

Parte seconda

Il governo dell'offerta sanitaria

9 La variabilità dei consumi e delle prescrizioni nel SSN: un confronto inter e infra regionale¹

di Giulia Broccolo, Alessandro Furnari, Francesco Longo,
Giordana Puritani, Alberto Ricci²

9.1 Introduzione

Tutti i sistemi di tutela della salute dei paesi occidentali, e in particolare quello italiano, alla prova di una crisi demografica senza precedenti, si interrogano su come offrire risposte soddisfacenti ai bisogni espressi dalla popolazione in condizioni di sostenibilità economico-finanziaria (OECD, 2024). È necessario riavvicinare molti elementi che appaiono purtroppo sempre più scollegati tra loro: bisogni clinico-assistenziali, attese e percezioni dei cittadini-pazienti, risorse finanziarie, fisico-tecniche e umane disponibili, modalità di erogazione dei servizi, metriche di valutazione dei risultati conseguiti dal SSN nello svolgimento della sua missione istituzionale (Longo e Ricci, 2024). Questo non significa necessariamente ridurre volumi di servizio o aspetti qualitativi dell'assistenza, ma piuttosto individuare le priorità di intervento, identificare i relativi indicatori di performance, riallocare le risorse che compongono l'offerta e modificare i processi di erogazione. Un esempio paradigmatico per il contesto italiano è il dibattito attuale sulle c.d. "liste d'attesa". Affrontare il tema della fruizione alle cure guardando prevalentemente ai tempi di attesa e semmai agli incrementi nei volumi di prestazioni erogate può essere ragionevole nel periodo che segue uno shock come la pandemia del Covid-19. Tuttavia, mantenere tale metrica come la più rilevante dimensione di valutazione del SSN assieme all'equilibrio economico-finanziario (Ardito *et al.*, 2024; Lecci,

¹ Si ringraziano sentitamente la DG Welfare di Regione Lombardia e ARIA Spa per aver messo a disposizione i dati necessari per le analisi del presente capitolo e per il costante confronto nell'analisi e nell'interpretazione delle evidenze emerse.

² Il capitolo è frutto di un lavoro comune degli autori, ma in particolare i §§ 9.1 e 9.2 sono da attribuire a Alberto Ricci, il §§9.3 a Alessandro Furnari, il §§9.4 e 9.5 a Giulia Broccolo e Giordana Puritani, il §§9.6 a Alessandro Furnari e Alberto Ricci, il §§9.7 a Francesco Longo. Si ringrazia sentitamente la Dottoressa Margherita Lavinia Agostini per il prezioso supporto nell'analisi e rappresentazione dei dati.

Del Vecchio e Longo, 2024) mantiene il focus sulla produttività dei singoli erogatori in assenza di una riflessione seria sui bisogni che dovrebbero essere soddisfatti. In altri termini, oggi si tratta di spostare l'attenzione dal "quanto si eroga" (produzione) al "quanto si assiste" (consumo). L'analisi del consumo dei servizi richiede innanzitutto di considerare il bisogno espresso, ad esempio attraverso le prescrizioni. A livello di popolazione, tale bisogno può risultare più o meno appropriato se confrontato con uno standard di riferimento, come un PDTA. Da questa prospettiva, il fenomeno più rilevante agli occhi degli analisti diventa quello della variabilità nella fruizione dei servizi.

La variabilità nell'utilizzo dei servizi sanitari è un argomento ben noto in letteratura (Wennberg e Gittelsohn, 1973; Wennberg, 2014; Sutherland *et al.* 2020), sia sul versante clinico che su quello delle politiche relative all'accessibilità dei servizi pubblici. Da molti anni, ormai, questa dimensione si traduce in indicatori inseriti nei documenti di programmazione (si pensi al DM 70/15) e nei numerosi sistemi di monitoraggio dei livelli di attività e qualità del SSN. Si pensi, ad esempio, al classico indicatore del tasso di ospedalizzazione, calcolato nella sua globalità, oppure per regime di ricovero, oppure in relazione a specifiche procedure o patologie: serie storiche decennali, e oltre, sono state raccolte dal Rapporto SDO del Ministero della Salute, dal Programma Nazionale Esiti di Agenas, dal sistema dei "Bersagli" adottato da diverse realtà regionali (Nuti e Seghieri, 2014), dallo stesso Rapporto OASI. Il tasso di ospedalizzazione è un indicatore di "consumo" e non di "produzione" e in quanto tale più efficace per informare circa appropriatezza, equità ed efficacia relativa nell'allocazione delle risorse del SSN.

Il dato interessante è che negli ultimi anni, coerentemente con le dinamiche epidemiologiche, con l'implementazione del PNRR e del DM 77/22, e per certi versi, con l'attenzione verso le liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, si osservano dei segnali di allargamento dell'interesse su questo tema. L'allargamento di visuale si può riassumere come segue:

- da un focus quasi esclusivo sugli accessi ospedalieri, a una maggiore attenzione ai servizi territoriali;
- da un'attenzione largamente prevalente per le prestazioni erogate ("prodotte") in un territorio, a indizi di una maggiore considerazione delle prestazioni fruite ("consumate") dai residenti del territorio stesso, incluse quindi quelle ottenute in mobilità passiva;
- dall'interesse prevalente per gli episodi acuti, a quello sempre maggiore per la globalità delle prestazioni fruite, in particolare con un focus sulle prestazioni fruite da pazienti cronici nei loro piani di cura ordinari;
- dalla presa in considerazione delle sole prestazioni erogate, a quella delle prestazioni prescritte, sia in un'ottica di analisi della loro convergenza, sia in un'ottica di confronto con linee guida e standard di presa in carico (appropriatezza).

Tra gli esempi di arricchimento delle prospettive di analisi possiamo includere l'inserimento nel Nuovo Sistema di Garanzia di dieci indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) che riguardano alcune patologie a vasta prevalenza: BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore della mammella nella donna, tumore del colon e tumore del retto. Inoltre, a livello di strumento di *benchmarking* già pubblicamente consultabile da fine 2024, si può citare la realizzazione da parte di Agenas di una piattaforma per il monitoraggio della performance delle Aziende sanitarie territoriali³. Quest'ultima include, tra gli indicatori relativi ai LEA territoriali, la misurazione dei livelli di consumo dei residenti di alcune prestazioni ambulatoriali molto rilevanti per volume, impatto economico e mantenimento dei livelli di appropriatezza (laboratorio, RM osteomuscolari per over65, ecografie all'addome). Infine, diverse regioni stanno dedicando crescente attenzione ai flussi informativi riguardanti i consumi dei residenti e, a monte, le dinamiche prescrittive. Del resto, appare evidente a molti esperti e *practitioner* quanto la variabilità ingiustificata nei consumi di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche possa incidere su appropriatezza, qualità e sostenibilità dei percorsi; quanto, a loro volta, i consumi possano essere influenzati dalle dinamiche prescrittive oltre che dagli sforzi per ampliare l'accessibilità e l'efficienza; quanto sia illusorio ridurre le liste d'attesa in assenza di uno sguardo sui percorsi di accesso oltre che sulle risorse disponibili e sul loro livello di produttività. Su questi aspetti hanno stimolato la riflessione il XX Rapporto Sanità del CREA (2024, p. 21), ma anche la scorsa edizione del Rapporto OASI.

Il presente capitolo intende inserirsi in questo filone di riflessione, con l'obiettivo specifico di ampliare le evidenze descrittive disponibili. In particolare, il contributo propone un approfondimento nazionale sulla variabilità inter-regionale e inter-aziendale dei consumi di rilevanti gruppi di prestazioni specialistiche: esami di laboratorio, eco-addome e risonanze magnetiche. Inoltre, il capitolo approfondisce, con riferimento alla Lombardia, la più popolosa regione italiana, i livelli di prescrizione e di consumo dedicando particolare attenzione alle aree della diagnostica e delle visite, grazie a un robusto e strutturato sistema di monitoraggio e *benchlearning* che la Regione ha attivato sui differenziali di consumo sanitario, che la rende una *good practice* nell'arricchimento delle prospettive di governo.

Il capitolo è strutturato come segue: il paragrafo 9.2 riporta alcuni richiami alla letteratura di riferimento, il par. 9.3 dettaglia obiettivi e metodi del lavoro, il par. 9.4 presenta i risultati dell'analisi di ampiezza nazionale sui livelli e variabilità dei consumi, il par. 9.5 riporta l'approfondimento su consumi e prescrizioni in Regione Lombardia, il paragrafo 9.6 discute tutti i risultati presentati e il conclude il capitolo.

³ La piattaforma di analisi delle performance delle Aziende sanitarie territoriali è accessibile attraverso il Portale Statistico di AGENAS.

9.2 Richiami alla letteratura

Il tema della variabilità nella fruizione servizi sanitari è ormai dibattuto da oltre 50 anni (Wennberg e Gittelsohn, 1973). Le prime rilevazioni condotte su scala locale (*small area variations*) dall'Università del Vermont evidenziarono alcuni fenomeni poi confermati da studi successivi e ormai ben noti a chiunque operi nel settore sanitario (Wennberg, 2014). I meccanismi esplicativi delle variabilità di consumo e accesso ai servizi sanitari proposti sono stati storicamente i seguenti:

- La distribuzione delle risorse sanitarie (umane e strumentali) e dell'offerta di servizi variava considerevolmente tra territori, in maniera che spesso non risultava collegata al contesto epidemiologico e dunque alla domanda potenziale.
- Il livello di utilizzo dei servizi sanitari, come il ricorso a determinate procedure chirurgiche, era associato a una particolare densità di medici specialisti nelle aree oggetto di analisi.
- Il livello di spesa sanitaria procapite non era correlato ai tassi di mortalità standardizzati per età.
- Le abitudini prescrittive dei clinici erano condizionate, più che dall'epidemiologia, dalla maggiore o minore conoscenza di linee guida e standard clinici.

Già allora, gli epidemiologi “pionieri” di tali analisi mettevano in luce che gli elevati tassi di variabilità potevano indicare un rischio iatrogeno almeno potenzialmente pari al rischio di non ricevere le cure necessarie. Inoltre, si affacciava l'idea per cui, in sanità, l'offerta stimola la domanda.

Rispetto agli anni '70, il campo di indagine si è enormemente sviluppato. Inizialmente promosso principalmente dagli studiosi del *Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice*, il tema ha ben presto oltrepassato i confini americani (McPherson *et al.*, 1982) ed è stato fatto proprio dalle singole discipline mediche. Negli scorsi cinque decenni, sono stati condotti migliaia di studi sulle variazioni nei tassi di fruizione riguardanti i più diversi trattamenti, evidenziando aree di patologia e procedure con elevate variabilità nell'utilizzo dei servizi e altre con minori oscillazioni (Corallo *et al.*, 2019). Nel tempo, per interpretare la variabilità e adottare adeguate misure di risposta, si sono consolidati alcuni paradigmi, come quello di variabilità “ingiustificata” (*unwarranted*): vale a dire quella che non è spiegata dalla presenza di condizioni patologiche, di rischio clinico e/o di preferenza del paziente (Wennberg, Fisher, Skinner, 2002). Sutherland *et al.* (2020) hanno organizzato il tema della variabilità ingiustificata attorno a tre criteri:

- la prospettiva di analisi: territoriale (i volumi “consumati”) oppure per *provider* (i volumi “erogati”),
- i criteri di valutazione dell’attività: il riferimento può essere costituito da uno standard riconosciuto, come una linea guida clinica, dalla quale si valuta principalmente lo scostamento in assoluto oppure da un *comparator group*, da quale si valuta soprattutto lo scostamento in termini relativi;
- gli oggetti di analisi: la variabilità può riguardare le risorse, i processi assistenziali oppure gli esiti.

La stessa *review* di Sutherland e colleghi sottolinea il fatto che negli ultimi decenni il tema è stato ampiamente ripreso dalla letteratura e dal dibattito sulle politiche sanitarie, con un focus sul contenimento di *underuse* e *overuse* dei servizi, anche nell’ottica di un utilizzo costo efficace delle risorse sanitarie inevitabilmente limitate (cfr. anche Brownlee *et al.*, 2017). Vista la complessità di raccolta dei dati, in questo ambito sono più diffusi approfondimenti su specifiche prestazioni o procedure, con confronti tra aree geografiche relativamente ristrette, mentre scarseggiano inquadramenti nazionali, anche descrittivi, sui livelli di produzione e/o consumo riferiti a gruppi ampi di prestazioni. La criticità di tale approccio parcellizzato risiede nel fatto che la variabilità continua ad essere un tema quasi esclusivamente clinico, con scarse possibilità di entrare nel dibattito sulle politiche sanitarie complessivamente intese. Recentemente, interessanti contributi (Johansson *et al.*, 2018; Hofmann *et al.*, 2024) hanno compiuto passi nella direzione di una maggiore ampiezza di analisi inquadrando la variabilità dei livelli di consumo di Svezia e Norvegia, e cercando di interpretare le variabilità riscontrate per fornire elementi utili al *policymaker*. In entrambi gli studi, i ricercatori hanno riscontrato che una rilevante variabilità interregionale dei consumi di specialistica ambulatoriale, aspetto sorprendente in Paesi caratterizzati da una relativa omogeneità interna dei parametri epidemiologici, demografici e socio-economici. Inoltre, in entrambi i Paesi, le regioni delle due capitali registravano i livelli di consumo più elevati. Simili approcci di contenuto e metodo mancano invece praticamente del tutto con riferimento al SSN italiano: iniziare a colmare questa lacuna è l’obiettivo del presente lavoro.

9.3 Obiettivi e metodi

La crescente divaricazione tra bisogni e risorse nel SSN è nota e conclamata, a causa del crescente aumento dell’incidenza degli anziani e quindi di cittadini cronici o fragili a fronte di una sostanziale stabilità delle risorse, ad esempio se misurata in termini di incidenza di spesa pubblica e privata sul PIL. Le logiche con cui nella prassi si cerca di rispondervi sono ancorate ad approcci tradizio-

nali e prestazionali, con un forte focus sulla produzione e una modesta apertura all'impiego di logiche incentrate sull'adeguatezza della presa in carico a partire dal profilo di consumo dei cittadini-pazienti. In questo quadro, il presente contributo mira a proporre una fotografia delle prestazioni fruite (consumi) dai cittadini-pazienti in Italia, provando a (i) verificare l'eventuale presenza di variabilità potenzialmente "ingiustificata" tra diversi SSR e/o tra le diverse aziende sanitarie pubbliche del Paese e (ii) indagare le possibili determinanti di tale variabilità. In particolare, lo studio intende:

1. verificare e dimensionare l'esistenza di eventuali differenze nei livelli di consumo a livello inter-regionale e inter-aziendale;
2. comprendere se le differenze di consumo osservate abbiano come potenziali determinanti (i) la densità abitativa del bacino di utenza delle aziende e/o (ii) la loro area geografica di appartenenza; in altri termini, si tratta di verificare (i) se una maggiore dispersione della popolazione sia associata a livelli inferiori di consumo rispetto ai contesti più densamente popolati (es. per via di una minore prossimità ai servizi) e (ii) se i profili di consumo riflettano i differenti sistemi di attese e le diverse condizioni socio-economiche presenti nel Paese;
3. verificare l'eventuale esistenza di una relazione lineare tra livelli di consumo e *capacity* dell'offerta; in altri termini, se a elevati livelli quantitativi di offerta corrispondano altrettanto elevati livelli di consumo;
4. comprendere se la dimensione media dei distretti possa essere associata a condizioni di ipo-consumo o iper-consumo. Una delle risposte alla crescente complessità gestionale delle aziende è infatti storicamente rappresentata dal tentativo di attribuire al *middle management* la funzione di decongestionamento delle responsabilità decisionali che afferivano al *top management*. In questa cornice, lo studio intende verificare se a un maggior numero relativo di linee intermedie attivate dalle aziende - utilizzate come proxy macroscopica di complessità del contenuto di responsabilità - corrispondano comportamenti di consumo più contenuti o tra loro convergenti;
5. analizzare congiuntamente i dati di prescrizione e consumo di una specifica regione, per indagare (i) l'esistenza di eventuali differenziali tra prestazioni prescritte e consumate e (ii) se a elevati livelli di prescrizione si associno elevati livelli di consumo.

Con queste finalità, dopo un lavoro preparatorio di analisi *desk* della letteratura scientifica e grigia, il lavoro ha adottato un approccio quantitativo, di statistica descrittiva. Per rispondere alle prime tre domande di ricerca, sono stati consultati e utilizzati dati *open source* messi a disposizione da AGENAS, Ministero della Salute e ISTAT. Più nel dettaglio, le fonti dati impiegate in questa fase del lavoro sono qui sintetizzate:

- AGENAS (2025) – Modello di “*Valutazione delle Performance delle Aziende sanitarie territoriali*”, con riferimento ai dati di consumo 2023, standardizzati per popolazione e genere e relativi a tutte le aziende territoriali del Paese.
- Ministero della Salute (2024) – *Annuario Statistico del SSN 2022*, con riferimento alla *capacity* di offerta ambulatoriale.
- ISTAT (2025) – *Popolazione residente – Anno 2023*, con riferimento ai dati di popolazione e densità abitativa dei bacini su cui insistono le aziende territoriali, utili a definire i cluster di aziende descritti nel par. 9.4.2.

A partire da tali fonti, sono stati analizzati i consumi di tre prestazioni per le quali il modello di “*Valutazione delle Performance delle Aziende sanitarie territoriali*” di AGENAS riporta il valore standardizzato per sesso ed età con riferimento alle 110 aziende erogatrici di servizi territoriali (ASL)⁴. In particolare, nel capitolo sono analizzati: (i) il consumo di prestazioni di risonanza magnetica (RM) osteoarticolari in pazienti over-65 per 100 abitanti; (ii) il consumo di prestazioni di eco-addome per 100 abitanti; (iii) il consumo di prestazioni di laboratorio per 100 abitanti. Le 110 aziende, a loro volta, sono state organizzate in nove gruppi omogenei (cluster) sulla base di due dimensioni: la collocazione geografica (Nord, Centro, Sud) e il livello di densità abitativa (bassa, media, alta). Nel tentativo di tenere conto delle diverse caratteristiche delle aree del Paese, sono state applicate soglie differenti di densità per ciascuna macroarea geografica:

- Nord: 16 aziende a bassa densità (densità < 148,5 ab./km²), 16 a media densità (tra 148,5 e 290,1 ab./km²), 16 ad alta densità (> 290,1 ab./km²);
- Centro: 7 aziende a bassa densità (densità < 140,93 ab./km²), 5 a media densità (tra 140,93 e 234,8 ab./km²), 8 ad alta densità (> 234,8 ab./km²);
- Sud: 14 aziende a bassa densità (densità < 98,6 ab./km²), 14 a media densità (tra 98,6 e 194,4 ab./km²), 14 ad alta densità (> 194,4 ab./km²).

Per l'ultima domanda di ricerca, invece, è stato condotto uno specifico approfondimento regionale. In particolare, si tratta del caso del SSR lombardo. Per condurre l'analisi sono stati utilizzati i dati di consumo delle prestazioni ambulatoriali disponibili sulla *Piattaforma Benchlearning Data-Driven* prodotta da ARIA SpA, una dashboard che fa parte del più ampio ecosistema del *Digital Information Hub* di Regione Lombardia. La piattaforma mette a disposizione dei professionisti delle aziende sanitarie pubbliche lombarde un patrimonio in-

⁴ Si specifica che in questo insieme AGENAS inserisce anche le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) lombarde. In assenza di elementi di dettaglio sulle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), per la Lombardia sono in questa sede stati utilizzati i dati sulle ATS.

Tabella 9.1 **La distribuzione delle Aziende nei cluster**

Nord-Bassa densità	ASL AL, AS Friuli Occidentale, ASU Friuli Centrale, ASL AT, ATS della Montagna, Azienda Sanitaria Della P.A. Di Bolzano, Azienda USL Valle D'aosta, Azienda ULSS N. 1 Dolomiti, Azienda ULSS N. 5 Polesana, Azienda USL Ferrara, Azienda USL Parma, Azienda USL Piacenza, ASL CN1, APSS Trento, ASL VC, ASL VCO
Nord-Media densità	ATS della Val Padana, ARS di Pavia, Azienda ULSS N. 4 Veneto Orientale, Azienda ULSS N. 7 Pedemontana, Azienda USL Della Romagna, Azienda USL Imola, Azienda USL Modena, Azienda USL Reggio Emilia, ASL BI, ASL Chiavarese, ASL CN2, ASL Imperiese, ASL NO, ASL Savonese, ASL TO3, ASL TO4
Nord-Alta densità	ASL Città Di Torino, ASU Giuliano Isontina, ATS della Brianza, ATS della Città Metropolitana Di Milano, ATS dell'insubria, ATS di Bergamo, ATS di Brescia, Azienda ULSS N. 2 Marca Trevigiana, Azienda ULSS N. 3 Sere-nissima, Azienda ULSS N. 6 Euganea, Azienda ULSS N. 8 Berica, Azienda ULSS N. 9 Scaligera, Azienda USL Bologna, ASL Genovese, ASL Spezzino, ASL TO5
Centro-Bassa densità	AST 1 Pesaro e Urbino, AST3 Macerata, AUSL Umbria N. 1, AUSL Umbria N. 2, Azienda USL Toscana Sud-Est, ASL Rieti, ASL Viterbo
Centro-Media densità	AST 2 Ancona, AST 4 Fermo, AST5 Ascoli Piceno, Azienda USL Toscana Nord-Ovest, ASL Frosinone
Centro-Alta densità	Azienda USL Toscana Centro, ASL Latina, ASL Roma 1, ASL Roma 2, ASL Roma 3, ASL Roma 4, ASL Roma 5, ASL Roma 6
Sud-Bassa densità	A.S.P. Crotone, ASL Fg, ASL N. 1 di Sassari, ASL N. 2 della Gallura, ASL N. 3 di Nuoro, ASL N. 4 dell'ogliastra, ASL N. 5 Di Oristano, ASL N. 6 del Medio Campidano, ASL N. 7 del Sulcis, ASP Enna, ASReM, ASL Avezzano-Sulmona, ASL L'Aquila, Azienda Sanitaria Locale Di Matera ASM, Azienda Sanitaria Locale Di Potenza ASP
Sud-Media densità	ASL Avellino, ASL Benevento, ASP Catanzaro, ASP Cosenza, ASP Reggio Calabria, ASP Vibo Valentia, ASP N. 8 di Cagliari, ASP Agrigento, ASP Caltanissetta, ASP Trapani, ASP Messina, ASP Siracusa, ASL Lanciano-Vasto-Chieti, ASL Teramo
Sud-Alta densità	ASL Caserta, ASL Napoli 1 Centro, ASL Napoli 2 Nord, ASL Napoli 3 Sud, ASL Salerno, ASL Ba, ASL Br, ASL ASL Bt, ASL Le, ASL Ta, ASP Catania, ASP Palermo, ASP Ragusa, ASL Pescara

formativo preziosissimo sulle prestazioni ambulatoriali consumate dai cittadini, offrendo diversi livelli di granularità territoriale e consentendo analisi per tipologia di prestazione, fasce d'età e anno di riferimento. Le analisi sono state condotte a livello di ASST, per consentire una comparazione ampia e poter avere un numero sufficiente di osservazioni per verificare l'esistenza di variabilità nella Regione. Le ASST considerate nell'analisi sono 25: è stata fisiologicamente esclusa l'ASST Gaetano Pini – CTO, in quanto è l'unica tra le Aziende a non avere territorio e, di conseguenza, una popolazione di riferimento. Come fatto per l'analisi a livello nazionale, le Aziende sono state raggruppate in gruppi omogenei per classi di densità. In particolare, sono stati definiti tre *cluster* (alta, media e bassa densità). Tuttavia, per la Lombardia la classificazione è stata costruita a partire dalla distribuzione regionale – e non replicando le soglie nazionali – per preservare la capacità discriminante della variabile in un contesto definito e diverso, quello dei confini lombardi. In termini operativi, le soglie sono state inizialmente individuate in corrispondenza dei percentili 0,33 e 0,66 del campione e successivamente lievemente rifinite per limitare effetti di soglia su osservazioni contigue e rendere più equilibrata la numerosità dei gruppi, mantenendo al contempo una separazione empiricamente apprezzabile

tra classi adiacenti. L'adozione delle soglie utilizzate per la macroarea "Nord" a livello nazionale avrebbe infatti prodotto una distribuzione fortemente sbilanciata tra le classi, riducendo l'informatività del confronto intra-regionale. In esito a tale procedura, sono stati identificati i seguenti cluster:

- ▶ bassa densità: comprende le Aziende con densità inferiore a 297 ab./km² (10 casi);
- ▶ media densità: include le osservazioni comprese tra 297 e 841 ab./km² (7 casi);
- ▶ alta densità: raccoglie le Aziende con densità superiore a 841 ab./km² (8 casi).

Consideriamo la piattaforma dati di consumo di regione Lombardia e il suo processo di utilizzo un esempio di arricchimento della prospettiva di governo, da logiche di solo monitoraggio e incentivo della produttività, ad una logica complementare di lettura dell'appropriatezza, equità e sostenibilità dei consumi sanitari, che può essere di stimolo all'intero SSN, in coerenza con quanto ha proposto AGENAS a livello nazionale.

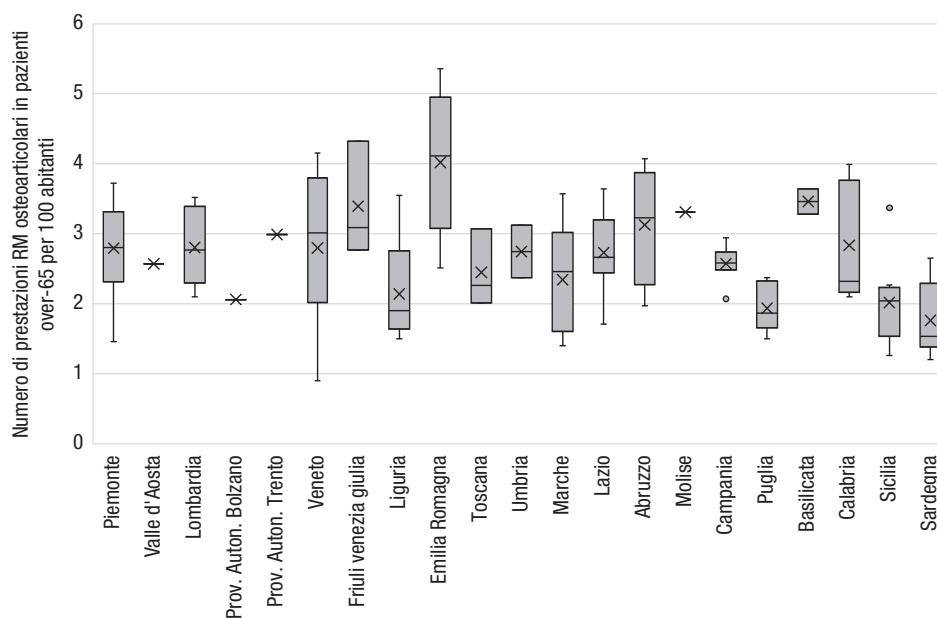
9.4 La variabilità dei consumi di specialistica in Italia

9.4.1 Una panoramica nazionale dei consumi di RM, eco-addome e laboratorio

Il paragrafo presenta un'analisi comparativa tra Regioni italiane, proponendo un confronto sui livelli di consumo di alcune specifiche prestazioni di specialistica ambulatoriale: le risonanze magnetiche osteomuscolari effettuate nella popolazione over 65, le ecografie addominali e le prestazioni di laboratorio. Le seguenti figure mostrano, attraverso dei grafici box plot, la variabilità dei consumi delle tre prestazioni analizzate, includendo i dati di consumo per ciascuna azienda territoriale nei diversi contesti regionali, standardizzati in base alla composizione demografica di ciascun territorio. Attraverso questa rappresentazione è possibile individuare il valore minimo ed il valore massimo di consumo, il primo e il terzo quartile, nonché la mediana, che indica il valore centrale della distribuzione. Inoltre, il boxplot permette di evidenziare eventuali valori anomali o outlier, fornendo un quadro immediato della dispersione dei consumi e delle differenze tra regioni o cluster.

La prima prestazione analizzata a livello nazionale è la risonanza magnetica osteoarticolare per la popolazione over-65 (Figura 9.1). La mediana italiana si attesta a 2,5 esami ogni 100 abitanti over 65, a fronte di una media di 3,1, suggerendo che quest'ultima possa essere influenzata da valori di consumo particolarmente elevati in alcuni territori. Il valore minimo registrato nell'in-

Figura 9.1 **Consumo di prestazioni RM osteoarticolari in pazienti over-65 per 100 abitanti, boxplot regionali**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

tera popolazione nazionale delle Aziende Sanitarie è di 0,9, mentre il massimo raggiunge 5,4. Il primo quartile è 2,1 e il terzo quartile 3,2: cioè, il 25% della popolazione effettua meno di 2,1 esami e il 25% più di 3,2 ogni 100 abitanti... Il coefficiente di variazione standard⁵, infine, è del 26,9%. Analizzando, invece, i valori medi regionali, calcolati come la media dei valori delle aziende regionali, si registra una variazione da un minimo di 1,8 a un massimo di 4,0, con un rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo pari al 128%⁶. Valutando lo scostamento percentuale dei valori medi regionali rispetto alla media nazionale, si osserva come l'Emilia-Romagna e la Basilicata superino significativamente il valore medio nazionale, con scostamenti rispettivamente del 27% e del 9%. Al contrario, Sardegna, Puglia e Sicilia registrano valori inferiori alla media nazionale, con scostamenti negativi del 44%, 39% e 36%. La distribuzione dei consumi infra-regionali evidenzia infine una marcata eterogeneità.

⁵ Il coefficiente di variazione è una misura della dispersione relativa di una variabile rispetto alla sua media, calcolato come il rapporto tra la deviazione standard e la media, che permette di confrontare la variabilità all'interno di una serie di dati.

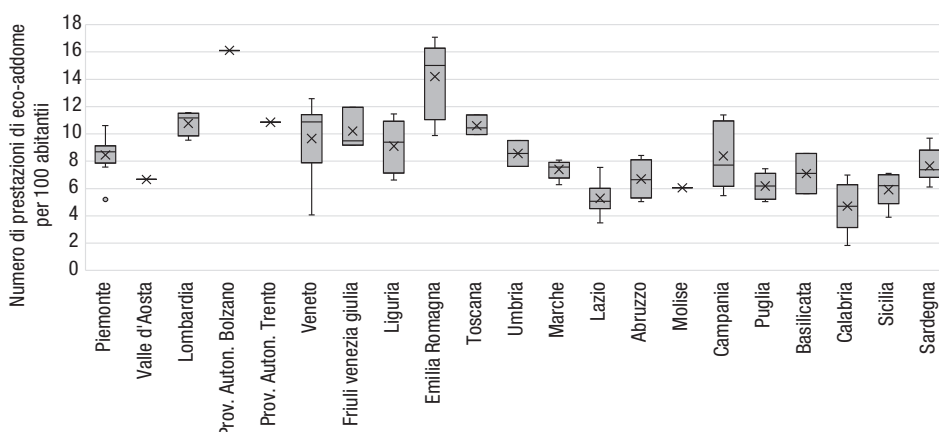
⁶ Il rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo è una misura di variabilità relativa che indica quanto l'intervallo tra valore massimo e minimo sia ampio rispetto al valore minimo stesso.

roogeneità in alcune Regioni, come Veneto, Liguria e Marche, il cui coefficiente di variazione supera il 30%.

La seconda prestazione oggetto di analisi è l'ecografia addominale, cd. eco-addome (Figura 9.2). Analizzando i dati di consumo delle aziende territoriali, la mediana italiana si attesta a 7,7 esami ogni 100 abitanti, con una media di 8,9. Il valore minimo registrato è di 1,8, mentre il massimo raggiunge 17,1. Il primo quartile si colloca a 6,2 e il terzo quartile a 9,9. Il coefficiente di variazione standard, infine, è del 33,05%, indicando una variabilità maggiore per questa prestazione rispetto alle altre. Analizzando, invece, i valori regionali medi viene registrato un minimo di 4,7 e un massimo di 16,1, indicando quindi un rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo pari al 241%. Valutando lo scostamento percentuale dei valori medi regionali rispetto alla media nazionale, si osserva come la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Emilia-Romagna superino significativamente il valore medio nazionale, con scostamenti rispettivamente dell'80% e del 59%. Al contrario, Calabria e Lazio registrano valori inferiori alla media nazionale, con scostamenti negativi del 47% e del 41%. Anche in questo caso si riscontra una significativa eterogeneità nella distribuzione dei consumi a livello aziendale: le Regioni con maggiore dispersione includono Calabria, Veneto e Campania con un coefficiente di variazione superiore a 25%.

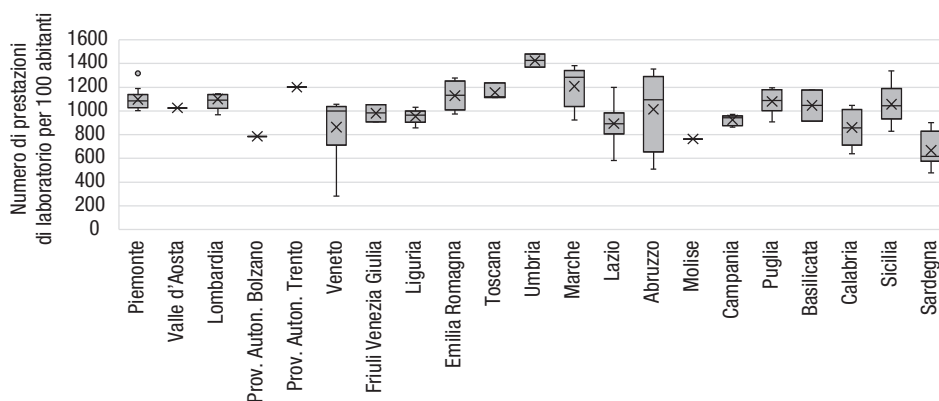
Infine, sono state analizzate le prestazioni di laboratorio per 100 abitanti (Figura 9.3). Analizzando i dati di consumo delle aziende territoriali, la mediana italiana si attesta a 1.017,3 esami ogni 100 abitanti, con una media di 1.209,6. Il valore minimo registrato è di 283,2, mentre il massimo raggiunge 1.481,1. Il

Figura 9.2 **Consumo di prestazioni di eco-addome per 100 abitanti, boxplot regionali**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

Figura 9.3 **Consumo di prestazioni di laboratorio per 100 abitanti, boxplot regionali**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

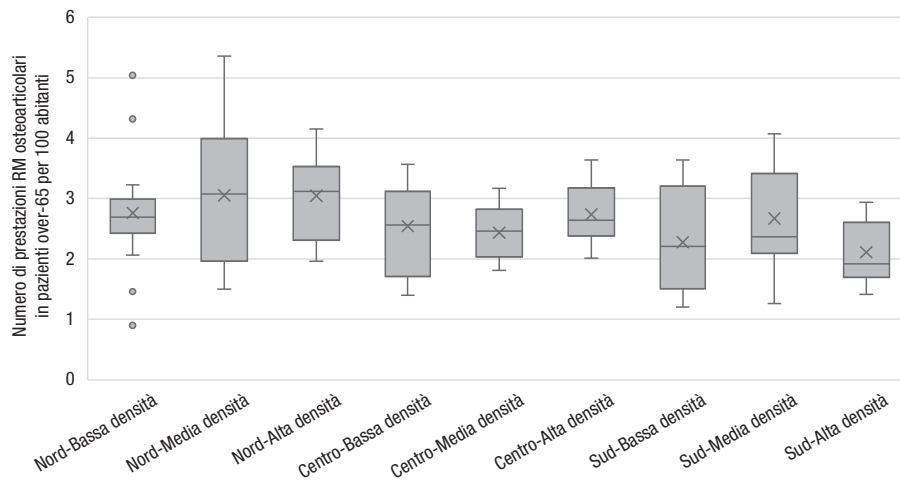
primo quartile si colloca a 908,5 e il terzo quartile a 1.124,7. Il coefficiente di variazione standard, infine, è del 17,25%. Analizzando, invece, i valori regionali medi si posizionano un minimo di 667,6 a un massimo di 1.425,4: il rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo è pari al 114%. Confrontando lo scostamento percentuale dei valori medi regionali rispetto alla media nazionale, si osserva come solo l'Umbra superi significativamente il valore medio nazionale, con uno scostamento del 18%. Al contrario, Sardegna, Molise e la Provincia Autonoma di Bolzano registrano valori inferiori alla media nazionale, con scostamenti negativi del 45%, 37% e 35%. Anche in questo caso, la dispersione dei consumi tra le aziende sanitarie risulta particolarmente marcata in alcune Regioni, tra cui Abruzzo e Veneto con un coefficiente di variazione superiore al 30%, seguite da Sardegna e Calabria con un coefficiente superiore al 20%.

9.4.2 Un confronto dei consumi tra cluster aziendali

L'analisi dei consumi delle tre prestazioni è stata estesa anche ai cluster aziendali, costruiti combinando in modo incrociato la densità territoriale con la collocazione geografica delle aziende sanitarie, così da cogliere le differenze legate sia alle specificità dei territori sia al contesto regionale di riferimento (par. 9.3).

L'analisi dei consumi di risonanze magnetiche osteoarticolari nella popolazione over 65 (Figura 9.4) evidenzia a livello nazionale una mediana pari a 2,5 esami ogni 100 abitanti e una media di 2,6, con un coefficiente di variazione del 32,2%, dato che indica una distinta eterogeneità dei comportamenti di consumo all'interno dei cluster territoriali.

Figura 9.4 **Consumo di prestazioni RM osteoarticolari in pazienti over-65 per 100 abitanti, boxplot cluster aziendali**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

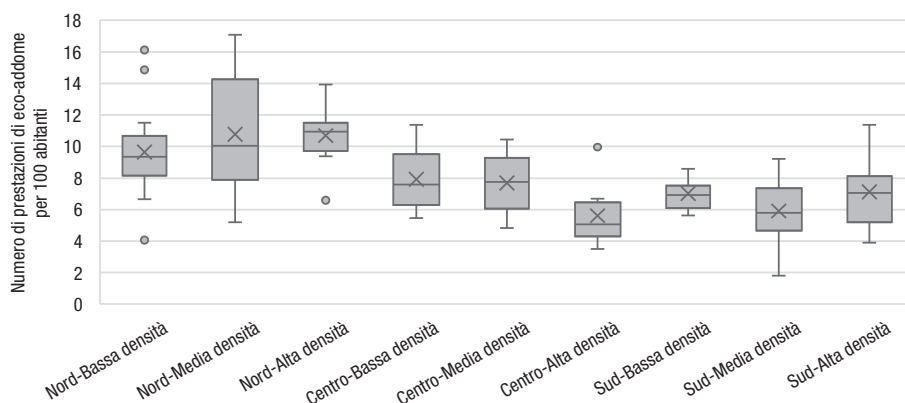
Dall'analisi dei cluster si nota come i livelli di consumo più elevati si registrano nel Nord Italia: la mediana dei cluster aziendale raggiunge 3,1 nelle aree ad alta densità ed in quelle a media densità, mentre nel cluster a bassa densità il valore scende a 2,7. Proprio quest'ultimo, però, presenta una rilevante dispersione interna, trainata dalla presenza di numerosi outlier, con consumi che oscillano tra un minimo di 0,9 e un massimo di 5. Il Centro Italia presenta valori più contenuti e relativamente omogenei, con mediane dei cluster aziendali comprese tra 2,5 nelle aree a media densità, 2,6 in quelle a bassa densità e ad alta densità. Tutti i valori si collocano vicino al valore mediano nazionale. Al Sud, invece, le mediane mostrano un andamento più eterogeneo. Nel cluster a bassa densità la mediana si ferma a 2,2, inferiore al dato nazionale, mentre nel cluster a media densità si colloca a 2,7, sostanzialmente in linea con la media complessiva. Decisamente inferiori risultano i consumi nelle aree ad alta densità, dove la mediana scende a 1,9, il livello più basso rilevato tra tutti i gruppi territoriali.

I coefficienti di variazione confermano un quadro di forte variabilità interna. Nel Nord si passa dal 21,6%, al 36,8% delle aree a media densità, che rappresenta il valore più elevato a livello nazionale. Le aree a bassa densità raggiungono il 33,7%, anche per effetto della presenza di quattro outlier. Nel Centro le aree a media e alta densità mostrano valori contenuti e identici (18%), mentre quelle a bassa densità evidenziano una variabilità più marcata (28,6%). Nel Sud, infine, la dispersione è costantemente elevata: 34,8% nelle aree a bassa densità, 30,1% in quelle a media densità e 22,9% in quelle ad alta densità.

Anche l'analisi dei consumi di ecografie dell'addome aggregati per cluster aziendali (Figura 9.5) restituisce un quadro caratterizzato da variabilità e da dispersione tra i cluster. A livello nazionale, la mediana si attesta a 7,7 prestazioni ogni 100 abitanti, ma la deviazione standard di 2,9 e il coefficiente di variazione del 35,4% segnalano che si tratta della prestazione con la maggiore eterogeneità tra i cluster aziendali analizzati.

Nel Nord Italia i valori mediani risultano sistematicamente superiori alla soglia nazionale, raggiungendo 10,9 nel cluster ad alta densità, 10,0 in quello a media densità e 9,3 in quello a bassa densità. Tuttavia, la distribuzione interna non è uniforme. Nel cluster a media densità, ad esempio, il coefficiente di variazione tocca il 33,0% e la mediana risulta sensibilmente inferiore alla media. Nel cluster a bassa densità la variabilità è anch'essa significativa (28,8%), con tre outlier estremi che ampliano la dispersione e i cui valori sono compresi tra un minimo di 4,1 e un massimo di 16,1. Più contenuta, invece, è la variabilità nel cluster ad alta densità (14,8%), che abbina la mediana più elevata a una distribuzione interna relativamente regolare. Il Centro si colloca su livelli intermedi, con mediane pari a 7,8 nel cluster a media densità, 7,6 in quello a bassa densità e 5,1 in quello ad alta densità. Anche qui la dispersione interna mostra andamenti diversificati: i cluster a media e bassa densità risultano relativamente omogenei, con coefficienti di variazione pari rispettivamente al 23,4% e al 23,2%, mentre il cluster ad alta densità si distingue per un coefficiente del 33,4%, indice di un'elevata irregolarità rispetto alla mediana. Al Sud, le mediane si collocano su valori prossimi o inferiori alla soglia nazionale: 7,1 nel cluster ad alta densità, 6,9 in quello a bassa densità e 5,78 in quello a media densità. Anche in quest'area emerge un quadro eterogeneo, con variabilità interna con-

Figura 9.5 **Consumo di prestazioni di eco-addome per 100 abitanti, boxplot cluster aziendali**



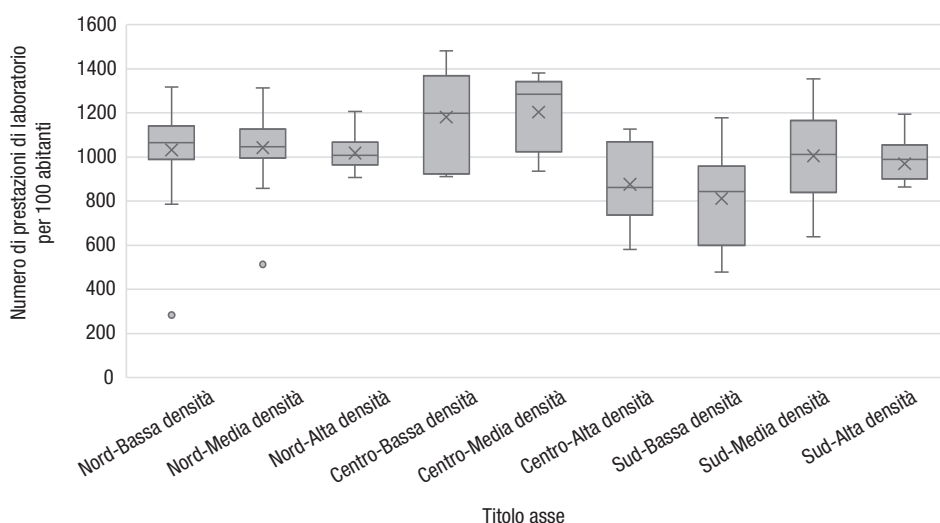
Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

sistente nei cluster a media (30,4%) e ad alta densità (29,7%), mentre il cluster a bassa densità mostra maggiore regolarità, con un coefficiente di variazione contenuto al 15%.

Le prestazioni di laboratorio (Figura 9.6) presentano a livello nazionale una mediana di consumo pari a 1.017 ogni 100 abitanti e una media di 998. La distribuzione dei consumi risulta eterogenea tra i cluster, come dimostra il coefficiente di variazione nazionale, pari al 20,9%.

Nel Centro Italia si osservano i livelli di consumo più elevati. Nel cluster a media densità la mediana raggiunge 1.285 prestazioni e il coefficiente di variazione è pari al 13,3%, un valore contenuto che segnala una relativa stabilità interna, pur a fronte di un differenziale marcato tra minimo e massimo (+62%). Nel cluster a bassa densità la mediana è pari a 1.199 con un coefficiente di variazione del 16,6% che denota una disomogeneità moderata. Decisamente inferiori i valori nel cluster ad alta densità, dove la mediana scende a 862 prestazioni e la variabilità interna si amplia, con un coefficiente pari al 19,8%. Il Sud si colloca su valori prossimi o inferiori alla soglia nazionale. La mediana è pari a 1.012 prestazioni nel cluster a media densità, dove però la variabilità interna è elevata, con un coefficiente del 21,1%. Nel cluster ad alta densità la mediana si riduce a 990 e la dispersione rimane significativa, con un coefficiente del 16,5%. Un quadro ancora diverso si osserva nel cluster a bassa densità, che registra la mediana più bassa d'Italia (843 prestazioni per 100 abitanti) e, al tempo stesso, il livello di variabilità più accentuato, con un coefficiente pari al

Figura 9.6 **Consumo di prestazioni di laboratorio per 100 abitanti, boxplot cluster aziendali**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

25,8% e un differenziale massimo-minimo che raggiunge il +147%. Nel Nord le mediane si mantengono leggermente al di sopra della soglia nazionale, senza scostamenti rilevanti. Nel cluster a media densità la mediana è pari a 1.047 prestazioni, nel cluster a bassa densità raggiunge 1.065 e nel cluster ad alta densità si colloca a 1.009. Le differenze emergono soprattutto sul piano della dispersione: il cluster ad alta densità risulta il più omogeneo a livello nazionale, con un coefficiente di variazione pari al 7,8%, mentre i cluster a media densità e a bassa densità sono più disomogenei, con coefficienti pari rispettivamente al 16,9% e al 22,1%.

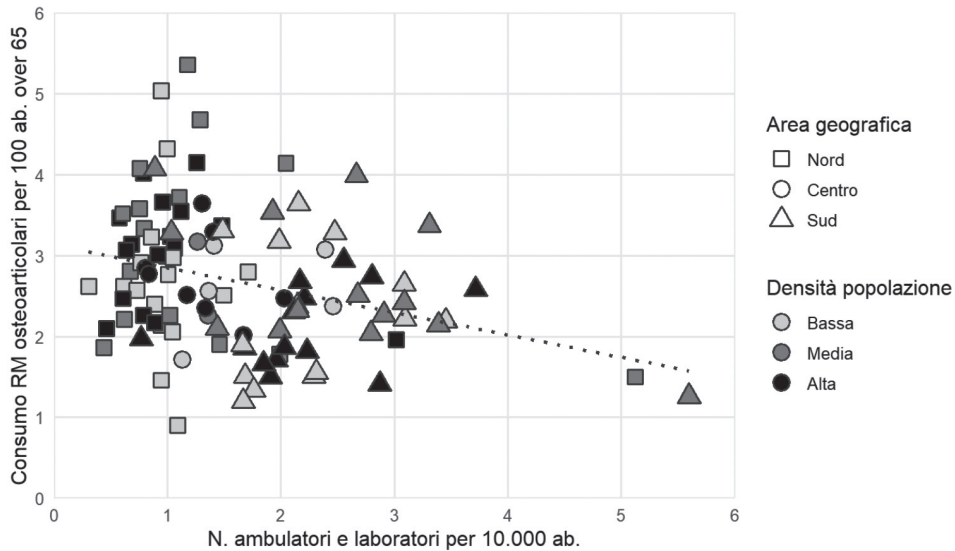
L'analisi comparativa delle tre prestazioni evidenzia dunque configurazioni territoriali di consumo differenti. Mentre le prestazioni di laboratorio si distinguono per volumi di consumo molto elevati, con un picco nel Centro Italia, dove le mediane superano le 1.200 prestazioni per 100 abitanti, il Sud presenta livelli più contenuti e una forte eterogeneità interna, in particolare nelle aree a bassa densità. Il Nord, al contrario, mostra valori prossimi alla media nazionale ma distribuzioni di consumo più regolari, soprattutto nei contesti ad alta densità, che si caratterizzano per i coefficienti di variazione più bassi dell'intero campione. Le risonanze magnetiche osteoarticolari restituiscono invece un quadro più uniforme tra i cluster territoriali, con mediane relativamente stabili e prossime al valore nazionale, ma con un'elevata variabilità interna: ciò emerge in particolare nel Nord, dove si registrano *outlier* che contribuiscono ad ampliare la dispersione. Infine, le ecografie addominali rappresentano la prestazione con la maggiore polarizzazione geografica: i valori mediani nel Nord superano di gran lunga quelli osservati al Centro e al Sud, e la dispersione interna raggiunge i livelli più elevati dell'intero campione, soprattutto nel cluster Nord-Media densità, dove la distanza tra media e mediana segnala la presenza di aziende con consumi estremamente superiori alla media del cluster.

9.4.3 Livello di consumo e rete di offerta sul territorio

Per analizzare ulteriormente la variabilità osservata nei livelli di consumo delle tre prestazioni diagnostiche analizzate, è stata approfondita la relazione tra livelli di consumo e la rete di offerta, rappresentata dal numero di ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati presenti sul territorio ogni 10.000 abitanti, mantenendo la suddivisione per cluster fin qui utilizzata. I dati di consumo sono relativi all'anno 2023 (Ministero della Salute, 2024), mentre quelli relativi alle strutture fanno riferimento all'anno 2022 (Ministero della Salute, 2022)⁷. A livello nazionale, la densità media di strutture è pari a 1,6 ogni 10.000

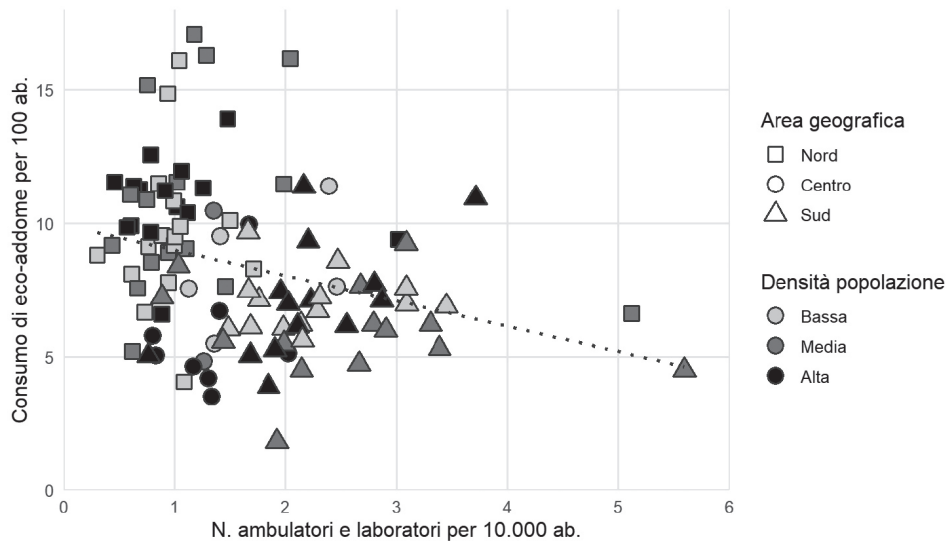
⁷ I dati relativi alla rete delle strutture ambulatoriali e di laboratorio fanno riferimento al 2022, anno in cui nella Regione Marche era ancora operativa l'ASUR come azienda sanitaria unica regionale. Tale assetto è cessato il 1° gennaio 2023, con la costituzione delle cinque Aziende

Figura 9.7 **Relazione tra numero di ambulatori e laboratori ogni 10.000 abitanti e consumo di RM osteoarticolare nei pazienti over-65 per 100 abitanti**



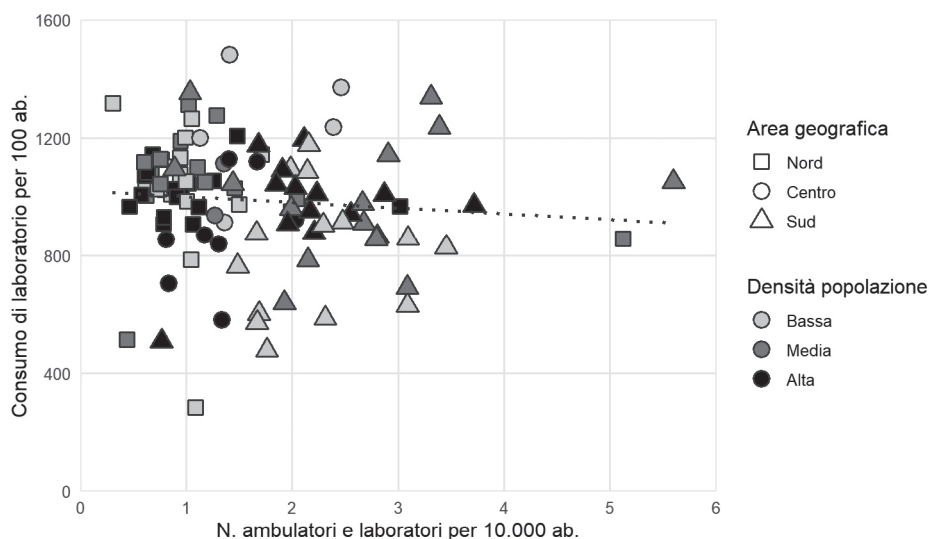
Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

Figura 9.8 **Relazione tra numero di ambulatori e laboratori ogni 10.000 abitanti e consumo di eco-addome per 100 abitanti**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

Figura 9.9 **Relazione tra numero di ambulatori e laboratori ogni 10.000 abitanti e consumo di laboratorio per 100 abitanti**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

abitanti, ma con forti differenze tra territori. Nel Nord, la densità media di strutture ogni 10.000 abitanti è inferiore alla media nazionale e relativamente omogenea tra cluster. Nonostante la rete di offerta numericamente contenuta, i consumi sono più elevati per tutte e tre le prestazioni, sebbene con una dispersione interna più marcata nei cluster a media e bassa densità. Nel Centro, la densità è più alta ma con valori più variabili tra i territori, mentre i livelli di consumo si mantengono più bassi e dispersi rispetto al Nord. Il Sud presenta invece la rete di offerta più capillare del Paese, ma questo non si traduce in livelli di consumo altrettanto elevati: per le ecografie addominali i livelli restano inferiori rispetto al Nord, per le altre prestazioni si osserva tendenzialmente una forte eterogeneità interna.

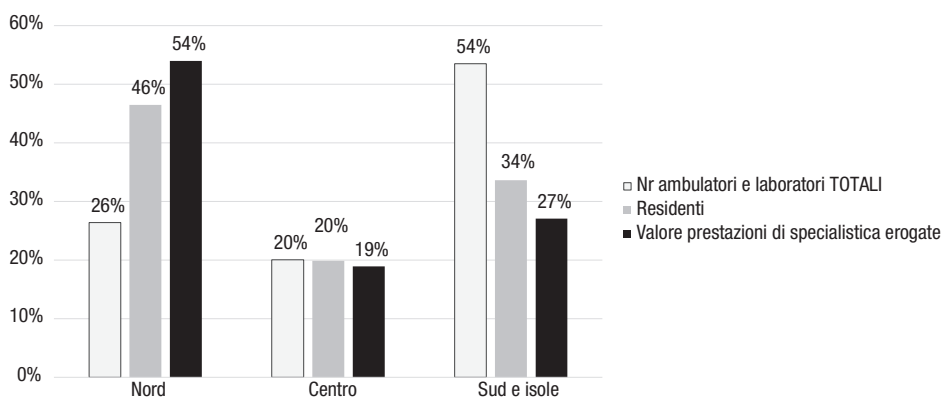
Nel complesso, la relazione tra dotazione strutturale e consumo effettivo appare debole. Analizzando per ciascuna azienda il numero di ambulatori e laboratori rispetto ai consumi di RM nella popolazione over 65 e di laboratorio, non emergono correlazioni statisticamente significative. Solo per le prestazioni di eco addome si rileva una correlazione negativa, seppur contenuta (con un coefficiente di Pearson pari a -0,3). Questi risultati suggeriscono che la dispo-

Sanitarie Territoriali (AST). Poiché per il 2023 non risultano ancora disponibili dati aggiornati relativi alla distribuzione delle strutture nelle aziende di nuova costituzione, la Regione Marche non è stata inclusa nelle elaborazioni relative a questo paragrafo.

nibilità di strutture d'offerta non sia un fattore determinante dei livelli di consumo per le prestazioni analizzate.

Per offrire una vista più complessiva, è possibile mettere a confronto le tre macro-regioni del Paese con riferimento alla numerosità dei punti di erogazione (pubblici e privati accreditati), alla popolazione residente e al valore economico della specialistica ambulatoriale erogata (Figura 9.10). La visuale presenta dati molto “macro”, con il limite metodologico di riportare un dato di produzione invece che di consumo⁸. Tuttavia, si conferma come la disponibilità del sistema di offerta non si traduca in un incremento dei servizi erogati ai cittadini, qui espressi attraverso la metrica dei valori tariffari; anzi, le regioni del Mezzogiorno, caratterizzate da una maggiore frammentazione, registrano un valore di specialistica erogata (27%) meno che proporzionale rispetto ai residenti (34%). Il fenomeno si riduce, ma non si annulla, se si rapporta il valore della specialistica del Sud alla quota di residenti over65, che rappresentano il 32% del totale nazionale, in crescita. La frammentazione dell'offerta, oltre a determinare inefficienze sul lato dei costi e tecnologie meno aggiornate e di minore qualità, non aumenta neppure l'accesso ai servizi.

Figura 9.10 **Incidenza % delle macro-regioni con riferimento numerosità dei punti di erogazione, alla popolazione e al valore della specialistica ambulatoriale erogata (2023)**



Fonte: elaborazione autori su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico anno 2023, e Ministero dell'Economia e delle Finanze

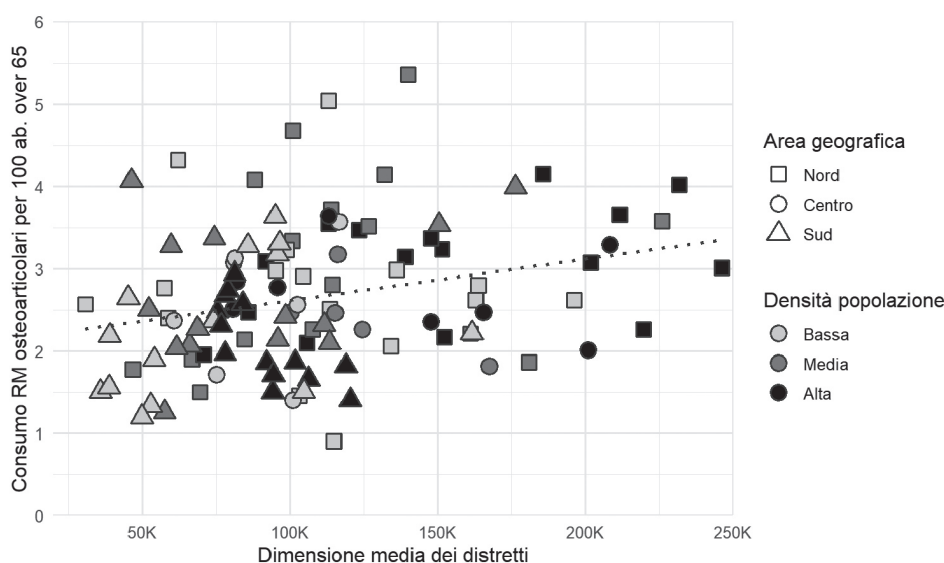
⁸ Pur trattandosi di dati di produzione, le aree di riferimento sono molto vaste (Nord, Centro, Sud e Isole) e non è prevedibile che si verifichino flussi significativi di mobilità per le prestazioni ambulatoriali. Di conseguenza, produzione e consumo presumibilmente tendono a coincidere.

9.4.4 Livello di consumo e dimensione media dei distretti

Un'ulteriore chiave di lettura riguarda il possibile legame tra i livelli di consumo ambulatoriale e la dimensione dei distretti socio-sanitari, con l'obiettivo di comprendere se la dimensione organizzativa del distretto abbia un impatto sui livelli di consumo delle prestazioni ambulatoriali. A tal fine, si è utilizzato il database informativo di AGENAS (2025) per stimare la dimensione media dei distretti per ciascuna azienda sanitaria, calcolando il rapporto tra la popolazione totale dell'azienda e il numero di distretti in essa presenti. Tale indicatore è stato poi messo in relazione con i volumi di prestazioni consumate per ciascuna delle tre prestazioni analizzate (Figure 9.11, 9.12, 9.13).

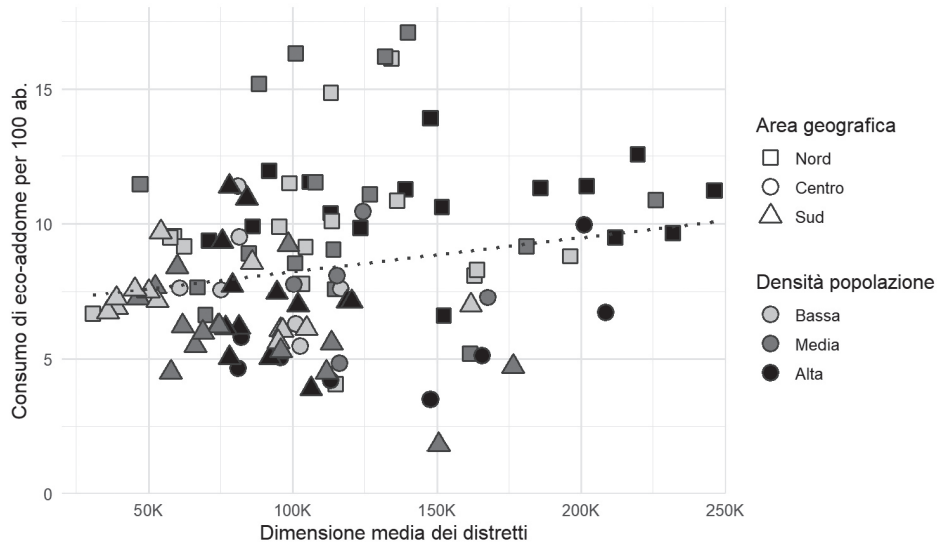
I risultati mostrano l'esistenza di correlazioni deboli o comunque trascurabili. La relazione più forte si osserva tra la dimensione media dei distretti e il consumo di prestazioni di eco-addome, con un coefficiente di correlazione di Pearson pari a circa 0,2, indicativo di una debole correlazione positiva: all'aumentare della dimensione del distretto, si tende ad osservare un incremento del consumo di tali prestazioni. Nel caso delle prestazioni RM osteoarticolari in pazienti over 65, la correlazione si riduce ulteriormente ($r=0,17$), mentre per le prestazioni di laboratorio risulta quasi assente ($r=0,08$), senza evidenze statisticamente rilevanti.

Figura 9.11 **Relazione tra dimensione media dei distretti e consumo di RM osteoarticolari in pazienti over 65**



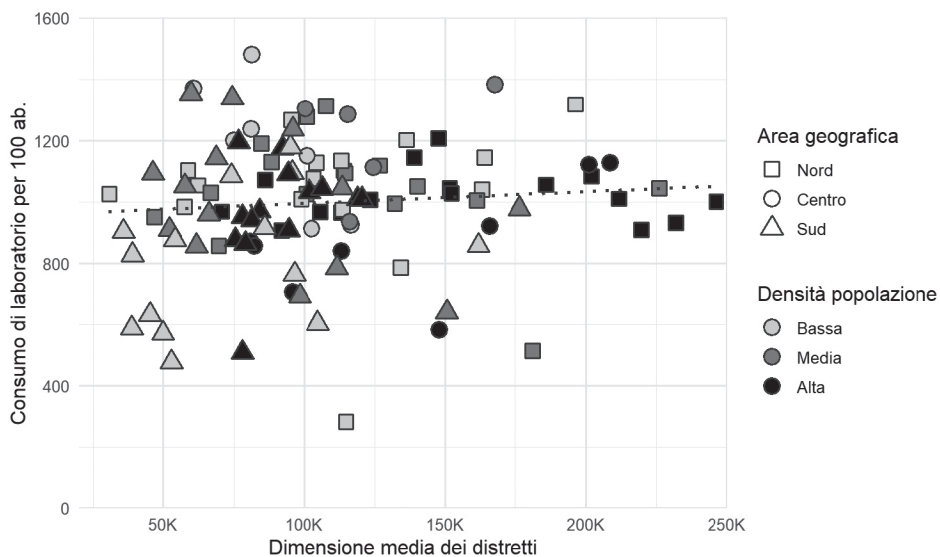
Fonte: Elaborazione degli autori su dati Agenas

Figura 9.12 **Relazione tra dimensione media dei distretti e consumo di eco-addome per 100 abitanti**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

Figura 9.13 **Relazione tra dimensione media dei distretti e consumo di laboratorio per 100 abitanti**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenas

Questi dati suggeriscono che la struttura organizzativa dei servizi sanitari territoriali, in particolare la dimensione del distretto come unità erogativa e di prossimità, non abbia un'influenza rilevante sul livello di consumo.

9.5 Un caso studio: Regione Lombardia

La seguente sezione propone un'analisi delle differenze intra-regionali nei livelli di consumo e del rapporto tra prescritto e consumato dai cittadini delle ASST lombarde con riferimento alle prestazioni ambulatoriali. Per agevolare la lettura dei dati di consumo ed individuare eventuali pattern di consumo, le ASST sono state raggruppate in classi di densità (par. 9.3)

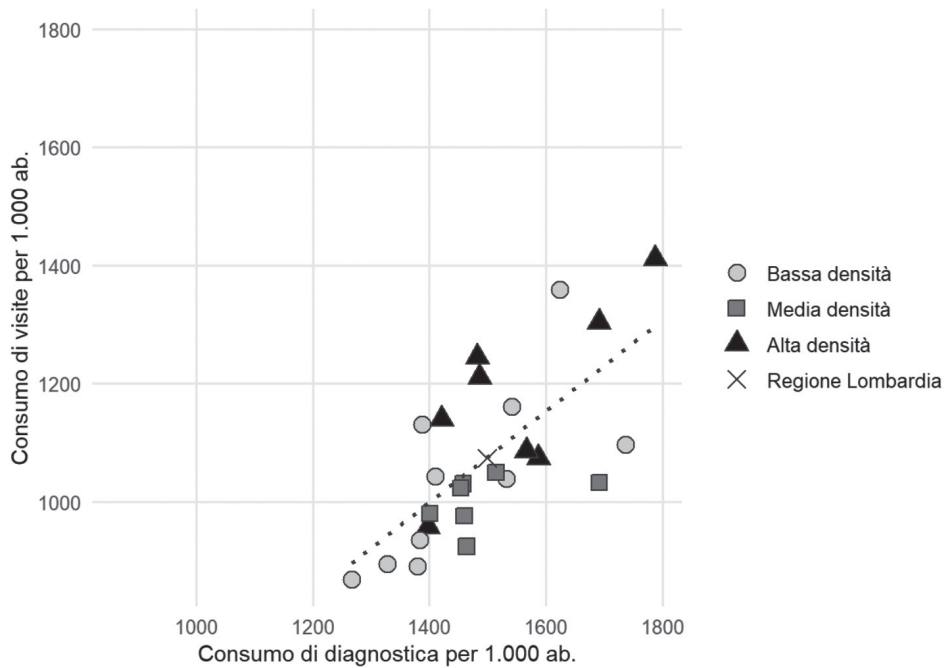
9.5.1 Differenziali di consumo per classe FA-RE⁹

Nel 2024 la media regionale di consumo si attesta su 1.073 visite e 1.499 prestazioni di diagnostica per 1.000 abitanti, con coefficiente di variazione pari al 13% per le visite e al 9% per la diagnostica. Il rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo è elevato ed è pari al 63% per le visite (da un minimo di 868 ad un massimo 1.411 visite per 1.000 abitanti) e al 41% per la diagnostica (da 1.267 a 1.787). Si osserva una relazione lineare tra i livelli di consumo di visite e diagnostica, con un coefficiente di correlazione di 0,7 (Figura 9.14). I territori a maggiore densità abitativa tendenzialmente consumano di più, nonostante si osservi una maggiore variabilità nei territori a bassa densità. Si registra, infatti, una media di 1.042, 1.002 e 1.179 visite per 1.000 abitanti rispettivamente nelle Aziende a bassa, media e alta densità. Specularmente, i consumi medi di diagnostica sono 1.459, 1.492, 1.552 nei tre cluster osservati.

Considerando la popolazione over 65, si osservano livelli di consumo sensibilmente più elevati rispetto alla media generale della popolazione, con 2.142 visite e 2.936 prestazioni di diagnostica in media per 1.000 abitanti. Anche la variabilità risulta più marcata con un coefficiente di variazione pari al 17% per le visite e al 12% per la diagnostica. Il rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo tocca l'84% per le visite (con valori minimi di 1.689 visite a un

⁹ La classificazione FA-RE (Fadda-Repetto) è un sistema di aggregazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, elaborato per favorire la comparabilità e la programmazione dell'offerta. Le prestazioni vengono raggruppate in classi secondo il criterio dell'omogeneità di processo, che valuta le modalità operative di erogazione, le tecnologie e i fattori produttivi impiegati. Essa consente di associare sistematicamente ogni prestazione a uno specifico raggruppamento ("branca") al fine di stimare volumi, costi e fabbisogni in maniera coerente e uniforme. Nel presente capitolo, si utilizza la classificazione per distinguere tra visite, prestazioni di diagnostica e prestazioni di laboratorio.

Figura 9.14 **Relazione di consumo di visite e diagnostica per 1.000 abitanti per ASST**



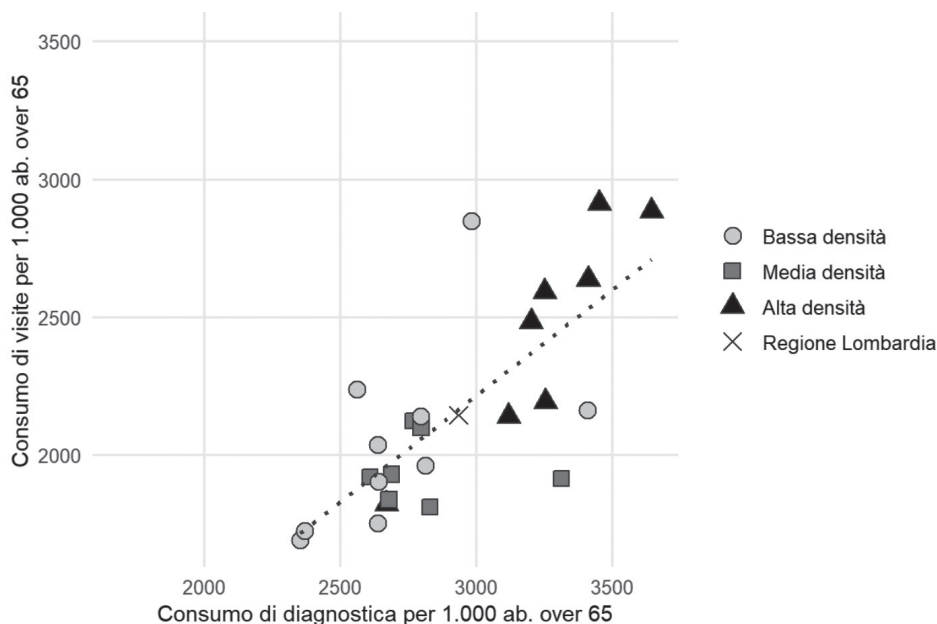
Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

massimo di 2.911 visite per 1.000 abitanti) e 55% per la diagnostica (con valori da 2.355 a 3.645). La correlazione tra i livelli di consumo è ancora più elevata nel caso degli over65, con un coefficiente di correlazione pari a 0,75. Infine, in maniera più netta in questa fascia d'età rispetto alla popolazione complessiva, sembra emergere una relazione positiva con la densità abitativa: nei territori a più alta densità si registrano livelli di consumo mediamente superiori (Figura 9.15). Anche per gli over-65 si registra, infatti, una media di 2.045, 1.947 e 2.458 visite per 1.000 abitanti rispettivamente nelle Aziende a bassa, media e alta densità. Specularmente, i consumi medi di diagnostica sono 2.722, 2.814, 3.252 nei tre cluster osservati. Questa tendenza può essere parzialmente collegata alla disponibilità di offerta nei territori ad alta densità, specie nelle aree metropolitane, a una popolazione mediamente più scolarizzata e a reddito medio maggiore.

Inoltre, l'analisi condotta sui tassi di consumo della popolazione over65 consente di disporre di un indicatore più standardizzato, che riduce l'influenza delle differenze demografiche tra le diverse aziende e ci permette di fare confronti più omogenei tra i territori.

Si propongono, per simmetria rispetto all'analisi dei dati di consumo na-

Figura 9.15 **Relazione di consumo di visite e diagnostica per 1.000 abitanti over 65 per ASST**



Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

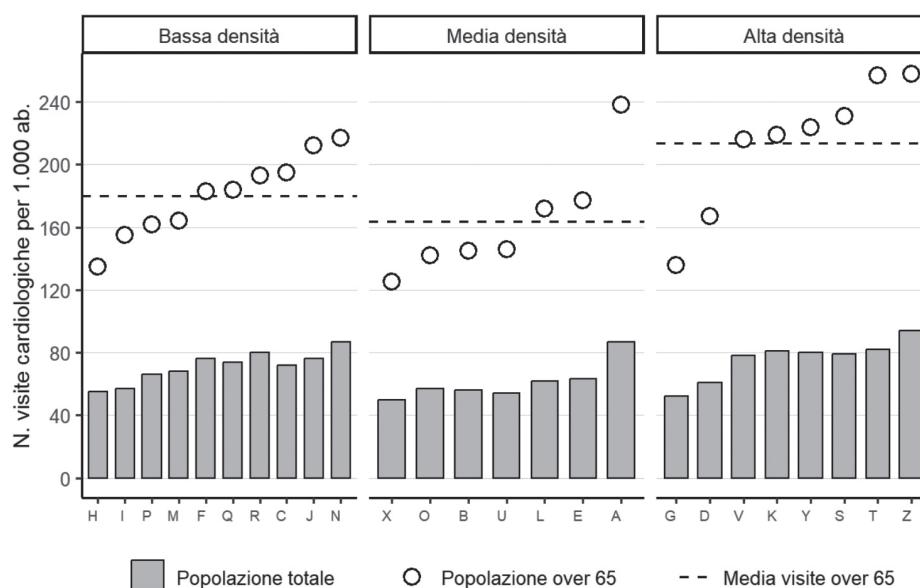
zionali, i dati relativi al consumo di prestazioni di laboratorio anche per le ASST lombarde. Nel 2024, la media regionale è pari a 11.254 prestazioni ogni 1.000 abitanti, mentre il coefficiente di variazione è pari al 8%. Il rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo è 42% (con un minimo di 9.589 e un massimo di 13.629 prestazioni per 1.000 abitanti). I dati utilizzati per le analisi regionali sono quindi sostanzialmente in linea con quelli presentati nel contesto delle analisi nazionali e confermano la Lombardia come territorio con consumi di laboratorio collocati tra la mediana e la media delle aziende sanitarie italiane. Analizzando gli stessi dati per le persone over 65, i tassi di consumo sono fisiologicamente più alti: la media regionale per il 2024 è pari a 22.085 prestazioni consumate ogni 1.000 abitanti. Per quanto riguarda invece la variabilità tra Aziende, questa risulta stabile con coefficiente di variazione pari all'8% e rapporto percentuale tra campo di variazione e minimo pari al 33% (con un minimo di 19.343 e un massimo di 25.753).

9.5.2 Differenziali di consumo per visita cardiologica e risonanza magnetica

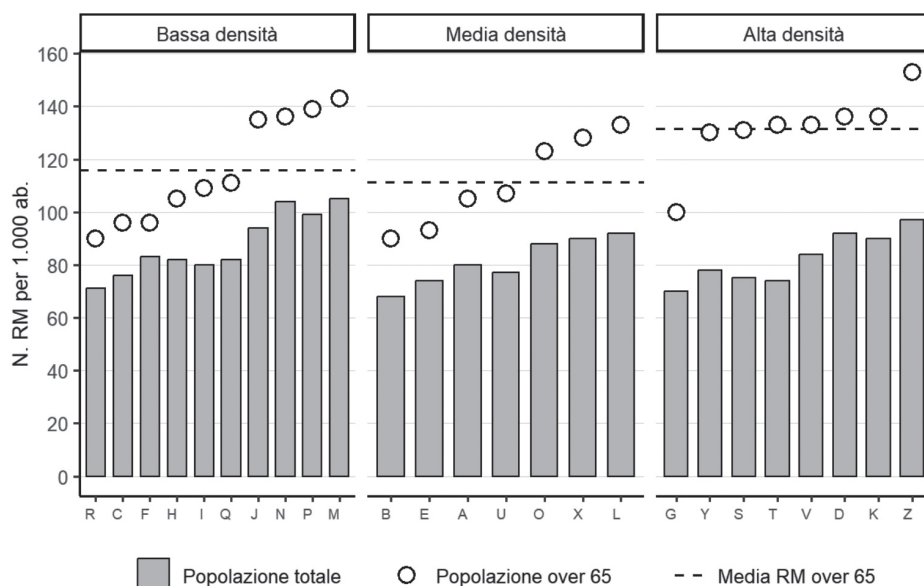
Lo stesso tipo di analisi è stato condotto anche su due prestazioni specifiche: la visita cardiologica (prima visita e visita di controllo) e la risonanza magnetica.

In Regione Lombardia, nel 2024, il consumo medio di visite cardiologiche attesta a 69,3 prestazioni per 1.000 abitanti nella popolazione generale e a 185,5 prestazioni per 1.000 abitanti nella popolazione over-65. Il campo di variazione rispetto al valore minimo risulta essere del 88% nella popolazione totale (con un valore minimo di 50 e massimo di 94 visite per 1.000 abitanti) e del 106% negli over65 (da un minimo di 125 a un massimo di 258). Anche in questo caso, i territori ad alta densità tendono a consumare di più (con una media di 75,9 e 214 visite per 1.000 abitanti rispettivamente nella popolazione generale e tra gli over65), mentre i territori a media densità consumano meno in assoluto (61,3 e 164 visite rispettivamente). Tra gli over-65, il coefficiente di variazione raggiunge il 21%, a fronte del 18% nella popolazione generale, mentre il coefficiente di variazione maggiore si osserva per il cluster della media densità (20% nella popolazione generale e 23% tra gli over65) (Figura 9.16).

Figura 9.16 **Consumo di visite cardiologiche per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti over 65 per ASST**



Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

Figura 9.17 **Consumo di prestazioni di RM per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti over 65 per ASST**

Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

La maggiore variabilità nei consumi tra gli over65 pone alcune domande in merito alla gestione della cronicità, evidenziando come ad oggi l'accesso ai servizi sia apparentemente randomico anche in una fascia di popolazione che dovrebbe avere profili di consumo simili.

Per quanto riguarda la risonanza magnetica, il consumo medio in Regione Lombardia nel 2024 si attesta a 82,9 prestazioni per 1.000 abitanti tra la popolazione generale e a 119,8 tra gli over65. La variabilità tra le ASST si attesta al 12% sulla popolazione totale e al 16% nella popolazione over65. Per quanto riguarda il campo di variazione rispetto al valore minimo, nella popolazione generale è pari al 54% (con un valore minimo di 68 e un massimo di 105 RM per 1.000 abitanti), mentre negli over65 raggiunge il 70% (minimo 90 e massimo 153), mentre nella popolazione over 65 è pari al 70% (con un valore minimo di 90 e un massimo di 153). In questo caso, le aree a maggiore densità mostrano livelli di consumo più elevati, con una media di 132 risonanze a fronte di 111 nelle aree a media densità e 116 nella bassa densità. All'interno dei cluster la variabilità risulta maggiore tra le ASST a bassa densità, con coefficienti di variazione del 14% e 18% nella popolazione generale e over65. (Figura 9.17).

9.5.3 Differenziali nel rapporto prescritto/consumato

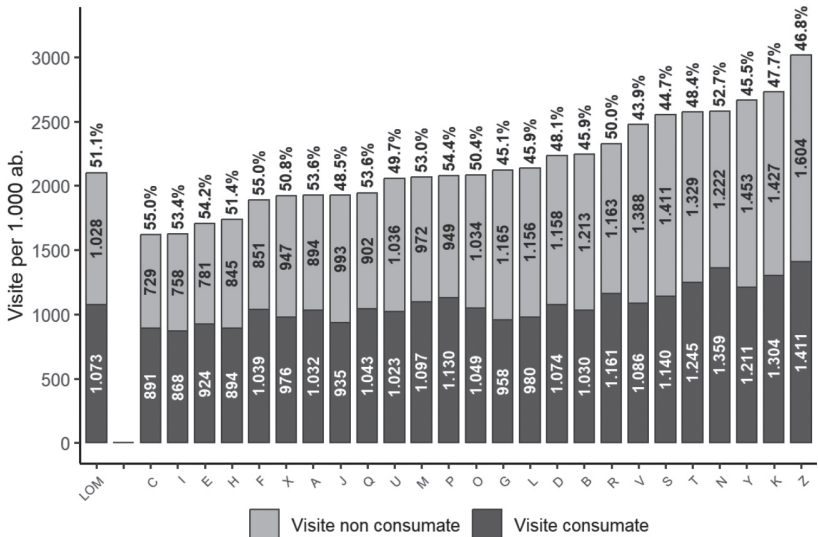
Un ulteriore elemento di analisi riguarda il rapporto tra prestazioni effettivamente consumate (all'interno del SSR) e il totale delle prescrizioni, per le visite specialistiche e la diagnostica. Le prescrizioni considerate comprendono tutte le ricette dematerializzate degli specialisti ospedalieri e degli MMG. In Regione Lombardia, solo il 51,1% delle visite prescritte ed il 56,1% della diagnostica è stato effettivamente erogato nel 2024¹⁰. Rispetto a questa dimensione, la variabilità tra le ASST è relativamente bassa, con un coefficiente di variazione pari al 4% per entrambe le tipologie di prestazioni, e valori minimi e massimi tra le ASST compresi tra il 44% e il 55% per le visite e tra il 50,5% e il 62,3% per la diagnostica.

La relazione tra densità abitativa e rapporto prescritto/consumato mostra un pattern interessante: le aziende ad alta densità, caratterizzate da volumi complessivi di prescrizione più elevati, si collocano nella parte destra della distribuzione rispetto al volume complessivo di prescrizioni, mentre le aree a bassa e media densità presentano livelli più bassi di prescrizione, ma rapporti prescritto/consumato tendenzialmente più alti, come mostrato nelle Figure 9.18 e 9.19. Anche nelle elaborazioni successive (Figure 9.20 e 9.21), si nota come nei territori dove si consuma di più, una quota maggiore del prescritto non viene trasformata in prestazioni erogate (aziende posizionate nel quadrante in basso a destra). Al contrario, nei territori in cui si consuma meno, il tasso di trasformazione del prescritto in consumato è maggiore (aziende nel quadrante in alto a sinistra). I restanti due quadranti sono popolati in misura minore: sono poche le aziende che hanno un alto livello di consumo e un alto indice di trasformazione del prescritto in consumato (aziende nel quadrante in alto a destra) o che hanno un basso livello di consumo e un basso indice di trasformazione, specialmente per la diagnostica. La discussione potrebbe essere ulteriormente arricchita prendendo in considerazione il livello di appropriatezza delle prescrizioni, al fine di individuare un benchmark rappresentativo di un consumo effettivamente appropriato dei servizi.

Resta, infine, da chiarire la destinazione della quota “grigia” di prestazioni non consumate che appare nelle figure sottostanti, che può essere destinata al regime privato oppure può rappresentare prescrizioni non trasformate in prestazioni.

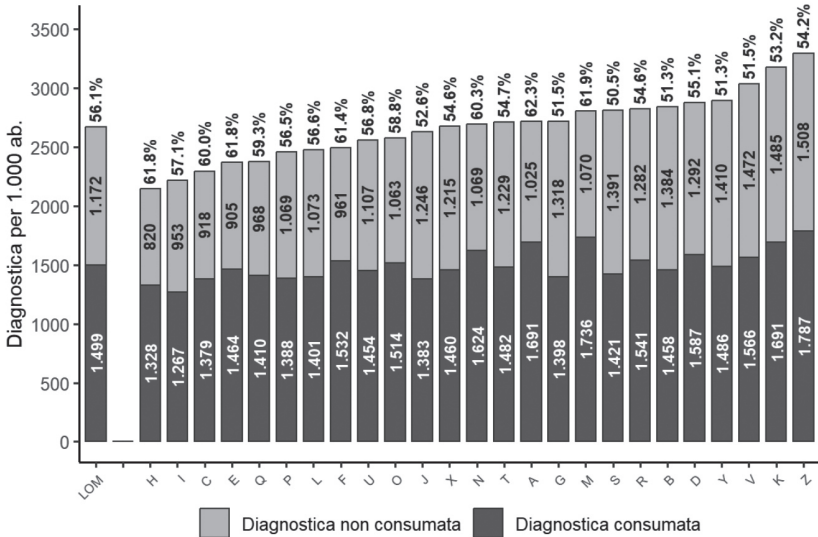
¹⁰ Il valore del rapporto tra prescritto e consumato utilizzato ai fini della redazione di questo capitolo non tiene conto del fatto che alcune prescrizioni possono essere ripetute. Il lettore tenga dunque in considerazione il fatto che escludendo le prestazioni ripetute con lo stesso codice SISS entro 30 giorni il valore del rapporto tende ad aumentare. Con riferimento a quanto attualmente disponibile, si stima un incremento pari a circa +7,5 punti percentuali per le visite e a circa +5,5 punti percentuali per la diagnostica a livello regionale.

Figura 9.18 **Differenziali prescrittivi nelle visite: prescrizioni e consumo di visite per 1.000 abitanti per ASST**



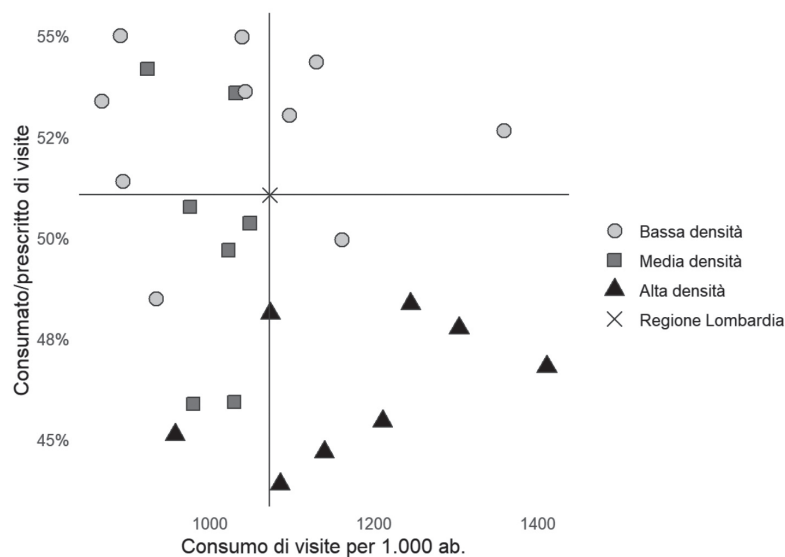
Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

Figura 9.19 **Differenziali prescrittivi nelle prestazioni di diagnostica: prescrizioni e consumo di diagnostica per 1.000 abitanti per ASST**



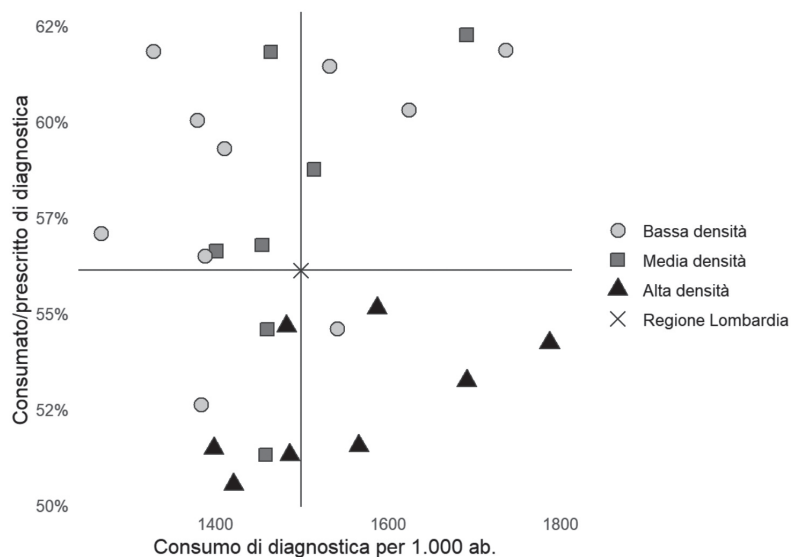
Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

Figura 9.20 **Rapporto consumato/prescritto e consumi di visite per 1.000 abitanti per ASST**



Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

Figura 9.21 **Relazione tra consumato/prescritto e consumi di prestazioni di diagnostica per 1.000 abitanti per ASST**



Fonte: elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a. Lombardia

9.6 Discussione

I risultati mostrati nei paragrafi precedenti analizzano uno spettro molto ampio dei consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel nostro Paese. Tra gli elementi emersi, si delineano alcune conferme e alcuni elementi nuovi, da approfondire, che possono stimolare molteplici interpretazioni.

9.6.1 La variabilità dei consumi ambulatoriali come fenomeno misurabile, rilevante ed eterogeneamente distribuito a livello di SSN, regioni e aziende

Il capitolo conferma la variabilità dei consumi ambulatoriali riscontrati nelle aziende del SSN, nel confronto inter- e infra-regionale. Ciò emerge chiaramente dalle analisi sui consumi annuali standardizzati relativi al laboratorio e a due rilevanti prestazioni di diagnostica (eco-addome e risonanze osteomuscolari degli over65). I campi di variazione sono così ampi che suggeriscono, almeno per le aziende *outlier*, una verifica di attendibilità su alcuni dati. Anche una volta eliminati i valori estremi, resta rilevabile una dispersione che talvolta colpisce l'analista. Tra le tre prestazioni analizzate, il caso di variabilità più marcata riguarda le ecografie all'addome, per cui un quarto delle aziende del SSN registra solo fino a 6 prestazioni ogni 100 abitanti, la metà delle aziende tra 6 e 10, un quarto 10 e oltre. Risonanze e soprattutto laboratorio evidenziano variabilità (coefficienti di variazione) rilevanti se confrontiamo i dati medi regionali. A titolo esemplificativo, concentrandoci sulla macro-area del Centro Italia: i valori delle medie aziendali dei consumi di laboratorio sono pari a 14 esami pro-capite nelle Marche, 13 in Umbria, 11 in Toscana, 9 esami nel Lazio. Il Lazio stesso registra oscillazioni tra 6 e 12 esami pro-capite a seconda delle aziende considerate. La Campania registra valori medi delle aziende regionali molto simili a quelli laziali, ma con dati delle singole aziende molto più omogenei.

In aggiunta alle analisi nazionali, la ricerca ha potuto approfondire i dati relativi ai consumi delle ASST lombarde con riferimento ai recenti anni 2023 e 2024. Questi dati si riferiscono a un campione pari a un sesto della popolazione nazionale, e coprono la totalità delle prestazioni di visite e diagnostica erogabili. Grazie al lavoro congiunto con le istituzioni e agenzie regionali coinvolte nella ricerca, i dati sono stati sottoposti a molteplici verifiche di qualità e affidabilità, che rendono l'analisi di eccezionale interesse. La Lombardia è un sistema regionale che, in media, sulla base delle prestazioni analizzate a livello nazionale, presenta livelli di variabilità tra le 8 ATS relativamente contenuti, grazie alle ampie dimensioni delle medesime. Resta una considerevole dispersione dei valori di consumo se confrontiamo le 25 ASST: con riferimento alla popolazione over65, i consumi annui di laboratorio passano da un minimo aziendale di 19 test a un massimo di 25; quelli di diagnostica passano da un

minimo di 2,3 prestazioni a un massimo di 3,6; quelli di visite da 1,6 a 2,9. Sulla base dei coefficienti di variazione misurati a livello nazionale e regionale, la variabilità dei consumi appare tendenzialmente maggiore per la diagnostica che per il laboratorio; sulla base dei dati lombardi, i consumi di visite evidenziano una ancora maggiore variabilità. Questi fenomeni potrebbero essere spiegati da molti fattori di domanda e offerta (Johansson *et al*, 2018); fra tutti, l'assenza per il laboratorio della prenotazione e il fatto di essere un settore a maggiore intensità di capitale (apparecchiature) potrebbero livellare verso valori più elevati i valori di consumo (Merlino e Ricci, 2026).

Per riassumere, la variabilità nei consumi di prestazioni ambulatoriali non solo è un elemento presente nella letteratura clinica e nelle percezioni dei *practitioner* del SSN, ma è un fenomeno quantificabile e ampiamente rappresentabile a livello di sistema, attraverso apposite misure, indicatori, grafici. È inoltre una caratteristica del sistema di offerta stabilmente osservabile negli ultimi anni; una volta quantificato, appare un fenomeno molto rilevante nel confronto sia tra regioni, sia tra aziende di una stessa regione; tuttavia, la variabilità stessa sembra presentarsi con un gradiente diverso o molto diverso a seconda delle aree geografiche e delle tipologie di prestazioni. In questo senso, un contributo del capitolo è quello di far emergere e porre come elemento di discussione gli ordini di grandezza e i valori specifici osservati nei singoli territori: passaggio obbligato per transitare da una consapevolezza astratta del fenomeno a una conoscenza utile per il suo governo.

9.6.2 Ipotesi interpretative sulle variabili esplicative dei differenziali di consumo

Un secondo elemento, che si origina logicamente dal primo, riguarda la ricerca di tendenze che possano aiutare a descrivere i livelli di consumo e la loro dispersione, proponendo potenziali associazioni con altre variabili. Pur tenendo presenti le limitazioni delle statistiche descrittive, l'analisi combinata dei dati nazionali e regionali lombardi permette di formulare alcune ipotesi e piste di ulteriore approfondimento.

Il quadro che emerge è molto eterogeneo e non si presta a facili interpretazioni: i livelli di consumo variano molto a seconda della tipologia o macro-classe di prestazione considerata. Si delineano però alcune tendenze generali.

Con riferimento alle variabili di tipo geografico, che possono essere considerate proxy delle condizioni socio-economiche, il gradiente Nord-Sud si delinea più chiaramente per le due prestazioni di diagnostica, soprattutto con riferimento alle ecografie all'addome, per le quali spiccano i valori più alti di Emilia-Romagna e P.A. di Bolzano. I livelli di laboratorio appaiono più omogenei lungo la Penisola, con valori massimi in alcune aree del Centro (Marche e Umbria).

Con riferimento alla densità di popolazione, restando sui dati nazionali, non emergono particolari associazioni con i livelli di consumo. Un'associazione, invece, sembra delinearsi all'interno della Regione Lombardia, con le aree urbane che, in media, sono caratterizzate da maggiori livelli di consumo, quantomeno per visite e prestazioni di diagnostica. I livelli di consumo di visite e prestazioni diagnostiche appaiono correlati fra loro, delineando, per queste due macro-branch, alcuni territori lombardi che appaiono abbastanza strutturalmente a maggiore o a minore fruizione di prestazioni.

Con riferimento alla dotazione e capillarità di strutture ambulatoriali e alla dimensione media dei distretti, variabili osservate a livello nazionale, non sono emerse correlazioni particolari. Si tratta di un'analisi con importanti margini di approfondimento e consolidamento, perché da un lato ci sono variabili organizzative e di offerta molto macroscopiche, dall'altro i livelli di consumo di tre sole tipologie di prestazioni, pur rilevanti. Tuttavia, l'assenza di relazioni evidenti porta a ipotizzare almeno due messaggi. In primo luogo, la capillarità della rete di offerta, molto spiccata in alcuni territori del Mezzogiorno e non solo, non si traduce da sola in elevati livelli di consumo. Ambulatori e laboratori di dimensioni troppo ridotte potrebbero semmai rappresentare un ostacolo alla produttività e alla crescita dei volumi, e soprattutto, della complessità della casistica anche ambulatoriale. Questa ipotesi viene rafforzata dal confronto tra popolazione residente delle regioni del Mezzogiorno, mediamente più giovane e pari al 34% del totale nazionale, e valore del totale della specialistica ambulatoriale erogata, ambulatorio incluso, che si ferma al 27%. In secondo luogo, apre alla riflessione sulla distribuzione delle responsabilità intermedie in seno alle aziende e alle relative «cinghie di trasmissione» tra nucleo operativo e vertice strategico. Lo spazio aperto alle aziende sanitarie pubbliche per plasmare le architetture organizzative di base soffrono infatti tradizionalmente di almeno due peculiari limitazioni (Del Vecchio et al, 2017): da un lato, è un «repertorio» di snodi organizzativi – dipartimento, distretto, unità operativa semplice e complessa – non sempre facilmente modificabile nei contenuti di responsabilità ad essi associabili; dall'altro, è fortemente influenzato dalla variabile professionale, le cui esigenze si riflettono spesso sull'assetto organizzativo, limitando anche la «contendibilità» tra diverse matrici professionali di molti ruoli organizzativi. In questo disegno, la risposta alla crescente complessità gestionale delle aziende è stata storicamente la creazione di unità di primo livello/intermedie a cui attribuire la piena responsabilità su zone definite del nucleo operativo, nel tentativo di attribuire a questo *middle management* la funzione di decongestionamento delle responsabilità decisionali che afferivano al *top management*. È un tema organizzativo più che mai attuale: la modesta relazione lineare tra consumi e dimensioni/densità dei distretti suggerisce, infatti, la centralità di tale questione, specialmente in termini di contenuto di responsabilità e attori a cui (co)attribuirle nel nuovo disegno dei servizi territoriali e

della loro interpretazione nei diversi contesti regionali. A titolo esemplificativo, agire su reclutamento e presa in carico dei cronici è un lavoro diverso dalla fluidificazione dei percorsi di cura, che a sua volta è diverso dall'approfondire il tema dell'appropriatezza prescrittiva e dei livelli di consumo che ne deriva. Questi diversi contenuti di responsabilità necessitano di *owner* differenti a elevato livello di coordinazione, con ampi spazi di integrazione che è difficile immaginare possano essere lasciati in capo a un unico attore aziendale (es. direzioni di distretti) senza strumenti o competenze di supporto adeguate alla funzione.

Con riferimento ai livelli prescrittivi, disponibili solo per Regione Lombardia, emergono almeno due evidenze di grande portata.

In primo luogo, in media, i livelli prescrittivi pro-capite sono circa il doppio dei livelli di consumo, con lievi differenze tra visite e diagnostica. In altri termini, circa una prescrizione su due non viene fruita nel circuito del SSN. Questo dato così impattante deve essere interpretato con cautela.

- Una quota delle prestazioni prescritte, ma non erogate dal SSN, è ottenuta in regime privato. Sarebbe interessante comprendere quante di queste prestazioni sono prescritte dai medici dipendenti o convenzionati con l'SSN a pazienti che, poi, si rivolgono volutamente al canale privato. Pazienti che, dopo aver tentato o meno la prenotazione, si rivolgono al regime privato per ragioni di tempestività o di scelta della struttura o del professionista, magari potendo contare su una copertura assicurativa. Purtroppo, il database analizzato non permette, a oggi, di quantificare questo fenomeno.
- Una quota delle prestazioni non viene prenotata, ma viene emessa una nuova prescrizione con classe di priorità più favorevole. Si tratta di una casistica sicuramente più ridotta della precedente, ma che andrebbe anch'essa tracciata e quantificata.
- Una parte delle prescrizioni perde ragion d'essere per la scomparsa del bisogno di salute tra il momento della prescrizione e quello dell'erogazione.
- Una parte delle prescrizioni rappresenta infine la vera e propria rinuncia alle cure.

È evidente, dunque, che la apparentemente abnorme distanza tra prescritto e consumato nasconde fenomeni complessi, il cui approfondimento diventa una priorità per comprendere le azioni necessarie per governare questo ambito.

In secondo luogo, appare una notevole variabilità anche nei livelli prescrittivi, che riguarda sia le visite che la diagnostica. I territori lombardi a maggiore densità, e con maggiore consumo, tendono a evidenziare un maggiore volume di prescrizioni, arrivando quasi a raddoppiare le ricette per visite specialistiche passando dalle ASST con valori minimi e quelle con valori massimi. Nelle aree ad elevata densità, la percentuale di trasformazione delle prescrizioni in con-

sumi si abbassa anche di 10 punti percentuali; questo, però, non è sufficiente a riportare a livelli omogenei i consumi, che tendono ad essere più elevati dove le prescrizioni sono molte. Non si registra, invece, una chiara distinzione tra i livelli di prescritto e di consumato di aree a media e ridotta densità.

Per riassumere, il capitolo fornisce alcuni elementi e ipotesi di lavoro di rilievo per chiunque, a prescindere dal ruolo sanitario o gestionale, abbia responsabilità nel governo della specialistica ambulatoriale, e dunque, delle filiere di cura viste nel complesso. Una volta preso atto della rilevanza del fenomeno della variabilità dei consumi, si può affermare che esistono dei *pattern* specifici che caratterizzano alcune Regioni e aree del Paese. Il contesto lombardo è contraddistinto da livelli prescrittivi molto più elevati dei livelli di consumo. Entrambi i differenziali, indubbiamente, non sono spiegabili solo sulla base dei profili epidemiologici della popolazione. Le aree urbane evidenziano, almeno in media, livelli prescrittivi maggiori rispetto alle altre, e ciò si associa a livelli di consumo in regime SSN molto maggiori. Le differenze osservate potrebbero ipoteticamente essere ricondotte a una maggiore densità dell'offerta sanitaria, oppure a una più elevata propensione alla cura della propria salute nei contesti con livelli socioeconomici più alti (si rimanda al Capitolo 7 del Rapporto per approfondimenti sui cluster sociali e sugli esiti di salute). È vero che il contesto lombardo non può essere considerato rappresentativo dell'intero SSN. Allo stesso tempo, le analisi nazionali presentano la Lombardia come una regione dalla variabilità dei consumi più ridotta di molte altre di minori dimensioni. Appare dunque molto rilevante e urgente prendere spunto dalle analisi relative alla Lombardia per approfondire le analisi sui differenziali di consumo e soprattutto sui differenziali prescrittivi anche in altre realtà regionali. Questo elemento richiama la necessità di cambiare radicalmente lo sguardo sul tema dell'accesso alla specialistica ambulatoriale, dedicando molta più attenzione a fattori di domanda, come le stesse prescrizioni, di quanto sia avvenuto in passato.

9.7 Conclusioni

Le evidenze presentate dimostrano che un approccio esclusivamente di tipo prestazionale, orientato soltanto all'aumento della produzione, come quello adottato per abbattere le liste di attesa, non coglie la complessità e gli elementi fondamentali dei consumi ambulatoriali e delle liste di attesa.

I dati dimostrano con nitidezza che laddove si consuma di più, ovvero nei territori di iperconsumo ambulatoriale, si registra la maggiore distanza tra ricette prescritte e capacità produttiva, che costituisce il vero indicatore di "accessibilità e di attesa". Se in quei contesti territoriali si riuscisse ad allineare la capacità produttiva alle ricette, evidentemente, si passerebbe da un iper-consumo

a un turbo-consumo, facendo danno ai pazienti, demotivando i professionisti e danneggiando il SSN. La policy sbagliata è frutto di una metrica incoerente alla natura del problema.

In un paese anziano come l'Italia, in cui si stima che il 75% delle prestazioni siano destinate a pazienti cronici, quello che più conta è l'omogeneità dei consumi di questi ultimi. Pertanto, un framework corretto dovrebbe basarsi sui seguenti presupposti:

- ▶ osservare i consumi dei pazienti, oltre che la produzione delle strutture;
- ▶ lavorare per omogenizzare i consumi tra territori e tra pazienti omogenei: la variabilità dei consumi è iniqua, fisiologicamente inefficace per molti pazienti e conseguentemente inefficiente per il SSN nel suo complesso;
- ▶ determinare la priorità di accesso ai servizi in funzione dell'ipo o iper consumo del paziente: chi ha bisogno e ha ottenuto poco viene prima;
- ▶ misurare oltre ai consumi le prescrizioni, per allineare le due dimensioni.

La grande novità consiste nel fatto che le ASL, le Regioni e il SSN detengono tutti i dati di consumo qui riportati con una granularità che arriva fino al livello del singolo paziente. È un grande successo del SSN essere arrivati a questa ricchezza, affidabilità e granularità informativa. Ora si tratta di sfruttarla.

Possiamo oggettivamente considerare uno spreco di “opportunità di governo” la disponibilità di informazioni nominali sui differenziali di consumo individuali (rispetto la media o rispetto a gold standard) che non vengono utilizzate, mentre guardiamo solo ai dati aggregati di produzione delle singole UO. È un po' come usare l'elenco del telefono cartaceo in epoca di LinkedIn per informarsi su una persona.

Si tratta di assumere il framework proposto, o altri ritenuti più adatti, per usare la potenza informativa di cui disponiamo. Se non cambiamo la prospettiva (il framework) con cui guardiamo al tema delle prestazioni ambulatoriali, sprechiamo la nostra potenzialità di governarlo.

La seconda novità consiste nel fatto che i dati del prescritto, del prenotato e del consumato oggi vengono raccolti e sono teoricamente disponibili in tempo reale. Possiamo stimare un lasso temporale di massimo un mese per pulirli, analizzarli e renderli fruibili, potendo aggiustare la gestione e il governo con grande tempestività.

Esiste, oltre all'ostacolo cognitivo della metrica sbagliata, la necessità di definire molto rapidamente chi siano gli attori aziendali responsabili dell'utilizzo di questi dati sui differenziali ingiustificati di consumo e sulla distanza tra prescritto e consumato. Dobbiamo ripensare almeno un pezzo significativo della geografia e dei contenuti di responsabilità delle nostre aziende. Proponiamo a questo proposito la seguente tripartizione della geografia delle re-

sponsabilità e, di conseguenza, accesso a viste significative sui dati di variabilità di consumo.

1. Responsabilità dei clinici prescrittori, specialisti ospedalieri, specialisti territoriali, MMG. A loro dobbiamo rendere visibile le variabilità di consumo dei loro pazienti, rispetto a medie aziendali o gold standard scientifici. Questo dovrebbe essere visibile sia durante i processi di presa in carico, ovvero di inquadramento del paziente, sia nei momenti prescrittivi.
2. Responsabilità del middle management, ovvero direttori di UO, direttori di dipartimento, direttori di distretto. Al middle management dovrebbe essere offerto il monitoraggio della variabilità interna alle coorti di pazienti del loro ambito o disciplina clinica (direttori di UO e dipartimento) o del loro territorio (direttori di distretto o cure primarie).
3. Top management aziendale e loro staff. Ridurre la distanza tra prescritto e *capacity* ed omogenizzare i consumi è un driver capace di aumentare l'efficacia e l'equità delle cure, così come l'accessibilità ai servizi, pari se non superiore al mero aumento della produzione.

Ovviamente l'analisi e i tentativi di gestire e ridurre i differenziali di consumo non saranno sempre facili e consolatori ma determineranno fisiologicamente momenti di attrito professionale ed organizzativo. In alcuni casi si osserveranno differenze di concezioni tecnico-professionali sulle prescrizioni ritenute "appropriate". Queste sono forse le situazioni più semplici da gestire che richiedono solo un progressivo allineamento cognitivo tra professionisti alla luce delle evidenze scientifiche disponibili. Più difficile diventerà quando si registrerà distanza tra le linee-guida scientifiche e la reale capacità produttiva del SSN e ci si dovrà accordare su intensità assistenziali "sagge e ragionevoli", anche se non del tutto allineate agli standard scientifici. L'analisi delle variabilità e la sua gestione risultano particolarmente complesse quando esistono differenze significative e strutturali tra i bisogni di popolazione e la capacità di risposta dei servizi, come accade ad esempio in dermatologia, fisioterapia o neuropsichiatria infantile. In questi casi si apre la difficile discussione sulle priorità, che istituzionalmente è complessa e umanamente dolorosa. La vera e più dura sfida emerge nei casi in cui sarà evidente che vi sono aree di patologia o gruppi di prestazioni per cui esiste un evidente sovra-consumo: in questi casi bisognerebbe sia ridimensionare le prescrizioni sia la capacità produttiva installata, per riallocare risorse a favore di altri ambiti sottodotati. La riallocazione delle risorse costituisce il processo che più difficilmente le istituzioni pubbliche riescono a svolgere, essendo l'allocazione storica delle risorse l'equilibrio raggiunto tra interessi legittimi ma tra di loro contraddittori. Evidenze quantitative, sistematiche e tempestive sui differenziali ingiustificati di consumo possono costituire un

primo ingrediente che può permettere di aprire per lo meno la discussione riallocativa.

Tutti i sistemi operativi aziendali dovrebbero essere “ripopolati” e rivitalizzati con contenuti di governo clinico e gestionali nuovi, valorizzando la ricchezza informativa sui differenziali di consumo e di prescritto. Da tempo sentiamo che abbiamo “burocratizzato” e quindi gestionalmente sterilizzato alcuni dei nostri sistemi operativi, come ad esempio il budget, laddove è diventato un rito aziendale stanco, in ritardo e orientato prevalentemente a gestire gli adempimenti per la distribuzione degli oneri retributivi accessori.

Processi di governo clinico, di peer audit, di discussione tra pari, nelle UO, nelle AFT degli MMG, nei dipartimenti possono essere rivitalizzati partendo dai dati dei differenziali di consumo e di prescrizione, dall’analisi dei dati epidemiologici e dalla distanza tra prescritto e capacità produttiva disponibile nel SSN. Questo potrebbe dare nuovo senso e significato ai sistemi di budget, ovvero di programmazione e controllo per UO, dipartimenti, distretti, identificando obiettivi nuovi, rilevanti e che permettono progressive tappe di aggiustamento e miglioramento dei risultati per i cittadini e per l’azienda. Allo stesso modo i processi di pianificazione direzionale e strategica dovrebbero mettere nella giusta centralità i consumi dei residenti, soprattutto nel quadro prevalente della cronicità e nella necessità istituzionale, sempre più stringente, di definire priorità. Le priorità sono più facilmente definibili sul lato dei consumi che della produzione, essendo i primi facilmente riconducibili all’epidemiologia e verificati alla luce dei fini istituzionali.

Pensiamo che possa rappresentare un cantiere promettente e generativo di lavoro a tutti i livelli, professionale, organizzativo ed istituzionale.

9.8 Bibliografia

- Ardito V., Ciani O., Federici C., Furnari A., Giudice L., e Tarricone R. (2024), «Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale», in CeRGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2024*, Milano, EGEA.
- Brownlee S., Chalkidou K., Doust J., Elshaug A.G., Glasziou P., Heath I., Nagpal S., Saini V., Srivastava D., Chalmers K. e Korenstein D. (2017), «Evidence for overuse of medical services around the world», *The Lancet*, 390, pp. 156-168.
- Corallo A.N., Croxford R., Goodman D.C., Bryan E.L., Srivastava D. e Stukel T.A. (2014), «A systematic review of medical practice variation in OECD countries», *Health Policy*, 114, pp. 5-14.
- Del Vecchio M., Lega F. e Prenestini A. (2017), «Nuovi modelli organizzativi e

- sviluppo del middle management nelle Aziende Sanitarie», in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Hofmann B.M., Brandsaeter I.Ø. e Andersen E.R. (2024), «Temporal and geographical variations in diagnostic imaging in Norway», *BMC Health Services Research*, 24, 463, <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10869-5>
- Johansson N., Jakobsson N. e Svensson M. (2018), «Regional variation in health care utilization in Sweden - the importance of demand-side factors», *BMC Health Services Research*, 18, 403, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3210-y>
- Lecci F., Del Vecchio M. e Longo F. (2024), «Le priorità aziendali deliberate, gli spazi di azione e le coerenze strategiche nei documenti di pianificazione istituzionale», in CeRGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2024*, Milano, EGEA.
- Longo F. e Ricci A. (2024), «Diagnosi principale del SSN: quattro criticità e quattro prospettive “impopolari” per il cambiamento», in CeRGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2024*, Milano, EGEA.
- McPherson K., Wennberg J.E., Hovind O.B. e Clifford P. (1982), «Small-area variations in the use of common surgical procedures: An international comparison of New England, England, and Norway», *New England Journal of Medicine*, 307(21), pp. 1310-1314, <https://doi.org/10.1056/NEJM198211183072104>
- Merlino L.G. e Ricci A. (2025), «Liste d'attesa, livelli di produttività e trend della specialistica ambulatoriale nel SSN del post-Covid», *Mecosan*, 133, in corso di pubblicazione.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dip. RGS (2024), Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 11, pp. 164-165.
- Ministero della Salute (2022), Banca dati del Servizio sanitario nazionale – Statistiche sanitarie, <https://www.salute.gov.it/new/it/banche-dati/banca-dati-del-servizio-sanitario-nazionale/>
- Ministero della Salute (2024), Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, <https://www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/annuario-statistico/>
- Nuti S. e Seghieri C. (2014), «Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy», *Health Policy*, 114, pp. 71-78.
- OECD (2024), *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>
- Spandonaro, F., d'Angela, D., & Polistena, B. (2024), *Rapporto Sanità 2024 – Edizione XX. C.R.E.A. Sanità*. <https://www.creasanita.it/attivitascientifiche/rapporto-sanita-2024-edizione-xx/>
- Sutherland K. e Levesque J.-F. (2020), «Unwarranted clinical variation in

- health care: Definitions and proposal of an analytic framework», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26, pp. 687-696, <https://doi.org/10.1111/jep.13181>
- Wennberg J.E. e Gittelsohn A.M. (1973), «Small area variations in health care delivery», *Science*, 182(4117), pp. 1102-1108.
- Wennberg J.E., Fisher E.S. e Skinner J.S. (2002), «Geography and the debate over Medicare reform», *Health Affairs (Millwood)*, Suppl. Web Exclusives, pp. W96-W114, doi: 10.1377/hlthaff.w2.96.
- Wennberg J.E. (2014), «Forty years of unwarranted variation—And still counting», *Health Policy*, 114(1), pp. 1-2, doi: 10.1016/j.healthpol.2013.11.010.

