



# La variazione nella frequenza di prestazioni sanitarie

Marco Geddes



*La questione della variazione di frequenza delle prestazioni sanitarie è rilevante sotto il profilo economico, poiché molte prestazioni potrebbero essere forme di spreco, e naturalmente sotto il profilo sanitario. Un eccesso di prestazioni porta infatti danni alla persona, essendo una porzione di queste inutile e perciò dannosa; un difetto di prestazioni denota invece una disuguaglianza di accesso a interventi necessari.*

La variabilità del prezzo di una siringa acquistata a Sondrio o a Siracusa desta – giustamente – notevole interesse nei mass media[1]; talvolta tale variabilità è giustificata, trattandosi di prodotti del tutto diversi e si tende a fare, a livello di informazione, “di tutta l’erba un fascio”. Spesso si tratta invece di mala – amministrazione (per usare una terminologia mutuata da malasania) e spesso di sprechi e corruzione, come testimoniato anche da recenti studi[2].

Un fenomeno a cui viene prestata meno attenzione, che è certamente diverso, ma che presenta alcune analogie, e anche elementi comuni (talora anche corruttivi) è quello delle variazioni delle prestazioni sanitarie; tale tematica trova riscontro in molteplici studi internazionali.

**Nel 2011 il King’s Fund ha pubblicato un Rapporto sulla realtà inglese[3], riprendendo una riflessione avviata nei precedenti decenni, e ponendo il quesito: “Quali variazioni sono “buone”, quali sono “cattive” e quali (almeno attualmente) inspiegabili?”**

Forse anche in base a tali sollecitazioni l’OECD ha promosso un’ampia collaborazione fra vari paesi, che ha portato ad un confronto sulle variazioni – in termini di distribuzione geografica – delle prestazioni assistenziali[4]. Il Rapporto offre un quadro delle variazioni nelle prestazioni sanitarie in 13 paesi: Australia, Belgio, Canada, Repubblica Ceca, Finlandia, Francia, Germania, Israele, Italia, Portogallo, Spagna, Svizzera, UK – Gran Bretagna. Per tali paesi si è effettuato un confronto delle seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche:

- Ricoveri ospedalieri
- CABG (*Coronary artery bypass surgery* – by pass aorto coronarico)
- PTCA (*Percutaneous transluminal coronary angioplasty* – Angioplastica coronarica)
- Cateterismo cardiaco
- Intervento chirurgico per frattura del femore
- Protesi del ginocchio
- Artroscopia del ginocchio
- Taglio cesareo
- Isterectomia
- Risonanza magnetica
- Tac

**I dati evidenziano notevoli variazioni nelle prestazioni sia fra le diverse nazioni analizzate che all'interno delle stesse nazioni.** Ad esempio il **taglio cesareo** varia di circa due volte, con i livelli più bassi in Finlandia (181 per 1.000 nati) e quelli più elevati in Australia (343) Italia (346) e Portogallo (349), mentre la **protesi del ginocchio** evidenzia variazioni assai più ampie, fino ad un valore di cinque volte, con tassi per 100.000 pari a 56 in Israele, 96 in Italia, , 98 in Spagna e, all'estremo opposto, 213 in Canda, 230 in Svizzera, 257 in Australia.

Se le variazioni di frequenza delle prestazioni sono, in parte, riflesso di profonde diversità economiche, sociali e culturali, nonché della forme organizzative e istituzionali dei diversi servizi sanitari, le variazioni all'interno di uno stesso paese dovrebbero risentire in misura assai più contenuta di tali elementi.

**Il Rapporto dedica un capitolo alle variazioni interne a ciascun paese, da cui si evidenzia una notevole consistenza nella graduatoria delle prestazioni per ampiezza di variazione.** Le procedure cardiache, la protesi del ginocchio, la Risonanza magnetica e la Tac (per questi due esami di diagnostica per immagine mancano – purtroppo – i dati italiani) presentano i livelli di variazione maggiori all'interno delle diverse nazioni; il tasso di ospedalizzazione e l'isterectomia sono nella fascia media; interventi chirurgici per frattura del femore e tagli cesarei presentano le variazioni per area geografica maggiormente contenute.

Il capitolo 10, predisposto dal Ministero della Salute e l'Agenas, illustra **le variazioni delle prestazioni in Italia.** L'unità geografica di riferimento è la popolazione per provincia di residenza (110 province), criterio più appropriato per la maggior stabilità di confini rispetto alla AUSL; i dati si basano sulle SDO dell'anno 2011.

In **Tabella 1** sono riassunti i diversi indicatori selezionati per l'Italia:

**Tabella 1. Sintesi dei diversi indicatori\* di variazione geografica per prestazioni sanitaria. Italia, 2011**

Tabella 1: Sintesi dei diversi indicatori\* di variazione geografica per prestazioni sanitaria. Italia, 2011

Procedura	Indicatore medio per 100.000 pop.	Q10	Q90	Coefficiente di variazione	Stima ponderata	Stima ponderata	Coefficiente di variazione	Stima ponderata
Artroscopia del ginocchio	1.464	87	229	0.14	125	248	0.99	129
Artroscopia del femore	1.134	81	113	0.09	136	145	0.63	144
Artroscopia del polso	0.490	0.1	0.8	0.0	0.1	0.6	0.84	0.66
Artroscopia del piede	0.301	0.1	0.5	0.1	0.1	0.2	0.79	0.6
Artroscopia del collo	0.15	0.02	0.3	0.0	0.14	0.25	0.64	0.17

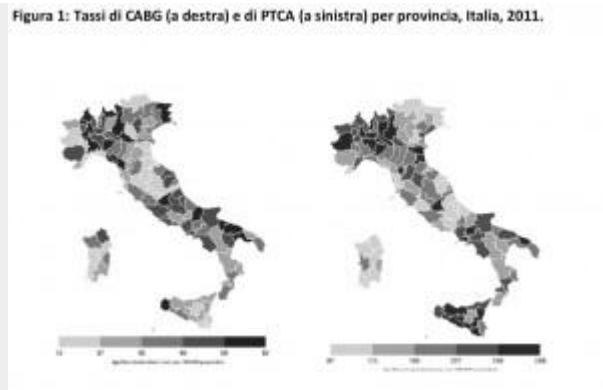
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

\* *Unweighted average rate* indica il tasso atteso se la popolazione fosse omogenea, per età e sesso, in tutte le province. *Q10* e *Q90* indicano il 10° e 90° percentile. Il *Coefficient of variation* è il rapporto fra variazione standard e media; più elevato è tale coefficiente e maggiore è la dispersione intorno alla media.

Appare evidente come il tasso di ospedalizzazione sia relativamente omogeneo (0.15); gli interventi diagnostici presentano la più ampia variabilità (artroscopia del ginocchio 0.42, cateterismo cardiaco 1.01), gli interventi chirurgici variazioni più contenute (frattura femore 0.14, protesi del ginocchio 0.20, isterectomia 0.17).

**Il capitolo presenta anche una serie di mappe da cui appaiono indicazioni per provincia senza configurare veri e propri profili regionali o gradienti nord – sud.** Il confronto, ad esempio, fra la mappa del CABG (**Figura 1 – sinistra**) e del PTCA (**Figura 1 – destra**) suggerisce che i due approcci terapeutici sono in alcune realtà provinciali, almeno in parte, “compensativi”, come nel nord ovest, nelle province sulla costa adriatica del centro, in Sicilia.

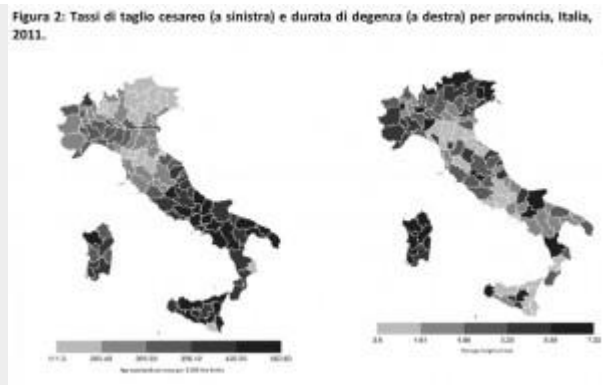
**Figura 1. Tassi di CABG (a destra) e di PTCA (a sinistra) per provincia, Italia, 2011.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Gli autori presentano, per ogni prestazione, anche la mappa della durata di degenza. Interessante a tale proposito il confronto fra tasso di taglio cesareo e durata di degenza, riportati nella **Figura 2**.

**Figura 2. Tassi di taglio cesareo (a sinistra) e durata di degenza (a destra) per provincia, Italia, 2011.**

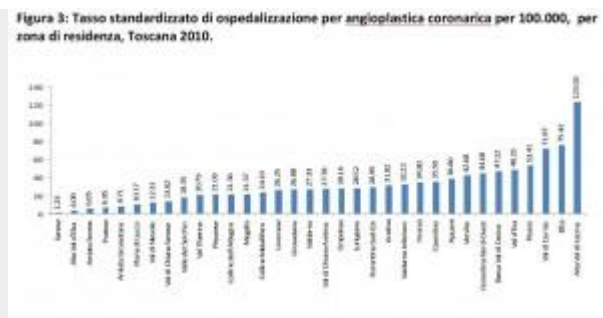


Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il confronto fra le due mappe suggerisce l'ipotesi che là dove il tasso di frequenza è più basso (vedi ad esempio il nord est e le due province del Piemonte ad ovest) la durata di degenza è maggiore perché, appropriatamente, l'intervento è selezionato per parti di maggiore gravità.

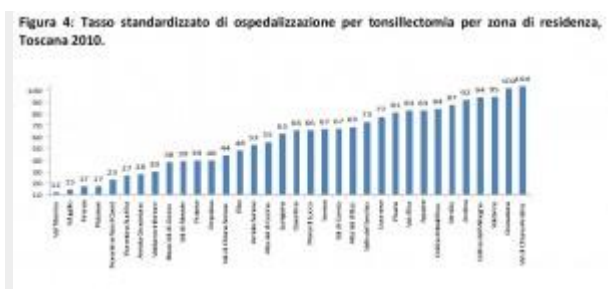
Interessante notare come studi su realtà più piccole evidenzino ampie variazioni. Ad esempio il tasso di frequenza per angioplastica primaria e per tonsillectomia, per zona di residenza in Toscana[5], presentano una notevole variabilità (**Figure 3 e 4**).

**Figura 3. Tasso standardizzato di ospedalizzazione per angioplastica coronarica per 100.000, per zona di residenza, Toscana 2010.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figura 4. Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tonsillectomia per zona di residenza, Toscana 2010.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La questione della variazione di frequenza delle prestazioni sanitarie è rilevante sotto il profilo economico (poiché molte prestazioni potrebbero essere elemento di spreco), e, in primo luogo, sotto il profilo sanitario. Un eccesso di prestazioni porta danni alla persona, essendo una porzione di queste inutile e perciò dannosa; un difetto di prestazioni denota invece una disuguaglianza di accesso a interventi necessari. Il tema necessiterebbe di una maggiore attenzione nel nostro paese e presuppone una capacità di monitoraggio delle prestazioni (anche quelle effettuate in ambito privato che svolge, nel settore diagnostico, una attività in incremento) mentre non sappiamo neanche il tasso di Risonanze magnetiche e Tac erogate.

Il problema è che tale materia non è risolvibile con una “centrale di acquisti”, come per le siringhe, ma con una paziente attività di studio e di monitoraggio e una stretta interazione con i professionisti.

Marco Geddes, medico di sanità pubblica

#### Bibliografia

1. Faiella MG. **Stop agli sprechi in Asl e ospedali. Due miliardi all'anno da recuperare.** Corriere.it, 14.06.2014
2. Smennini F, Ruggeri M, Gitto L, et al. Analisi degli sprechi in sanità e stima economica dell'impatto della corruzione, in: ISPE – sanità : Libro bianco sulla corruzione in sanità.
3. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, et al. **Variations in health care. The good, the bad and the inexplicable.** KingsFund.org.uk, 11.04.2011
4. OECD Health Policy Studies. Geographic Variations in Health Care. What do we know and what can be done to improve health system performance. OECD 2014.
5. Nuti S. **Analisi della distribuzione del personale medico per abitante e implicazioni sulle politiche di riallocazione delle risorse** [PDF: 575 Kb]. Roma: Salute.gov.it, 2 Aprile 2012