

## Programmazione ospedaliera e flussi di pazienti: esperienza senese

G.G. Messina\*, P. Addari\*\*, C. Macchi\*\*, N. Nante\*.\*\*

*Parole chiave: Mobilità dei pazienti, quasi-mercato, programmazione ospedaliera*

*Key words: Patient mobility, quasi-market, health care policy*

### Summary

#### *Hospital policy' effects on patient mobility: Siennese experience*

*The Italian National Health Service (S.S.N.), adopted in 1978 (Law n°833) and based on Beveridge's model, emphasises the citizens freedom to choose and the equal opportunity in accessing health care structures. Local Health Authorities - L.H.A. (U.S.L.-Unità Sanitarie Locali) become owners of almost all the structures in their territories and directly responsible for the satisfaction of all residents health needs. The former hospitals' network, based on independent first, second and third level public hospitals, in potential competition, was dismantled. Hospitals' financing, the main economic role of the S.S.N., was based on the documented running expenses: therefore the hospital interest to attract patients diminished and expenses increased in an uncontrolled way.*

*In 1992, the Italian Government, (re)introduced (Law n°502) the quasi-market administered competition between Italian hospitals, making the major ones independent (Aziende Ospedaliere - A.O.) from the L.H.A. Hospital income from then is based on DRGs; the L.H.A. (and hospitals) leadership is now entrusted to managers and not politicians.*

*We describe now how these changes were experienced by our hospital (A.O. Senese), placed in Southern Tuscany, Italy.*

*We elaborated hospitalisation data regarding residents in the province of Siena (252.000 inhabitants) and activity data regarding its main hospital (A.O. Senese, 1.200 beds, 47.000 admissions/year).*

*Using the Gandy's Nomogram, we show the variation of patients mobility from 1988 to 1999.*

*Our survey demonstrates that the Italian hospital system answers well enough to the legislative regulations: following the Law 833/1978 our hospital diminished its ability to attract patients from other areas; at the same time migrations of hospitals patients from Siena increased. Following the Law 502/1992, the power of attraction of our hospital is increased. Nevertheless the flow of escape continued to increase. It appears that to discourage the attraction power, means to promote the loss of perceived quality and that it is difficult to correct such effects.*

\*Laboratorio di Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

\*\*Direzione Generale e Sanitaria, Azienda Ospedaliera Senese, Siena

## Introduzione

Attorno all'ospedale, servizio pubblico erogatore di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, principale voce di spesa del sistema sanitario italiano, si è organizzata finora la politica sanitaria del paese (5).

La legislazione ospedaliera degli anni '30 (8, 38-39) prevedeva una classificazione degli Ospedali, in I, II, e III livello ed in Infermerie. Nel 1968 la Legge 132 (21) riclassificò gli Ospedali, in Generali (Regionali, Provinciali e Zonali) e Specializzati (Regionali e Provinciali) in base al numero dei malati assistiti ed al tipo e numero delle discipline presenti. Essi mantenevano lo "status" di Enti Autonomi.

La Legge 833 del 1978 (22), istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, stabilì, invece, che ogni cittadino avrebbe dovuto trovare nell'ambito della propria U.S.L. il completo soddisfacimento dei propri bisogni sanitari (ivi compresi quelli di ricovero ospedaliero). Le U.S.L. diventavano proprietarie di tutte le strutture situate nel loro territorio ed acquisivano il ruolo di erogatrici di tutti i servizi necessari ai propri residenti. Veniva, dunque, smantellata la preesistente rete ospedaliera, basata su strutture indipendenti, in potenziale competizione tra loro nell'attrarre pazienti (direttamente o indirettamente - tramite le assicurazioni mutualistiche - paganti, in base al numero delle giornate di degenza fruite).

Con la Legge 833/78 entrò in vigore un sistema di finanziamento dell'ospedale basato sulla spesa storica: questo fece diminuire l'interesse ad attrarre pazienti da territori lontani. Il concetto di presidio a valenza multizonale veniva previsto interessare il minor numero possibile di casi. Per rendere più perseguibile "l'autosufficienza" delle U.S.L. auspicata dalla Legge 833, i Decreti Legislativi 502 del 1992 (9) e 517 del 1993 (10), riformatori del S.S.N., aumentarono il bacino territoriale delle stesse (rendendolo di

norma coincidente con gli ambiti delle province). Gli stessi Decreti riconoscevano comunque, esplicitamente, con la creazione delle Aziende Ospedaliere, l'inevitabile sovrarazionalità di alcune funzioni di ricovero ospedaliero.

La più sostanziale riforma introdotta da detti Decreti fu quella del sistema di finanziamento delle strutture ospedaliere che, essendo stato per tutti gli anni '80 sostanzialmente "a piè di lista", aveva portato ad un aumento incontrollato della pubblica spesa: a decorrere dal primo gennaio 1995, l'U.S.L. è, in virtù delle nuove disposizioni, tenuta a rimborsare "a tariffa" le prestazioni fruite dai propri assistiti presso altre strutture (la cosiddetta "mobilità passiva"), mentre ottiene un rimborso (la cosiddetta "mobilità attiva") per l'assistenza erogata ai cittadini residenti in altra U.S.L. Le tariffe dei ricoveri ospedalieri rispondono alla classificazione dei casi in Diagnosis Related Groups (32).

Il principio della libertà di scelta del luogo di cura e la sua espressione come mobilità degli assistiti non rappresentavano una novità assoluta per il sistema sanitario italiano. Le importanti innovazioni introdotte con la riforma degli anni '90 (maggiore responsabilizzazione finanziaria delle regioni, aziendalizzazione come strumento per realizzare l'autonomia e l'efficienza gestionale, remunerazione "a tariffa" delle prestazioni erogate come base di un meccanismo competitivo, direzione delle Aziende affidata non più a politici, insensibili alla competizione di mercato, bensì a managers) ponevano tale principio a cardine della programmazione sanitaria (2, 14).

In questo lavoro descriviamo le ripercussioni che le sopradescritte evoluzioni normative hanno avuto sull'attività del nostro Ospedale: in particolare abbiamo voluto studiare come è andata trasformandosi la capacità del Policlinico Senese (Azienda Ospedaliera Senese) di soddisfare la domanda di assistenza locale, e di attirare pazienti resi-

denti in zone lontane, nonché il fenomeno delle "fughe di pazienti", cioè il ricorso a strutture non senesi di persone residenti nell'area di nostro diretto interesse. Obiettivo del lavoro è dunque quello di verificare l'impatto di modifiche legislative sulla mobilità dei pazienti.

**Materiali e Metodi**

Nella Figura 1 è presentata una mappa della zona cui principalmente si riferisce l'attività del Policlinico Senese oggetto della presente indagine. Detto Ospedale si trova nel comune di Siena, capoluogo dell'omonima provincia, confinante con le province di Grosseto ed Arezzo (che con la stessa, costituiscono l'Area Vasta "Toscana Sud-Est"), di Firenze e Pisa e con la regione Umbria. Nel 1988 il Policlinico Senese era inquadrato nel Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) come insieme di presidi della Unità Sanita-

ria Locale 30 "Area Senese" (circa 120.000 residenti). Era stato da poco avviato il processo di accorpamento di tutti i reparti nella nuova struttura costruita in località Le Scotte: monoblocco cresciuto per lotti disposti in linea.

Il bacino di utenza dell'Ospedale superava i 17 comuni, tra cui la stessa Siena, che costituivano l'ambito territoriale della USL e, per certe discipline, quelli della stessa provincia di Siena (circa 250.000 residenti).

A seguito del D.Lgs. 502/92 (9) la struttura, per la caratterizzante vocazione universitaria e per la significativa presenza di alte specializzazioni, veniva costituita in Azienda Ospedaliera.

L'A.O. "Senese" cui vennero attribuiti anche i presidi di Abbadia S. Salvatore (sul Monte Amiata: n° 62 posti letto) e di Montalcino (nell'interland senese: n° 32 posti letto) venne scorporata dalla USL (la quale divenne ASL 7, e acquisì il bacino di tutta la provincia di Siena).

In Tabella 1 è sintetizzata l'evoluzione strutturale e funzionale dell'ospedale nel periodo studiato.

Una precedente indagine aveva già raccolto ed elaborato i dati relativi agli anni 1988, 1991 e 1992 (1); la presente indagine integra il citato lavoro relativamente agli anni 1997, 1998 e 1999.

Occorre considerare che il bacino di utenza non è previsto essere lo stesso per tutte le attività del Policlinico Senese, infatti:



Fig. 1 - Mappa della Regione Toscana con le Province e le 4 Zone Senesi. Area Vasta Toscana "Sud-Est":

- ASL 7 = Provincia di Siena con le sue 4 zone: Senese (ex USL 30), Amiata Senese (ex USL 32a), Alta Val d'Elsa (ex USL 19) e Val di Chiana Senese (ex USL 31);
- ASL 8 = Provincia di Arezzo (ex USL 22, 23 e 24)
- ASL 9 = Provincia di Grosseto (ex USL 27, 28, 29 e 32b)

Tabella 1 - Evoluzione del Policlinico Senese nel periodo oggetto dell'indagine

Anno	n° reparti di degenza	n° posti letto	n° ricoveri effettuati
1988	41	1447	32554
1991	42	1397	39013
1992	42	1367	42241
1997	53	1194	47576
1998	57	1122	45949
1999	57	927	41320

– il Piano Sanitario Regionale Toscano 1990-92 (35), individuava per il nosocomio senese reparti con bacino di utenza zonale, altri con bacino esteso alla intera provincia di Siena (territorio delle ex UU. SS. LL. 19, 30, 31 e, in parte, della 32) altri con bacino di utenza allargato al territorio della provincia di Grosseto (ex UU.SS.LL. 27, 28, 29 e parte della 32) e/o a quella di Arezzo (UU.SS.LL. 22, 23, 24);

– il bacino di utenza della Azienda Ospedaliera Senese, in base al Piano Sanitario Regionale Toscano 1996/98 (36) ed a quello seguente 1999/2001 (37), è costituito dalle Zone "Senese" 135.200 abitanti, per quanto riguarda la casistica cosiddetta "di base". Relativamente ai ricoveri di "alta specialità" (attività cosiddette "regionali") il bacino di utenza pianificato per l'Azienda Ospedaliera Senese è costituito dalla popolazione delle province di Siena (ASL 7: circa 252.000 abitanti composta dalle sue 4 zone: "Senese", "Amiata Senese", "Alta Val d'Elsa" e "Val di Chiana Senese"), di Arezzo (ASL 8: circa 318.000 abitanti) e di Grosseto (ASL 9: circa 217.000 abitanti) per un totale di circa 787.000 abitanti (Area Vasta Toscana "Sud-Est");

– mentre l'individuazione di bacini di utenza per ciascuna Unità Operativa da parte del P.S.R. 1990/92 era precisa, maggiori problemi pongono i più recenti orientamenti regionali nella individuazione di quali siano le attività di "base" e quelle di "alta specialità". Questo è il motivo per cui nel nostro lavoro consideriamo complessivamente senza distinzione la casistica.

Sono stati, raccolti dall'archivio aziendale i dati SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) relativi ai ricoveri effettuati dall'Azienda Ospedaliera senese negli anni 1997, 1998, e 1999, e dall'archivio regionale i dati relativi ai ricoveri di residenti nelle ASL 7 (provincia di Siena), ASL 8 (provincia di Arezzo), e ASL 9 (provincia di Grosseto) ovunque effettuati in Italia (Tabella 2).

L'archivio regionale non disponeva dei dati relativi alle "fughe" all'estero. Solo la ASL 8 di Arezzo, e solo per un anno, ha risposto alla nostra richiesta di dati relativi a pazienti ricoverati in ospedali stranieri (23 pazienti nel 1997).

In maniera grafica, l'analisi integrata della mobilità è stata effettuata mediante il *nomogramma di Gandy* (17), per il quale è stata adottata la seguente simbologia e relative definizioni:

– Ricoveri in loco di residenti nel bacino di utenza previsto = Rr

– Ricoveri di "immigrati" da altri bacini di utenza (attrazioni) = A

– Ricoveri di residenti nel bacino di utenza in altre strutture (fughe) = F

– Pazienti, residenti e non nel bacino, ricoverati nell'ospedale (attività svolta dall'ospedale) = Rr+A

– Pazienti residenti nel bacino di utenza e ricoverati in un qualsiasi ospedale (domanda) = Rr+F

Asse X =  $Rr/(Rr+A)*100$  (percentuale dei ricoveri di residenti sul totale dei ricoveri nell'ospedale)

Asse Y =  $Rr/(Rr+F)*100$  (percentuale della domanda di ricovero di residenti nel bacino di utenza soddisfatta in loco)

$Y/X = (Rr+A)/(Rr+F) = \text{Nomogramma di Gandy}$

Con un flusso migratorio equivalente e bilanciato  $A=F$ , ci si sposta lungo la bisettrice fino al punto W in cui  $A=F=0$ : assenza, cioè, di movimenti da altri bacini di utenza e per altre strutture.

Di solito, nel quadrante superiore destro si concentrano le situazioni "normali" (sopra e sotto la bisettrice a seconda che ci sia un eccesso di immigrati o viceversa).

Negli altri quadranti, invece, vanno a cadere le situazioni più sbilanciate (in cui il flusso migratorio supera quello dei ricoveri in loco dei residenti) (16, 17, 19, 24).

Si consideri, tuttavia, che la attuale normativa nazionale e regionale relativa alla

Tabella 2 - Ricoveri di Residenti nell' Area Vasta SI-AR-GR in ospedali regionali e nazionali e ricoveri effettuati da cittadini italiani nel Policlinico Senese negli anni 1997, 1998 e 1999

Provenienti da:	Ricoverti in: Policlinico Senese + Ospedali Abbadia S.Salvatore e Montalcino N°(%)												Ospedali ASL 7 (provincia di Siena) N°(%)						Ospedali ASL 8 (provincia di Arezzo) N°(%)						Ospedali ASL 9 (provincia di Grosseto) N°(%)						Altri Ospedali Toscani/Italiani N°(%)						TOTALI per residenza N°(%)					
	1997		1998		1999		1997		1998		1999		1997		1998		1999		1997		1998		1999		1997		1998		1999		1997		1998		1999							
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)						
Zona Senese	20619	(81,6%)	19145	(78,1%)	16285	(78,1%)	1475	(5,9%)	1614	(6,9%)	1580	(7,6%)	360	(1,4%)	454	(1,9%)	438	(2,1%)	352	(1,4%)	310	(1,3%)	396	(1,9%)	2132	(8,5%)	1931	(8,2%)	2163	(10,4%)	24938	(100%)	23454	(100%)	20862	(100%)						
Zona Amiata Senese	2586	(70,2%)	2618	(70,7%)	2384	(65,9%)	403	(10,9%)	471	(12,7%)	662	(18,3%)	66	(1,8%)	62	(1,7%)	76	(2,1%)	256	(7%)	215	(5,8%)	166	(4,6%)	371	(10,1%)	336	(9,1%)	328	(9,1%)	3682	(100%)	3702	(100%)	3616	(100%)						
Zona Alta Val d'Elsa	3722	(30,1%)	3290	(27,2%)	3103	(25,9%)	6826	(55,2%)	7203	(59,5%)	7185	(59,9%)	62	(0,5%)	54	(0,4%)	84	(0,7%)	74	(0,6%)	62	(0,5%)	50	(0,4%)	1688	(13,6%)	1504	(12,4%)	1573	(13,1%)	12372	(100%)	12113	(100%)	11995	(100%)						
Zona Val di Chiana Senese	2355	(15,8%)	2171	(14,3%)	1928	(13,4%)	8546	(57,2%)	8818	(57,9%)	8221	(57%)	1380	(9,2%)	1566	(10,3%)	1498	(10,4%)	44	(0,3%)	75	(0,5%)	66	(0,5%)	2607	(17,5%)	2600	(17,1%)	2701	(18,7%)	14932	(100%)	15230	(100%)	14414	(100%)						
Totale ASL 7	29282	(52,4%)	27224	(50%)	23700	(44,6%)	17250	(30,8%)	18106	(33,2%)	17648	(34,7%)	1868	(3,3%)	2136	(3,9%)	2096	(4,1%)	726	(1,3%)	662	(1,2%)	678	(1,3%)	6798	(12,2%)	6371	(11,7%)	6765	(13,3%)	55924	(100%)	54499	(100%)	50887	(100%)						
ASL 8	1607	(2,6%)	1721	(2,7%)	1544	(2,4%)	964	(1,6%)	776	(1,2%)	652	(1%)	48000	(77,7%)	50459	(79,2%)	50896	(79,6%)	158	(0,3%)	138	(0,2%)	102	(0,2%)	11027	(17,9%)	10592	(16,6%)	10742	(16,8%)	61756	(100%)	63686	(100%)	63936	(100%)						
ASL 9	3697	(7,7%)	3542	(7,8%)	3400	(7,8%)	300	(0,6%)	348	(0,8%)	440	(1%)	188	(0,4%)	264	(0,6%)	334	(0,8%)	36316	(76%)	33996	(74,7%)	31962	(73,6%)	7293	(15,3%)	7389	(16,2%)	7271	(16,8%)	47794	(100%)	45539	(100%)	43407	(100%)						
Totale Arca Vasta	34586	(20,9%)	32487	(19,8%)	28644	(18,1%)	18514	(11,2%)	19230	(11,7%)	18740	(11,8%)	50056	(30,3%)	52859	(32,3%)	53326	(33,7%)	37200	(22,5%)	34796	(21,3%)	32742	(20,7%)	25118	(15,2%)	24352	(14,9%)	24778	(15,7%)	165474	(100%)	163724	(100%)	158230	(100%)						

programmazione ospedaliera (ed i collegati meccanismi di finanziamento) sembrano prospettare per l'attività delle Aziende Ospedaliere una collocazione ottimale nel quadrante superiore sinistro.

Al fine di poter fare un confronto temporale tra le *performances* del nostro nosocomio complessivamente considerato, analogamente al modo in cui erano stati ricavati i valori relativi al 1988, 1991, e 1992 (1), i valori relativi al 1997, 1998 e 1999 sono stati ottenuti considerando i ricoveri prodotti dalla A.O. Senese in detti anni come se fossero

tutti "di base" e, quindi, come se il bacino di utenza dell'Azienda Ospedaliera Senese "in toto" fosse zonale (emi A.S.L. 7: "Zona Senese" + "Zona Amiata Senese").

## Risultati

Nella Tabella 3 è riportata la domanda di ricovero espressa dagli ambiti territoriali che più direttamente interessano l'Azienda Ospedaliera Senese (Area Vasta "Toscana Meridionale").

Tabella 3 - Dati di ospedalizzazione e percentuale di abitanti sopra i 65 anni relativi alla Toscana Meridionale (ASL 7 - Provincia di Siena, ASL 8 - Provincia di Arezzo, ASL 9 - Provincia di Grosseto)

	N. di abitanti	% abitanti > 65 anni	N. di abitanti ospedalizzati	Tassi di ospedalizzazione (‰)
<i>a) Anno 1997</i>				
Zona Senese	118844	25,3	24938	210
Zona Amiata Senese	15196	25,9	3682	242
Zona Alta Val d'Elsa	56178	21,5	12372	220
Zona Val di Chiana Senese	61662	25,2	14932	242
Totale ASL 7 (Siena)	251880	24,4	55924	222
ASL 8 (Arezzo)	318876	21,5	61779	194
ASL 9 (Grosseto)	216203	22,8	47794	221
Area Vasta (ASL 7,8,9)	786959	22,8	165497	210
<i>b) Anno 1998</i>				
Zona Senese	119025	25,5	23454	197
Zona Amiata Senese	15066	26,3	3702	246
Zona Alta Val d'Elsa	56560	21,6	12113	214
Zona Val di Chiana Senese	61418	25,5	15230	248
Totale ASL 7 (Siena)	252069	24,7	54499	216
ASL 8 (Arezzo)	320103	21,8	63686	199
ASL 9 (Grosseto)	215807	23,3	45539	211
Area Vasta (ASL 7,8,9)	787979	23,1	163724	208
<i>c) Anno 1999</i>				
Zona Senese	119339	25,5	20862	175
Zona Amiata Senese	14954	26,5	3616	242
Zona Alta Val d'Elsa	57152	21,7	11995	210
Zona Val di Chiana Senese	61354	25,5	14414	235
Totale ASL 7 (Siena)	252799	24,7	50887	201
ASL 8 (Arezzo)	321725	21,9	63936	199
ASL 9 (Grosseto)	215445	23,4	43407	201
Area Vasta (ASL 7,8,9)	789969	23,2	158230	200

Rapportando la domanda di ricovero complessivamente espressa dai vari ambiti territoriali considerati alla popolazione degli stessi, si rileva che nel 1997 la popolazione della provincia di Arezzo esprimeva il più basso indice di ospedalizzazione (194 ricoveri per 1000 abitanti); Siena e Grosseto esprimevano tassi (rispettivamente 222‰ e 221‰) decisamente superiori. La media di Area Vasta era 210‰. Si consideri che il P.S.R. Toscana 1996/98 poneva l'obiettivo di rimanere al di sotto del 160‰.

Confrontando i dati del 1997 con quelli degli anni successivi, gli indici di ospedalizzazione sono diminuiti per tutte le zone considerate ad eccezione proprio della provincia di Arezzo.

Si nota, altresì, che, nell'ambito della A.S.L. 7, la popolazione della "Zona Senese", in tutti gli anni presi in considerazione, mostra il tasso di ospedalizzazione più basso, e per gli anni 1998 e 1999, il minore dell'intera Area Vasta.

Si consideri che la popolazione della provincia di Siena ed in particolare delle Zone "Amiata Senese" e "Senese" ha una percentuale di anziani decisamente superiore rispetto alla media di Area Vasta (20) (Tabella 3). Ed è noto che la popolazione anziana esprime un maggior bisogno di ospedalizzazione.

Si noti che le modifiche intervenute nei tassi di ospedalizzazione non sembrano unicamente legate alle mutazioni nella struttura demografica (presenza di anziani uniformemente in crescita).

In Figura 2 si riporta il nomogramma di Gandy per gli anni 1988, 1991, 1992, 1997, 1998 e 1999 per l'ospedale senese nel complesso.

Come accennato, poiché i dati disponibili si riferiscono per i primi tre anni all'attività ospedaliera della U.S.L. 30 "in toto" e per gli anni 1997-1999 all'attività dei presidi dell'A.O. Senese nel complesso, per esigenze di sintesi e per ricostruire un'omogeneità che veda confrontati i dati attraverso le evo-

luzioni normate dai Piani Sanitari Regionali, negli anni 1988, 1991, 1992 l'ospedale è stato considerato come se fosse tutto a bacino di utenza zonale, mentre negli anni 1997-1999 tutte le attività dell'A.O. Senese sono state considerate "di base".

Si osserva uno spostamento del punto verso destra e verso il basso dal 1988 al 1992 e, da destra verso sinistra e sempre dall'alto verso il basso, nei tre periodi successivi; cioè è aumentato il potere di attrazione ed è proseguito l'aumento delle fughe dal bacino di utenza. Si nota che: la posizione del nostro

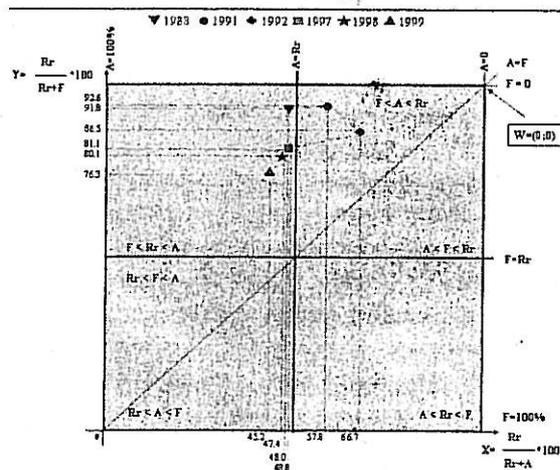


Fig. 2 - Nomogramma di Gandy - Policlinico Senese - Casistica complessiva

Asse X = Percentuale dei ricoveri dei residenti nelle Zone Senese e Amiata Senese sul totale dei ricoveri effettuati nel Policlinico Senese (+ Ospedali di Abbadia S. Salvatore e Montalcino).

Asse Y = Percentuale della domanda di ricovero espressa dai residenti nelle Zone Senese e Amiata Senese soddisfatta dal Policlinico Senese (+ Ospedali di Abbadia S. Salvatore e Montalcino).

A = Ricoveri di "immigrati" da altre Zone (Alta Val d'Elsa, Val di Chiana Senese), ASL, Regioni, Nazioni (attrazioni).

F = Ricoveri di residenti nelle Zone Senese e Amiata Senese in ospedali diversi dal Policlinico Senese (+ Ospedali di Abbadia S. Salvatore e Montalcino) (fughe).

Rr = Ricoveri nel Policlinico Senese (+ Ospedali di Abbadia S. Salvatore e Montalcino) di residenti nelle Zone Senese e Amiata Senese.

ospedale nel nomogramma di Gandy è sempre rimasta in un'area di qualità, dove le attrazioni sono più delle fughe e che negli ultimi anni il Policlinico Senese ha dunque riacquisito il ruolo di presidio complessivamente multizonale.

### Discussione e Conclusioni

Il Servizio Sanitario Nazionale, istituito nel 1978, basato sul modello Beveridge, enfatizza l'uguaglianza dei cittadini nell'accesso alle strutture sanitarie (13).

I D.Lgs. 502/92 e 517/93 ed il più recente D.Lgs. n. 229 del 1999, hanno voluto rafforzare la libertà di scelta del luogo di cura da parte dei cittadini: la programmazione regionale, che da un lato deve porre attenzione al contenimento dei costi, dall'altro deve tutelare i livelli qualitativi favorendo una maggiore competizione nell'offerta (18, 33-34).

Il principio che ogni Regione-ASL paga per i propri residenti fa sì che le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie Locali non possano più rimanere "insensibili" al fenomeno delle migrazioni dei pazienti: gli ospedali sono oggi incentivati ad attrarre pazienti, quindi a ricercare il loro gradimento, come nel privato da sempre è, come anche nel pubblico in passato è stato e come è logico che sia.

La nostra indagine dimostra chiaramente che il sistema risponde abbastanza bene ai dettati legislativi: a seguito della Legge 833/78, che disincentivava economicamente la capacità di attrazione degli ospedali, il Policlinico Senese ha diminuito tale capacità, come già evidenziato dal lavoro precedentemente pubblicato (1).

Con lo stesso già rilevavamo che contemporaneamente alla diminuzione delle "attrazioni" da parte del nostro ospedale, si verificava un aumento delle migrazioni di pazienti senesi verso strutture ospedaliere lontane.

Concludevamo detto lavoro con la previsione che l'aziendalizzazione, sancita dal

D.Lgs. 502/92, ed i mutati meccanismi di finanziamento, remunerazione a prestazione DRGs tariffata, degli ospedali, avrebbero dovuto provocare un'inversione di tendenza.

Come possiamo osservare a posteriori, detta inversione di tendenza si è, almeno parzialmente, verificata rispetto al 1992, nel 1997.

Il potere di attrazione del nostro ospedale è decisamente aumentato. È però, contemporaneamente proseguito l'aumento delle fughe dal nostro bacino di utenza. Questo fenomeno, che potrebbe anche solo essere "residuale" va assolutamente contrastato, pena il ridimensionamento e la futura decadenza del nostro Policlinico, che sta invece investendo molto nel potenziamento e nel miglioramento del servizio offerto (25-30).

Le motivazioni che spingono i pazienti a spostarsi possono essere di natura storica, strutturale, organizzativa, culturale, psicologica e di accesso al servizio (4, 5, 7).

Tra gli aspetti sopra citati, possiamo escludere che la mobilità ospedaliera, nel periodo da noi considerato, abbia risentito di variazioni nei collegamenti con l'ospedale; infatti, non ci sono stati degli interventi significativi a livello di vie di comunicazione nella provincia di Siena.

La Zona Senese, nell'ambito della quale è insediato il Policlinico, fa registrare il tasso di ospedalizzazione più basso dell'intera Area Vasta studiata. Ciò è in linea con i particolarmente bassi valori di ospedalizzazioni improprie riscontrati nel nostro Policlinico con indagini svolte nel recente passato (25-30).

Per contro, si rilevano tassi di ospedalizzazione piuttosto elevati nelle zone "Amiata Senese" e "Val di Chiana Senese" nelle quali è in corso un potenziamento dell'offerta di posti letto ospedalieri.

Non vi è dubbio che la distribuzione territoriale dei presidi e la facilità di accesso, oggetti di particolare attenzione da parte della pianificazione sanitaria, condizionano la qualità del servizio complessivamente inte-

so e percepito. È però tutto da dimostrare, che i pazienti, un tempo attratti dall'ospedale senese, abbiano poi trovato adeguata soddisfazione dei bisogni di assistenza nel loro luogo di residenza.

Tecnicamente, vengono distinte quattro diverse tipologie di mobilità dei pazienti:

a) per patologie-prestazioni con liste d'attesa tali da mettere a rischio la salute del paziente (3);

b) per prestazioni altamente specialistiche, non previste nell'area di residenza;

c) per mancanza d'offerta di prestazioni (cosiddetti "buchi di rete");

d) per scelta "qualitativa" del paziente (32).

Quest'ultima tipologia più propriamente configura i "flussi di infedeltà" dei pazienti (23).

Da un lato non sempre scelte razionali orientano gli spostamenti dei pazienti in base alla distribuzione territoriale dei presidi per le patologie più frequenti o alla concentrazione delle malattie più rare in istituti specializzati (6). Costituisce un fenomeno tipicamente italiano l'organizzazione di iter terapeutici che alla ricerca dell'altro affianca quella dell'altrove. È vero che ancora la geografia dell'offerta è tutt'altro che omogenea, ma è anche vero che, ad esempio in campo oncologico, si recano a curarsi in regioni lontane pazienti con malattie per le quali le tecniche terapeutiche sono già standardizzate (7).

Spesso, cioè, le scelte *ex ante* dei consumatori tendono ad essere guidate dalla costituzione di "capitali reputazionali" non obbligatoriamente basati su esperienze personali dirette, o su precisi elementi di valutazione (15).

Dall'altro lato riteniamo condivisibile e meritevole di attenzione scientifica l'espressione coniata nel 1956 dall'economista Tiebout "i pazienti votano con i piedi", cioè esprimono con i loro spostamenti verso l'una o l'altra struttura il loro giudizio di qualità:

in questo senso lo studio dei flussi di mobilità sanitaria può ovviare alla difficoltà di disporre di un meccanismo diretto ed oggettivo di rilevazione delle preferenze e della soddisfazione degli utenti (11).

I nostri dati sembrano indicare che disincantare il potere di attrazione di un ospedale può portare alla perdita di qualità (almeno percepita) del prodotto aziendale: non è poi facile arginare fenomeni perversi in tal modo instaurati.

Riteniamo anche che l'analisi della mobilità sanitaria possa e debba fornire indicazioni programmatiche oltre che valutative *ex post*.

L'introduzione del sistema tariffario e l'inevitabilmente collegato sistema di contrattazione interaziendale sono potenziali spinte all'efficienza dei processi sanitari e all'ottimizzazione qualitativa dell'offerta. La responsabilizzazione aziendale e la creazione di competenze distintive (con il rischio di adozione di strategie opportunistiche da parte dei produttori accreditati) può peraltro portare ad una non altrettanto ottimale distribuzione territoriale dell'offerta stessa (40).

Nel 1998 le Regioni italiane più ricercate dai pazienti sono state la Lombardia, l'Emilia Romagna, il Lazio e il Veneto. Le migrazioni più evidenti sono state dal Sud non solo verso il Lazio ma anche verso il Nord (12).

Ampie sono le diversificazioni dei flussi di mobilità tra le specialità medico-chirurgiche (31).

Oltre a facilmente censibili problemi di "rete" quali cause di spostamenti irrazionali sono state rilevate: difficoltà ad avere informazioni sugli indirizzi delle strutture, mancanza di fiducia nei medici, difficoltà di rapporto con i medici, difficoltà ad avere informazioni su diagnosi e prognosi (4, 7).

Abbiamo rilevato segni di non sempre razionale programmazione dell'offerta ospedaliera sul nostro territorio.

La nostra ricerca ha portato a rilevare anche importanti fughe di pazienti (soprattutto

aretini e grossetani, ma anche senesi): l'analisi dettagliata per casistica e per destinazione, appena avviata, costituisce la naturale prosecuzione di questo lavoro.

I risultati di questo studio, probabilmente suscettibili di qualche verifica, legata ad imperfezioni del sistema informativo (potrebbe, ad esempio, essere opportuno, accorpate più annate) dovranno essere analizzati più approfonditamente e discussi a vario livello.

Preme far rilevare che la ricerca relativa agli strumenti informativi può fortemente supportare decisioni e valutazioni, limitando una discrezionalità che, dal livello politico, a quello sindacale e perfino a quello accademico non può essere disgiunta dalla responsabilizzazione sui risultati anche a lungo termine prodotti.

#### Riassunto

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano, istituito nel 1978, basato sul modello Beveridge, enfatizza la libertà di scelta del luogo di cura e l'equità nell'accesso alle strutture sanitarie da parte dei cittadini. Con la Legge 833/78 le U.S.L. diventarono proprietarie di tutte le strutture situate nel loro territorio ed acquisirono il ruolo di erogatrici di tutti i servizi necessari ai propri residenti. Veniva, dunque, smantellata la preesistente rete ospedaliera, basata su strutture indipendenti di 1°, 2° e 3° livello, in potenziale competizione tra loro nell'attrarre pazienti. Il sistema di finanziamento degli ospedali, basato sulla spesa storica, fece diminuire l'interesse ad attrarre pazienti da territori lontani e portò ad un aumento incontrollato dei costi. Con il D.Lgs 502/92, il Governo Italiano ha (re)introdotta la competizione (modello del quasi-mercato) tra gli ospedali italiani, i principali dei quali sono stati resi autonomi - Aziende Ospedaliere - dalle U.S.L. La remunerazione degli ospedali è ora basata su un sistema tariffario legato ai DRGs. La direzione delle Aziende (U.S.L. o ospedali) è affidata non più a politici, insensibili alla competizione di mercato, bensì a managers. In questo lavoro descriviamo le ripercussioni che le sopradescritte evoluzioni normative hanno avuto sull'attività del nostro ospedale (Azienda Ospedaliera Senese).

Abbiamo elaborato i dati di ospedalizzazione dei residenti nella provincia di Siena (252000 abitanti) ed i dati di attività del suo ospedale principale (Azienda Ospedaliera Senese, 1200 posti letto, 47000 ricoveri/anno). L'analisi integrata della mobilità dal 1988 al 1999 è stata effettuata mediante il *nomogramma di Gandy*.

La nostra indagine dimostra che il sistema ha risposto abbastanza bene ai dettati legislativi: a seguito della Legge 833/78, il nostro ospedale ha diminuito la capacità di attrarre pazienti da altre zone, mentre le "fughe" di residenti verso strutture lontane sono aumentate.

In seguito al D.Lgs 502/92, il potere di attrazione del nostro ospedale è andato aumentando; ciò nonostante, anche le fughe hanno continuato ad aumentare. I nostri dati mostrano che scoraggiare il potere di attrazione di un ospedale si traduce di fatto in una perdita della qualità percepita; gli effetti di questa percezione sono poi difficili da correggere.

#### Bibliografia

1. Addari P, Nante N, Giannuzzi P, Ngoyi Ngongo K, De Bedin C, Mara E. Studio della mobilità sanitaria relativa al bacino di utenza del policlinico senese. *Atti Sez. Toscana S.It.I* 1995; 7: 51-59.
2. Bartlett W, Le Grand J, Roberts J.A. *Revolution in Social Policy: Lessons from Developments of Quasi-market in 1990s*. London: The Policy Press, 1998.
3. Brouwer W, van Excel J, Hermans B, Stoop A. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. *Health Policy* 2003; 63: 289-98.
4. Crotti N. Cancro: percorsi di cura: protocolli scientifici e discorso sul dolore. Roma: Meltemi, 1998.
5. Crotti N. La migrazione sanitaria. Valutazione ed interpretazione del fenomeno: problemi organizzativi ed assistenziali. In Geddes M, editor *La salute degli italiani, rapporto 1991*. Urbino: La Nuova Italia Scientifica, 1991: 137-53.
6. Crotti N. Le vie della speranza nelle migrazioni sanitarie. *Tempo Medico* 2000: 658.
7. Crotti N. Migrazioni Oncologiche. *Tempo Medico* 1998: 607.
8. DCG 20 luglio 1939. Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere. *GURI* 11 agosto 1939, n° 187.
9. D.Lgs 30 dicembre 1992, n° 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art 1 della legge 27 ottobre 1992, n° 421. *GURI* 30 dicembre 1992, n° 1992 (Suppl Ord).
10. D.Lgs 7 dicembre 1993, n° 517. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502, recante riordino della disciplina in materia sani-

- taria, a norma dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1992, n° 421. GURI 15 dicembre 1993, n° 293.
11. Degli Esposti G, Rimondi M, Virgilio G, Ugolini C. Matrici di mobilità per DRGs: analisi descrittiva ed applicazioni per la programmazione e politiche sanitarie regionali. *Mecosan* 1996; **19**: 53-62.
  12. Del Bufalo P. Lombardia in testa nei viaggi delle cure. *Il sole 24 Ore* 2000; **85**: 21.
  13. Donatini A, Rico A, Giuseppina d'Ambrosio M, et al. *Italy. Health Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
  14. Fabbri D, Fiorentini G. Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri. Bologna: Il Mulino, 1999.
  15. Fabbri D, Fiorentini G. Mobilità e consumo sanitario: Metodi per la valutazione del benessere. *Mecosan* 1996; **19**: 37-52.
  16. Franci A, Brusciaglia G, Belbusti G. Strumenti operativi per la gestione delle Unità Sanitarie Locali. Urbino: Montefeltro, 1981.
  17. Gandy R. A graphical representation of the inter-relationship between districts. *London: Hospital and Health Serv Rev* 1979; **75**: 50-1.
  18. Gioia V. La regolamentazione e il monitoraggio della mobilità sanitaria in Emilia Romagna. *Tendenze Nuove* 1999; **6**: 35-49.
  19. Gulino G, Ponzetti C. Applicazione evolutiva del sistema di controllo. *Organizzazione Sanitaria* 1999; **3**: 31-44.
  20. <http://www.regione.toscana.it/cif/indicato/indsetto.htm> (pagina accessibile il 19/11/2004)
  21. Legge 12 febbraio 1968, n° 132. Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera. GURI 12 marzo 1968, n° 68. 22. Legge 23 dicembre 1978, n° 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. GURI 28 dicembre 1978, n° 360 (Suppl Ord).
  23. Lo Martire G. L'azienda Sanità: centri di responsabilità, budget, controllo di gestione: guida per primari e medici. Milano: F. Angeli, 1998.
  24. Marchi M. Gli indicatori per l'analisi della attività ospedaliera. *Salute e Territorio* 1987; **54**: 60-4.
  25. Nante N, Vindigni C, Sapia A, et al. Studio epidemiologico sulla patologia mammaria a Siena condotto con l'analisi dei dati di attività ospedaliera. *Atti Sez. Toscana S.It.I* 1996; **8**: 103-17.
  26. Nante N, Sapia A, Vinci V, et al. Accessibilità e qualità formale delle cartelle cliniche del Policlinico Senese. *Atti Sez. Toscana S.It.I* 1996; **8**: 119-24.
  27. Nante N, Lattanzi M, Brogi M, et al. Studio sull'appropriatezza dei ricoveri nel Policlinico Senese nel 1994. *Atti Sez. toscana S.It.I* 1996; **8**: 125-35.
  28. Nante N, Vinci V, Brandini S, et al. Controllo di qualità sul dato informativo sanitario prodotto da un reparto di cardiocirurgia. *Atti Sez. Toscana S.It.I* 1996; **8**: 137-46.
  29. Nante N, Brogi M, Sapia A, Vinci V, Forti M, Addari P. Evoluzione dell'appropriatezza dei ricoveri nel Policlinico Senese dal 1994 al 1996. *Ann Ig* 1998; **10** (suppl 2): 370.
  30. Nante N, Sapia A, Agostino N, Airoidi C, Furfaro V, Addari P. Appropriatezza dei ricoveri in ospedali italiani del centro-nord. *Ann Ig* 1998; **10** (suppl 2): 137.
  31. Newton J, Goldacre M. How many patients are admitted in districts other than their own, and why? *J Public Health Med* 1994; **16**(suppl 2): 159-64.
  32. Pegorari M. Mobilità sanitaria. *Sanità News* 1998; **1**.
  33. Piano Sanitario Nazionale 1996-1998. Roma: Ministero Sanità, 1996.
  34. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Roma: Ministero Sanità, 1998.
  35. Piano Sanitario Regionale 1990-1992. Firenze: Edizione Regione Toscana, 1990.
  36. Piano Sanitario Regionale 1996-1998. Firenze: Edizione Regione Toscana, 1996.
  37. Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Firenze: Edizione Regione Toscana, 1999.
  38. RD 27 luglio 1934, n°1265. Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. GU 9 agosto 1934, n°186 (Suppl Ord).
  39. RD 30 settembre 1938, n° 1631. Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali. GU 25 ottobre 1938, n° 245.
  40. Zangrandi A. I nodi della riforma - strumenti di finanziamento. Approdo finale: libertà di scelta. *Il sole 24 Ore* 1998.

ANNALI DI IGIENE

Lavoro pubblicato in Italia. Adempiuti gli obblighi previsti dall'Art. 1  
del decreto legislativo luogotenenziale 31 agosto 1945, n. 660 in data 31 luglio 2005

ANNALI DI IGIENE Medicina Preventiva e di Comunità  
Volume 17 - Fasc. 4 Luglio-Agosto 2005

Iscritto al n. 520/86 del registro della stampa con ordinanza  
del Tribunale di Roma in data 4 novembre 1986