario acuto con onere a carico del Ssn, identificati nel flusso informativo Sio attraverso i codici ICD-IX di diagnosi primaria o secondaria utilizzati nello studio P.Re.Val.E. (2010). Anche per la differenziazione tra infarto STemi e nSTemi è stato seguito il protocollo P.Re.Val.E. La Ptca è stata identificata con la presenza dei codici 3601, 3602, 3605, 3606 (biennio 2007-2008) o 0066 (biennio 2009-2010) in una delle procedure effettuate dal paziente.

Tabella 10 - Ricoveri per Ima di residenti della Asl Roma G in Presidi interni

Trasferimento	2007-2008		2009-2010	
	N.	Età media (anni)	N.	Età media (anni)
No	359	74,7	267	77,0
Si, verso Presidio senza emodinamica	24	72,1	19	73,2
Si, verso Presidio con emodinamica	274	66,7	206	67,3
Totale	657	71,3	492	72,8

Fonte: Sistema informativo ospedaliero della Regione Lazio.

L'insieme dei dati rappresentati nelle tabelle 9 e 10 indicano che, nel biennio 2007-2008, la barriera di accesso all'emodinamica opposta ai residenti della Asl Roma G tende a respingere i pazienti di età più elevata. Dunque, nella gestione dell'Ima, nonostante una legislazione che norma efficacemente il trasferimento dei pazienti verso i Dea di II livello, sembra comunque operante una scrematura di mercato basata sulla selezione dei pazienti.

Da considerare infine che anche nell'anno 2009 la proporzione di Ptca eseguite nella Regione Lazio (Gise, 2011) è risultata inferiore di almeno il 15% rispetto al fabbisogno atteso, sebbene il numero di emodinamiche cardiache attive h24 fosse da ritenersi sufficiente (d.c.a. 74/2010). In particolare è risultato largamente insufficiente il numero di angioplastiche coronariche primarie.

In conclusione la gestione dell'Ima nel Lazio dimostra che:

1. -la concentrazione territoriale delle emodinamiche cardiache determina barriere di accesso e disparità di trattamento che tendono ad assumere la forma della scrematura verticale;
2. -le emodinamiche cardiache così distribuite non riescono a farsi carico dell'intero fabbisogno regionale e nemmeno a servire adeguatamente la propria popolazione di riferimento.

7. Conclusioni

Nell'assistenza ospedaliera il fenomeno della scrematura di mercato comporta conseguenze non ancora completamente indagate. Nella Asl Roma G, un'offerta ospedaliera sempre più insufficiente ed inadeguata alimenta una mobilità passiva di grandi proporzioni e favorisce le strutture esterne che operano sulla sua popolazione residente una selezione dei ricoveri più remunerativi e dei pazienti meno gravosi.

Una tale scrematura di mercato determina una duplice conseguenza. Innanzitutto produce barriere

di accesso alle cure per la popolazione, già operante in alcuni ambiti importanti come la gestione dell'infarto acuto del miocardio. In secondo luogo, gli ospedali della Asl Roma G si trovano a dover ricoverare pazienti più anziani e maggiormente onerosi incrementando le degenze medie e riducendo così ulteriormente la propria capacità ricettiva. Si chiude così un cortocircuito che finisce per incentivare una mobilità passiva ed una scrematura di mercato che penalizzano con ritmo crescente la Asl Roma G sotto il profilo assistenziale ed economico.

L'insieme delle evidenze emerse, sebbene individuate nell'ambito limitato della Asl Roma G, è di tale ampiezza e coerenza che rende plausibile la reale operatività della scrematura di mercato anche negli altri territori periferici della Regione Lazio, che pure soffrono le medesime asimmetrie di mercato. Una tale supposizione sembra del resto avvalorata almeno nell'ambito della gestione dell'Ima, dove la disparità di trattamento dei pazienti penalizza tutte le Asl periferiche (tabelle 8 e 9).

La piena comprensione del fenomeno della scrematura di mercato risulta decisiva ai fini della corretta analisi delle risposte che il mercato sanitario oppone alle politiche regionali. Così il meccanismo della selezione verticale rischia di essere alimentato dallo strumento dei tetti programmati di produzione utilizzato da molte Regioni nel contesto di una politica di contenimento dei costi ed adottato anche nella Regione Lazio, con esclusione degli ospedali a gestione diretta, a partire dall'anno 2007 (d.g.r. 143/2006). Infatti, i tetti di produzione limitano certamente le potenzialità erogative ma rischiano di incentivare la scrematura di mercato da parte di quelle strutture che, a fronte di rimborsi massimi prestabiliti, possono ridurre i costi selezionando i pazienti meno onerosi.

Inoltre, il fenomeno della scrematura di mercato pone con forza la questione dell'accessibilità alle cure e rende ormai ineludibile una programmazione regionale che corregga almeno l'asimmetria di risorse e trovi ancoraggio nel principio di equità orizzontale (Masseria, 2007), di cui l'aspetto territoriale¹⁴ costituisce una componente fondamentale sebbene non esaustiva (Granaglia e Compagnoni, 2007).

Nella Regione Lazio è in atto una profonda ristrutturazione della rete ospedaliera, che poggia su un asse portante: l'implementazione di un ampio numero di percorsi assistenziali¹⁵, organizzati secondo

¹⁴Per componente territoriale dell'equità orizzontale si intende l'assegnazione delle risorse nei diversi ambiti geografici in rapporto ai bisogni delle popolazioni.

¹⁵I decreti del commissario ad acta emanati nell'anno 2010 n. 56-59 e 73-79 prevedono l'istituzione o modificano la struttura di reti assistenziali nei seguenti ambiti: neonatologia, malattie emorragiche, malattie infettive, oncologia, emergenza, cardiologia, cardiocirurgia, malattie cerebrovascolari, trauma, chirurgia maxillofaciale, chirurgia della mano, chirurgia plastica.

il modello *hub-spoke*, all'interno di quattro macro-aree che riaggregano le Asl sulla base della popolazione, della viabilità, dell'offerta attuale e delle afferenze della rete dell'emergenza¹⁶. Le macro-aree così individuate nell'anno 2010 risultavano costituite da una media di 1.406.678 residenti.

Una tale riaggregazione territoriale, se appare necessaria per garantire la funzionalità delle reti assistenziali che utilizzano le alte specialità, non può comunque costituire la base di una più ampia politica di equa redistribuzione delle risorse. E questo per una ragione fondamentale, peraltro chiaramente espressa nella stessa normativa di riferimento: le macro-aree sono costruite sull'offerta già esistente, per lo più concentrata nell'area urbana di Roma. Il rischio reale è che una logica programmatica di tipo centripeto generi ulteriori disequilibri.

In Gran Bretagna, il paese dove maggiore e più antica è l'esperienza di politiche di equità dell'assistenza sanitaria, il trasferimento delle risorse pubbliche dal governo centrale alle autorità sanitarie locali è ponderato sulla numerosità degli assistiti, sullo stato di salute della popolazione misurato in termini di mortalità e su indicatori di deprivazione socioeconomica (Carr-Hill RA et al, 1994; Scottish Executive Health Department, 2005; Smith, 2008). La deprivazione socioeconomica viene misurata su ambiti territoriali sufficientemente piccoli (*small area*) da consentire l'individuazione di gruppi di popolazione relativamente omogenei sotto il profilo socioeconomico (Testi e Ivaldi, 2004). Da qui la necessità di studiare i bisogni sui territori di competenza delle singole autorità sanitarie (National Public Health Service for Wales, 2004; Scottish Executive Health Department, 2005). Infatti, se la popolazione studiata fosse troppo ampia, i risultati delle analisi risentirebbero della non linearità delle relazioni tra variabili socioeconomie e stato di salute (Testi et al, 2005). Anche per questa ragione le macro-aree non possono costituire la base territoriale di partenza per un'equa ripartizione delle risorse.

In conclusione, per quanto riguarda il Lazio, se è comprensibile che in una fase iniziale la riorganizzazione della rete ospedaliera poggia sull'esistente, sembra altrettanto doveroso iniziare a riflettere su una diversa e più equa ripartizione dell'offerta sul territorio regionale che consenta di rimuovere le barriere di accesso, di cui la scrematatura di mercato sembra un elemento costitutivo fondamentale.

Autore per la corrispondenza

Carlo De Luca, carlo.deluca@aslromag.it

¹⁶D.c.a. 48/2010 (Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica negli standard previsti dal Patto per la Salute 2010-2012); d.c.a. 80/2010 (Riorganizzazione delle rete ospedaliera regionale).

Bibliografia

- Adduce A, Lorenzoni L (2004), Metodologia e primi risultati di un'indagine ministeriale sui costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero, *Politiche sanitarie*, 5: 158-172.
- Barbetta GP, Turati G (2001), L'analisi dell'efficienza tecnica nel settore della sanità. Un'applicazione al caso della Lombardia, *Econ Pubblica*, 2: 97-127.
- Berta P, Callea G, Martini G, Vittadini G (2009), *The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the Italian hospitals efficiency: a population-based investigation*, MPRA paper no. 17671, posted 5 october 2009. Consultabile online al seguente indirizzo: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/17671/>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Canta C, Piacenza M, Turati G (2005), *Riforme del servizio sanitario nazionale e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte*, Working Paper Ceris-Cnr 15. Consultabile online al seguente indirizzo: http://www.ceris.cnr.it/ceris/working-paper/2005/WP_15_05_CANTA_PACENZA.pdf. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Carbone C, Jommi C, Salvatore D (2004), I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi, in Annessi Pessina E, Cantù E (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 125-158. Consultabile online al seguente indirizzo: http://portale.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/Capitolo4_Oasi%202004_2.pdf. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Carr-Hill RA, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon TA, Smith P (1994), *A formula for distributing revenues on small area use of hospital bed*, Centre for Health Economics, University of York. Consultabile online al seguente indirizzo: <http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/occasionalpapers/CHE%20Occasional%20Paper%2022.pdf>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Ciccone G, Bertero D, Bruno A (1999), Qualità dei dati o qualità dell'assistenza? Confronto tra diversi metodi di standardizzazione per gravità clinica, basati sulla scheda di dimissione, nell'analisi della mortalità ospedaliera, *Epidemiol Prev*, 23: 286-293.
- De Luca C, Cannistrà A (2007), Asimmetria di sistema nell'assistenza ospedaliera: il caso della Asl di Tivoli, *Politiche sanitarie*, 8: 82-88.
- De Luca C, Cannistrà A (2008), Scrematatura di mercato ed efficienza nell'assistenza ospedaliera. Proposta di un modello di analisi, *Mecosan*, 65: 57-70.
- De Luca C, Cannistrà A (2010a), Scrematatura di mercato e mortalità ospedaliera da bronchite cronica riacutizzata nella Asl Roma G, *Tendenze Nuove*, 4: 413-431.
- De Luca C, Cannistrà A (2010b), *Asl Roma G Atlante demografico e sanitario*. Consultabile online al seguente indirizzo: http://www.aslromag.info/archivio11/sistema_informativo/doc/Atlante_Asl_2010.pdf. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Ellis RP, McGuire TG (1996), Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection and practice-style effects, *J Health Econ*, 15: 257-277.
- Fabbri D (1999), Riforma sanitaria e produzione ospedaliera, *AMS Acta*. Consultabile online al seguente indirizzo: <http://amsacta.cib.unibo.it/704/>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Friesner DL, Rosenman R (2009), Do hospitals practice cream skimming?, *Health Serv Manage Res*, 2: 39-49.
- Gise (Società Italiana di Cardiologia Invasiva) (2011), *Attività dei laboratori italiani di emodinamica*. Consultabile online al seguente indirizzo: http://www.gise.it/il_gise/122/attivita_dei_laboratori. Ultima consultazione: giugno 2011.

- Granaglia E, Compagnoni V (2007), *Disuguaglianze sanitarie e Mezzogiorno*, in Ministero dello Sviluppo Economico (a cura di), Dipartimento per le politiche di sviluppo e di coesione, Unità di valutazione degli investimenti pubblici (UVAL). Consultabile all'indirizzo: <http://www.dps.tesoro.it/documentazione/uval/disuguaglianze%20sanitarie%20e%20mezzogiorno.pdf>.
- Iglehart JK (1986), Early experience with prospective payment of hospitals, *N Engl J Med*, 314: 1460-1464.
- Istat, Settore Sanità e Previdenza (2000), *Dimissioni dagli istituti di cura in Italia, anno 2000*. Consultabile online al seguente indirizzo: www.istat.it/dati/catalogo/20030528_00. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Levaggi R, Capri S (2005a), Introduzione, in Levaggi R, Capri S, *Economia sanitaria*, Milano, Franco Angeli, pp 9-23.
- Levaggi R, Capri S (2005b), La stima della produttività, in Levaggi R, Capri S, *Economia sanitaria*, Milano, Franco Angeli, 95-105.
- Levaggi R, Montefiori M (2004), Concorrenza e scrematatura nel mercato sanitario, *Politiche sanitarie*, 5: 122-135.
- Louis DZ, Yuen EJ, Braga M, Cicchetti A, Rabinowitz C, Laine C, Gonnella JS (1999), Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy, *Health Services Res*, 34: 405-415.
- Masseria C (2007), I determinanti delle disuguaglianze di salute: una rassegna di letteratura, in Giannoni M, Rabito G, Masseria C (a cura di), *Le monografie, L'equità nell'accesso alle cure sanitarie: prime stime e confronti interregionali*, 6: 7-23.
- Mazzei L (2005), *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale in vigore*. Primo aggiornamento, Centro studi di economia sanitaria Ernesto Veronesi, aprile 2005.
- National Public Health Service for Wales (2004), *Deprivation and health*. Consultabile online al seguente indirizzo: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/368/Deprivationreport10Dec04.pdf>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Pinto C (2010), *Efficienza e produttività negli ospedali del SSN Italiano: un'analisi non parametrica su dati panel*, 15° Convegno annuale dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES), Moncalieri (TO) 30 settembre-1 ottobre 2010. Consultabile online al seguente indirizzo: <http://www.coripe.unito.it/files/pinto.pdf>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- P.Re.Val.E. (2010), *Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari 2006-2008*. Consultabile online al seguente indirizzo: http://151.1.149.72/vislazio/vis_index.php. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Rebba V, Rizzi D (2006), *Measuring hospital efficiency through data envelopment analysis when policy-makers' preferences matter: an application to a sample of Italian NHS hospitals*, Working paper 13/2006 from University of Venice 'Ca' Foscari', Department of Economics. Consultabile online al seguente indirizzo: http://www.dse.unive.it/fileadmin/templates/dse/wp/WP_DSE_Rebba_Rizzi_13_06.pdf. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Regione Lazio, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica (2006), *Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera*. Consultabile online al seguente indirizzo: <http://www.cisllazioanita.it/images/DOCUMENTAZIONE/RIORDINO-SP/DOC/riordino%20rete%20ospedaliera%20documento%20definitivo%2013nov%202006.pdf>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Rothman KJ (1976), Causes, *Am J Epidemiol*, 104: 587-592.
- Russel LB, Manning CL (1989), The effect of prospective payment on Medicare expenditures, *NEJM*, 320: 439-444.
- Schwartz WB, Mendelson DN (1991), Hospital cost containment in the 1980s, *NEJM*, 324: 1037-1042.
- Scottish Executive Health Department (2005), *Fair shares for all. Final report, National Review of Resource Allocation*. Consultabile online al seguente indirizzo: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2005/10/19142752/27522>. Ultima consultazione: giugno 2011.
- Smith PC (2008), Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience, *Bull World Health Org*, 86: 884-888.
- Testi A, Ivaldi E (2004), *Una proposta di indicatore di deprivazione*, Convegno nazionale dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria, Università Bocconi, Milano, 4-5.
- Testi A, Ivaldi E, Busi A (2005), Caratteristiche e potenzialità informative degli indici di deprivazione, *Tendenze Nuove*, 2: 111-125.