

POSTI LETTO IN ITALIA:

1. LA STORIA DEI TRENT'ANNI DI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RACCONTATA ATTRAVERSO L'ANDAMENTO DEI POSTI LETTO
2. IL SUO SUPERAMENTO COME INDICATORE DI PROGRAMMAZIONE

G. V. De Giacomi, R. Di Domenicantonio, M. Aguilar Matamoros, A. Angelastro, E. Pieroni

Agenas - Agenzia Sanitaria per i Servizi Sanitari Regionali

1. INTRODUZIONE

Il ruolo dell'ospedale in Italia è mutato grandemente dal dopoguerra ad oggi; da un lato la ricerca e la tecnologia offrono sempre più la possibilità di erogare cure avanzate, usando presidi e rimedi sofisticati, dall'altro è cresciuta moltissimo la popolazione in età avanzata che ha problemi di salute cronici necessitanti di essere seguiti nel lungo periodo più che di interventi urgenti e immediati.

L'evoluzione in atto porta l'ospedale a trasformarsi da grande ed indifferenziato luogo di degenza e di assistenza a struttura di dimensioni medie ad alto contenuto tecnologico e scientifico in grado di erogare un consistente numero di prestazioni ad elevata complessità, differenziate e concentrate in periodi temporali molto limitati. Le attività dell'ospedale perciò tendono a spostarsi progressivamente i sui trattamenti diurni (day hospital e day surgery) ed ambulatoriali, spesso in collegamento con il territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale. Il percorso clinico di un episodio di malattia dunque si esplica in un periodo di tempo in cui solo una breve parte, la fase acuta, si svolge all'interno dell'ospedale.

Si mira quindi ad individuare un modello di ospedale fortemente specialistico e tecnologico, organizzato per la patologia acuta, e nel contempo in grado di operare in stretto collegamento con il territorio, per garantire, quando necessario, percorsi di continuità assistenziale integrati, tramite una rete di servizi territoriali articolati secondo le necessità e l'intensità di cura.

In questo contesto si sta verificando la riduzione dell'area di degenza, l'ampliamento dell'area di chirurgia programmata di bassa complessità, la trasformazione del day hospital in day service ed il rafforzamento dell'attività di terapia intensiva. Ciò si traduce in un bisogno ridotto di posti letto per acuti. Questo modello di ospedale eroga, o dovrebbe erogare, solo le prestazioni che i medici di medicina generale e gli specialisti che operano nella comunità non sono in grado di erogare. Il territorio "libera" l'ospedale da attività che non sono appropriate dal punto di vista organizzativo; ciò richiede che i servizi territoriali siano tecnicamente preparati a rispondere ai bisogni dei cittadini con risposte meno intensive ma non per questo meno tecnologicamente avanzate.

Lo scenario sopra descritto ha determinato grandi cambiamenti nelle reti ospedaliere di tutta Europa: una riduzione della rete ma nel contempo un aumento dei pazienti, una

minore durata della degenza, un crescita di ricoveri diurni, una maggior attività in regime ambulatoriale determinando, con un aumento complessivo dell'attività ospedaliera. Tutti questi cambiamenti sia nell'offerta che nella domanda come si sono tradotti nella realtà italiana? Si è cercato di rispondere a questa domanda andando a studiare l'evoluzione della rete ospedaliera in Italia negli ultimi trent'anni. Lo svolgimento dell'analisi ha incontrato difficoltà dovute alla poca disponibilità di informazioni; si tratta infatti di un sistema informativo che riesce a registrare con difficoltà i cambiamenti avvenuti. Misura ancora gli ospedali attraverso il numero dei posti letto, vede cioè l'ospedale in maniera obsoleta come luogo di assistenza in cui si attende il naturale evolvere della malattia. Il cambiamento sempre più rapido richiede invece un monitoraggio attraverso strumenti più adeguati in modo da poter realizzare una programmazione adeguata ai nuovi bisogni.

2. UN PO' DI STORIA

Con la legge di riforma 833 del 1978 viene istituito il servizio sanitario nazionale pubblico basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni; l'obiettivo era il riconoscimento della salute come diritto di cittadinanza che si doveva esplicare attraverso l'integrazione di tutti i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione.

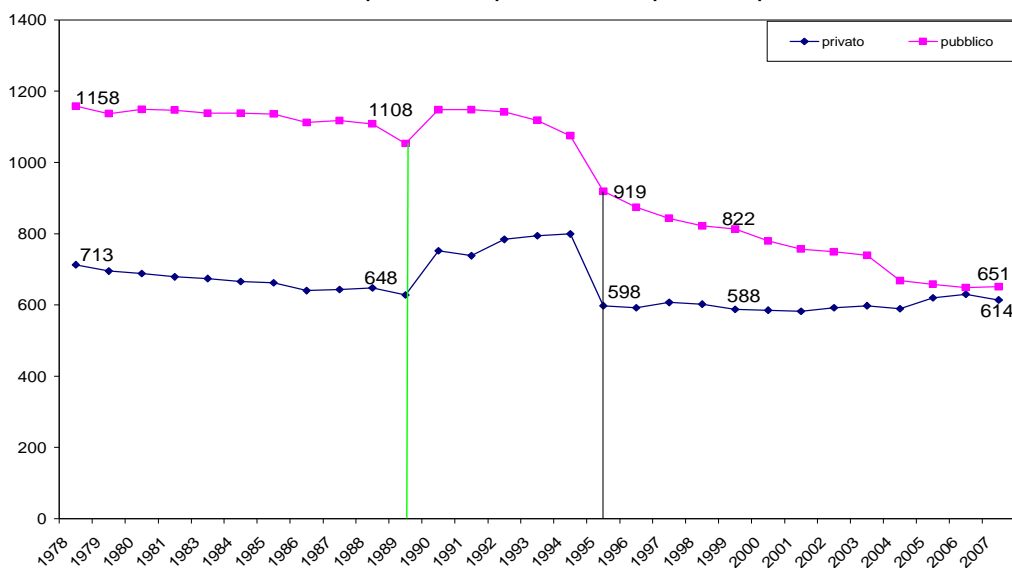
Si è pertanto ritenuto utile ripercorrere questi trent'anni di riforma sanitaria attraverso la lettura della rete ospedaliera descrivere come è cambiato il ruolo di questa nel SSN, cercando di comprendere se e quanto gli ospedali si sono adattati ai cambiamenti avvenuti.

Le fonti utilizzate sono i report annuali cartacei prodotti dall'Istat dal 1978 al 1994; dal 1995 in poi si fa riferimento ai flussi informativi HSP relativi ai posti letto effettivi del Ministero della Salute in cui viene adottata una classificazione più specifica ed aderente alle nuove realtà. Pertanto solo a partire da questo anno sono stati possibili degli approfondimenti sulla tipologia delle strutture. Nel periodo 1990 - 1995 il flusso informativo è stato quindi riorganizzato ed è passato dall'Istat al Ministero della Salute. Ciò ha comportato delle incongruenze dovute a problemi di nuova codifica per cui per questo periodo i dati, soprattutto per le strutture, possono mostrare delle variazioni, che non sono reali bensì artefatte. In generale la qualità dei flussi informativi HSP sui posti letto è problematica e varia tra le regioni; tuttavia poichè la validazione regionale su un periodo così lungo risultava oltremodo onerosa e in alcuni casi poco praticabile, si è scelto di fare la maggior parte dell'analisi sull'Italia nel suo insieme, per evitare di incorrere in possibili errori di interpretazioni. Solo in alcuni casi sono stati elaborati delle analisi sulle singole regioni; tali approfondimenti vanno visti con cautela e andrebbero confermati con dati locali.

2.1. Andamento generale dal 1978 al 2007

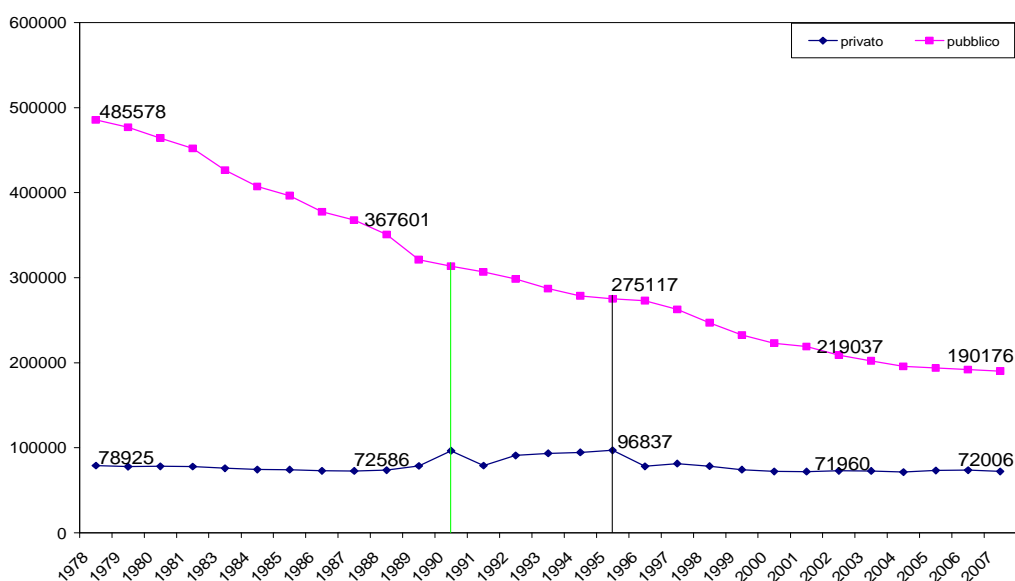
Il fenomeno della riduzione delle reti ospedaliere presente in tutta Europa, si verifica anche in Italia: in particolare nel periodo 1978-2007 il numero delle strutture pubbliche si è quasi dimezzato passando da 1.158 a 651, mentre le strutture private sono rimaste quasi costanti nel tempo con una lieve riduzione da 713 a 614 (grafico 1); pertanto il divario tra il numero delle strutture pubbliche e quelle private si riduce soprattutto per una progressiva diminuzione del pubblico; il rapporto pubblico/privato passa da 2/1 a 1/1.

Graf. 1 - Numero strutture ospedaliere pubbliche e private, periodo 1978 - 2007



Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Graf. 2 - Numero di posti letto pubblici e privati, periodo 1978 - 2007



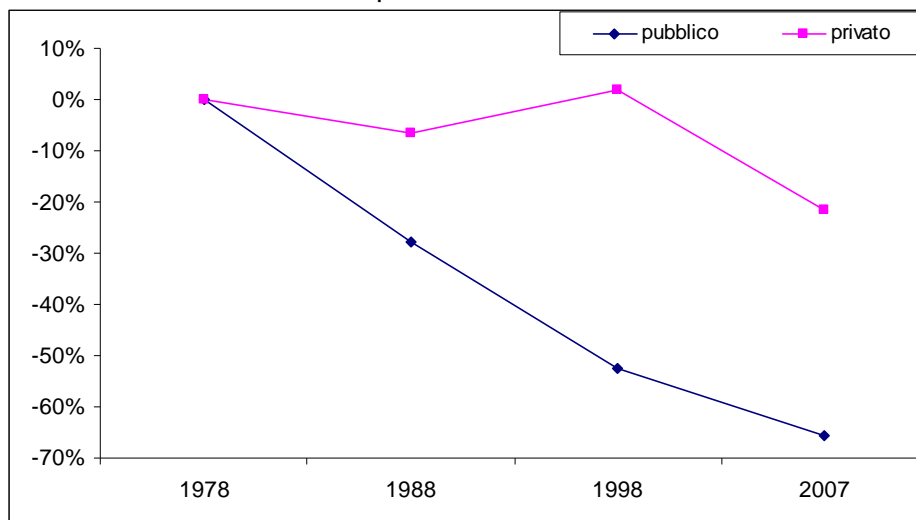
Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Il numero dei posti letto è più informativo in quanto meno soggetto a variazioni artefatte, dovute cioè ad accorpamenti o nuove suddivisioni degli ospedali che non riflettono reali cambiamenti della dimensione della rete.

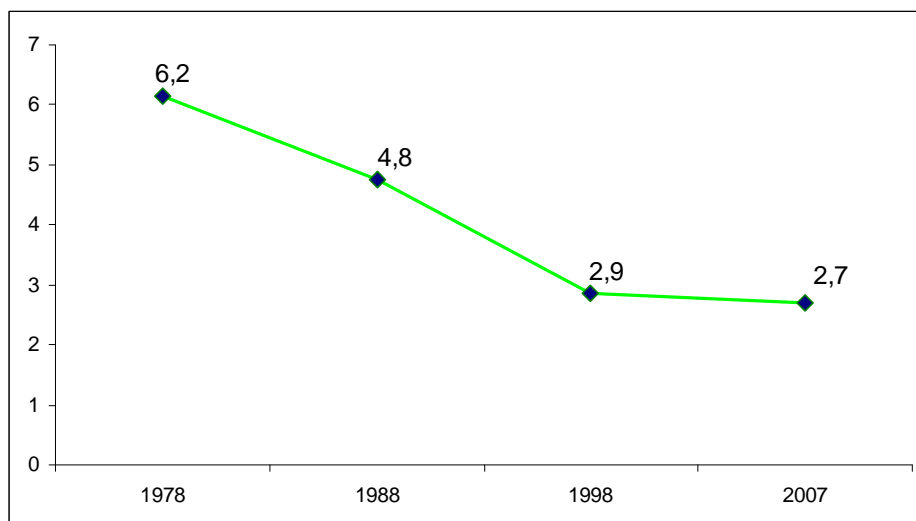
Nell'arco dei trent'anni il numero dei posti letto degli ospedali pubblici diminuisce costantemente passando da 485.578 agli attuali 190.176; negli ospedali privati la variazione è minima quasi nulla, da 78.925 a 72.006 posti letto. (grafico 2)

A partire dall'anno 1978, la riduzione nel pubblico è del 60% e si attua maggiormente nei primi due decenni; nel privato la riduzione è del 9%, ma con una fase di lieve aumento nel secondo decennio (grafico 3).

Graf. 3 - Variazione in % dei posti letto



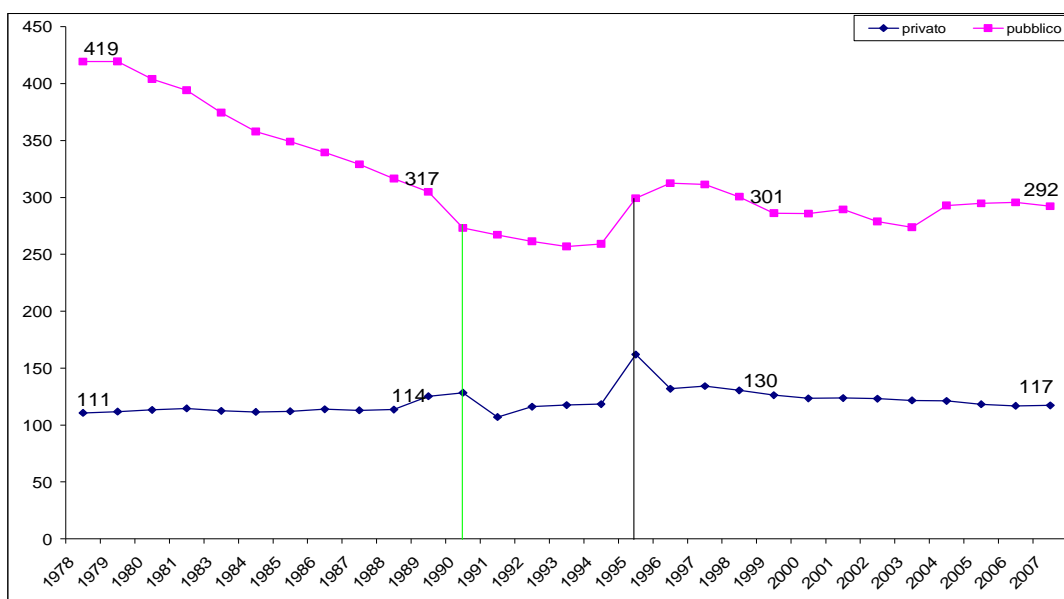
Graf. 4 - Rapporto posti letto pubblico/privato



Si rileva dunque una riduzione di posti letto molto più forte nel pubblico che si traduce negli anni in un mutato rapporto tra pubblico e privato: nel grafico 4 si vede che il rapporto posti letto pubblici/posti letto privati passa da 6,2 a 2,7; interessante notare che dopo il 1998 la discesa si arresta.

Il numero medio di posti letto per ospedale dà un'idea seppur grossolana delle dimensioni della struttura. Nel pubblico si passa da una media di 419 posti letto a 292 posti letto per ospedale e il tutto avviene entro i primi anni novanta; nel privato il numero rimane costante, da 111 a 107 posti letto (grafico 5).

Graf. 5 - Numero medio di posti letto per istituto pubblico e privato, periodo 1978-2007



Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

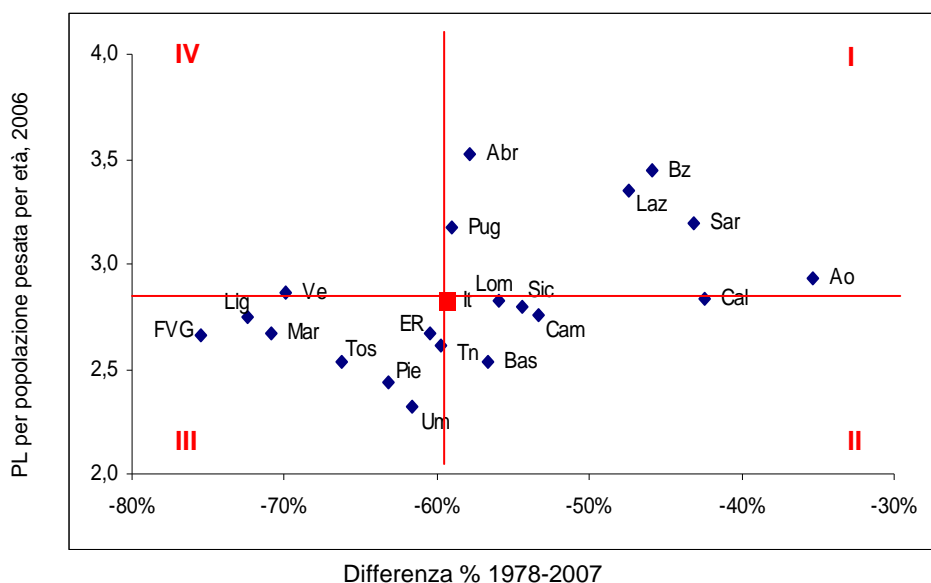
Ma quanto si è ridotta la rete ospedaliera nelle singole regioni?

La riduzione ovviamente dipende dal patrimonio iniziale presente in ciascuna Regione; alcune Regioni soprattutto nel Nord, avevano una rete vasta e capillare che richiedeva un ridimensionamento maggiore, altre regioni soprattutto nel Sud, richiedevano interventi più sul versante della riqualificazione.

Nel grafico 6 vengono rappresentate in ordinata le dimensioni della rete attuale, misurata attraverso il numero di posti letto per mille abitanti pesato per l'età della popolazione, in ascissa la percentuale di riduzione della rete avvenuta nei trent'anni. L'area è stata suddivisa in quattro quadranti a partire dai valori mediani nazionali.

Il terzo quadrante identifica le Regioni che avevano una dotazione iniziale alta ed hanno attuato una consistente riduzione negli anni, superiore al 60% che ha portato ad una dotazione minore della mediana nazionale. Nel primo quadrante ci sono le Regioni, che pur avendo una dotazione iniziale alta, hanno attuato una riduzione minore determinando una rete ancora ipertrofica rispetto al bisogno. Nel secondo quadrante sono rappresentate le Regioni con una rete iniziale di minor dimensioni per cui non è stato necessario fare grandi riduzioni.

Graf. 6 - Evoluzione della rete ospedaliera, 1978-2007



Per quanto riguarda la tipologia delle strutture, come già accennato, i dati sono stati rilevati solo a partire dal 1995; nella tabella 1 si possono osservare i cambiamenti avvenuti in questi ultimi 12 anni. Nel pubblico si ha un forte ridimensionamento dei presidi ospedalieri sia in termini di strutture che di posti letto, dell'ordine del 30%; una lieve flessione del numero degli IRCCS (-17%) un po' più accentuata per i relativi posti letto (-25%). La riduzione delle aziende ospedaliere è del 15%, con una diminuzione del 25 % dei posti letto; l'unica categoria in espansione sono i policlinici universitari che raddoppiano e i relativi posti letto che triplicano. Nel privato gli IRCCS quasi raddoppiano sia come strutture che come posti letto; il numero delle case di cura rimane costante con una flessione dei relativi posti letto.

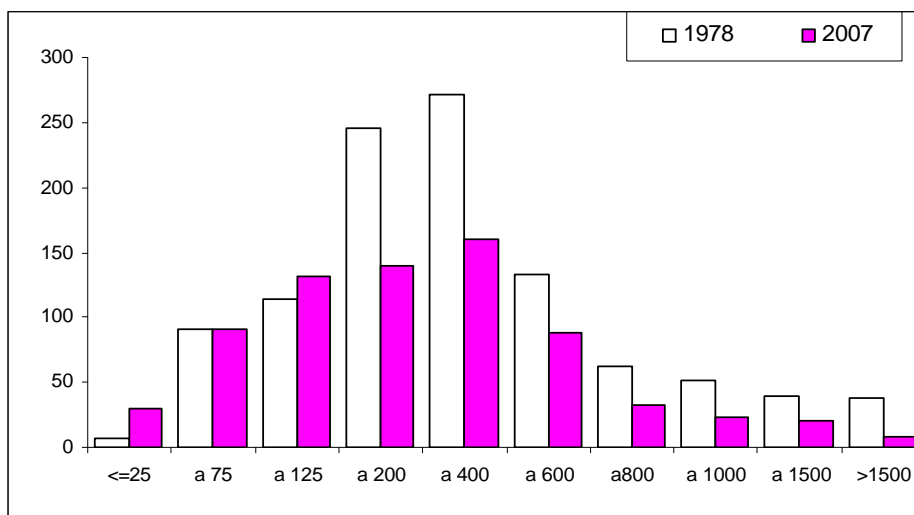
Tab 1: Trend del numero di istituti e dei posti letto per tipologia nel pubblico e nel privato dal 1995 al 2007

Pubblico	strutture		posti letto	
	1995	2007	1995	2007
AO	62	53	60.071	34.519
Policlinico univ	11	25	7.997	22.617
IRCCS+enti di ricerca	24	20	4.394	3.305
presidio usl+gest dirett	822	553	202.655	129.735

Privato	strutture		posti letto	
	1995	2007	1995	2007
AO	2	2	1.799	2.105
IRCCS	24	41	6.713	12.109
C.di cura	530	541	75.953	50.495
assimilato	42	30	12.372	7.297

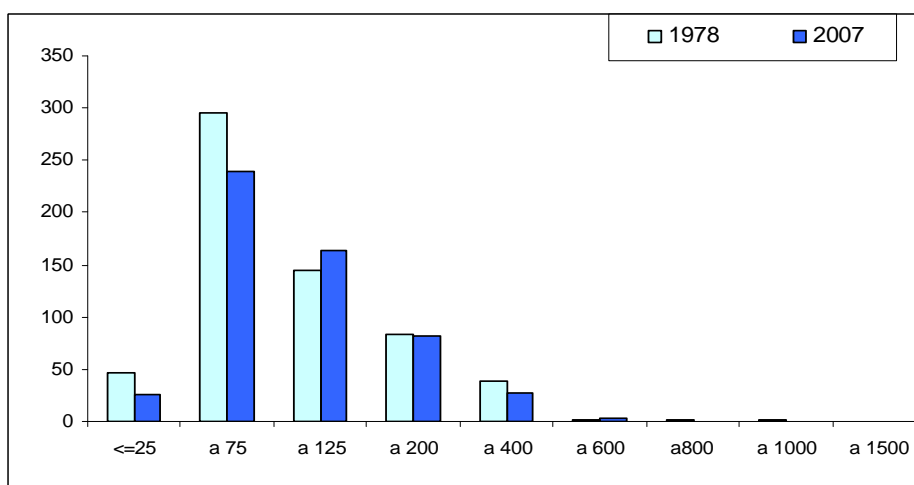
Si è cercato di capire inoltre quali ospedali fossero stati chiusi o erano stati ridimensionati e per questo si è adottata l'unica classificazione utilizzabile, quella per dimensioni. Nel pubblico le categorie che si riducono di più negli anni sono quelle da 125-200 posti letto e da 201-400; c'è una lieve flessione dei grandi ospedali, quasi nulla dei piccoli se non addirittura un lieve aumento (grafico 7).

Graf. 7 - Numero di istituti pubblici per dimensioni



Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Graf. 8 - Numero di istituti privati per dimensioni



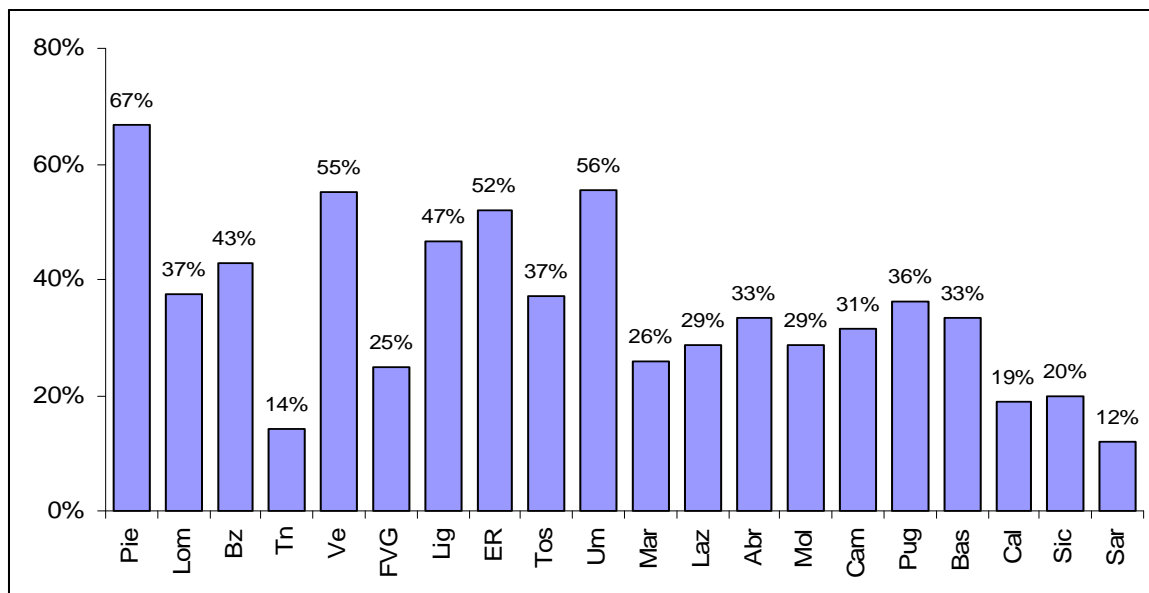
Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Nel privato a parte una lieve flessione nelle categorie di dimensioni più piccole, il numero negli ospedali medi si mantiene costante; i grandi ospedali sono presenti in poche unità (grafico 8).

In letteratura ormai da anni si è concordi nell'affermare che le dimensioni di un ospedale efficiente, va da 200 a 600 posti letto; al di sotto di tale numero i costi fissi diventano troppo onerosi al di sopra la struttura organizzativa diventa pesante e non riesce a realizzare ulteriori economie di scala. E' stata pertanto calcolata la proporzione di istituti con dimensioni da 200 a 600 posti letto nelle singole regioni come proxy di una rete più

efficiente e meno dispersa (grafico 9). Le reti più efficienti si hanno al nord ed in parte al centro; per alcune regioni quali il Friuli Venezia Giulia pesa una densità di popolazione bassa che determina una relativa dispersione della rete e quindi la presenza di ospedali più piccoli per rispondere alla domanda di un territorio vasto, ma relativamente poco popolato.

Graf. 9 - Proporzione di istituti pubblici con 201-600 posti letto per ricoveri in regime ordinario nel 2006



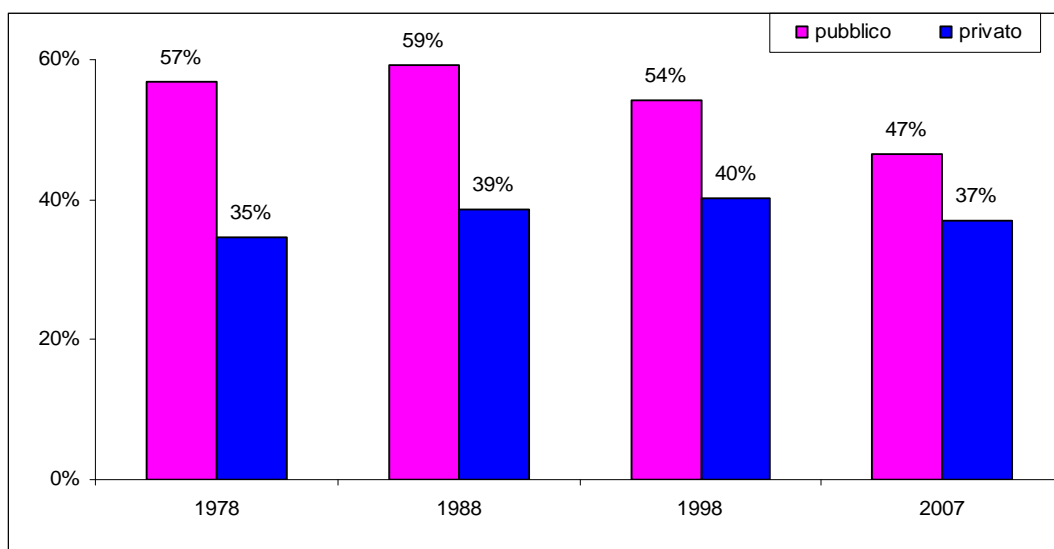
Fonte dati: MinSal/NSIS

2.2 Tipologia delle strutture per specialità

Ma come sono cambiati gli ospedali in termini di specialità?

Per quanto riguarda le specialità di base (chirurgia generale, medicina generale, ortopedia, ostetricia e ginecologia, pediatria), che sono anche le specialità con il numero più elevato di posti letto, si nota che la percentuale complessiva dei posti letto per queste specialità nel pubblico è passata nei trent'anni dal 57% al 47% a significare un aumento relativo delle alte specialità; nel privato non avviene nessun cambiamento significativo (grafico 10).

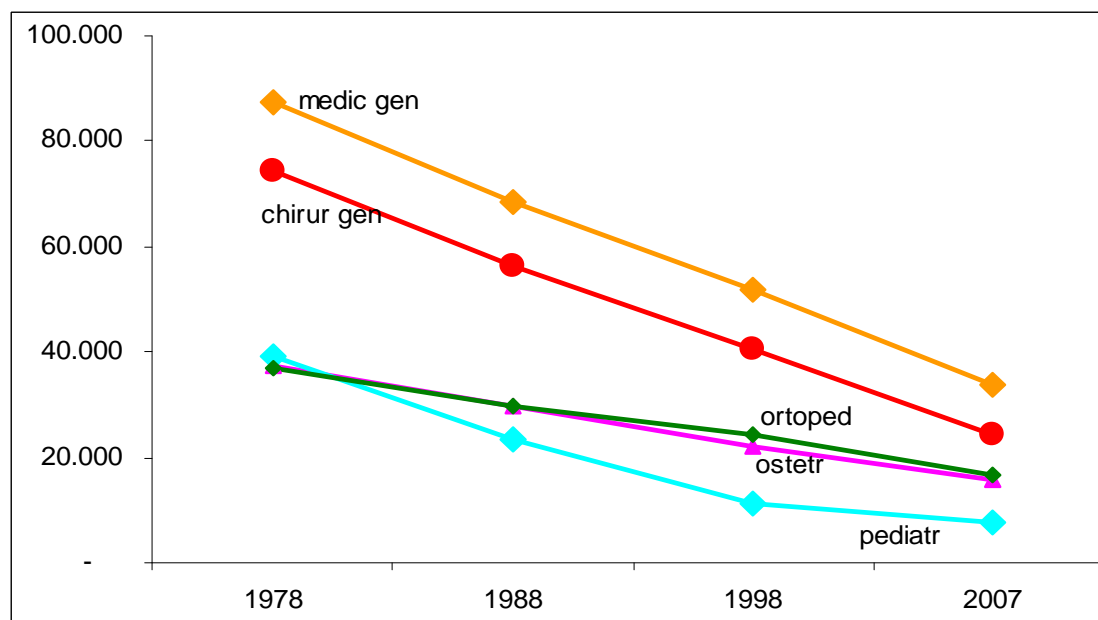
Graf.10 - Proporzione di posti letto per le discipline di base, 1978-2007



Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

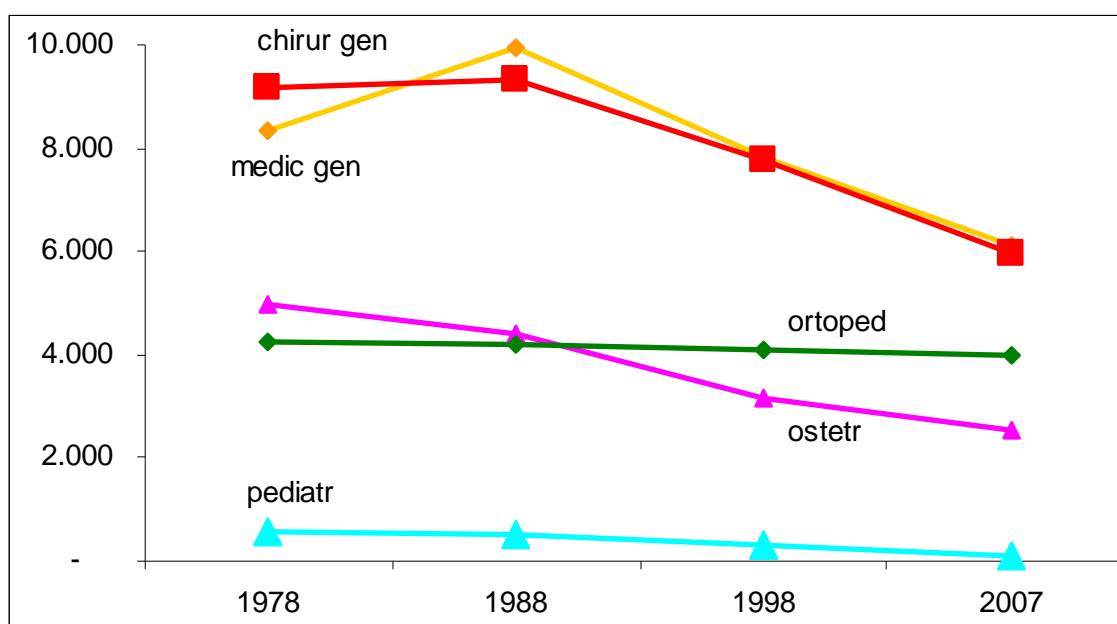
Nel pubblico tutte le discipline hanno ridotto i posti letto, anche se in modo differente: la chirurgia e la medicina generale hanno una flessione continua e parallela, con valori ancora importanti, e con un ridimensionamento ancora in atto; l'ostetricia e l'ortopedia hanno una riduzione continua anche se più contenuta; per la pediatria il ridimensionamento è già in gran parte avvenuto entro gli anni novanta (grafico 11).

Graf. 11 - Trend del numero di posti letto pubblici, specialità di base, 1978-2007



Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Graf. 12 - Trend del numero di posti letto privati, specialità di base, 1978-2007

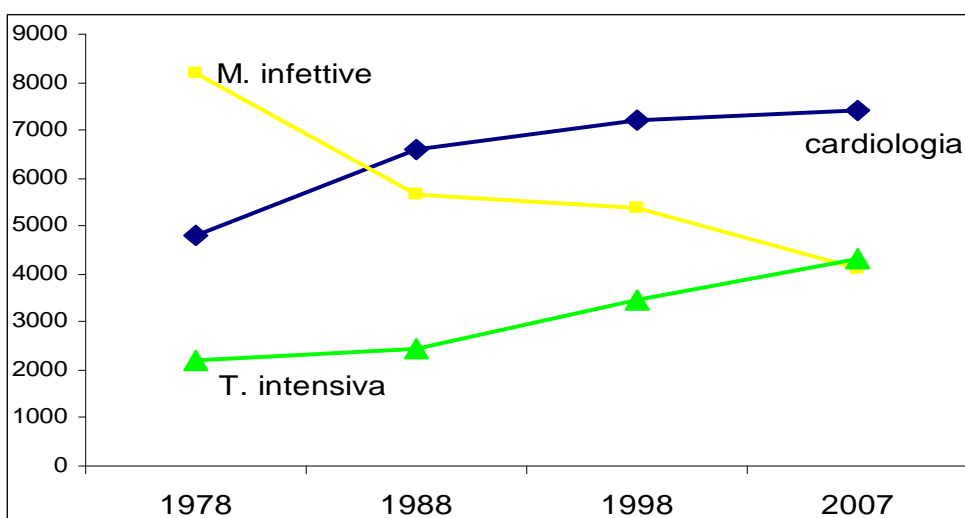


Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Nel privato i posti letto per la chirurgia e la medicina generale hanno una flessione dal 1988, pur mantenendo valori ancora importanti e con un ridimensionamento ancora in atto, l'ostetricia si riduce e l'ortopedia rimane costante; la pediatria diminuisce anche se si tratta di numeri poco significativi (grafico 12).

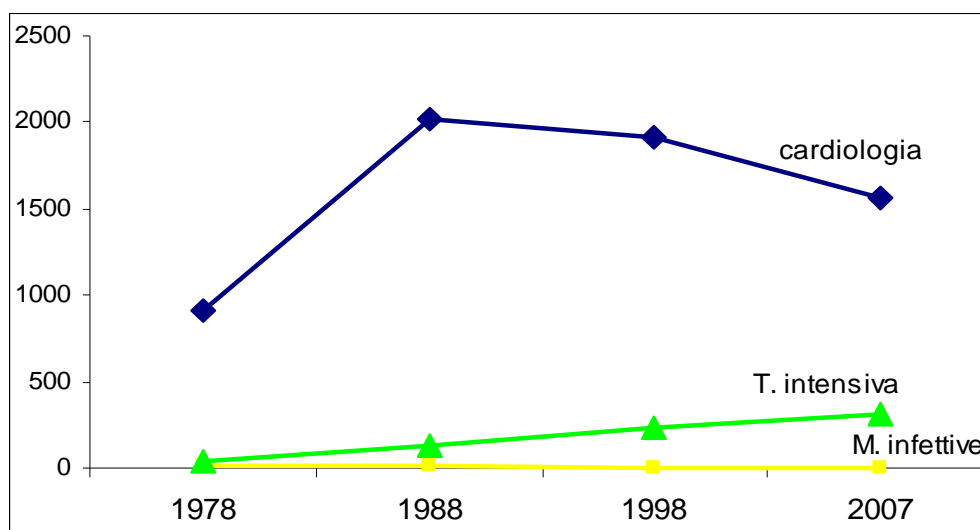
A conferma dell'evoluzione in atto nel pubblico che porta l'ospedale a trasformarsi da luogo indifferenziato di degenza e di assistenza a struttura a più alto contenuto specialistico, si vede che negli anni aumentano i posti letto in cardiologia e soprattutto in terapia intensiva (grafico 13); la disciplina delle malattie infettive è paradigmatica dell'evoluzione dei bisogni della popolazione. Nel privato si rileva un aumento dei posti letto in cardiologia (grafico 14).

Graf. 13 - Trend del numero di posti letto pubblici, altre specialità



Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Graf.14 - Trend del numero di posti letto privati, altre specialità

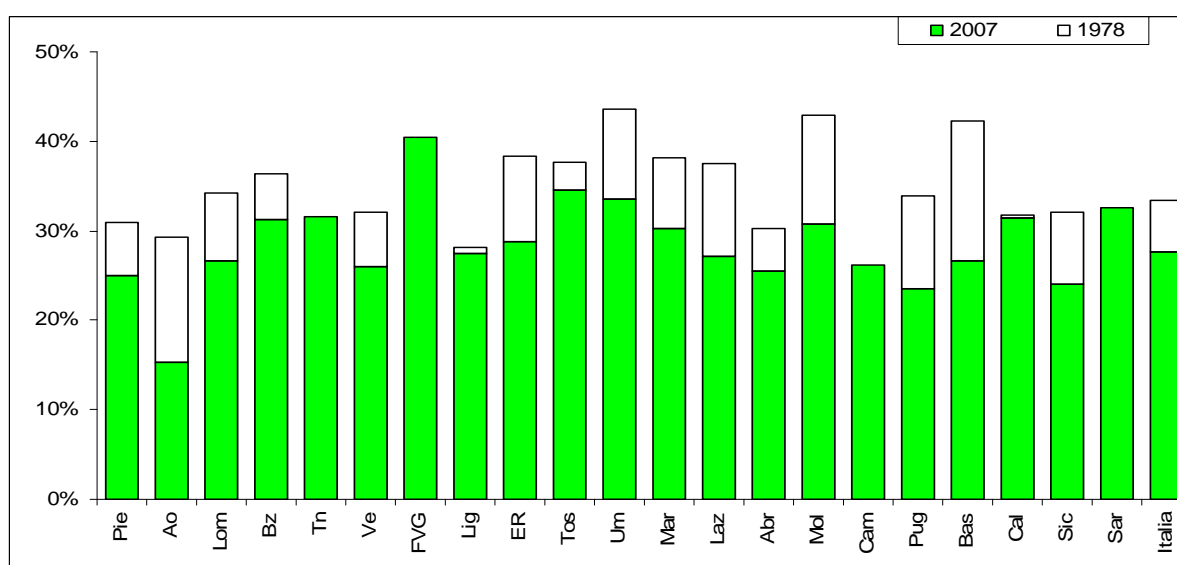


Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

Per capire come le regioni abbiano riorganizzato la rete ospedaliera in questi anni, si è voluto poi vedere come si sono comportate le singole Regioni nel periodo in studio; per l'analisi si sono prese in considerazione solo le due specialità sicuramente di base: medicina e chirurgia generale.

Dal 1978 al 2007 i posti letto nelle due specialità di base in Italia hanno avuto una riduzione non solo assoluta ma anche relativa al totale dei posti letto a significare uno spostamento nelle attività a più alta specializzazione: dal 33% nel 1978 al 28% nel 2007. Nella maggior parte delle Regioni (grafico 15) c'è stato questo spostamento anche se ad oggi le differenze tra le regioni sono ancora importanti.

Graf.15 - Proporzione dei posti letto in medicina e chirurgia generale sul totale, anni 1978, 2007



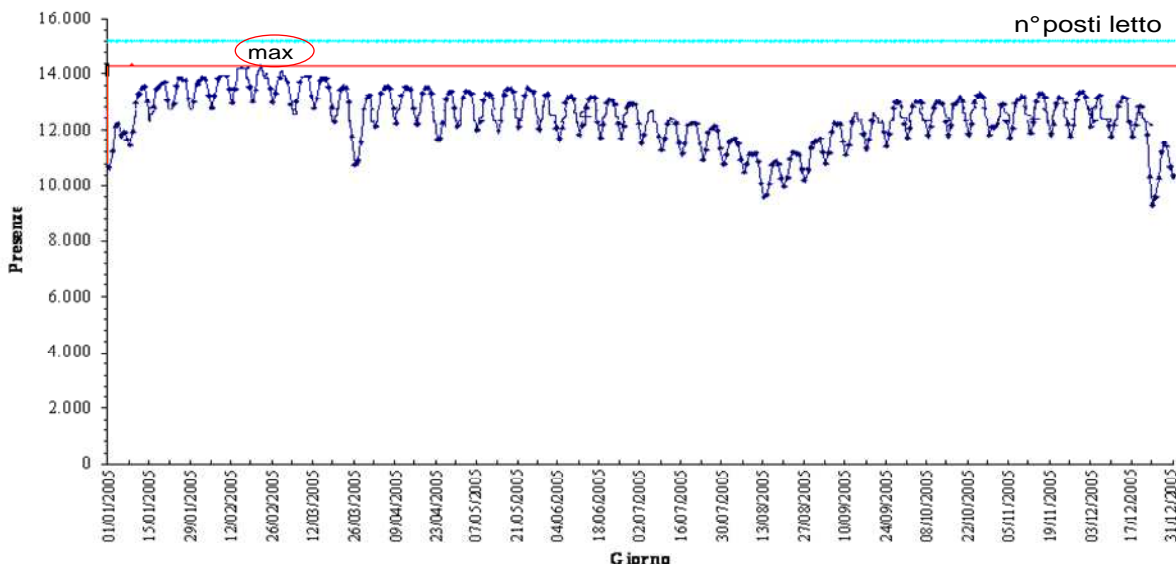
Fonte dati: Istat- MinSal/NSIS

3. COME MISURARE LE DIMENSIONI DELLA RETE OSPEDALIERA

Per misurare le dimensioni delle reti ospedaliere il numero di posti letto per mille abitanti è l'indicatore più utilizzato nelle statistiche nazionali e internazionali. In realtà è un indicatore con diversi limiti: il principale è che esso definisce le dimensioni strutturali si potrebbe dire potenziali, ma non quelle funzionali; ovvero si misura la dotazione teorica, ma non il letto operativo a cui sono legati personale e altri beni materiali necessari al funzionamento. Perciò se utilizzare questo indicatore ha ancora un senso per descrivere i mutamenti storici, per avere un'informazione utile alla programmazione è indispensabile avvalersi di indicatori diversi.

Alcuni autori hanno elaborato un nuovo indicatore, che tiene conto dell'effettivo utilizzo: il posto letto equivalente¹. A partire dalle giornate di degenza si calcola il numero medio di posti letto con un indice di occupazione dell'80%. Il limite maggiore oltre alla scelta arbitraria dell'indice di occupazione dell'80%, è il fatto che essendo un valore medio non tiene conto delle variazioni stagionali di domanda di ospedalizzazione e quindi c'è il rischio di programmazioni non corrette. Per esempio in Inghilterra negli anni ottanta avevano stimato un numero di posti letto con un indice di occupazione dell'85%, ma durante il periodo invernale si erano create situazioni di sovra saturazione proprio perché non avevano tenuto conto della maggiore domanda a causa dell'epidemia influenzale. Per ovviare a questo limite si è pensato di utilizzare il numero massimo di presenze giornaliere nell'arco dell'anno, considerandolo come il numero massimo di posti letto utilizzati (PLU= Posto Letto Utilizzato) e quindi necessari (grafico 16).

Graf.16: Presenze giornaliere in una regione



In pratica utilizzando le SDO (schede di dimissione ospedaliera) si rileva la frequenza giornaliera delle presenze di pazienti ricoverati per ciascuno dei 365 giorni, si sceglie la frequenza più alta; tale numero rappresenta il numero effettivo di posti letto utilizzati (PLU).

¹ vedi Cergas, "Analisi delle reti ospedaliere nei SSR" - Ministero della Salute/Siveas

I pregi di questo indicatore (PLU) sono molteplici:

1. tiene conto dell'effettivo utilizzo e non del numero potenziale dei posti letto
2. tiene conto dei valori massimi, evitando così il rischio di sottostimare il fabbisogno di posti letto nei periodi di aumentato bisogno come nei periodi invernali; cosa non possibile con misure medie finora utilizzate che richiedono di essere accompagnate da altre informazioni.
3. inoltre utilizza il flusso informativo delle schede di dimissioni ospedaliere (SDO) senza dover ricorrere ad ulteriori fonti quali i flussi HSP che allo stato attuale sono meno attendibili del flusso SDO e necessiterebbero di onerosi investimenti per renderli affidabili.

Va tenuto presente che il calcolo viene fatto considerando le strutture presenti in una regione come una rete unica, partendo dal presupposto che gli ospedali nella regione siano da considerare dal punto di vista organizzativo un unicum.

Il limite maggiore, che riguarda questo tipo di indicatori, è che fa riferimento ai consumi (allo storico) e non valuta se tali consumi siano appropriati per tipologia di ricoveri e per durata della degenza.

3.1 Note metodologiche

L'analisi si focalizza sui dati di attività per acuti delle strutture pubbliche e private accreditate; sono escluse pertanto dall'analisi i ricoveri delle strutture che risultano essere dedicate esclusivamente alla post acuzie ed alla psichiatria. In pratica si è convenuto di escludere i ricoveri di quelle strutture che hanno almeno l'80% di ricoveri in psichiatria o l'80% in lungodegenza più riabilitazione. Tale esclusione viene elaborata anche per il corrispondente flusso HSP del 2006, per permettere il confronto tra i PLU massimi e i posti letto effettivi.

Si sono esclusi poi i ricoveri in day hospital in quanto le regioni hanno modalità differenti nel conteggiare il singolo ricovero: per alcune coincide con il singolo accesso, per altre con un numero definito di accessi e per altre ancora con il numero di accessi per tutto l'anno solare.

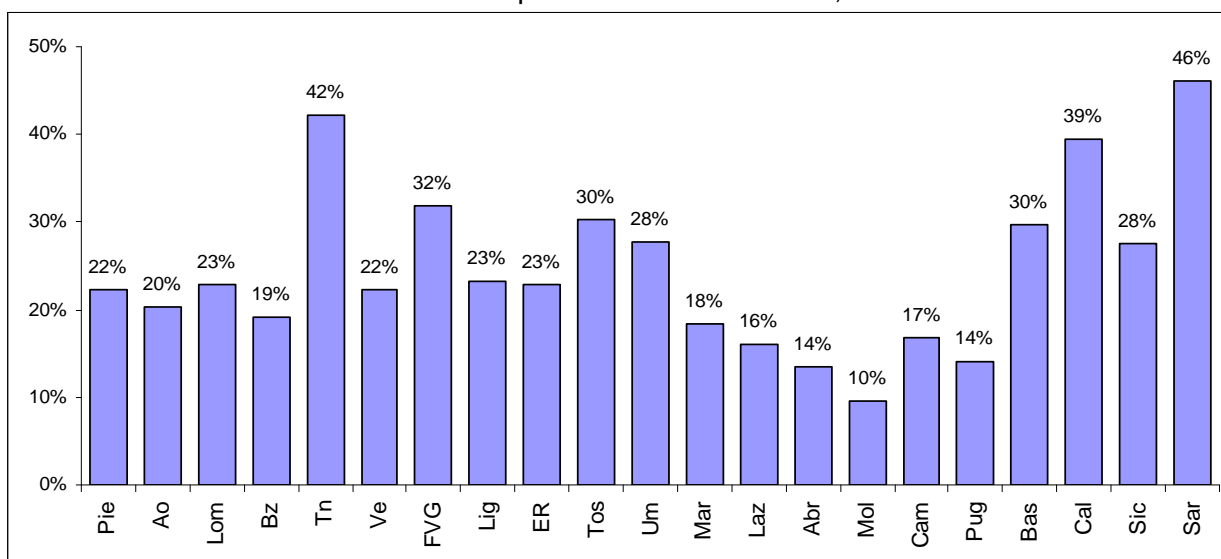
Le elaborazioni sono fatte utilizzando il database delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) fornite dal Ministero della Salute, anno 2006; le analisi hanno un significato metodologico; ovviamente per un concreto apporto per la programmazione occorre effettuare le analisi su dati più recenti.

Le analisi riguardano le reti ospedaliere regionali in quando il livello di analisi è quello nazionale e quindi si analizzano e si confrontano i sistemi regionali nel loro insieme; la stessa metodologia può essere applicata a livello inferiore come ad esempio i bacini di utenza provinciali.

3.2 Risultati

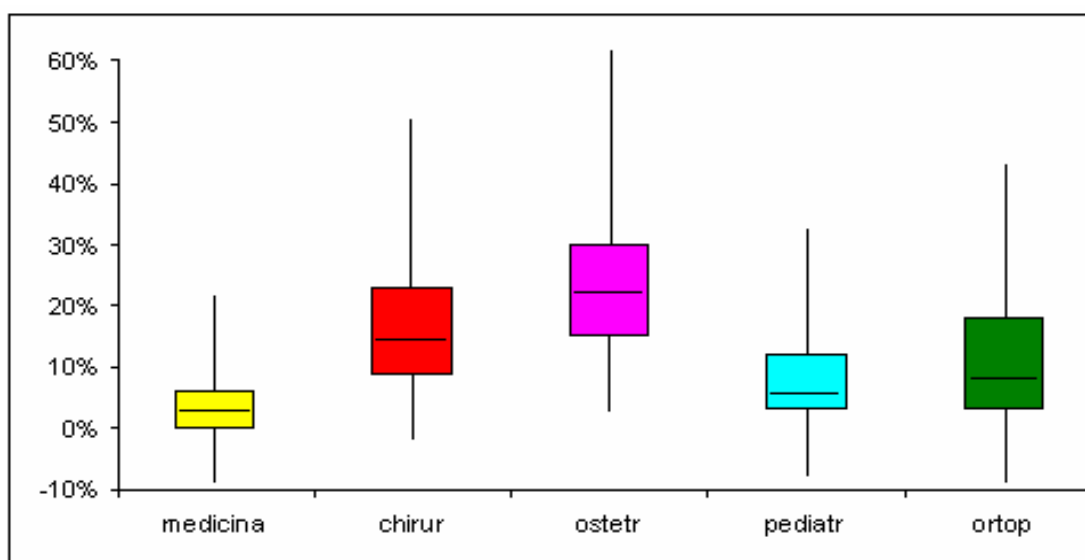
Si è fatto un primo confronto tra i PLU e posti letto ricavati dai flussi HSP del Ministero della Salute relativi ai PL effettivi (grafico 17); tutte le regioni hanno più del 10% di posti letto per ricoveri ordinari non utilizzati. In altre parole se si riducessero le reti regionali del 10% di posti letto, probabilmente non ci sarebbe un gran risparmio in quanto si andrebbe a tagliare la rete strutturale ma in gran parte non effettivamente funzionante.

Graf.17: differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU, anno 2006



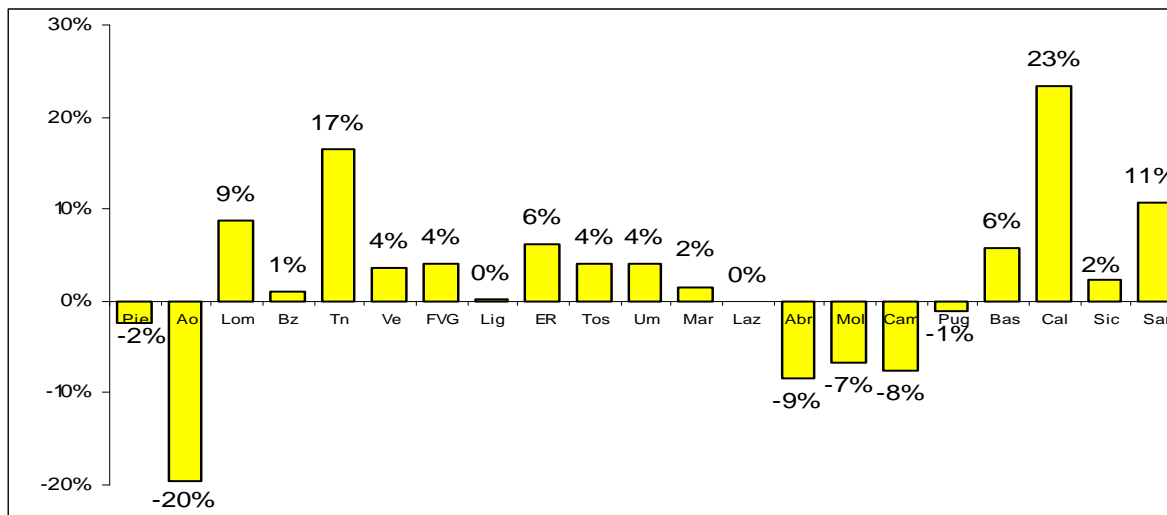
Si sono poi analizzate le differenze tra i posti letto effettivi e i PLU per le principali specialità, quelle di base. Nel grafico 18 sono espresse le frequenze regionali con il box plot: in ostetricia e ginecologia e chirurgia generale ci sono i valori più alti e con maggiore variabilità, in medicina generale le differenze sono minori come pure minore è la variabilità tra le regioni.

Graf.18: box plot delle differenze in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU per specialità di base, anno 2006



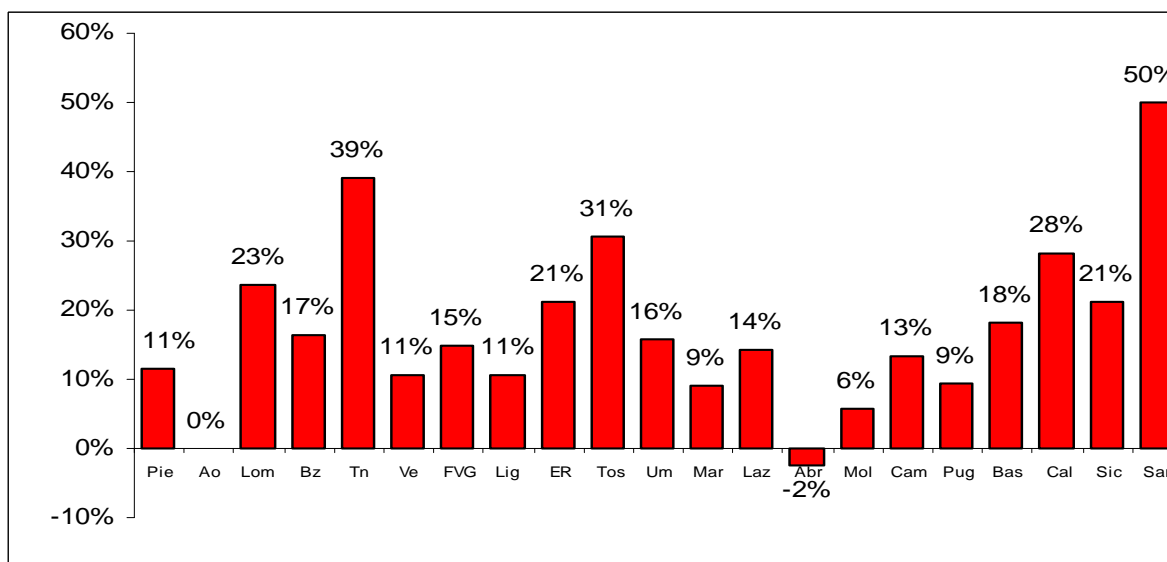
Le UO di medicina (grafico 19) si rilevano differenze minime ed in alcune Regione addirittura negative; fanno eccezione Trento e la Calabria..

Graf.19 differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU in medicina generale, anno 2006

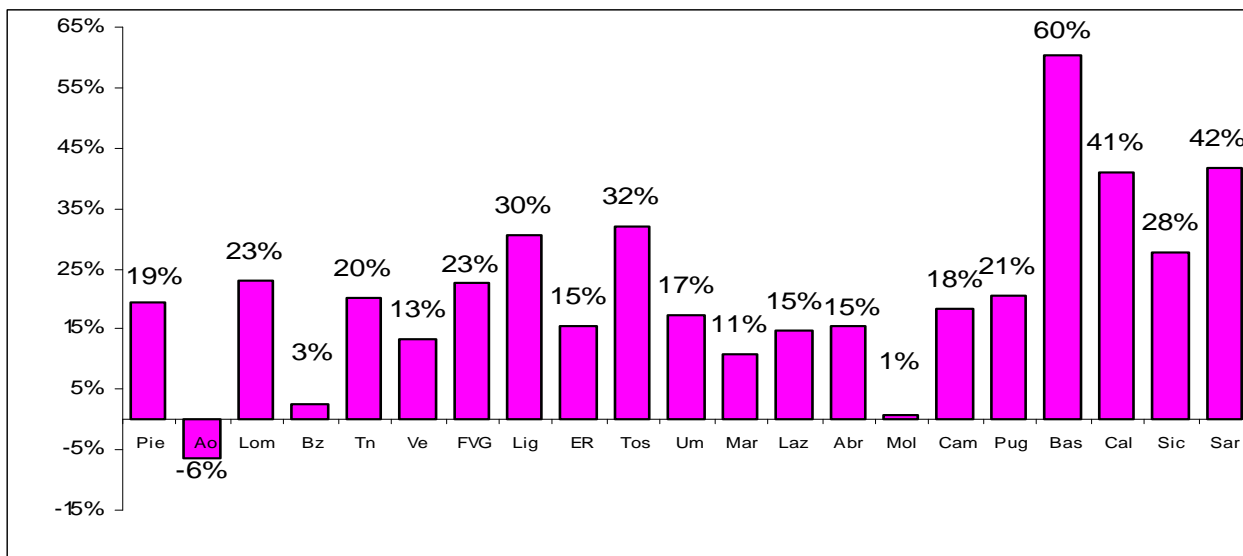


In chirurgia generale e ostetricia e ginecologia (grafici 20-21), quasi tutte le Regioni hanno una rete poco utilizzata ed è quindi possibile ridimensionarla, anche se in misura differente stante le evidenti differenze tra Regioni.

Graf.20 differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU in chirurgia generale, anno 2006

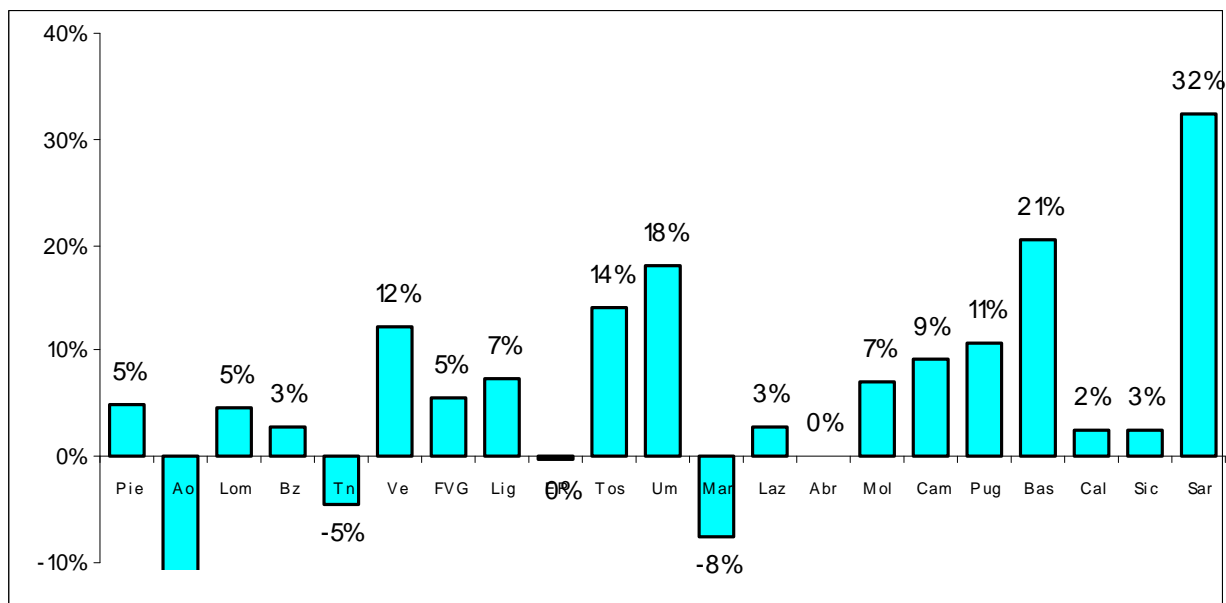


Graf.21 differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU in ostetricia e ginecologia, anno 2006

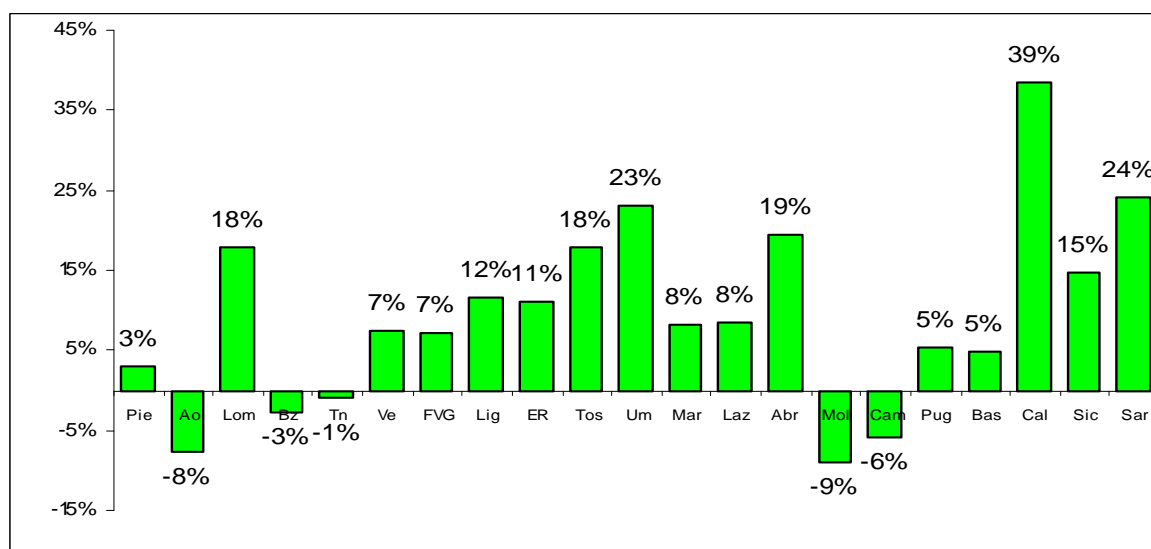


Anche per le UO di pediatria e ortopedia si possono fare le medesime considerazioni anche se le differenze sono più evidenti solo in alcune Regioni (grafico 22-23). Va comunque ribadito che l'analisi è solo esemplificativa in quanto i dati andrebbero validati e fatti ulteriori approfondimenti con i dati locali.

Graf.22 differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU in pediatria, anno 2006



Graf.21 differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU in ortopedia, anno 2006



4. CONCLUSIONI

La rete ospedaliera in Italia ha avuti cambiamenti importanti: grande ridimensionamento della rete pubblica, con riduzione delle specialità di base e sviluppo delle alte specialità in coerenza con i cambiamenti della domanda.

Il cambiamento però non è stato omogeneo, si rilevano forti differenze tra le Regioni; in generale nelle regioni del Nord ed in alcune del Centro sono stati attuati importanti interventi per ridimensionare una rete che era ipertrofica e renderla tecnologicamente adeguata. Nel Sud ed in alcune regioni del centro gli interventi, viceversa, sono stati poco efficaci; si rilevano reti ridondanti e poco specializzate e i ritardi nella riorganizzazione sono evidenti; sicuramente a condizionare negativamente l'evoluzione è stata la presenza di un patrimonio ospedaliero sottodimensionato e già obsoleto negli anni settanta.

In quasi tutte le Regioni sono presenti i cosiddetti piccoli ospedali che dal punto di vista economico sono poco efficienti; è evidente che al momento attuale svolgono una funzione importante per quanto riguarda la presa in carico delle persone con patologie croniche, soprattutto nelle piccole comunità dove non sono presenti servizi alternativi territoriali; non è altrettanto evidente se tale presa in carico sia efficace. Probabilmente ci sono percorsi alternativi al ricovero anche più efficaci; tuttavia solo facendo investimenti strutturali e formativi importanti si può realizzare la chiusura dei piccoli ospedali. Ciò significa che in un primo momento i costi di investimento saranno maggiori degli eventuali risparmi.

Per ultimo si è cercato di proporre un nuovo indicatore per misurare le dimensioni della rete ospedaliera, utile a programmare un'offerta calibrata sulla domanda. Per verificarne la bontà e l'utilità lo strumento va affinato e soprattutto testato con dati più recenti. Si tratta comunque di una metodologia facilmente replicabile in quanto utilizza le SDO, un flusso già da tempo consolidato, di buona qualità, che le Regioni hanno a disposizione quasi in tempo reale.

Inoltre l'indicatore proposto può essere impiegato per fare ulteriori analisi su bacini di utenza sub regionali, per meglio comprendere le dimensioni effettive della rete utilizzata e quindi avere informazioni utili per la programmazione regionale.