

EVA BUIATTI, DANIELA BALZI^(*)

LE TRASFORMAZIONI DEMOGRAFICHE ED EPIDEMIOLOGICHE E L'OSPEDALIZZAZIONE DEL FUTURO

1. *Premessa*

L'intensità di uso dell'ospedale da parte delle comunità è legata a variabili quanto mai complesse, e fra queste il bisogno di cure determinato dallo stato di malattia non rappresenta l'unica componente.

Non necessariamente un maggiore tasso di ospedalizzazione si verifica laddove si riscontra una più elevata frequenza di malattie della popolazione. Infatti, nel processo di ospedalizzazione intervengono in vario modo numerosi fattori determinanti: la disponibilità ed accessibilità dei servizi ospedalieri, la diffusione e qualità delle cure primarie, fattori culturali e comportamentali diversi che caratterizzano i medici di famiglia, gli specialisti e gli stessi utenti.

Per esempio, nei Paesi in via di sviluppo si registrano mediamente tassi di ospedalizzazione molto più bassi di quelli caratteristici dei paesi affluenti; si confronti a tal proposito il tasso medio di ospedalizzazione dell'Uganda, di circa 70‰ (1) con quello dell'Italia che si aggira intorno a 200‰ (2): a ciò non corrisponde certo un migliore stato di salute della popolazione ugandese rispetto a quella italiana. In Italia peraltro è comune riscontrare tassi di ospedalizzazione più elevati nelle città, dove si concentrano le strutture ospedaliere, rispetto alla zone più periferiche e lontane (si veda ad es. il tasso di ospedalizzazione aggiustato per età della popolazione di Firenze, superiore a 170‰, rispetto a quello dei residenti nei territori extraurbani, inferiore a 160‰)(3). In questi esempi, gran parte della variabilità è legata alla maggiore o minore presenza ed accessibilità, in termini sia logistici che economici, delle strutture ospedaliere.

^(*) *Unità operativa di Epidemiologia, Azienda sanitaria di Firenze.*

Tuttavia, sarebbe semplicistico attribuire ai soli fattori esterni tutta la variabilità della ospedalizzazione, escludendo così il ruolo dell'effettivo bisogno legato alle patologie. Infatti all'interno della stessa popolazione, il peso di gruppi a particolare rischio di malattia rappresenta un forte fattore determinante dell'uso dell'ospedale. Ciò è testimoniato, ad esempio, dall'andamento per età dell'uso del ricovero ordinario, che è circa 3-4 volte più frequente nelle classi di età superiori ai 65 anni e circa 3 volte superiore nei bambini minori di 5 anni rispetto ai giovani adulti (3). Altro esempio è rappresentato dagli *standard* raccomandati per l'uso di determinate e specifiche pratiche terapeutiche, come l'angioplastica in caso di infarto acuto di cuore: poiché il rischio di infarto (e quindi il bisogno atteso di angioplastica) varia nelle diverse popolazioni anche di due-tre volte, si raccomanda di correggere la frequenza ottimale degli interventi in base all'incidenza dell'infarto in quella popolazione (4).

In generale, la trasformazione nel tempo della frequenza e natura delle patologie tende a trasformare, ed ha già trasformato profondamente, la quantità e la tipologia di uso delle cure ospedaliere, tanto che la natura stessa dell'ospedale ne è modificata. Ne è una testimonianza il destino dei reparti di malattie infettive, modificatisi profondamente negli ultimi decenni. In relazione con il ruolo decrescente delle malattie infettive si è infatti ridotta la componente ospedaliera specifica sia in termini strutturali che di attività, fino alla scomparsa o quasi del ricovero per quelle malattie che sono state oggetto di eradicazione o di sostanziale controllo (ad esempio, poliomielite, difterite, ed entro certi limiti la stessa tubercolosi). Nello stesso ambito, negli ultimi decenni la epidemia di Aids ha determinato un *revival* di investimenti e di strutture dedicate, a loro volta rapidamente entrate in crisi di identità quando le nuove terapie (e presto i vaccini) hanno ridotto drasticamente il numero di ammalati di Aids. Nel caso delle malattie infettive quindi le trasformazioni dell'ospedale sono state guidate in modo abbastanza diretto, anche se non sempre indolore e razionale, dalle trasformazioni del bisogno.

Nel tracciare le linee di tendenza dell'ospedale del futuro è quindi opportuno tenere conto degli andamenti demografici ed epidemiologici, al fine di individuare le variazioni "attese"

del bisogno. Inoltre, è importante individuare le componenti di trasformazione, e quindi gli orientamenti di programmazione, che possono essere applicati per indirizzare attivamente l'uso dell'ospedale in una direzione "virtuosa". Questi ultimi a loro volta potranno avvalersi sia delle possibilità di intervenire sul bisogno, cioè sulla frequenza e natura delle malattie, sia sulle misure tese a modificare disponibilità, accessibilità e comportamenti di ospedalizzazione.

Il principio ispiratore generale è rappresentato dalla considerazione che l'ospedalizzazione deve essere evitata o ridotta quando possibile, ed offerta in modo equo quando effettivamente necessaria per il recupero della salute. Tale principio è fondato su considerazioni sia sanitarie che economiche.

2. Le trasformazioni demografiche e della mortalità in Italia: andamenti temporali ed alcune previsioni

Il principale fenomeno correlato con lo stato di salute e di bisogno sanitario che ha caratterizzato la popolazione italiana negli ultimi 50 anni è rappresentato dai profondi cambiamenti nella struttura per età. Gli ultrasessantacinquenni, che nel 1951 rappresentavano l'8,2% della popolazione italiana, erano il 15,3% nel 1991, il 17,1% nel 1997 e saranno il 20,4% nel 2010. Al contrario, i minori di 15 anni passano dal 26,1% nel 1951 al 14,7% nel 1997 e saranno il 14,3% nel 2010 (5,6). Come è noto, tale trasformazione è legata alla concomitanza di un andamento favorevole della speranza di vita e di un andamento decrescente della natalità dal dopoguerra in poi. La ridotta natalità a sua volta si è accompagnata ad un radicale ridimensionamento della mortalità infantile, componente questa essenziale dell'aumento della speranza di vita alla nascita. La speranza di vita alla nascita è passata infatti da 53,8 anni nei maschi e 56 anni nelle femmine nel 1931 a 73,6 anni nei maschi e 80,2 anni nelle femmine nel 1991, a 74,9 e 81,4 anni rispettivamente nei maschi e nelle femmine nel 1995 (7); per il futuro, si prevede un ulteriore aumento in ambo i sessi. Ancora più interessante in termini di salute è il progredire, nell'ambito degli ultrasessantacinquenni, della proporzione dei cosiddetti "gran-

di vecchi” (75 anni e più) e degli ultracentenari.

Questa vera e propria rivoluzione demografica, unica nella storia, è contemporaneamente effetto e causa della profonda modificazione delle patologie che caratterizzano la popolazione italiana, come peraltro tutte le popolazioni occidentali. Tali modificazioni delle principali patologie (e quindi della natura e dimensione del bisogno di cure) sono abbastanza ben descritte attraverso gli andamenti temporali delle più importanti cause di morte.

In Tab.1 sono rappresentati i tassi di mortalità generale e per le 5 principali cause di morte (grandi gruppi di cause) nei trienni 1970-72 e 1990-92 in Italia nei maschi e nelle femmine, in termini di tassi grezzi (numero di decessi ogni 10.000 abitanti) e di tassi standardizzati per età (al netto quindi delle variazioni della composizione per età della popolazione nel corso del periodo). Il tasso grezzo rappresenta il carico sulla popolazione di quel gruppo di cause di morte e la sua variazione nei 22 anni considerati. Il tasso standardizzato esprime come si modifica questa variazione una volta eliminato l'effetto dell'invecchiamento della popolazione nello stesso periodo.

Come si può notare dai tassi standardizzati, nel triennio più recente la composizione della mortalità per cause vede al primo posto la patologia circolatoria, con un tasso standardizzato di mortalità di 21,6 x 10.000 nei maschi e 13,7 x 10.000 nelle femmine, seguita dai tumori (rispettivamente 19 x 10.000 nei maschi e 10 x 10.000 nelle femmine), e dai traumatismi (5,1 x 10.000 nei maschi e 1,8 x 10.000 nelle femmine). Tumori e patologia circolatoria insieme rendono conto di oltre il 70% dei decessi nei maschi e di quasi il 65% nelle femmine.

Nel contempo, rimane quasi stabile sia nei maschi (-2%) che nelle femmine (+2%) il numero dei decessi totali ogni 10.000 abitanti (come espresso dai tassi grezzi), ma tale stabilità è tutta legata al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, in quanto i tassi standardizzati di mortalità generale diminuiscono nettamente nell'arco del periodo (Tasso standardizzato di mortalità generale nei maschi: -27,7% nel ventennio; nelle femmine: -36,7%). Tale riduzione riguarda quasi tutti i principali gruppi di patologie nei due sessi (malattie dell'apparato circolatorio: -33,9% nei maschi, -42,6% nelle

TAB. 1 Mortalità per i più importanti gruppi di cause in Italia – Tassi grezzi e standardizzati per età per 10.000 nel triennio 1970-72 e 1990-92 nei maschi e nelle femmine, e variazione percentuale nel periodo. Standard: popolazione mondiale

		Cause di morte							TUTTE LE CAUSE
		APPARATO CIRCULATORIO	TUMORI	APPARATO RESPIRATORIO	APPARATO DIGERENTE	TRAUMATISMI			
Maschi, Tassi grezzi x 10.000	1970-72	43,2	21,8	9,9	7,6	7,6	104,7		
	1990-92	39,7	31,8	7,5	4,5	6,6	102,6		
	<i>Differenza fra 2° e 1° periodo</i>	-8%	+46%	-24%	-41%	-14%	-2%		
Maschi, Tassi standardizzati x 10.000	1970-72	32,7	17,0	8,1	6,1	7,0	85,2		
	1990-92	21,6	19,0	4,0	3,5	5,1	61,6		
	<i>Differenza fra 2° e 1° periodo</i>	-34%	+12%	-51%	-43%	-26%	-28%		
Femmine, Tassi grezzi x 10.000	1970-72	44,6	16,1	6,7	4,0	3,3	88,3		
	1990-92	43,6	21,3	4,5	3,8	3,7	90,0		
	<i>Differenza fra 2° e 1° periodo</i>	-2%	+32%	-34%	-5%	+13%	+2%		
Femmine, Tassi standardizzati x 10.000	1970-72	23,9	10,5	4,5	2,6	2,4	55,2		
	1990-92	13,7	10,0	1,5	1,7	1,8	34,9		
	<i>Differenza fra 2° e 1° periodo</i>	-43%	-5%	-67%	-35%	-24%	-37%		

Fonte: elaborazioni su (8)

femmine; tumori: +11,9% nei maschi, -5% nelle femmine; incidenti: -26,3% nei maschi, -24,2% nelle femmine; malattie dell'apparato respiratorio: -50,8% nei maschi, -66,6% nelle femmine; malattie dell'apparato digerente: -43% nei maschi, -34,6% nelle femmine).

L'aumento del numero degli anziani porta con sé una stabilità del numero dei decessi (e quindi dei casi di malattia), controbilanciando completamente la tendenza alla riduzione della mortalità a parità di età.

Il riconoscimento di questo fenomeno a carattere epocale, tipico di tutti i Paesi industrializzati e, in una certa misura, di tutta l'umanità, ha portato allo sviluppo dell'interesse per indicatori più sofisticati rispetto alla mortalità o alla speranza di vita, come ad esempio la misura della speranza di vita libera da malattia e da invalidità. Lo sviluppo di queste misure nasce dalla considerazione che, se la riduzione della mortalità rappresenta una conquista, tuttavia se il fenomeno si limita ad un allungamento della durata delle patologie croniche (aumento della sopravvivenza), ne deriva un aumento importante dei bisogni sanitari. L'aumento dei bisogni, e quindi dei consumi sanitari (fra i quali primeggia l'ospedalizzazione ed in particolare la lungo-degenza) può essere tale da diventare difficilmente sostenibile, trasformando una conquista in un problema senza soluzione. Tuttavia è da notare come la misura degli anni di vita guadagnati in termini di *Qualys (Quality Adjusted Life Years*, anni aggiustati per qualità della vita), laddove è stata fatta, ha dimostrato che il progresso è possibile anche in termini di anni liberi da malattia ed invalidità.

È quindi possibile modificare non solo la sopravvivenza, ma anche la frequenza stessa delle malattie e la loro guaribilità, aggiungendo anni di vita autonomi e liberi da particolari bisogni sanitari, intervenendo in modo "attivo" sulle stesse cause di formazione del bisogno.

In assenza di tali interventi peraltro, e immaginando per il futuro una stabilità del carico di patologie nella popolazione, la dimensione del ricovero tenderebbe a crescere solo per effetto dell'invecchiamento della popolazione. In Tab. 2 è rappresentato il numero assoluto dei ricoveri registrati in Italia nel 1997 per classi di età, e la previsione di ricovero al 2010,

TAB. 2 *Numero di ricoveri ordinari per acuti registrati nel 1997 in Italia per classi di età, numero stimato al 2010 e differenza fra i due periodi, sulla base delle sole trasformazioni demografiche*

Classi di età	1997	2010	DIFFERENZA 2010-1997
	N.ro ricoveri	N.ro ricoveri	N.ro ricoveri
0-14	921.333	902.022	-19.311
15-24	687.704	510.333	-177.371
25-44	2.018.359	1.896.670	-121.689
45-59	1.482.123	1.622.511	+140.388
60-64	650.369	722.247	+71.878
65 e oltre	3.262.438	3.901.513	+639.075
<i>Totale</i>	<i>9.022.326</i>	<i>9.555.296</i>	<i>+532.970</i>

Fonte: elaborazioni su (6) e (7).

nonché la differenza assoluta fra i due periodi, stimata sulla base delle sole variazioni demografiche e mantenendo l'attuale tendenza all'ospedalizzazione.

Il numero totale di ricoveri ordinari registrati nel 1997 supera di poco i 9 milioni. Questo numero è presumibilmente sotto stimato in quanto l'archivio nazionale delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) di quell'anno presentava un certo grado di incompletezza, soprattutto a carico di alcune Regioni del Sud. Negli anni successivi, tale numero sarebbe destinato ad aumentare di circa 500.000 unità (+ 5,9%) a causa dell'effetto combinato di una modica riduzione nelle classi di età fino a 44 anni, di un aumento contenuto nella classe 45-64 anni e di un forte aumento della classe 65 e oltre. Il ricovero in questa ultima classe passa dal 36% nel 1997 al 41% nel 2010 rispetto al totale dei ricoveri, con presumibile ulteriore aumento delle patologie cronico-degenerative quali diagnosi prevalenti in ospedale.

3. Le trasformazioni epidemiologiche ed il ruolo dell'ospedale

Se in Tab. 1 è sintetizzata l'immagine nosologica della mortalità e dei suoi andamenti temporali, l'analisi delle patologie causa di ricovero mostra un quadro parzialmente diverso. Tale

analisi purtroppo non può estendersi alle variazioni temporali, in quanto il flusso nazionale delle Sdo, che ne rappresenta la fonte informativa, è disponibile solo per anni recenti. Le principali cause di ricovero ordinario nel 1997, la loro proporzione rispetto al totale dei ricoveri ordinari e la proporzione di ultrasessantacinquenni per ciascuna patologia causa di ricovero sono rappresentati in Tab. 3, insieme con il numero di ricoveri atteso nel 2010 in relazione con le sole variazioni demografiche.

La patologia causa di ricovero è definita sulla base della diagnosi principale come riportata nella Sdo.

Si nota nelle cause di ricovero una maggiore dispersione di diagnosi rispetto alle cause di morte: mentre le malattie del sistema circolatorio e i tumori da soli rendono conto di circa il 65-70% dei decessi, la somma delle 5 principali diagnosi di ricovero rende conto del 55% delle Sdo. Fra queste, le malattie del sistema circolatorio mantengono il primo posto, ma le neoplasie scendono al quarto, sopravanzate dalle

TAB. 3 *Le più importanti diagnosi di ricovero (grandi gruppi di patologie, diagnosi principale, ricoveri ordinari per acuti) in Italia nel 1997 – Numeri assoluti, proporzione rispetto al totale dei ricoveri, proporzione di ultrasessantacinquenni e previsioni al 2010 sulla base delle sole trasformazioni demografiche*

DIAGNOSI	N. RICOVERI (1997)	% DEL TOTALE	% NEI > 65 ANNI	N. RICOVERI ATTESI (2010)	% DEL TOTALE	DIFFERENZA 2010-1997
Mal.sistema circolatorio	1.415.388	15,7	62,9	1.615.488	16,9	+200.100
Mal.apparato digerente	1.040.855	11,5	35,8	1.110.011	11,6	+69.156
Traumatismi	925.661	10,3	26,4	934.115	9,8	+8.454
Tumori	837.487	9,3	48,6	934.999	9,8	+97.512
Complicanze gravidanza e parto	739.239	8,2	0,1	674.260	7,1	-64.979
Mal.apparato respiratorio	667.625	7,4	36,2	703.378	7,4	+35.753
Mal. sistema nervoso	662.150	7,3	51,2	731.186	7,6	+69.036
Altre diagnosi	2.733.921	30,3	28,7	2.851.860	29,8	+117.938
<i>Totale</i>	<i>9.022.326</i>	<i>100</i>		<i>9.555.296</i>	<i>100</i>	<i>+532.970</i>

Fonte: elaborazioni su (6) e (7).

malattie dell'apparato digerente (fra queste prevalgono ernie, cirrosi e colelitiasi nei maschi; colelitiasi, cirrosi e appendicite nelle femmine) e dai traumatismi (fra questi in primo luogo l'infortunistica stradale, poi quella domestica e da lavoro). Il parto, l'interruzione di gravidanza e le relative complicanze si collocano al quinto posto con l'8,2% dei ricoveri (che diventano circa il doppio se si fa riferimento al solo sesso femminile).

In questo quadro, l'ospedale si presenta come struttura di riferimento non solo per le patologie cronic-degenerative, ma anche per le patologie (come i traumatismi e le patologie di interesse chirurgico) o i fenomeni di salute (come il parto) a carattere acuto o per le quali comunque l'intervento sanitario determina la soluzione definitiva del problema. Tuttavia questa vocazione, se non diventerà oggetto di specifica valorizzazione, potrebbe essere sovrastata dal fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, che tende ad accentuare la componente cronic-degenerativa delle diagnosi di dimissione e a ridurre l'importanza proporzionale delle patologie e degli interventi a carattere acuto. Infatti l'aumento del numero assoluto dei ricoveri previsto per il 2010, tenendo conto delle sole trasformazioni demografiche, deriva da un saldo positivo delle variazioni delle singole patologie ed in particolare di quelle cronic-degenerative. Prevedibilmente infatti, aumentano soprattutto quelle che vedono una maggiore componente di anziani, ed in particolare le malattie del sistema circolatorio (con il 63% di ultrasessantacinquenni ed un aumento atteso di più di 200.000 ricoveri); le malattie del sistema nervoso (fra queste la demenza), con il 51% di anziani, che passano nel 2010 dal 6° al 5° posto; i tumori, con il 48,6% di ultrasessantacinquenni, che passano dal 4° al 3° posto. Si riducono invece, sia i termini di importanza che di numero assoluto, il parto e le sue complicanze, che passano dal 5° al 7° posto.

Come si inseriscono in tale quadro le variazioni temporali di frequenza per le più importanti malattie in termini di tassi standardizzati, cioè di vera e propria variazione del bisogno di prestazioni sanitarie da parte della popolazione, indipendente dalle modificazioni della struttura per età? Come abbiamo visto, la lettura del dato di mortalità mostra che, accanto ad una tendenza al decremento dei tassi standardizzati per

età della mortalità generale, vi è stato un andamento favorevole di tutti i gruppi di cause di morte più importanti (Tab. 1). Tuttavia, come abbiamo visto dai tassi grezzi, questo fenomeno benefico è totalmente compensato, in termini di numero assoluto di decessi e quindi anche di casi di malattia, dall'invecchiamento della popolazione. Abbiamo notato peraltro che, per quanto riguarda l'ospedalizzazione, questa è spesso composta da gruppi di patologie poco rilevanti in termini di mortalità, ma attualmente molto importanti in termini di cure ospedaliere. Nel caso della ospedalizzazione occorre quindi un perdurare ed un estendersi degli andamenti temporali positivi dei dati di salute per compensare in modo significativo la tendenza all'aumento del bisogno di ricovero dovuta all'età.

4. *Le linee di tendenza organizzative della ospedalizzazione*

Nel tentativo di prevedere le linee di tendenza dell'ospedalizzazione del futuro, è necessario anche tenere conto delle trasformazioni che si sono verificate negli ultimi anni nella organizzazione sanitaria italiana in termini di modalità e frequenza di uso dell'ospedale. Tali trasformazioni, purtroppo solo in parte documentate, derivano principalmente dagli atti legislativi ed organizzativi nazionali, non ultimo l'introduzione del sistema dei Drg. In termini quantitativi e per quanto riguarda l'argomento di questo articolo, gli aspetti salienti si possono riassumere nei seguenti punti:

- riduzione percentuale del ricovero ordinario
- aumento percentuale del ricovero in *day-hospital*
- riduzione della durata della degenza media
- riduzione dei ricoveri di 1 giorno.

Tali fenomeni sono quantificati in Tab. 4 sulla base dei dati disponibili e relativi al periodo 1995-97, seppure con una qualità variabile degli archivi nei tre anni.

Appare abbastanza chiaramente una tendenza al maggiore uso del day-hospital rispetto al ricovero ordinario, e una tendenza alla riduzione della durata media del ricovero. Anche i ricoveri di durata inferiore a 1 giorno, ritenuti prevalentemente impropri, tendono a diminuire, anche se è possibile che

TAB. 4 *Proporzione per tipologia dei ricoveri e durata della degenza dei ricoveri ordinari – Anni 1995-97*

PROPORZIONE DI RICOVERI			
Regime di ricovero	1995 %	1996 %	1997 %
Ordinario	86,4	85,2	82,4
Day Hospital	12,1	13,2	15,8
Altro	1,5	1,6	1,8
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
DURATA DEL RICOVERO ORDINARIO			
	1995	1996	1997
Degenza media (giorni)	8,1	7,6	7,2
%ricoveri 1 giorno	17,2	15,4	14,3
%ricoveri 2-3 giorni	19,4	22,4	25,2

Fonte: (2).

tale riduzione sia in parte riferibile allo spostamento di una parte di questi verso la categoria dei 2-3 giorni.

In generale quindi, per quanto riguarda le linee di tendenza interne alla organizzazione ospedaliera, si nota uno sforzo di ridimensionamento delle attività più “pesanti” in termini di costi e di impegno tecnologico (ricovero ordinario) e, nell’ambito di queste, una tendenza alla riduzione della durata.

Questo processo va nella direzione di ridurre, a parità di bisogno di ricovero, quel margine di inappropriatazza e di eccesso d’uso dell’ospedale che certamente ancora esiste. Il proseguire di questa operazione di ridimensionamento potrebbe da sola ottenere importanti risultati in termini economici e di riduzione del disagio dei cittadini.

Purtroppo il sistema informativo nazionale non è ancora in grado di fornire dati certi sulle tendenze dei comportamenti esterni all’ospedale, in termini di sviluppo di servizi territoriali e di cure primarie finalizzati a ridurre l’accesso all’ospedale, risolvendo altrove il bisogno di prestazioni. Si tratta comunque di un ulteriore aspetto, non certo di minore importanza, che potrebbe intervenire ampiamente per il soddisfacimento di buona parte dei bisogni di salute in modo più appropriato rispetto agli obiettivi.

5. *La domanda di ospedale e l'offerta: il fenomeno della migrazione sanitaria*

Come accennato, in sanità la domanda di prestazioni, seppure non indipendente dal bisogno, è legata anche ad altri fattori, come ad esempio l'atteggiamento degli operatori, la percezione dell'utenza, la disponibilità ed accessibilità dei servizi stessi. Comunque quando per qualsiasi motivo la domanda di una determinata popolazione eccede l'offerta di servizi in termini qualitativi o quantitativi, questa situazione rappresenta una importante causa di disuguaglianze ed iniquità nell'accesso alle prestazioni. Una misura del fenomeno è data in Italia dalla dimensione della migrazione a fini di ricovero fra regioni ed all'estero: la cosiddetta "migrazione sanitaria".

Il fenomeno della migrazione sanitaria e dei suoi fattori determinanti richiede un approfondimento che sarà possibile solo attraverso una dettagliata analisi dei dati Sdo per quanto riguarda la migrazione fra regioni, ed una migliore qualità e completezza del flusso informativo per quanto riguarda la migrazione all'estero.

Anche solo in base ai dati disponibili, esso comunque mostra di essere estremamente rilevante. Nel 1997, rispetto a circa 8 milioni di ricoveri ordinari per i quali era disponibile l'informazione sulla residenza, più di 400.000 erano avvenuti in una regione diversa da quella di residenza (5,5%). Il flusso migratorio inoltre avveniva quasi esclusivamente in una direzione: dal Sud al Centro-Nord. Presentavano infatti un saldo migratorio nettamente positivo: Lombardia, Emilia Romagna, Lazio; erano invece caratterizzate da un saldo fortemente negativo: Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia (2).

Una analisi più attenta del fenomeno migratorio per la sola patologia neoplastica ha messo in luce come, accanto ad una migrazione "di comodo" fra Regioni contigue, esista uno spostamento importante di pazienti dal Sud al Nord, ed in particolare in Lombardia, solo in parte riassorbito dalla Regione Lazio. La migrazione rende conto di quasi un terzo dei ricoveri per neoplasia dei residenti di alcune regioni meridionali (9).

Per quanto riguarda la migrazione all'estero, l'Italia rappresenta il Paese europeo per il quale il fenomeno è di gran lunga

più rilevante: si parla per il 1993 di circa 19000 autorizzazioni per cure all'estero, il livello più elevato in Europa, 10 volte superiore al secondo paese europeo (Grecia) (10). Anche in questo caso una parte importante dei pazienti proviene da regioni del Sud.

Pur tenendo conto delle spinte "improprie" al ricovero, ed al ricovero fuori residenza, che possono in parte spiegare questo vero e proprio esodo dei malati meridionali, non si può non ipotizzare che una importante componente sia rappresentata dalla scarsità, quanto meno in termini di qualità, della offerta di prestazioni ospedaliere a Sud, rispetto al bisogno dei residenti.

È superfluo notare come la migrazione sanitaria rappresenti un onere economico importante per il Paese quando si rivolge all'estero (400 miliardi annui per migrazioni nei paesi Cee fra rimborsi diretti e indiretti) e per i cittadini, in termini di costi indiretti, anche quando ha carattere inter regionale (9,10). Essa inoltre, a meno che non sia indirizzata verso strutture di altissima specialità per le quali è opportuna la centralizzazione (ma questa è una proporzione abbastanza irrilevante), rappresenta un elemento di irrazionalità dei percorsi diagnostico-terapeutici, che può essere fortemente negativo in termini di risultati per la salute.

6. Conclusioni

Una componente importante, anche se non l'unica, dell'uso dell'ospedale è rappresentata dal bisogno di salute e di prestazioni, a sua volta indicato dalla frequenza delle malattie. In Italia gli indicatori di salute hanno quasi tutti un andamento positivo, come evidenziato dagli andamenti della mortalità, ma questo è sostanzialmente compensato dall'invecchiamento della popolazione, che da un lato deriva dal miglioramento stesso della salute, ma dall'altro determina un aumento delle malattie soprattutto cronico-degenerative. Questo bilanciamento fra dati epidemiologici ed andamenti demografici può trasformare profondamente le caratteristiche dell'ospedalizzazione del futuro, aumentando il bisogno di prestazioni per

cronici rispetto a quelle per acuti. Inoltre, l'andamento temporale positivo riscontrato negli ultimi decenni per molte malattie non necessariamente proseguirà allo stesso ritmo, dati i già brillanti risultati raggiunti. Ciò potrebbe determinare una prevalenza dell'effetto invecchiamento sull'effetto riduzione delle malattie, con conseguente aumento del bisogno effettivo di ospedalizzazione, in particolare per le classi di età anziane.

Esistono diversi ambiti di intervento per evitare questo rischio, o addirittura per invertire questa possibile linea di tendenza.

Uno fondamentale è rappresentato dallo sforzo, in termini soprattutto di prevenzione, per mantenere o addirittura accelerare l'andamento favorevole per le più importanti patologie, anche nelle età anziane. Si tratta quindi non solo di aumentare la speranza di vita, ma di aggiungere alla vita anni liberi da malattia ed invalidità. Questo intervento diretto sul bisogno è eticamente il più rilevante ed economicamente il più favorevole. Lo stesso andamento temporale delle cause di morte e, laddove misurata, della speranza di vita libera di malattia, ha dimostrato che il progresso in questo settore è possibile se fondato su interventi mirati.

Secondariamente, è possibile incidere sulle cause di ricovero, riportando ad altri livelli di assistenza rispetto a quello ospedaliero il bisogno di prestazioni che deriva dai diversi stati di salute. In particolare per gli anziani e per quelle patologie per le quali il ricovero spesso non si risolve in "guarigione", è opportuno intervenire per rispondere sempre di più al bisogno in termini di cure primarie e di servizi territoriali.

Infine, esiste certamente ancora un ampio spazio di recupero "interno" alla organizzazione ospedaliera, attraverso l'accentuazione delle tendenze già in atto in favore di ricoveri di minor durata ed intensità (*day hospital*).

L'analisi epidemiologica delle tendenze al ricovero ospedaliero per causa e per tipologia può produrre una serie di indicatori a vasto raggio per descrivere le più importanti trasformazioni del sistema sanitario, e dello stato di salute stesso della popolazione, e merita quindi di essere sviluppata.

Riferimenti bibliografici

- 1) Santini Stefano
Comunicazione personale, Santini Stefano, Coordinatore nazionale Cuamm, Uganda.
- 2) Ministero della Sanità
Sistema informativo sanitario Sdo. Anni 1995,1996,1997.
- 3) Nostra elaborazione
1998 *Dati dimissioni ospedaliere*, Asl 10-Toscana.
- 4) East Sussex, Brighton and Hove-Health authority
1997 *Straight to the Heart. A Commissioning Strategy to Improve Cardiac Health by the Year 2000*, Marzo 1997.
- 5) Istat
1990 *Sommario storico di statistiche sulla popolazione – 1951-87.*
- 6) Sistema statistico nazionale, Istituto nazionale di statistica
1997 “Previsione della popolazione residente per sesso, età e regione”, Base 1.1.96, *Informazioni*, n. 34-1997.
- 7) Compendio del Servizio sanitario nazionale
1999 *Anno 1997*, Ottobre 1999.
- 8) Sistema statistico nazionale, Istituto nazionale di statistica. Istituto Superiore di Sanità.
1999 *La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia*, Istat.
- 9) Crocetti E., Geddes M., Crotti N., Dell’Olio E.
1997 “La migrazione dei pazienti italiani nei Paesi della Cee, revisione di dati pubblicati dal ministero della sanità”, *Epidemiologia e Prevenzione*, n. 21, pp.100-105.
- 10) France G., Silvestri I.
1999 “L’assistenza sanitaria all’estero: un’analisi economico-giuridica”, *Tendenze Nuove*, Gen-Feb., pp. 4-15.

