



Osservatorio Epidemiologico

La salute della popolazione immigrata. Anni 2007-11

A cura di Antonio Fanolla
Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano
Marzo 2013



1.	FONTI E METODI	5
2.	POPOLAZIONE	9
3.	PROGRAMMI DI SCREENING	14
3.1.	Screening mammografico nella popolazione residente.....	14
3.2.	Screening della cervice uterina nella popolazione residente.....	15
4.	MALATTIE E MORTALITÀ	18
4.1.	Malattie infettive.....	18
4.2.	Malattie croniche	19
4.3.	Mortalità	23
5.	AREA MATERNO-INFANTILE	25
5.1.	Natalità.....	25
5.2.	Ricoveri nel primo anno di vita	27
5.3.	Gravidanza e parto	29
5.4.	Ricoveri ostetrici.....	31
6.	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ESCLUSO PRONTO SOCCORSO) .	35
7.	ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	39
8.	RICOVERI OSPEDALIERI DI ACUTI	45
8.1.	Ricoveri in regime ordinario	47
8.2.	Ricoveri in regime di day hospital	50
8.3.	Ricoveri in struttura extraprovinciali	53
9.	RICOVERI DI POST ACUTI	55
9.1.	Riabilitazione ospedaliera.....	55
9.2.	Lungodegenza ospedaliera.....	56
9.3.	Riabilitazione extraospedaliera.....	57
10.	ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	60
11.	VALORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI E SPESA SANITARIA	66
11.1.	Tariffazione complessiva e costi per prestazioni	66
11.2.	Tariffazione dei ricoveri per acuti	67
11.3.	Tariffazione dei ricoveri per post acuti.....	68
11.4.	Spesa farmaceutica	69
11.5.	Tariffazione delle prestazioni specialistiche.....	69
11.6.	Costo dei presidi sanitari	70
11.7.	Assegno di cura	71
	CONCLUSIONI.....	73
	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	74



1. FONTI E METODI

Età

Dove non diversamente indicato è stata considerata l'età al momento dell'erogazione della prestazione (assistenza specialistica e farmaceutica, ricoveri ed accessi al pronto soccorso).

Per i dati di popolazione ed epidemiologici è stata calcolata l'età alla data del 31 dicembre.

Per i dati sugli screening è stata calcolata l'età alla data del 30 giugno.

Residenza

Per ciascun cittadino è stata individuata la residenza in provincia di Bolzano in base al comune di residenza registrato nella Banca Dati Provinciale Assistibili.

Tutti gli indicatori sono stati calcolati riguardo rispetto alla popolazione residente.

PSA e PFPM

Attraverso la variabile sulla cittadinanza contenuta dei diversi flussi sanitari è stata ricostruita la provenienza del cittadino residente, classificandola in PSA¹ (nel caso di cittadinanza appartenente all'elenco dei Paesi a Sviluppo Avanzato) o in PFPM² (nel caso di cittadinanza appartenente all'elenco dei Paesi a Forte Pressione Migratoria).

Screening

Nello screening per il tumore della cervice uterina sono stati considerati tutti i primi inviti nell'anno di calendario. Sono stati considerati pap test di screening i relativi esami eseguiti entro il 30 aprile dell'anno successivo e per i quali la donna aveva precedentemente ricevuto l'invito. Nel caso di più esami nel periodo è stato tenuto in considerazione solo il primo. La fascia di età per la valutazione è stata considerata da 25 a 59 anni, mentre la fascia di invito effettiva per la popolazione è da 23 a 65 anni.

Nello screening per il tumore della mammella sono stati considerati tutti i primi inviti nell'anno di calendario. Sono state considerate mammografie di screening i relativi esami eseguiti entro il 31 dicembre dello stesso anno e per i quali la donna aveva precedentemente ricevuto l'invito. Nel caso di più esami nel periodo è stato tenuto in considerazione solo il primo.

Malattie infettive

Sono stati utilizzati gli archivi del Sistema Informativo Malattie Infettive (SIMI) per le malattie di classe 2 e 3.

¹ **Paesi Sviluppo Avanzato (PSA):** Europa 15 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia) + Andorra, Australia, Canada, Città del Vaticano, Corea Sud, Giappone, Islanda, Israele, Liechtenstein, Norvegia, Nuova Zelanda, Principato di Monaco, San Marino, Svizzera, USA.

² **Paesi Forte Pressione Migratoria (PFPM):** Africa + Asia (tranne Israele, Corea del sud e Giappone) + America centro meridionale, + Europa centro-Orientale

Malattie croniche

Per ogni residente in Provincia di Bolzano è tracciato un profilo di cronicità secondo il progetto “Mappatura”: le diverse fonti di dati sanitari (Banca Dati Provinciale Assistibili, Registro Mortalità, Registro Tumori, Registro Diabete, Esenzioni Ticket, Scheda di Dimissione Ospedaliera, Farmaceutica, Specialistica) sono state controllate, pulite, incrociate ed elaborate per valutare l'esistenza di criteri utili per l'assegnazione ad ogni singola posizione di una tra le patologie (35 allo stato attuale) definite in base alla presenza di una esenzione ticket, del riscontro diagnostico in un ricovero ospedaliero, dell'assunzione significativa di farmaci riconducibili alla patologia, della prescrizione di particolari prestazioni specialistiche.

Il Registro Provinciale del Diabete dell'Età Adulta è stato utilizzato per ulteriori dati sui pazienti diabetici non rilevabili attraverso la Mappatura.

Mortalità

Sono stati considerati i decessi di residenti presenti nel Registro Provinciale di Mortalità. Mancano le informazioni sui casi di residenti deceduti fuori provincia. I controlli sulle codifiche delle cause di morte sono aggiornati al 2008 e di conseguenza la causa di decesso non è stata presa in considerazione per queste analisi.

Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP)

Il certificato di assistenza al parto è compilato per ogni parto sul territorio provinciale che si verifica negli istituti ospedalieri pubblici e privati o al domicilio della puerpera.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SPA)

La procedura informativa “Assistenza specialistica ambulatoriale” rileva tutte le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in provincia di Bolzano, nonché le visite e le altre prestazioni previste dal Nomenclatore nazionale con le integrazioni decise a livello provinciale. Sono escluse dalla rilevazione le prestazioni erogate dal servizio di Igiene pubblica, dal servizio di Medicina del lavoro, dal servizio di Fisica sanitaria e dal servizio di Medicina legale, ovvero prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato.

In fase di elaborazioni dati, secondo lo scopo dell'analisi, sono state tenute distinte le prestazioni di specialistica ambulatoriale da quelle strettamente e direttamente correlate al ricovero, come le prestazioni rese in Pronto Soccorso e in Osservazione Breve Intensiva (OBI) seguite da ricovero, che sono remunerate con tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero (tariffa corrispondente al DRG del ricovero in questione) e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

L'importo tariffario delle prestazioni è riportato al netto della spesa sostenuta per l'eventuale pagamento del ticket.

Scheda di Pronto Soccorso (SPS)

Attraverso la procedura informativa “Scheda di Pronto Soccorso (SPS)” sono state raccolte le informazioni utili per documentare l'assistenza prestata agli utenti che accedono ai servizi di Pron-



to Soccorso (PS) degli ospedali provinciali e che successivamente possono essere trattati in Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Per avere il quadro delle prestazioni specialistiche erogate durante l'attività di PS e di OBI, dei relativi importi e del ticket, è possibile collegare il flusso del Pronto soccorso a quello della specialistica ambulatoriale.

Assistenza farmaceutica territoriale

Per assistenza farmaceutica territoriale si intendono i soli farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN - fascia A, farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche) e distribuiti attraverso le farmacie pubbliche in provincia di Bolzano. L'erogazione avviene sulla base della prescrizione da parte di un medico curante e può essere gratuita o con la partecipazione totale o parziale dei cittadini alla spesa.

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nel caso dei ricoveri per acuti sono stati considerati tutti i ricoveri non a pagamento di acuti in regime ordinario e di day hospital con data di dimissione nel periodo considerato. Sono stati quindi esclusi:

- i trasferimenti di reparto (modalità di dimissione 7);
- le dimissioni da reparti di riabilitazione e lungodegenza attivi in provincia (reparti 560x, 600x e 750x);
- le dimissioni di neonati sani (DRG 391);
- le dimissioni con onere della degenza diverso da successivo rimborso (totale o parziale) a carico del Servizio Sanitario (codice 3) o senza oneri per il Servizio Sanitario (codice 4).

Nel caso dei ricoveri di riabilitazione sono stati considerati tutti i ricoveri nei reparti 56xx e 75xx, non a pagamento, in regime ordinario e di day hospital con data di dimissione nel periodo considerato.

Nel caso dei ricoveri di lungodegenza sono stati considerati tutti i ricoveri nei reparti 60xx, non a pagamento, in regime ordinario e di day hospital con data di dimissione nel periodo considerato.

Scheda di Dimissione da Struttura Extraospedaliera di riabilitazione (SDERIA)

La riabilitazione non intensiva in regime di ricovero extraospedaliero è garantita da strutture che operano in convenzione con l'Azienda Sanitaria. L'attività di queste strutture non è associabile alle attività di ricovero in regime ordinario o di riabilitazione post acuzie, ed è rilevata tramite un flusso ad hoc.

Sono stati considerati tutti i ricoveri non a pagamento di acuti in regime ordinario e di day hospital con data di dimissione nel periodo considerato. Sono stati quindi escluse le dimissioni con onere della degenza diverso da successivo rimborso (totale o parziale) a carico del Servizio Sanitario (codice 3) o senza oneri per il Servizio Sanitario (codice 4).

Costi sanitari

I costi sanitari sono stati calcolati in termini di tariffazione delle prestazioni (di assistenza ospedaliera e specialistica), di spesa sostenuta (assistenza farmaceutica, attribuzione di assegni di non autosufficienza) o stimata (erogazione di presidi sanitari).

Per l'assistenza ospedaliera è stata utilizzata la tariffa provinciale di ricovero al netto dell'eventuale ticket, applicata ai ricoveri nelle strutture provinciali, nel resto d'Italia ed in Austria. Per i post acuti sono state considerate anche le strutture di riabilitazione extraospedaliera.

Per l'assistenza farmaceutica sono stati calcolati gli importi al netto del ticket per la distribuzione territoriale ed in mobilità, il prezzo totale per la distribuzione diretta dei farmaci.

Per la distribuzione di presidi sanitari è stata stimata una spesa effettivamente sostenuta pari al 75% del costo dei presidi prescritti.

Nel caso dell'assegno di non autosufficienza è stato considerato l'importo dell'assegno pagato.

Standardizzazione

Per il calcolo dei tassi standardizzati è stata utilizzata la popolazione standard europea composta uniformemente nelle classi di età 0, 1-4, 5-17, 18-34, 35-49, 50-64, 65 e più anni.

Rischio

Il calcolo del rischio (Odds Ratio) è elaborato con regressioni logistiche che tengono conto delle variabili:

- sesso, quando non presente con un solo valore;
- classe di età, secondo la stessa suddivisione utilizzata per la standardizzazione ad eccezione degli screening dove sono state utilizzate le classi quinquennali utilizzate per riferire i dati di screening
- cittadinanza, ricodificata nella variabile dicotomica PFPM/PSA.

Ulteriori variabili utilizzate sono specificate di volta in volta.



2. POPOLAZIONE

I residenti in Provincia di Bolzano al 31 dicembre 2011, risultavano essere 503.483, il 92,7% dei quali con cittadinanza italiana.

Tra il 2007 ed il 2011 la popolazione PFPM è cresciuta del 40,2% corrispondenti ad un incremento medio annuo continuo del 6,8% e ad un tempo di raddoppio di 10,3 anni.

Il rapporto di mascolinità della popolazione PFPM è passato da 101 uomini ogni 100 donne nel 2007 a 90 uomini per 100 donne nel 2011, a testimonianza di una costante crescita della componente femminile nella popolazione PFPM. (Tabella 1)

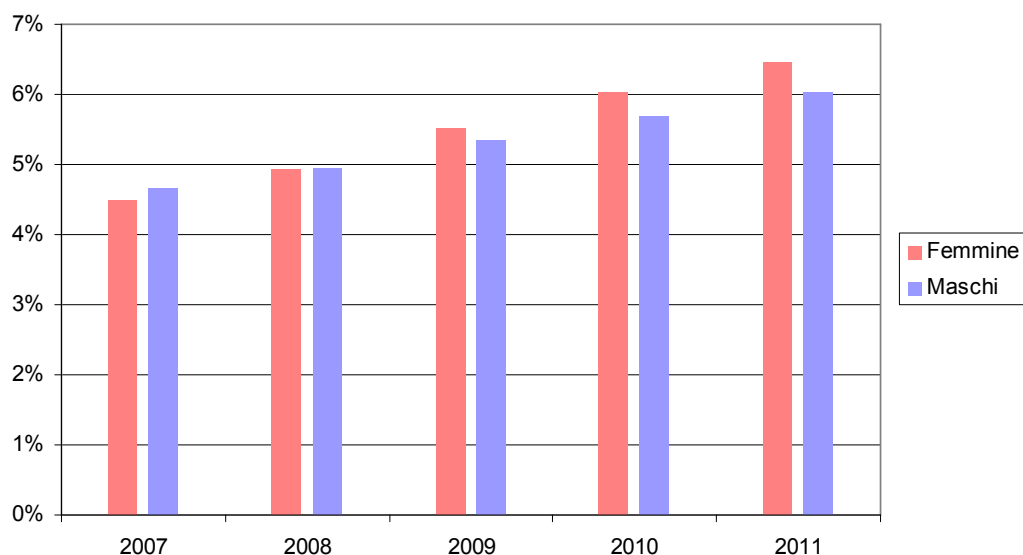
I residenti provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) rappresentano il 6,2% della popolazione (7,5% a livello nazionale nel 2010) e sono cresciuti tra il 2007 ed il 2011 dal 4,7% al 6,0% tra i maschi e dal 4,5% al 6,5% tra le femmine (Figura 2).

Tabella 1: popolazione residente per genere. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA			Apolidi
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
2007	11.232	11.175	22.407	229.715	237.889	467.604	8
2008	11.953	12.336	24.289	229.989	237.954	467.943	8
2009	13.019	13.875	26.894	230.648	238.313	468.961	7
2010	13.947	15.309	29.256	231.642	238.982	470.624	8
2011	14.883	16.530	31.413	232.446	239.619	472.065	5

Fonte: BDPA

Figura 1: proporzione di PFPM sul totale della popolazione residente per genere. Anni 2007-11.



Le cinque comunità PFPM più rappresentate nel 2011 sono la albanese, con 5.041 residenti, seguita dalla marocchina (3.242), dalla pakistana (2.730), dalla macedone (2.134) (Tabella 2).

Tra la popolazione PSA il 98,8% è di nazionalità italiana, il 0,7% germanica ed il 0,3% austriaca. Il restante 0,2% è suddiviso tra 23 nazionalità.

Le comunità straniere con almeno 1.000 unità maggiormente cresciute in termini relativi tra il 2007 ed il 2011 sono la kosovara (da 122 residenti nel 2008 a 1.708 nel 2011), la ucraina (da 547 a 1.117), la rumena (da 910 a 1.726) e la pakistana (da 1.792 a 2.730). In controtendenza risulta l'andamento della comunità serba, diminuita da 2.123 unità nel 2007 a 1.086 nel 2011.

Tabella 2: popolazione PFPM residente per genere e nazionalità. Anno 2011.

	Maschi	Femmine	Totale	% PFPM
Albania	2687	2354	5041	16.0%
Marocco	1662	1580	3242	10.3%
Pakistan	1594	1136	2730	8.7%
Macedonia	1121	1013	2134	6.8%
Romania	630	1096	1726	5.5%
Kosovo	877	831	1708	5.4%
Slovacchia	426	980	1406	4.5%
Ucraina	181	936	1117	3.6%
Serbia	550	536	1086	3.5%
Bangladesh	527	408	935	3.0%
India	613	317	930	3.0%
Perù	357	492	849	2.7%
Polonia	243	603	846	2.7%
Moldavia	208	631	839	2.7%
Tunisia	472	302	774	2.5%
Cina	330	363	693	2.2%
Bosnia	364	306	670	2.1%
Ungheria	238	380	618	2.0%
Croazia	203	250	453	1.4%
Altri (86 nazionalità)	1600	2016	3616	11,5%
Totale	14883	16530	31413	100%

La popolazione PFPM residente mostra una più giovane struttura per età rispetto alla popolazione PSA: il 22,5% è in età compresa tra 0 e 14 anni (PSA 15,9%), il 33,8% tra 15 e 34 anni (PSA 22,1%). Per la fascia di età adulta la composizione è simile, 41,5% per i residenti PFPM e 41,8% per i PSA, mentre per la popolazione PSA la quota in fascia anziana è superiore (20,2% vs 2,3%) (Figura 2).

In particolare, ogni 100 residenti appartenenti alla popolazione PSA si trovano 9,4 residenti della popolazione PFPM nella fascia d'età 0-14 anni e 10,2 nella fascia 15-34 anni (Figura 3).



Figura 2: struttura per età della popolazione residente. Anno 2011

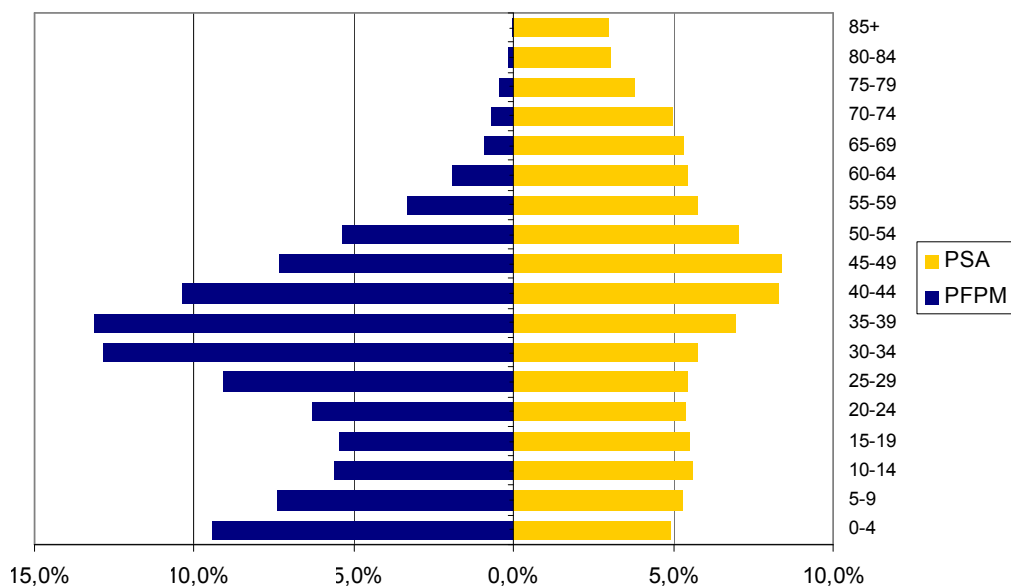
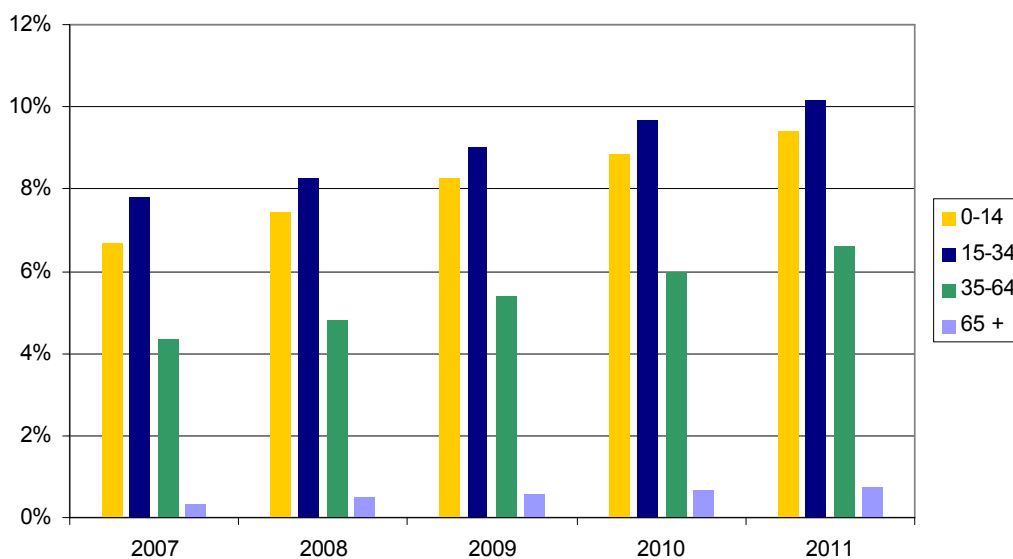


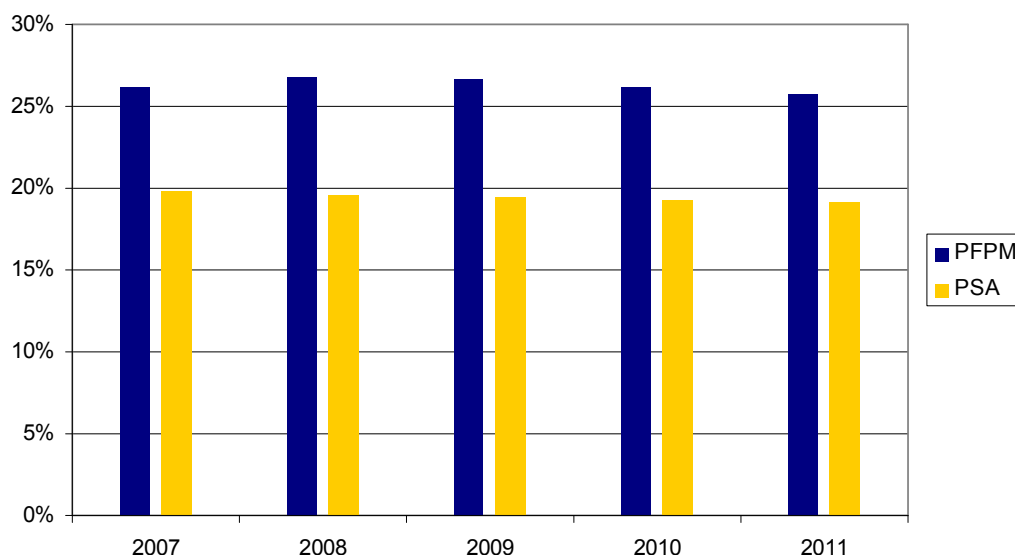
Figura 3: proporzione di residenti PFPM rispetto a PSA per classe di età. Anni 2007-11.



L'indice di vecchiaia nel 2011 è pari a 127,3% nella popolazione PSA ed a 10,1% nella popolazione PFPM, mentre l'indice di dipendenza è di 56,4% per la popolazione PSA e 32,9% per la PFPM. Nella popolazione PSA è quindi maggiore il carico sociale che agisce sulla forza lavoro attiva, ovvero una minore quota di bambini (0-14 anni) ed anziani (65 e più anni) rispetto alla popolazione in età lavorativa.

Nella popolazione PFPM i minorenni rappresentano nel 2011 il 25,7% del totale, in tendenziale diminuzione a partire dal 2008. Nella popolazione PSA i minorenni sono il 19,2%, quota anch'essa in diminuzione nel periodo considerato (Figura 4).

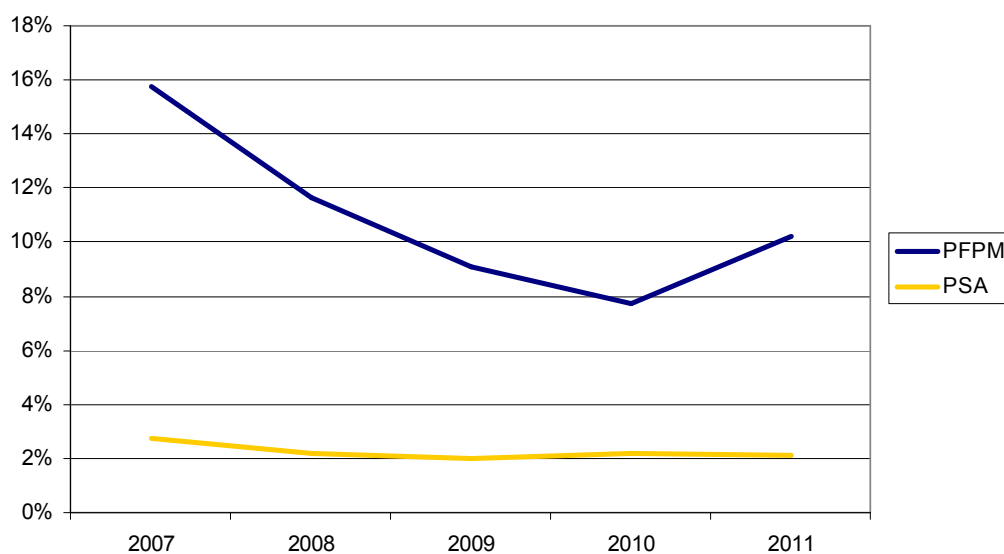
Figura 4: proporzione di minorenni. Anni 2007-11.



Il 10,2% della popolazione PFPM residente nel 2011 non ha effettuato la scelta del Medico di Medicina Generale (2,1% la popolazione PSA) (Figura 5).

La popolazione PFPM presenta un rischio 4,3 maggiore della popolazione PSA di non effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale ($p < 0,0001$).

Figura 5: quota di popolazione che non ha effettuato la scelta del Medico di Medicina Generale. Anni 2007-11.





INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

La popolazione PFPM è in costante crescita con un tempo di raddoppio, agli attuali tassi di crescita, di circa 10 anni.

La popolazione PFPM è più giovane che quella PSA: solo il 2% è anziano mentre il 60% ha meno di 35 anni.

Il carico sociale, in termini di anziani e bambini, che agisce sulla popolazione PFPM attiva è minore rispetto a quello che agisce sulla popolazione PSA.

Uno su 10 residenti della popolazione PFPM non ha effettuato la scelta del Medico di Medicina Generale.

3. PROGRAMMI DI SCREENING

3.1. Screening mammografico nella popolazione residente

Lo screening per il tumore della mammella è un programma biennale di prevenzione indirizzato alle donne di età compresa tra 50 e 69 anni. La popolazione bersaglio è costituita teoricamente da tutte le donne in questa fascia di età. In fase di invito in realtà vengono escluse tra le altre le donne che risultano presenti nell'archivio del Registro Tumori proprio a causa di un tumore della mammella e le donne che hanno effettuato recentemente una mammografia.

Sono 2.075 le donne della popolazione PFPM teoricamente candidate alla partecipazione nel biennio al programma di screening, 854 quelle invitate nel 2011. Le donne eleggibili nella popolazione PSA sono 55.866, 20.192 delle quali invitate nel 2011. Una stima dell'estensione biennale del programma a partire da questi dati porta al valore del 82,3% per la popolazione PFPM e del 72,3% per la popolazione PSA (Tabella 3).

Le donne della popolazione PFPM presentano un rischio 2,6 volte maggiore di non effettuare una mammografia di screening ($p < 0,0001$). L'effettuazione di una mammografia a seguito di una lettera di invito ha riguardato 342 donne nella popolazione PFPM (il 40,0% delle invitate) e 12.171 donne nella popolazione PSA (60,3% delle invitate). Tenendo conto anche delle mammografie della donna eseguite in mancanza di lettera di invito (spontanee rispetto al programma), si può stimare una copertura biennale dell'esame mammografico che riguarda il 45,7% della popolazione PFPM ed il 60,3% della popolazione PSA (Tabella 4).

Tabella 3: popolazione bersaglio, inviti ed estensione su base biennale per fascia di età. Anno 2011

	PFPM			PSA		
	Popolazione bersaglio	Inviti	Estensione biennale	Popolazione bersaglio	Inviti	Estensione biennale
50-54	883	377	85,4%	15.921	6.625	83,2%
55-59	626	222	70,9%	13.460	4.375	65,0%
60-64	383	146	76,2%	13.368	3.886	58,1%
65-69	183	109	119,1%	13.117	5.306	80,9%
Totale	2.075	854	82,3%	55.866	20.192	72,3%

Fonte: Registro Tumori

Tabella 4: mammografie effettuate su invito e copertura totale delle mammografie per fascia di età. Anno 2011

	PFPM				PSA			
	Screening	Spontanee	Adesione grezza	Copertura biennale	Screening	Spontanee	Adesione grezza	Copertura biennale
50-54	183	72	48,5%	57,8%	4.087	1.705	61,7%	72,8%
55-59	92	41	41,4%	42,5%	2.985	1.327	68,2%	64,1%
60-64	50	15	34,2%	33,9%	2.740	996	70,5%	55,9%
65-69	17	4	15,6%	23,0%	2.359	786	44,5%	48,0%
Totale	342	132	40,0%	45,7%	12.171	4.814	60,3%	60,8%

Fonte: Registro Tumori



Nessuna donna della popolazione PFPM è risultata positiva allo screening mammografico, mentre tra le donne della popolazione PSA le positive sono state 26, pari a 2,1/1.000 delle donne sottoposte all'esame. Nel 2,3% dei casi della popolazione PFPM e nel 1,3% di quella PSA è stato richiesto un approfondimento successivo dell'esame (Tabella 5).

Tabella 5: esito delle mammografie di screening per fascia di età. Anno 2011

	Negativo		Richiesta di approfondimento		Positivo (valori per 1.000)	
	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA
50-54	94,0%	95,2%	2,7%	1,7%	0	2,2
55-59	91,3%	97,3%	3,3%	1,1%	0	0,7
60-64	98,0%	97,0%	0,0%	1,2%	0	1,8
65-69	94,1%	96,6%	0,0%	1,1%	0	4,2
Totale	93,9%	96,4%	2,3%	1,3%	0	2,1

Fonte: Registro Tumori

3.2. Screening della cervice uterina nella popolazione residente

Lo screening per il tumore della cervice uterina è un programma triennale di prevenzione che riguarda le donne di età compresa tra 23 e 65 anni. Dalla popolazione bersaglio, costituita teoricamente da tutte le donne in questa fascia di età, vengono escluse in fase di invito le donne già ammalate di tumore della cervice e le donne per cui risulta un pap test effettuato di recente. Per omologia con altri programmi le analisi sono ristrette alla fascia di età 25-64 anni.

Sono 10.737 le donne della popolazione PFPM teoricamente candidate alla partecipazione nel biennio al programma di screening, 3.240 quelle invitate. Le donne da invitare nella popolazione PSA sono 124.237, 31.366 delle quali inviate nel 2011. Una stima dell'estensione triennale del programma a partire da questi dati porta al valore del 90,5% per la popolazione PFPM e del 75,7% per la popolazione PSA (Tabella 6).

Le donne della popolazione PFPM presentano un rischio 1,2 maggiore di non effettuare un pap test di screening ($p < 0,0001$).

Tabella 6: popolazione bersaglio, inviti ed estensione su base triennale per fascia di età. Anno 2011

	PFPM			PSA		
	Popolazione bersaglio	Inviti	Estensione triennale	Popolazione bersaglio	Inviti	Estensione triennale
25-29	1.845	493	80,2%	12.553	2.970	71,0%
30-34	2.323	694	89,6%	13.469	3.185	70,9%
35-39	2.136	643	90,3%	16.867	4.208	74,8%
40-44	1.489	484	97,5%	19.474	5.050	77,8%
45-49	1.052	329	93,8%	19.125	4.701	73,7%
50-54	883	271	92,1%	15.921	4.011	75,6%
55-59	626	202	96,8%	13.460	3.579	79,8%
60-64	383	124	97,1%	13.368	3.662	82,2%
Totale	10.737	3.240	90,5%	124.237	31.366	75,7%

Fonte: Registro Tumori

Le donne della popolazione PFPM che si sono sottoposte a pap test dopo aver ricevuto la lettera di invito sono state 1.427 (il 44,0% delle invitate), 14.960 le donne nella popolazione PSA (47,7% delle invitate). Tenendo conto dei pap test effettuati dalle donne anche senza invito (spontanee rispetto al programma), si può stimare una copertura triennale del pap test che riguarda il 122,7% della popolazione PFPM ed il 143,7% della popolazione PSA (Tabella 7).

Tabella 7: pap test effettuati su invito e copertura totale dei pap test per fascia di età. Anno 2011

	PFPM				PSA			
	PAP test di screening	PAP test spontanei	Adesione grezza	Copertura triennale totale	PAP test di screening	PAP test spontanei	Adesione grezza	Copertura triennale totale
25-29	211	619	42,8%	135,0%	1.347	4.789	45,4%	146,6%
30-34	327	702	47,1%	132,9%	1.564	5.321	49,1%	153,4%
35-39	328	649	51,0%	137,2%	2.045	6.627	48,6%	154,2%
40-44	212	415	43,8%	126,3%	2.489	7.339	49,3%	151,4%
45-49	131	245	39,8%	107,2%	2.233	7.262	47,5%	148,9%
50-54	114	177	42,1%	98,9%	1.797	5.562	44,8%	138,7%
55-59	69	103	34,2%	82,4%	1.691	4.013	47,2%	127,1%
60-64	35	54	28,2%	69,7%	1.794	3.648	49,0%	122,1%
Totale	1.427	2.964	44,0%	122,7%	14.960	44.561	47,7%	143,7%

Fonte: Registro Tumori

Il campione prelevato è risultato inadeguato per la valutazione del test in 6 casi nella popolazione PFPM (4,2/1.000) ed in 180 casi nella popolazione PSA (12/1.000). Una anomalia delle cellule di tipo squamoso o ghiandolare, ma diversa dal carcinoma, è stata riscontrata in 41 casi nella popolazione PFPM (28,7/1.000) ed in 353 casi nella popolazione PSA (23,6/1.000). I sospetti di neoplasia maligna hanno riguardato 1 caso nella popolazione PSA (0,067/1.000) (Tabella 8).

Tabella 8: esito dei pap test di screening per fascia di età, valori per 1.000. Anno 2011

	Insoddisfacente		Negativo		Cellule epiteliali tipo squamoso*		Cellule epiteliali tipo ghiandolare*		Sospetti di neoplasia maligna	
	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA
25-29	4,7	3,7	957,3	938,4	37,9	56,4	0,0	1,5	0,000	0,000
30-34	3,0	4,5	966,4	955,2	30,6	40,3	0,0	0,0	0,000	0,000
35-39	6,1	2,9	960,4	972,6	33,5	24,0	0,0	0,5	0,000	0,000
40-44	0,0	3,2	971,7	973,9	28,3	22,5	0,0	0,4	0,000	0,000
45-49	0,0	8,0	969,5	971,3	30,5	19,7	0,0	0,4	0,000	0,447
50-54	8,8	18,3	982,5	964,9	8,8	16,1	0,0	0,6	0,000	0,000
55-59	0,0	26,5	985,5	963,9	14,5	8,9	0,0	0,6	0,000	0,000
60-64	28,6	32,3	971,4	959,9	0,0	7,8	0,0	0,0	0,000	0,000
Totale	4,2	12,0	967,1	964,3	28,7	23,1	0,0	0,5	0,000	0,067

* esclusi carcinomi

Fonte: Registro Tumori



INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

C'è una scarsa partecipazione delle donne PFPM allo screening per il tumore della mammella (4 donne su 10 rispetto alle 6 su 10 della popolazione PSA) ed anche tenendo conto degli esami effettuati al di fuori dello screening meno di una donna PFPM su due risulta aver effettuato una mammografia.

Il rischio di non aderire ad un programma di screening da parte della popolazione PFPM rispetto alla popolazione PSA è di 1,2 maggiore per lo screening cervicale e 2,6 volte maggiore per lo screening mammografico.

4. MALATTIE E MORTALITÀ

4.1. Malattie infettive

Sono stati 49 i casi di malattie infettive di classe 2 notificati nella popolazione PFPM, pari a 156/1.000 residenti. Il tasso di notifica è inferiore rispetto a quello della popolazione PSA per quasi tutte le patologie, ad eccezione di sifilide e blenorragia, a trasmissione sessuale. Nelle malattie infettive dell'infanzia la differenza è molto evidente nel caso del morbillo con 12,7/1.000 notifiche per residente PFPM rispetto alle 437,9/1.000 nella popolazione PSA (Tabella 9).

Tabella 9: casi notificati e tassi di notifica di malattie infettive di classe 2. Anno 2011

	Casi notificati			Tassi di notifica (x 100.000)		
	PFPM	PSA	Totale	PFPM	PSA	Totale
Salmonellosi non tifoidea	2	66	68	6,4	14,0	13,5
Diarrea infettiva	7	272	279	22,3	57,6	55,4
Pertosse	-	7	7	-	1,5	1,4
Scarlattina	2	482	484	6,4	102,1	96,1
Meningite meningococcica	-	2	2	-	0,4	0,4
Encefalite virale	1	3	4	3,2	0,6	0,8
Varicella	25	1.190	1.215	79,6	252,1	241,3
Morbillo	4	2.067	2.071	12,7	437,9	411,3
Rosolia	-	21	21	-	4,4	4,2
Epatite virale A	-	4	4	-	0,8	0,8
Epatite virale B	-	4	4	-	0,8	0,8
Epatite NANB	2	-	2	6,4	-	0,4
Parotite epidemica	-	211	211	-	44,7	41,9
Sifilide	4	15	19	12,7	3,2	3,8
Blenorragia	1	12	13	3,2	2,5	2,6
Legionellosi	-	8	8	-	1,7	1,6
Epatite virale E	1	-	1	3,2	-	0,2
Totale	49	4.364	4.413	156,0	924,4	876,5

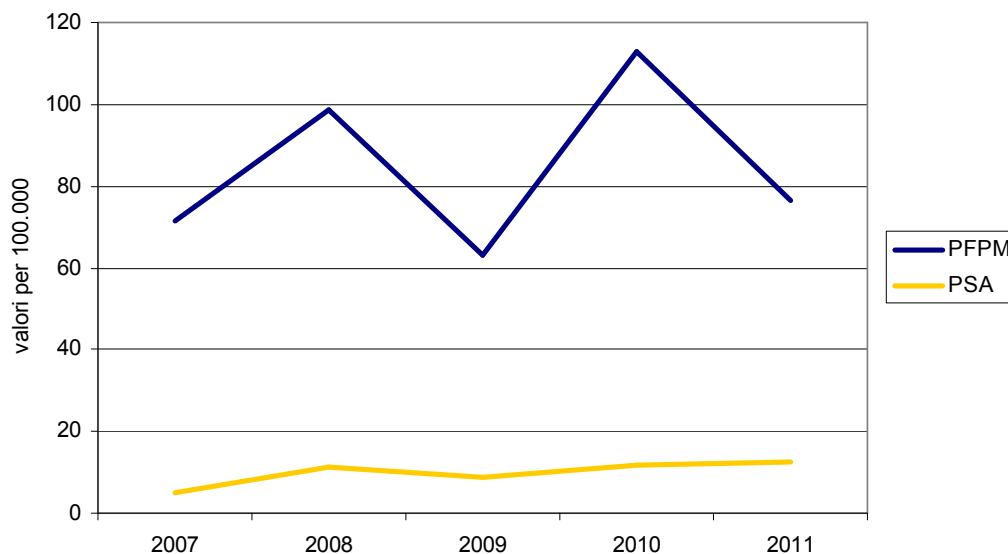
Fonte: SIMI

Tabella 10: casi notificati e tassi di notifica di TBC. Anni 2007-11.

	Casi notificati			Tassi di notifica (x 100.000)		
	PFPM	PSA	Totale	PFPM	PSA	Totale
2007	16	24	40	71,4	5,1	8,2
2008	24	29	53	98,8	11,3	10,8
2009	17	24	41	63,2	8,7	8,3
2010	33	22	55	112,8	11,7	11,0
2011	24	35	59	76,4	12,5	11,7

Fonte: SIMI

Diverso invece è l'andamento nel caso della tubercolosi (classe 3), dove di 59 casi notificati nel 2011 il 40,7% è a carico di residenti nella popolazione PFPM, con una incidenza di 76,4/1.000 residenti rispetto a 12,5/1.000 della popolazione PSA. (Tabella 10). L'incidenza dei casi di TBC è tendenzialmente in crescita sia nella popolazione PSA che in quella PFPM (Figura 6).

**Figura 6: tassi di notifica di TBC. Anni 2007-11.**

4.2. Malattie croniche

I portatori di almeno una patologia cronica nel 2011 risultano pari a 3.885 nella popolazione PFPM (122,7/1.000 residenti) ed a 134.169 nella popolazione PSA, corrispondenti a 284,2/1.000 residenti (Tabella 11).

Tabella 11: malati cronici per genere e classe di età. Anno 2011

	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0	11	16	27	81	64	145
1-4	58	42	100	415	257	672
5-17	104	69	173	1.619	1.172	2.791
18-34	187	422	609	2.988	3.800	6.788
35-49	695	772	1.467	8.306	10.004	18.310
50-64	439	586	1.025	16.345	17.263	33.608
65+	186	268	454	30.594	41.261	71.855
Totale	1.680	2.175	3.855	60.348	73.821	134.169

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Provinciale – Mappatura delle patologie croniche

La prevalenza di malati cronici nella popolazione PSA rimane superiore a quella della popolazione PFPM anche aggiustando il confronto per tenere conto della diversa struttura per età delle due popolazioni. Questa situazione è riconosciuta in letterature come effetto “migrante sano”, caratterizzato dal processo di autoselezione dei migranti nel paese di origine, che porta all'emigrazione degli individui nelle migliori condizioni psicofisiche.

La popolazione PFPM presenta tassi di cronicità leggermente superiori a quelli della popolazione PSA nelle fasce di età infantili fino a 4 anni. A partire dai 5 anni di età la prevalenza di malati cronici nella popolazione PSA cresce evidenziandosi maggiormente nelle età anziane. È possibile in questo caso l'esistenza dell'effetto “salmone”, che vede il migrante tornare nel proprio paese

d'origine all'aggravarsi delle sue condizioni di salute. Il rischio attuale per un residente PFPM di trovarsi in condizioni di cronicità è del 20% inferiore rispetto a quello di un residente PSA (OR=0,8, $p<0,0001$) (Figura 7 e Figura 8).

Figura 7: tassi di cronicità per età e standardizzati nella popolazione maschile. Anno 2011.

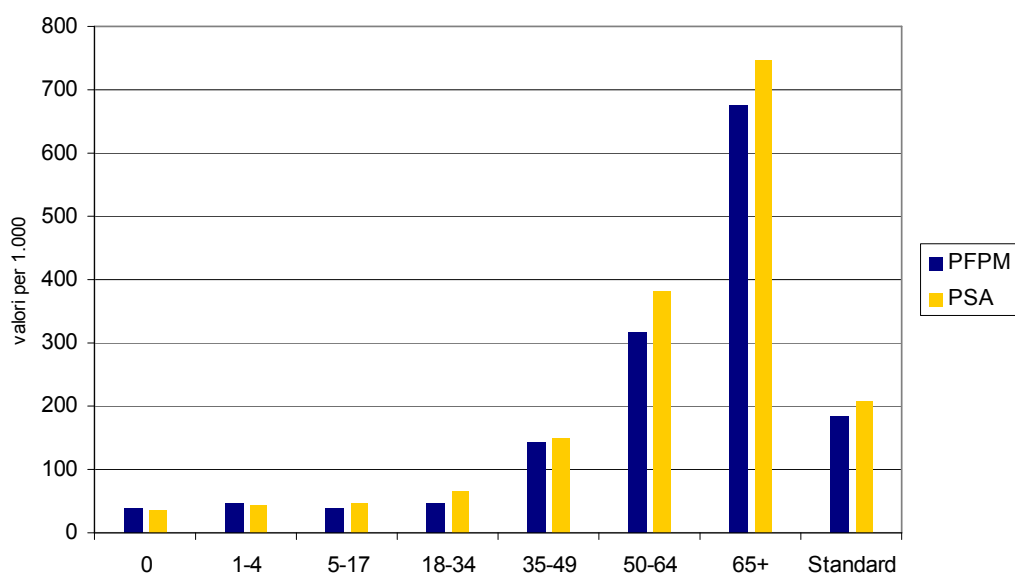
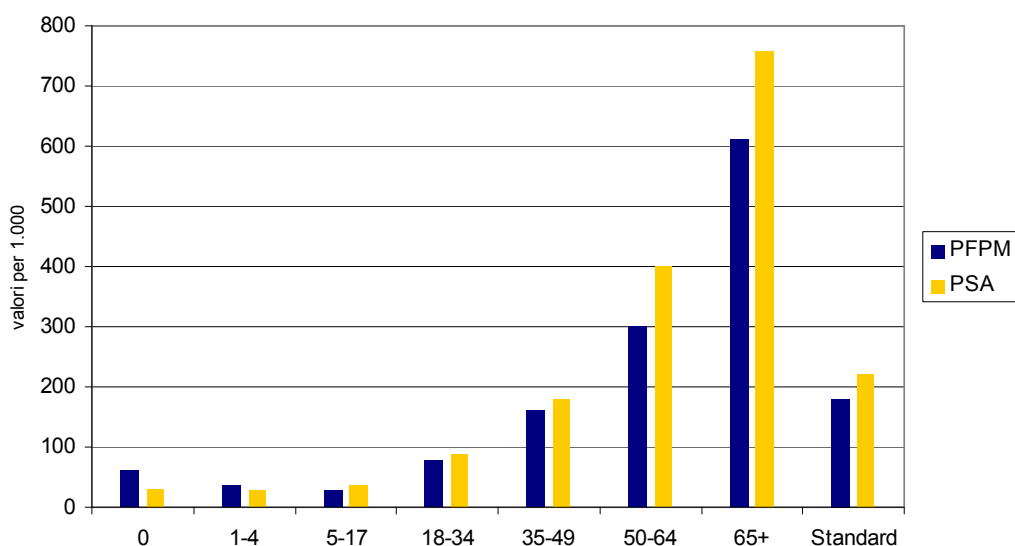


Figura 8: tassi di cronicità per età e standardizzati nella popolazione femminile. Anno 2011.



In entrambe le popolazioni, la prevalenza di donne che presentano una malattia cronica è superiore a quella degli uomini (OR=1,13, $p<0,0001$). Le patologie croniche maggiormente diffuse sono le cardiovasculopatie (circa 1.400 casi nella popolazione PFPM e circa 85.000 nella popolazione PSA) ed in particolare l'ipertensione. Nella popolazione PFPM la seconda patologia cronica più diffusa è il diabete, mentre nella popolazione PSA sono le malattie endocrine e del metabolismo (Tabella 12).

**Tabella 12: tasso di prevalenza di alcune malattie croniche (valori x 1.000). Anno 2011**

	PFPM			PSA		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Portatori di trapianto	0,4	0,7	0,5	0,8	1,6	1,2
Insufficienza renale cronica	0,7	2,3	1,4	6,0	8,9	7,4
HIV/AIDS	1,1	1,5	1,3	0,5	1,2	0,8
Tumore	11,9	8,3	10,2	50,9	51,2	51,0
Diabete	30,7	29,8	30,3	37,9	43,0	40,4
Cardiovasculopatia	45,7	43,7	44,7	187,6	172,5	180,2
Ipertensione	38,5	36,1	37,4	163,3	146,8	155,2
Broncopneumopatie	24,1	28,6	26,3	34,4	41,7	38,0
Gastroenteropatia	10,8	14,6	12,6	23,0	25,2	24,1
Epatopatia	6,8	8,9	7,8	6,5	10,7	8,6
Neuropatia	5,4	7,0	6,2	26,4	20,2	23,4
Epilessia	3,6	5,2	4,3	8,3	9,2	8,7
Morbo di Parkinson	1,3	1,6	1,4	10,0	7,5	8,8
Alzheimer	0,2	0,1	0,1	5,2	2,4	3,8
Sclerosi multipla e atassia cerebellare	0,6	0,2	0,4	2,4	1,2	1,9
Malattie autoimmuni	13,4	2,8	8,4	26,6	5,8	16,4
Artrite reumatoide	2,7	1,1	1,9	6,5	2,5	4,5
Lupus eritematoso sistemico	0,5	0,1	0,3	1,2	0,2	0,7
Sclerosi sistemica	0,1	0,0	0,1	0,6	0,1	0,4
Malattia di Sjögren	0,5	0,1	0,3	0,7	0,1	0,4
Spondilite anchilosante	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
Tiroidite di Hashimoto	9,4	1,2	5,5	17,8	2,3	10,2
Malattie endocrine e metaboliche	30,1	17,5	24,1	104,6	64,1	84,7
Acromegalia e gigantismo	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Ipotiroidismo congenito ed acquisito	21,1	3,8	12,9	69,7	15,9	43,2
Nanismo ipofisario	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,4
Dislipidemie	7,6	13,6	10,4	40,6	50,2	45,3
Psicosi	5,8	4,0	5,0	13,9	9,1	11,5
Totale	131,6	112,9	122,7	308,1	259,6	284,2

Prendendo in considerazione, tra le patologie croniche mappate in provincia di Bolzano, quelle maggiormente diffuse, i tassi standardizzati evidenziano una maggiore prevalenza dell'ipertensione e delle neoplasie nella popolazione maschile PSA, del diabete in quella PFPM (Figura 9).

Analogamente nella popolazione femminile PFPM ipertensione, neoplasie ed ipotiroidismo risultano più diffusi nella popolazione PSA, il diabete in quella PFPM (Figura 10).

Nella popolazione PFPM il rischio di diabete è 2,4 volte superiore rispetto alla popolazione PSA ($p < 0,0001$), ed in particolare pari a 2,6 per le donne ed a 2,2 per gli uomini.

Delle 4.717 donne assistite nel 2011 dai centri diabetologici provinciali 278 sono cittadine PFPM (5,9%), il 20,9% (58 casi) con diabete gestazionale (3% tra le donne PSA). Restringendo l'analisi alle donne in età riproduttiva (15-49 anni) la prevalenza di diabete in età gestazionale è pari al 36% tra le donne PFPM ed al 28,6% tra le donne PSA. La bassa numerosità non permette di rilevare differenza significative tra le due popolazioni ($OR=1,4$, $p=0,09$).

Figura 9: tassi standardizzati di prevalenza nella popolazione maschile. Anno 2011.

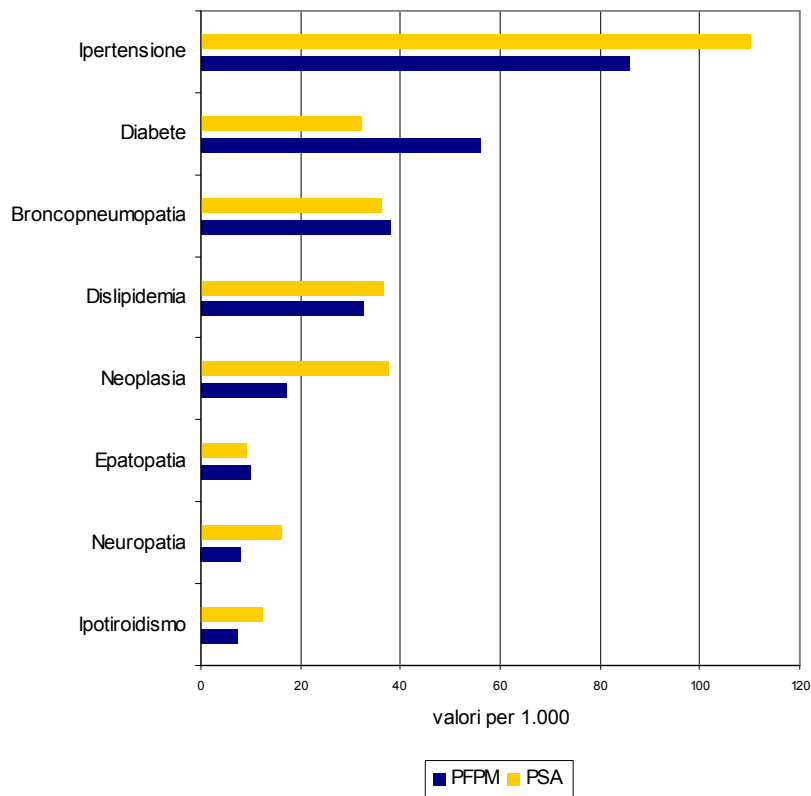
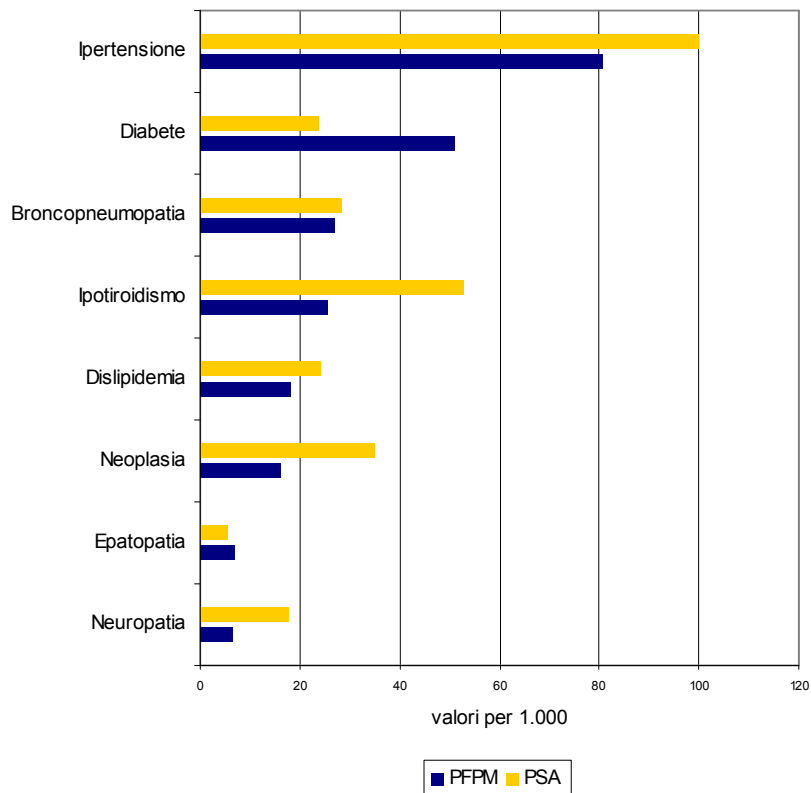


Figura 10: tassi standardizzati di prevalenza nella popolazione femminile. Anno 2011.





4.3. Mortalità

I casi di decesso nella popolazione PFPM nel 2011 sono stati 33 (1,1/1.000 residenti). Nella popolazione PSA, ai 3.796 decessi del 2011 corrisponde un tasso di mortalità di 8,0/1.000 (Tabella 13).

Tabella 13: decessi per genere. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
2007	3	12	15	1.875	1.826	3.701
2008	7	14	21	1.916	1.935	3.851
2009	4	19	23	1.927	1.816	3.743
2010	15	14	29	1.925	1.810	3.735
2011	15	18	33	1.981	1.815	3.796

Fonte: Registro Provinciale di Mortalità

I tassi di mortalità specifici per età mostrano notevoli differenze nelle classi di età anziane, sia tra i maschi sia tra le femmine, situazione definita in letteratura come effetto “salmone”, ovvero il rientro nel paese d’origine dell’immigrato in precarie condizioni di salute. I tassi standardizzati, che aggiustano il confronto rispetto al disturbo portato dalla differente composizione per età delle due popolazioni, mostrano una mortalità superiore nella popolazione PSA rispetto a quella PFPM, sia tra i maschi che tra le femmine. Sembra poi evidenziarsi un eccesso di mortalità nella popolazione femminile PFPM nel primo anno di vita (Figura 11 e Figura 12).

Figura 11: tassi di mortalità per età e standardizzato nella popolazione maschile. Anni 2007-11.

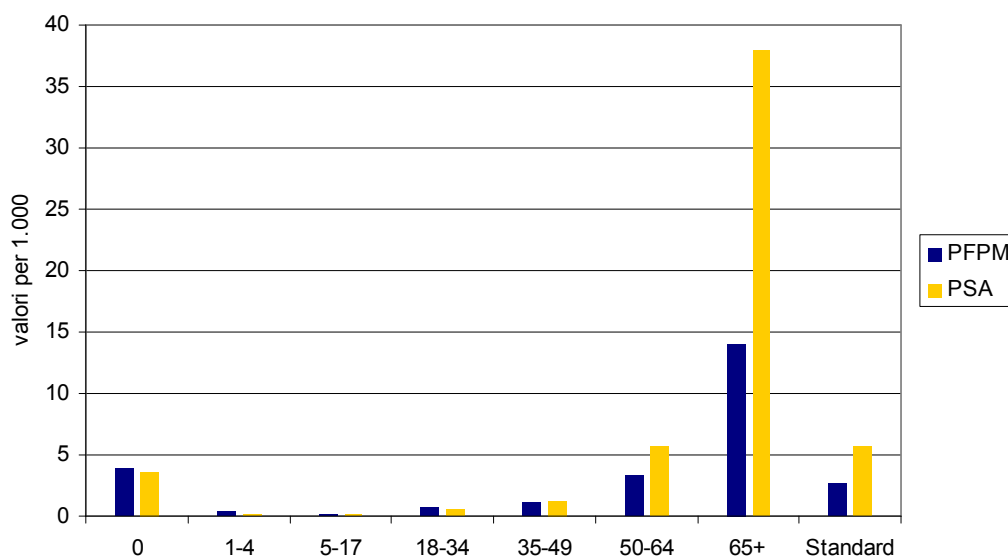
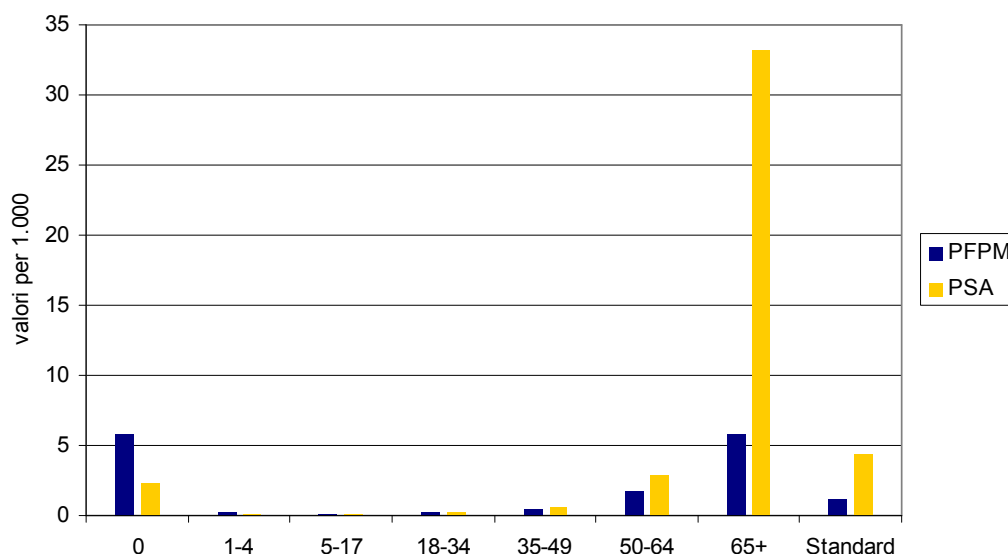


Figura 12: tassi di mortalità per età e standardizzato nella popolazione femminile. Anni 2007-11.**INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI**

Le malattie infettive che colpiscono maggiormente la popolazione PFPM sono quelle a trasmissione sessuale e la TBC. Al contrario la popolazione infantile risulta protetta rispetto alle infezioni tipiche di quella classe di età. Per quanto su livelli bassi, è comunque maggiore la diffusione di HIV/AIDS.

La popolazione migrante appare meno affetta da patologie croniche rispetto a quella PSA, anche come conseguenza dell'effetto migrante sano. Tale effetto tende ad affievolirsi al prolungarsi della permanenza del migrante nella popolazione di destinazione. Le nuove generazioni corrono il rischio, in termini di salute, di assimilare le loro condizioni a quelle degli strati sociali più svantaggiati.

La popolazione PFPM mostra in genere bassi livelli di mortalità, riconosciuti anche come effetto "salmone", che porta il migrante al ritorno nel paese di provenienza all'aggravarsi delle condizioni di salute.

Nella popolazione femminile PFPM appare un eccesso di mortalità nel primo anno di vita.



5. AREA MATERNO-INFANTILE

5.1. Natalità

Nel 2011 sono nati 926 bambini da madri appartenenti alla popolazione PFPM, per un corrispondente tasso di natalità di 29,5/1.000, oltre tre volte superiore rispetto al tasso di natalità rilevato nella popolazione PSA, pari a 8,9/1.000 (Tabella 14).

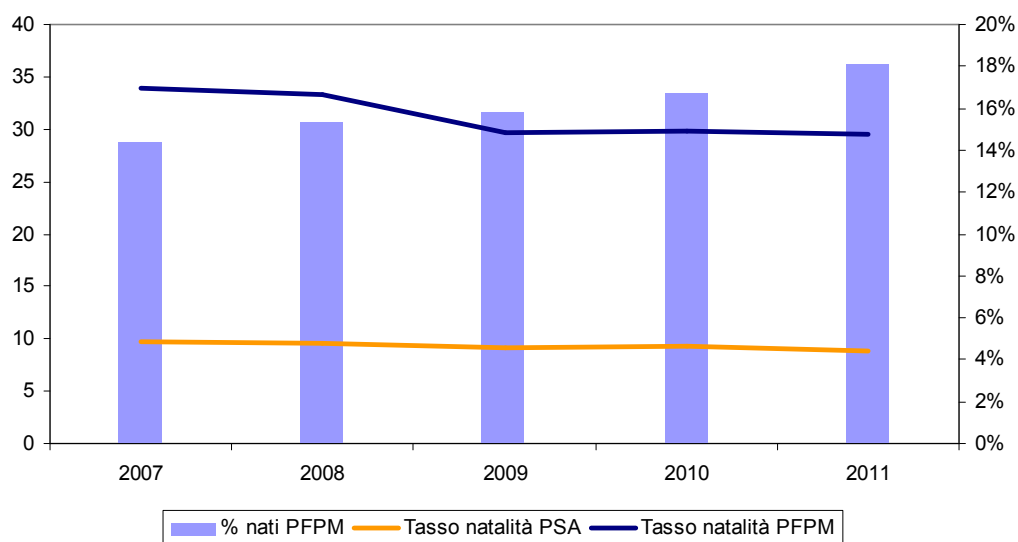
Tabella 14: nati per genere. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA			Apolidi
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
2007	396	362	758	2.420	2.106	4.526	2
2008	427	382	809	2.287	2.165	4.452	-
2009	417	382	799	2.177	2.069	4.246	-
2010	445	426	871	2.240	2.094	4.334	-
2011	481	445	926	2.152	2.045	4.197	-

Fonte: CEDAP

La quota di nuovi nati da donne della popolazione PFPM è stata in costante crescita nel periodo 2007-11 ed il 18,1% dei nuovi nati nel 2011 è figlio di una donna della popolazione PFPM. I tassi di natalità sono in ogni caso in tendenziale diminuzione nel periodo, sia nella popolazione PFPM che in quella PSA (Figura 13).

Figura 13: tasso di natalità. Anni 2007-11.



Le donne della popolazione PSA esprimono il picco della fecondità specifica a 32 anni (115 figli/1.000 donne) e la curva della fecondità solo dopo i 30 anni di età si allinea con quella delle donne PFPM. Queste ultime anticipano il picco di fecondità specifica a 22 anni (213 figli/1.000 donne) e mostrano un profilo che privilegia i comportamenti riproduttivi alle età più giovani (Figura 14).

Anche in termini di Tasso di Fecondità Totale (TFT) le differenze sono evidenti: 2,9 figli per donna nella popolazione PFPM rispetto a 1,5 della popolazione PSA nel periodo 2007-11. La prospettiva che si va evidenziando è quella di un progressivo invecchiamento della popolazione PSA mentre la popolazione PFPM tende a mantenersi giovane (Figura 15).

Figura 14: tasso di fecondità specifica. Anni 2007-11.

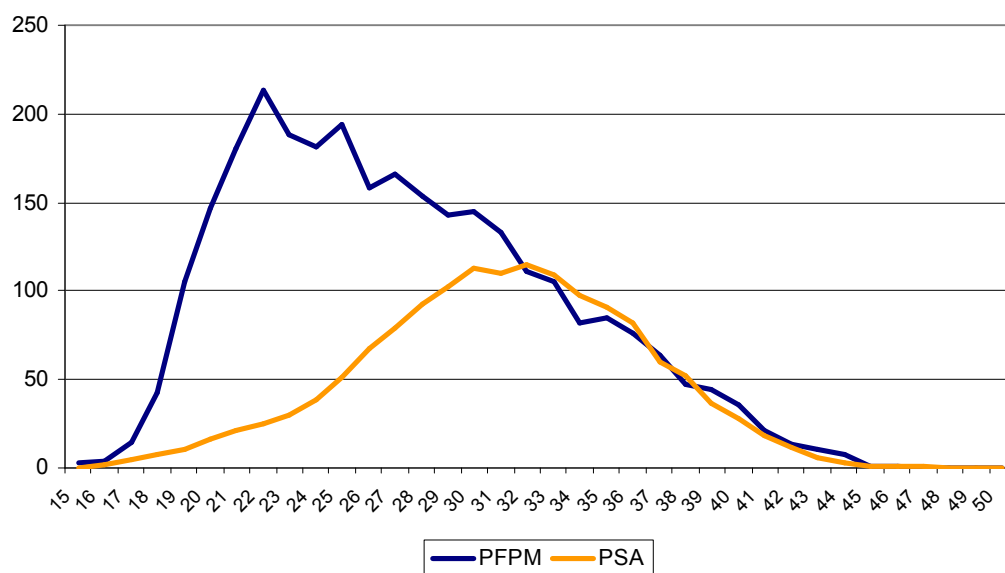
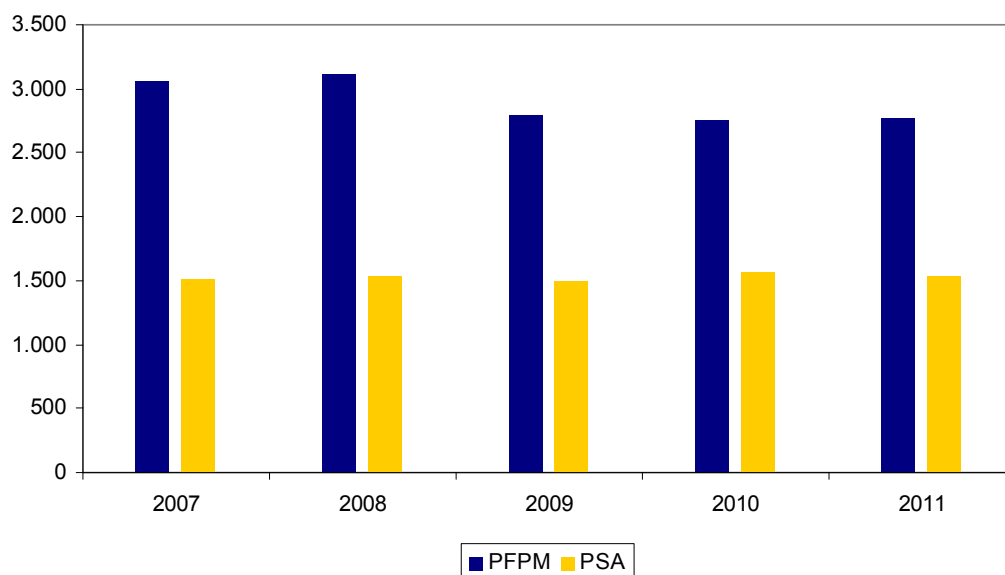


Figura 15: Tasso di Fecondità Totale. Anni 2007-11.



Tra i neonati da madri della popolazione PFPM si rileva a partire dal 2010, un tasso di natalità sensibilmente più elevato, pur a sostanziale parità di altre condizioni alla nascita quali sottopeso, indice di vitalità di Apgar ed un ricorso leggermente superiore alla rianimazione (Tabella 15).

**Tabella 15: caratteristiche dei neonati. Anni 2007-11.**

	% sottopeso <2500 grammi		Tasso di natimortalità		% Apgar <8		% rianimazioni	
	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA
2007	4,2%	6,1%	0,0	2,0	2,1%	2,0%	2,9%	2,6%
2008	5,6%	6,2%	0,0	1,6	2,8%	2,2%	4,3%	3,1%
2009	4,9%	6,0%	0,0	1,2	2,4%	1,8%	3,3%	2,6%
2010	5,6%	5,5%	3,4	2,5	2,3%	2,5%	3,3%	3,4%
2011	5,6%	6,1%	5,3	2,6	3,6%	3,2%	3,8%	3,4%

Fonte: CEDAP

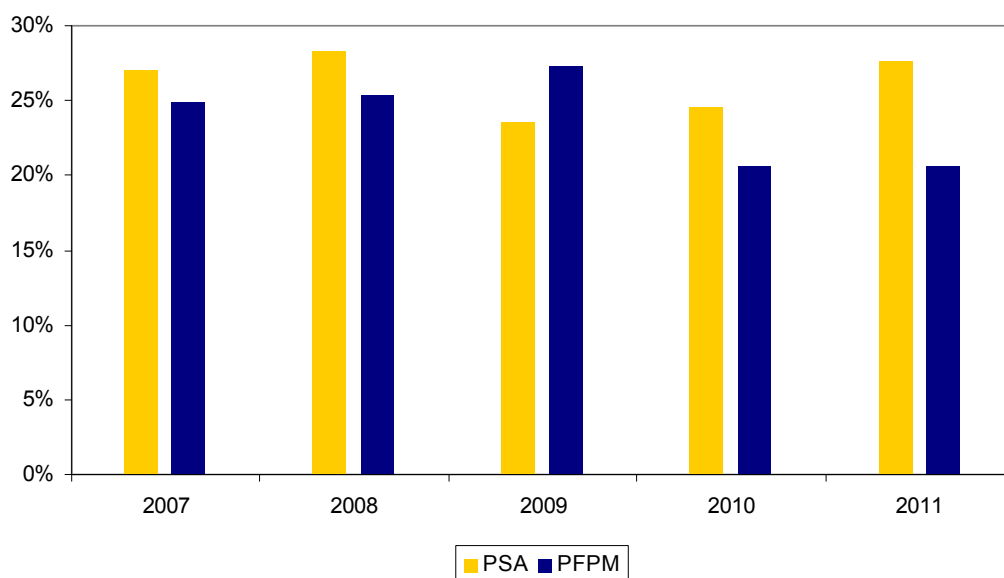
5.2. Ricoveri nel primo anno di vita

Nel 2011 sono stati 345 i ricoveri nel primo anno di vita di bambini della popolazione PFPM in regime ordinario o in day hospital, 1.801 nella popolazione PSA. Il 55,4% dei ricoveri nella popolazione PFPM ed il 64,3% in quella PSA avvengono nei primi 28 giorni di vita (Tabella 16).

Tabella 16: ricoveri nel primo anno di vita per classi di età in giorni. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA		
	0-28 gg.	29-365 gg.	Totale	0-28 gg.	29-365 gg.	Totale
2007	189	141	330	1.227	978	2.205
2008	205	150	355	1.261	839	2.100
2009	218	136	354	1.000	723	1.723
2010	179	110	289	1.063	667	1.730
2011	191	154	345	1.158	643	1.801

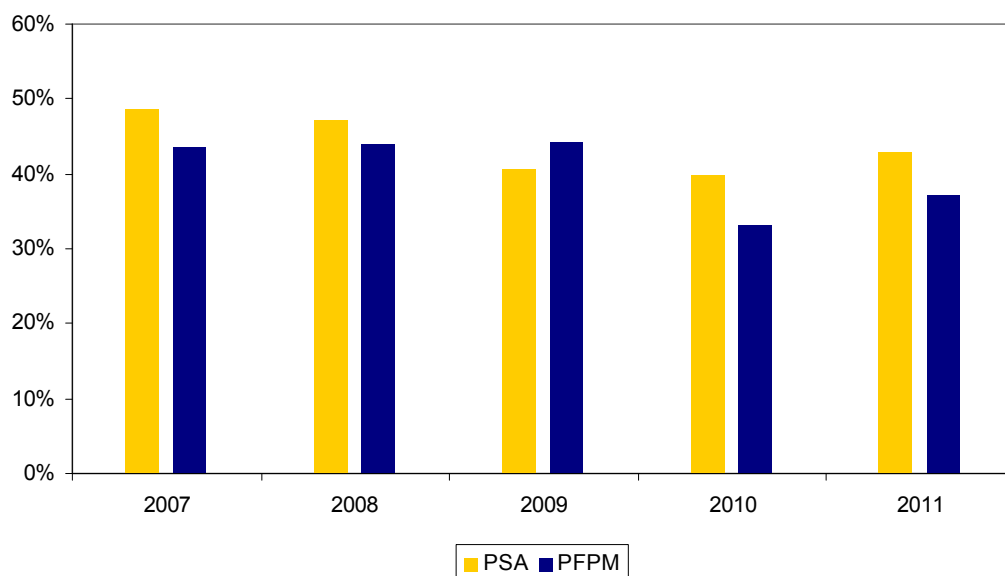
Fonte: SDO

Figura 16: ricoveri in età 0-28 giorni ogni 100 nati vivi. Anni 2007-11.

I ricoveri nei primi 28 giorni di vita nel 2011 sono stati 27,6 ogni 100 nati vivi nella popolazione PSA e 20,6 in quella PFPM. Ad eccezione dell'anno 2009 i ricoveri nel primo anno di vita rispetto ai nati vivi sono sempre stati superiori nella popolazione PSA (Figura 16).

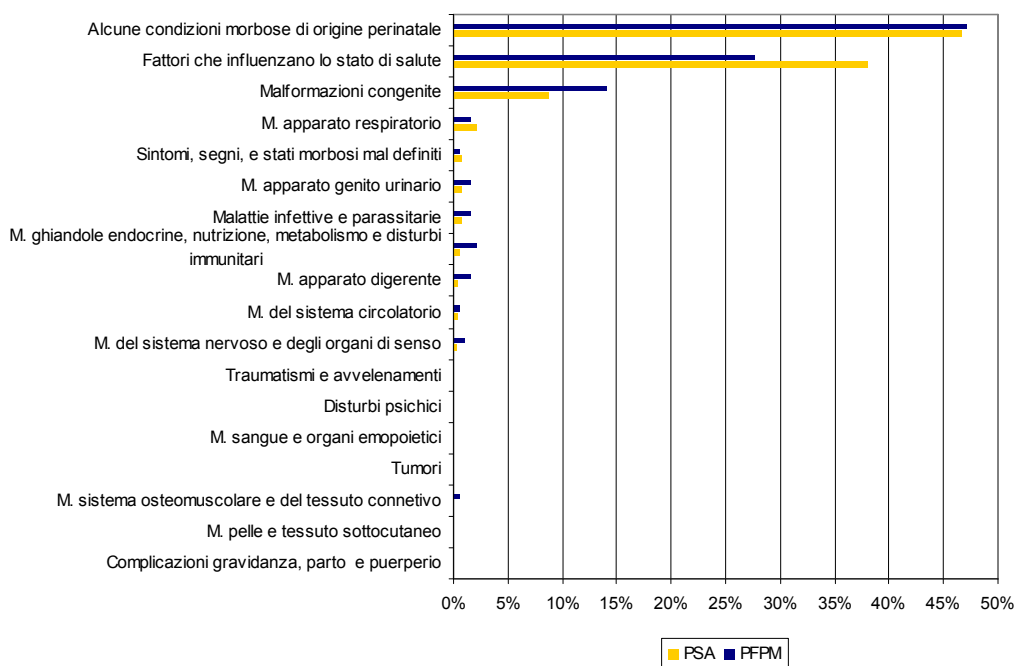
Ogni 100 nati vivi ci sono stati nel 2011 42,9 ricoveri nel primo anno di vita nella popolazione PSA e 37,3 in quella PFPM. Ad eccezione dell'anno 2009 i ricoveri nel primo anno di vita rispetto ai nati vivi sono sempre stati superiori nella popolazione PSA (Figura 17).

Figura 17: ricoveri nel primo anno di vita ogni 100 nati vivi. Anni 2007-11.



I motivi più frequenti di ricovero nei primi 28 giorni di vita sono di tipo generico, come “alcune condizioni morbose di origine perinatale” o “fattori che influenzano lo stato di salute”. Nella popolazione PFPM c'è una maggiore proporzione di malformazioni congenite (Figura 18).

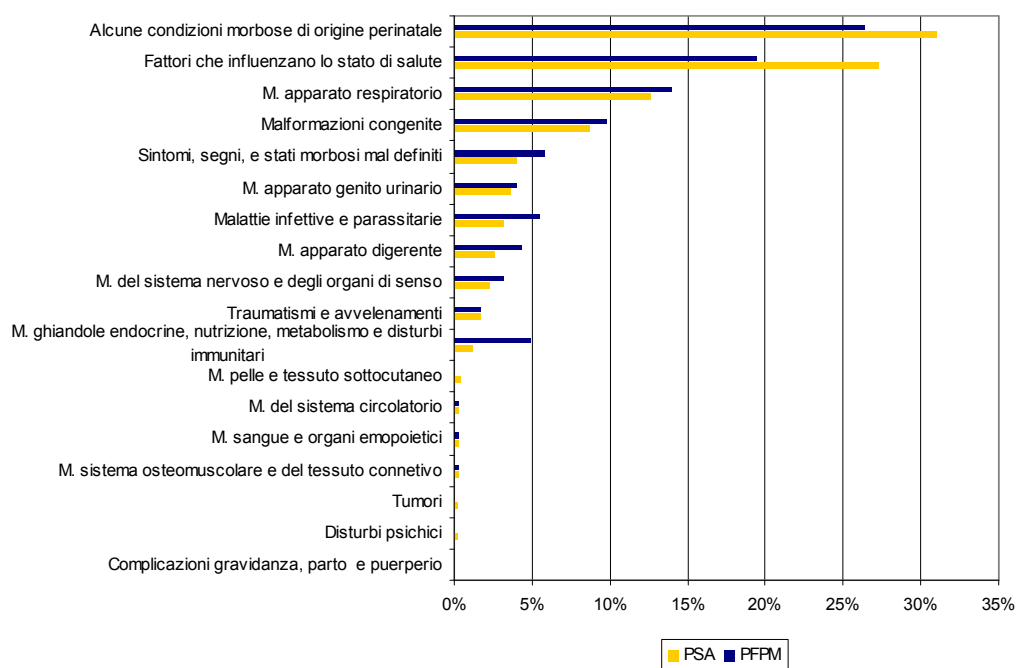
Figura 18: distribuzione dei ricoveri in età 0-28 giorni per causa. Anno 2011.





Rispetto al primo anno di vita le cause più specifiche di ricovero riguardano le malattie dell'apparato respiratorio, senza evidenti differenze tra le due popolazioni, ad eccezione delle malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari che sono più diagnosticate nella popolazione PSA (Figura 19).

Figura 19: distribuzione dei ricoveri nel primo anno di vita per causa. Anno 2011.



5.3. Gravidanza e parto

Tra le partorienti della popolazione PFPM vi è una maggior quota di donne con bassa scolarità (9,8% vs 0,4%) e una minor quota di nubili (19,7% vs 52,1%).

Le donne della popolazione PFPM che hanno fatto meno di quattro visite di controllo durante la gravidanza sono l'11,6% (3,6% nella popolazione PSA). Il 22% delle donne della popolazione PFPM si è sottoposta alla prima visita in età gestazionale superiore alle 12 settimane (6,6% le PSA), il 14,3% ha eseguito a meno di tre ecografie in gravidanza (3,4% le PSA) ed il 3,9% ha svolto almeno una indagine invasiva prenatale (7,9% le PSA) (Tabella 17).

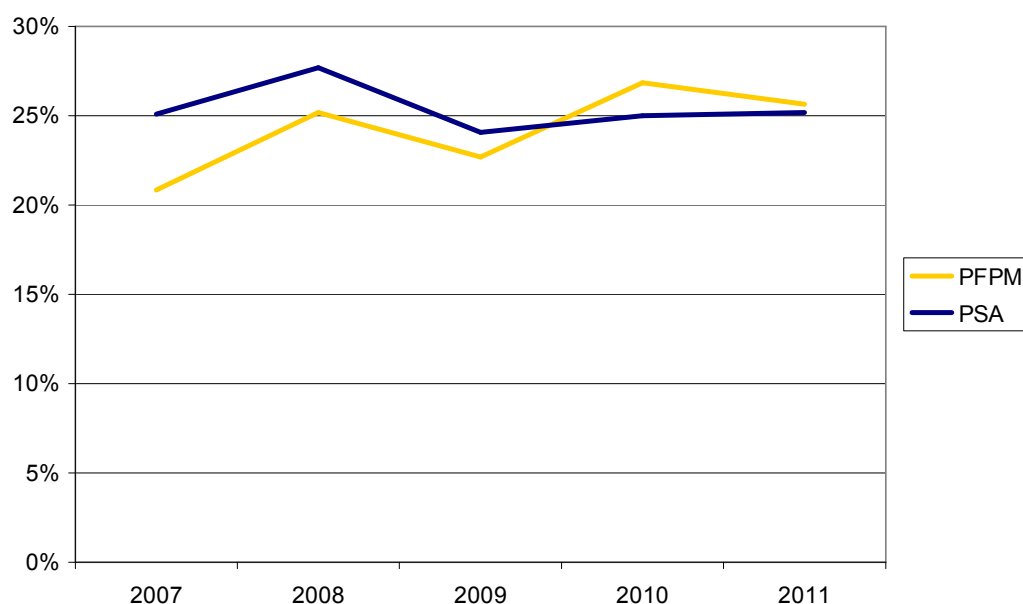
Tabella 17: caratteristiche delle partorienti e assistenza in gravidanza. Anno 2011.

	PFPM	PSA
Bassa scolarità	9,8%	0,4%
Nubili	19,7%	52,1%
Meno di 4 visite in gravidanza	11,6%	3,6%
età gestazionale prima visita > 12 settimane (%)	22,0%	6,6%
meno di 3 ecografie in gravidanza (%)	14,3%	3,4%
almeno una indagine prenatale invasiva (%)	3,9%	7,9%
parti con taglio cesareo (%)	25,1%	25,7%

Fonte: CEDAP

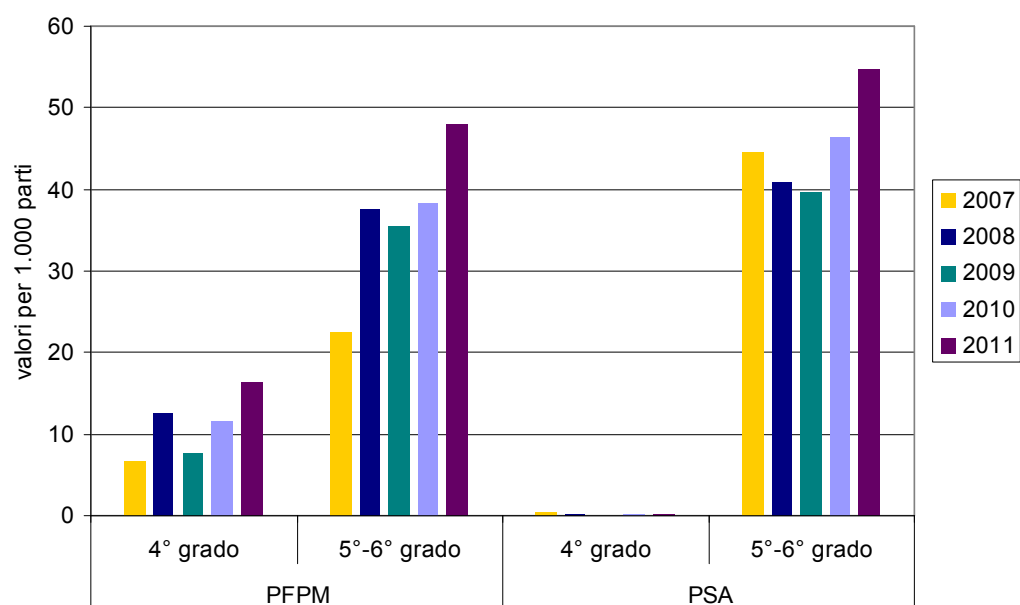
La quota di parti cesarei non è significativamente diversa nelle due popolazioni, e nel 2011 è stata pari 24,7% nella popolazione PFPM ed al 23,6% nella popolazione PSA (Figura 20).

Figura 20: quota di parti cesarei. Anni 2007-11.



Nella popolazione PFPM sono maggiormente presenti situazioni di consanguineità con parentela di 4° grado (figli di fratelli/sorelle) mentre nella popolazione PSA sono più frequenti le consanguineità di 5° (figli di cugini) o 6° grado (figli di figli di cugini).

Figura 21: valore di consanguineità. Anni 2007-11.





5.4. Ricoveri ostetrici

I ricoveri ostetrici nel 2011 di donne in età compresa tra 15 e 49 anni, sono stati 1.390 nella popolazione PFPM e 5.466 in quella PSA. La quota maggiore di ricoveri ostetrici, individuata dai DRG 370-375, è per parto (64,3% nella popolazione PFPM e 71,9% in quella PSA). Gli aborti spontanei (AS), individuati dai codici ICD9 CM 632-634 rappresentano l'8,9% dei ricoveri ostetrici tra le donne PFPM ed il 10% tra le donne PSA. Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG, ICD9 CM 632, 634) riguardano il 13,3% dei ricoveri ostetrici tra le donne PFPM ed il 6,1% tra le donne PSA. Gli altri ricoveri ostetrici sono individuati dai codici DRG 376-379 (diagnosi relative a postparto e postaborto, gravidanza ectopica e minaccia d'aborto) e dai codici DRG 382-384 (falso travaglio, altre diagnosi preparto e neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti) (Tabella 18).

Tabella 18: ricoveri ostetrici* di donne di età 15-49 anni. Anni 2007-11.

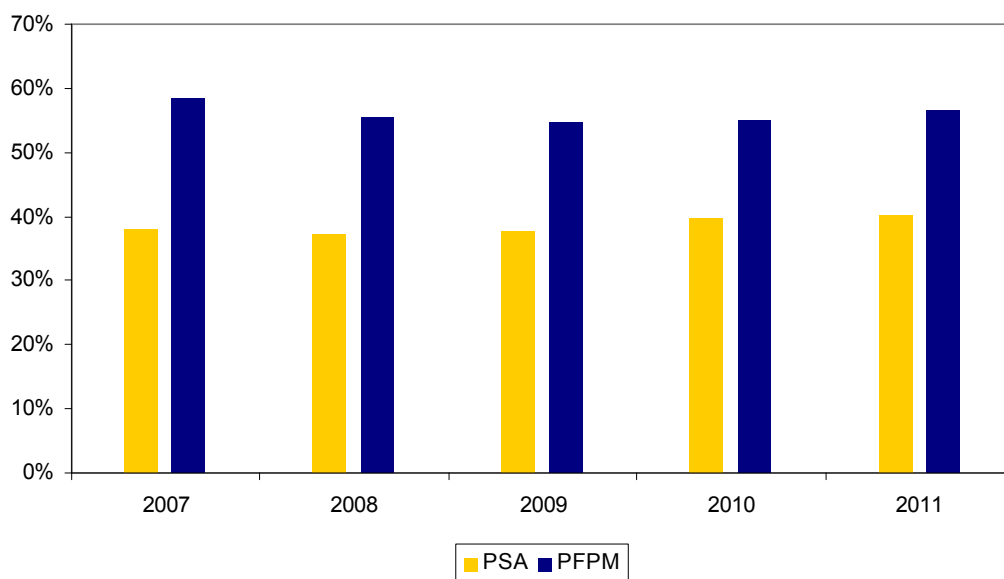
	PFPM					PSA				
	Parto	IVG	AS	Altre	Totale	Parto	IVG	AS	Altre	Totale
2007	741	175	115	189	1.220	4.219	332	565	761	5.877
2008	773	176	107	188	1.244	4.072	326	524	677	5.599
2009	764	187	119	142	1.212	3.967	305	582	634	5.488
2010	835	192	95	157	1.279	4.068	338	547	605	5.558
2011	894	185	123	188	1.390	3.928	331	549	658	5.466

* DRG 370-384

Fonte: SDO

Rispetto al totale dei ricoveri di donne di età 15-49 anni i ricoveri ostetrici hanno costituito nel 2011 la quota del 56,5% tra le donne PFPM e del 40,1% tra le donne PSA, senza evidenti variazioni tra il 2007 ed il 2011 (Figura 22).

Figura 22: quota di ricoveri ostetrici sul totale dei ricoveri di donne in età 15-49 anni. Anni 2007-11.



Nella distribuzione dei ricoveri ostetrici per classi di età le donne PSA posticipano rispetto alle donne PFPM le classi di età modali per tutti gli aspetti considerati (Tabella 19).

Tabella 19: ricoveri ostetrici per classe di età. Anno 2011.

	PFPM				PSA			
	Parti*	IVG**	AS***	Altre	Parti *	IVG**	AS***	Altre
15-19	22	9	5	5	64	31	5	15
20-24	154	22	18	31	301	54	22	49
25-29	286	34	23	53	937	64	91	161
30-34	262	64	39	53	1.360	56	137	220
35-39	143	37	21	42	966	73	174	167
40-44	25	18	17	4	286	45	100	42
45-49	2	1	-	0	14	8	20	4
Totale	894	185	123	188	3.928	331	549	658

* DRG 370-375

** ICD 9CM 635

*** ICD 9CM 632,634

Fonte: SDO

Tra le donne della popolazione PFPM vi è un picco del tasso di abortività volontaria nella classe di età 30-34 anni, con 27,6 IVG/1.000 donne. Tra le donne della popolazione PSA invece l'andamento è più omogeneamente distribuito tra i 20 ed i 40 anni di età (Figura 23).

In sintonia con l'andamento della fecondità, l'abortività spontanea interessa maggiormente le donne della popolazione PFPM tra i 20 ed i 40 anni di età e quelle della popolazione PSA tra i 30 ed i 39 anni di età (Figura 24).

Figura 23: Tasso di abortività volontaria per classe di età. Anno 2011.

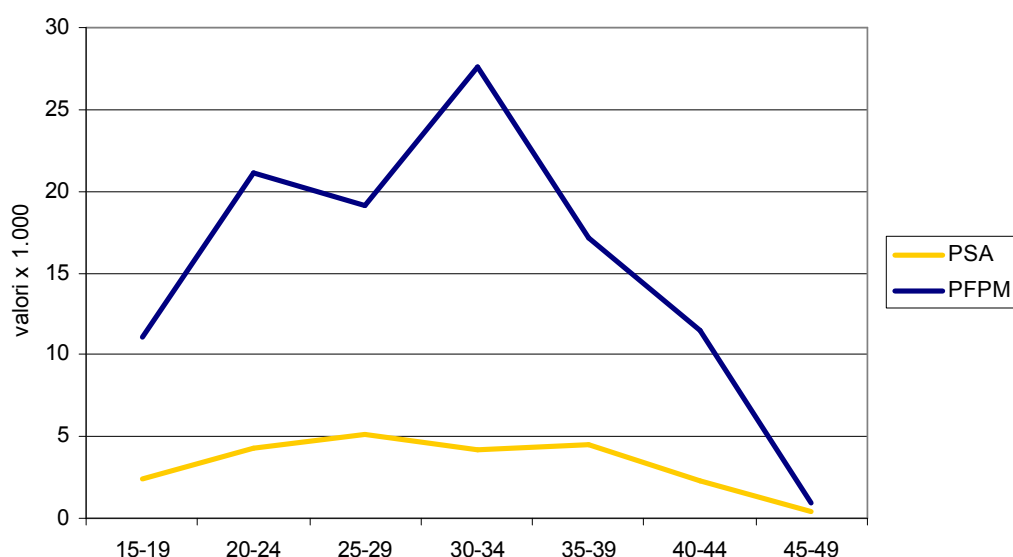
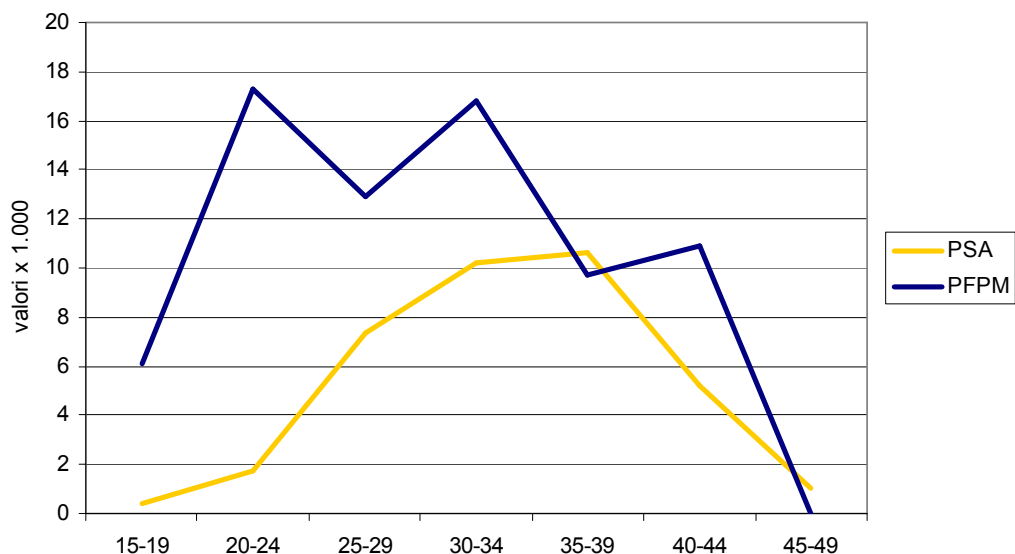


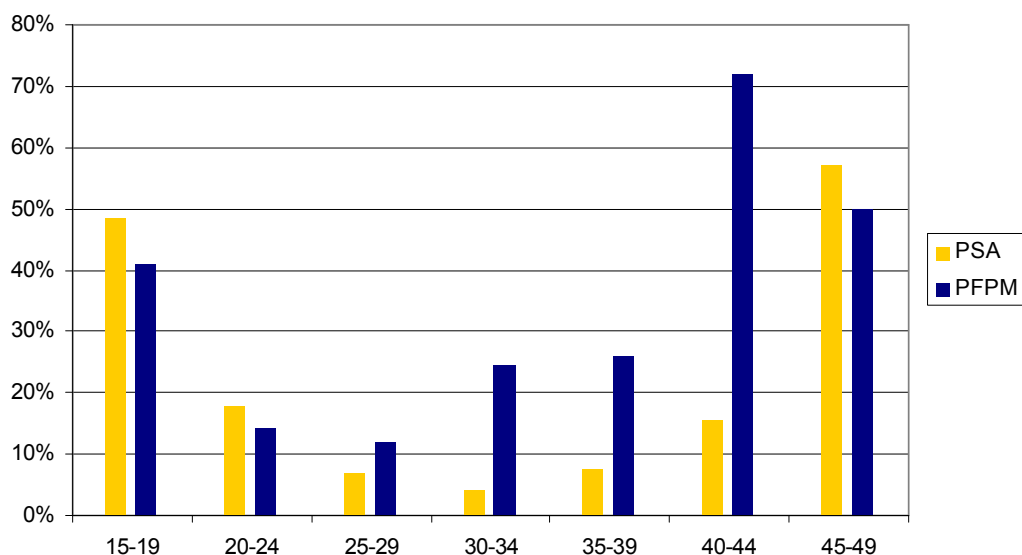


Figura 24: tasso di abortività spontanea per classe di età. Anno 2011.



Nelle donne della popolazione PSA si rileva circa un ricovero per IVG ogni due ricoveri per parto nella classe d'età 15-19 anni ed il 57% dei ricoveri per IVG tra 45 e 49 anni. Minore la quota di IVG nelle altre classi di età contenute tra gli estremi 20-24 anni (18%) e 40-44 anni (16%). Nelle donne PFPM si rilevano quasi 3 ricoveri per IVG ogni 4 ricoveri per parto tra 40 e 44 anni ed uno su due tra 45 e 49 anni. Elevate sono anche le quote tra 15 e 19 anni (41%) e tra 30 e 39 anni (24%). (Figura 25)

Figura 25: quota di ricoveri per IVG sui ricoveri per parto di donne in età 15-49 anni. Anno 2011



INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

Il tasso di natalità nella popolazione PFPM è di tre volte superiore rispetto a quello della popolazione PSA, il numero di figli per donna quasi il doppio. La quota di nuovi nati da donne PFPM rappresenta il 18% delle nascite totali.

Le partorienti della popolazione PFPM hanno una più bassa scolarizzazione e fanno registrare una minore aderenza alle indicazioni per una corretta assistenza in gravidanza: si presentano più tardi alla prima visita, fanno meno visite, meno ecografie e meno indagini prenatali.

Le donne della popolazione PFPM si ricoverano proporzionalmente di più per cause ostetriche e fanno un maggior ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza



6. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ESCLUSO PRONTO SOCCORSO)

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale a cui si fa riferimento sono quelle legate all'accesso diretto del paziente (per le specialità ammesse), all'accesso con impegnativa dello specialista o del medico di medicina generale, alle prestazioni territoriali/domiciliari, di screening, di sperimentazione odontoiatrica ed ai pacchetti chirurgici ambulatoriali.

Nel 2011 sono state circa 6,5 milioni le prestazioni specialistiche ambulatoriale (escluse quelle di pronto soccorso) erogate a residenti, il 4,5% delle quali destinate alla popolazione PFPM. Le prestazioni di sperimentazione odontoiatrica sono state circa 36.000, il 18,8% erogate alla popolazione PFPM (Tabella 20).

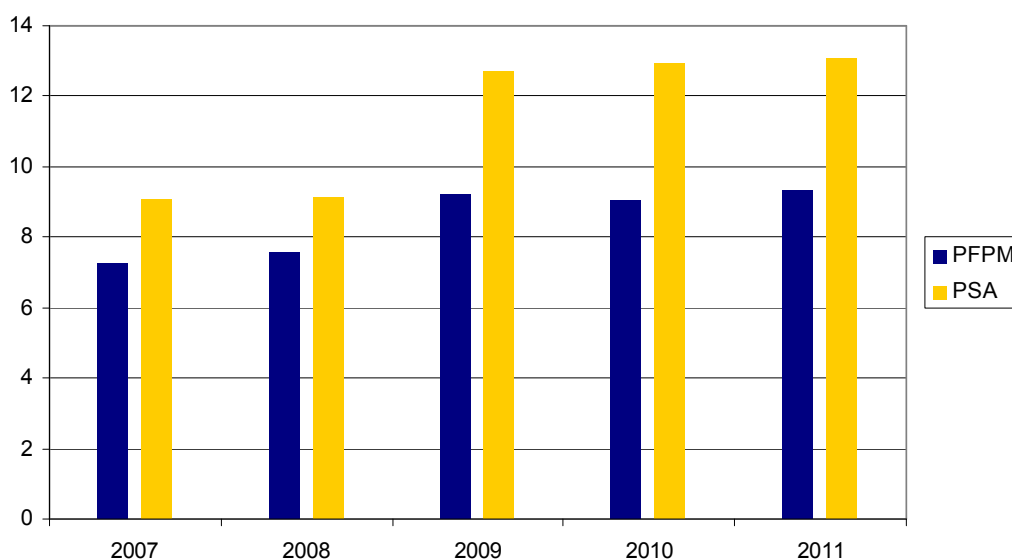
Tabella 20: prestazioni specialistiche erogate per tipo. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Sperimentazione odontoiatrica	Specialistica senso stretto	Totale	Sperimentazione odontoiatrica	Specialistica senso stretto	Totale
2007		182.659	182.659		5.357.941	5.357.941
2008	3.104	203.073	206.177	15.020	5.129.084	5.144.104
2009	4.641	243.456	248.097	21.205	5.924.307	5.945.512
2010	4.241	260.489	264.730	20.528	6.072.689	6.093.217
2011	6.700	285.595	292.295	28.873	6.139.625	6.168.498

Fonte: SPA

La popolazione PSA usufruisce mediamente di 13,1 prestazioni/anno, 9,3 quelle ad appannaggio dalla popolazione PFPM. Il divario tra il numero medio di prestazioni/anno erogate si è allargato tra il 2007 ed il 2011 (Figura 26).

Figura 26: numero medio di prestazioni specialistiche per residente. Anni 2007-11.



Le donne usufruiscono di prestazioni specialistiche in misura maggiore rispetto agli uomini: il 64,2% delle prestazioni erogate nel 2011 alla popolazione PFPM ed il 56,4% delle prestazioni erogate alla popolazione PSA. Nella popolazione PFPM maschile il 36,0% delle prestazioni è erogato nella classe di età 35-49 anni (il 16,8% nella popolazione PSA). Nella popolazione PSA maschile il 41,4% delle prestazioni è erogato a residenti oltre 64 anni di età (3,9% nella popolazione PFPM). Nella popolazione PFPM femminile il 41,9% delle prestazioni è erogato nella classe di età 18-34 anni (il 13,5% nella popolazione PSA). Nella popolazione PSA femminile il 39,2% delle prestazioni è erogato a residenti con più di 64 anni di età (3,9% nella popolazione PFPM) (Tabella 21).

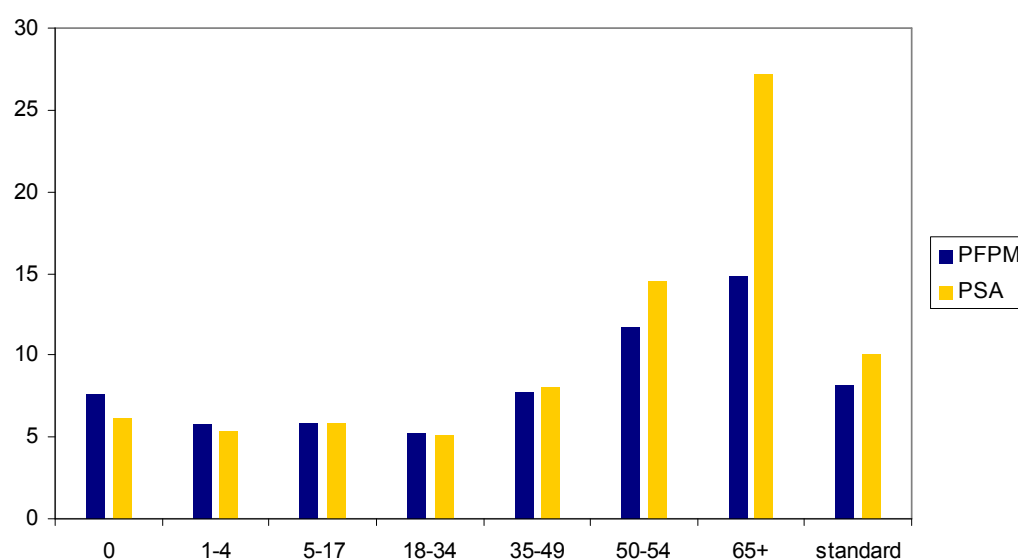
Tabella 21: prestazioni specialistiche per genere e classe di età. Anno 2011

	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0	2.222	1.979	4.201	13.968	12.425	26.393
1-4	7.113	4.905	12.018	52.340	38.259	90.599
5-17	15.796	13.566	29.362	203.089	179.812	382.901
18-34	21.548	78.581	100.129	231.519	470.938	702.457
35-49	37.626	59.135	96.761	452.398	688.114	1.140.512
50-64	16.250	22.966	39.216	624.740	723.340	1.348.080
65+	4.079	6.529	10.608	1.114.282	1.363.274	2.477.556
Totale	104.634	187.661	292.295	2.692.336	3.476.162	6.168.498

Fonte: SPA

Tra i maschi della popolazione PFPM c'è un maggiore assorbimento di prestazioni nel primo anno di vita. A partire dai 50 anni di età è evidente il maggior ricorso alla specialistica da parte della popolazione PSA. Anche in termini di tasso standardizzato si rileva un accesso all'assistenza specialistica maggiore nella popolazione PSA (Figura 27).

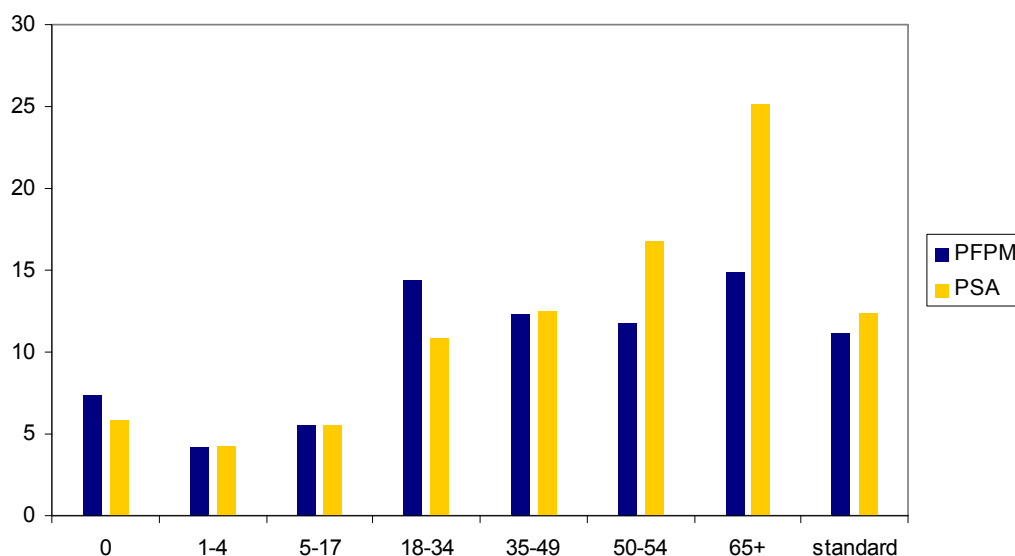
Figura 27: numero medio di prestazioni specialistiche nella popolazione maschile per classe di età e valore standard. Anno 2011.





Nella popolazione femminile è evidente il maggior ricorso all'assistenza specialistica delle donne in età 18-34 anni della popolazione PFPM (oltre che nel primo anno di vita), mentre tra le donne PSA prevale il ricorso nelle età più anziane. In termini di tasso standardizzato si riscontra una differenza minima (Figura 28).

Figura 28: numero medio di prestazioni specialistiche nella popolazione femminile per classe di età e valore standard. Anno 2011.



La maggior parte delle prestazioni erogate è costituita dalle prestazioni di laboratorio (59,1% per la popolazione PFPM, 61,4% per la PSA) (Tabella 22 e Tabella 23)

Tabella 22: prestazioni specialistiche nella popolazione PFPM per genere e categoria. Anno 2011

	Valori assoluti			Valori per residente	
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Laboratorio	55.062	117.583	172.645	3,7	7,1
Diagnostica per immagini	5.632	8.919	14.551	0,4	0,5
Riabilitazione	14.648	11.872	26.520	1,0	0,7
Altre prestazioni	29.292	49.287	78.579	2,0	3,0
Totale	104.634	187.661	292.295	7,0	11,4

Fonte: SPA

Tabella 23: prestazioni specialistiche nella popolazione PSA per genere e categoria. Anno 2011

	Valori assoluti			Valori per residente	
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Fem.
Laboratorio	1.639.064	2.148.105	3.787.169	7,1	9,0
Diagnostica per immagini	127.957	202.183	330.140	0,6	0,8
Riabilitazione	267.786	323.451	591.237	1,2	1,3
Altre prestazioni	657.529	802.423	1.459.952	2,8	3,3
Totale	2.692.336	3.476.162	6.168.498	11,6	14,5

Fonte: SPA

Le prestazioni in esenzione ticket sono pari al 63,5% nella popolazione PFPM ed al 64,8% in quella PSA (Tabella 24).

Tabella 24: esenzione ticket per le prestazioni specialistiche per genere. Anno 2011

	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Eenti ticket	65,3%	62,5%	63,5%	65,5%	64,3%	64,8%
Non esenti ticket	29,0%	33,5%	32,0%	29,3%	29,9%	29,6%
Ticket al 50%	2,2%	1,5%	1,7%	3,6%	3,7%	3,7%

Fonte: SPA

INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

La popolazione PFPM fa in genere meno ricorso all'assistenza specialistica, rispetto alla popolazione PSA.

Il profilo di assistenza specialistica risente delle diverse caratteristiche delle due popolazioni. La maggiore fecondità e quindi il relativamente maggior numero di nascita ha come conseguenza un maggior ricorso alle prestazioni specialistiche nella popolazione PFPM nel primo anno di vita e in età riproduttiva per quanto riguarda la popolazione femminile. Tra gli anziani la popolazione PSA mostra un maggior ricorso alle prestazioni specialistiche, mentre nella popolazione PFPM sembrerebbe manifestarsi il già citato effetto "salmon".



7. ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Tabella 25: accessi al pronto soccorso per genere. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2007*	9.284	7.395	16.679	77.015	68.089	145.104
2008	10.928	9.715	20.643	100.266	88.303	188.569
2009	11.752	10.547	22.299	100.044	89.940	189.984
2010	11.230	10.757	21.987	99.127	89.264	188.391
2011	12.048	11.561	23.609	101.777	91.668	193.445

* a partire dal 1/2/2007

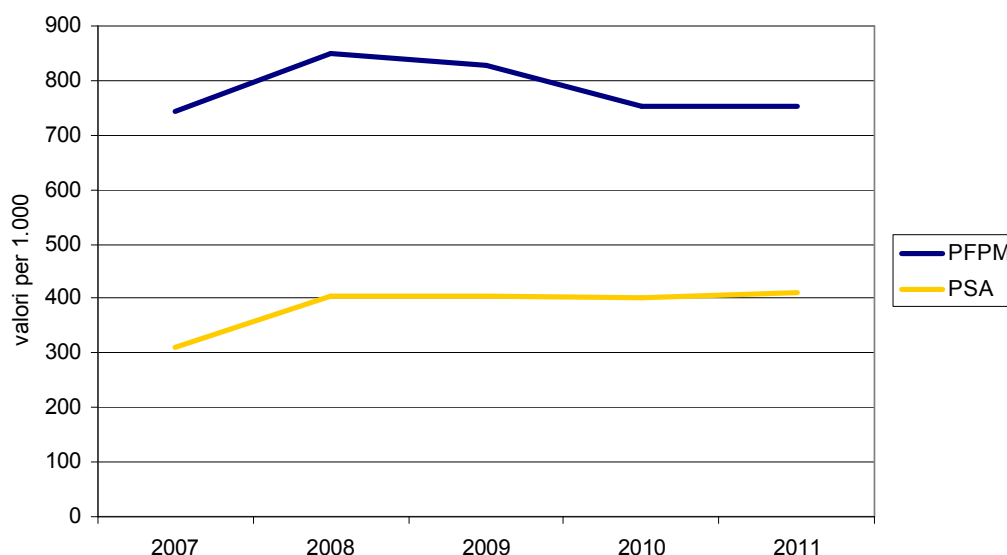
Fonte: SPS

La procedura informativa di rilevazioni dati sulle attività di pronto soccorso è attiva dal 1° febbraio 2007 e dal 1° gennaio 2009 è stata integrata con le informazioni relative all'Osservazione Breve Intensiva (OBI), attivata quando il medico di Pronto Soccorso ritiene necessario un adeguato approfondimento diagnostico terapeutico.

Sono stati circa 217.000 gli accessi di Pronto soccorso nel 2011, il 10,9% a carico della popolazione PFPM. Gli accessi di residenti maschi sono più frequenti di quelli delle femmine e pari al 51% nella popolazione PFPM ed al 52,6% in quella PSA (Tabella 25).

Rispetto ai residenti si sono registrati nel 2011 circa 752/1.000 accessi di pronto soccorso nella popolazione PFPM e circa 410/1.000 in quella PSA. Il tasso di accesso al Pronto Soccorso si è mantenuto sensibilmente più elevato nella popolazione PFPM in tutto il periodo considerato (Figura 29).

Figura 29: tassi di accesso al pronto soccorso. Anni 2007-11.



Il 35,5% di accessi al Pronto Soccorso nella popolazione PFPM si registra nella classe di età 18-34 anni (30,8% i maschi, 40,3% le femmine) mentre tra i pari età della popolazione PSA questa quota è del 18,8%. Sempre nella popolazione PFPM si rileva anche il 27% di accessi nella fascia di età 35-49 anni (29,9% i maschi e 24,1% le femmine). Nella popolazione PSA il 26,8% degli accessi ha riguardato gli anziani di 65 e più anni (Tabella 26).

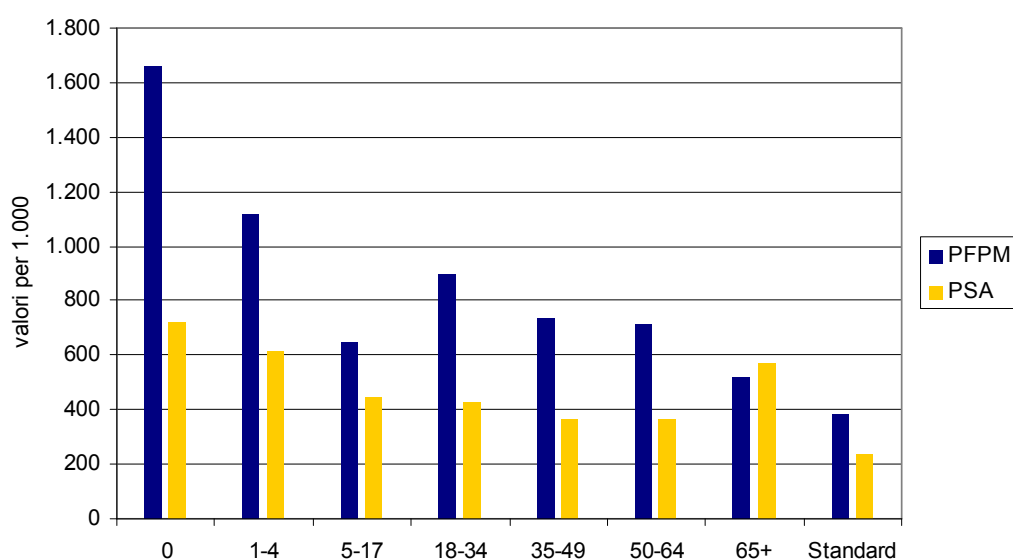
Tabella 26: accessi di pronto soccorso per genere e classe di età. Anno 2011

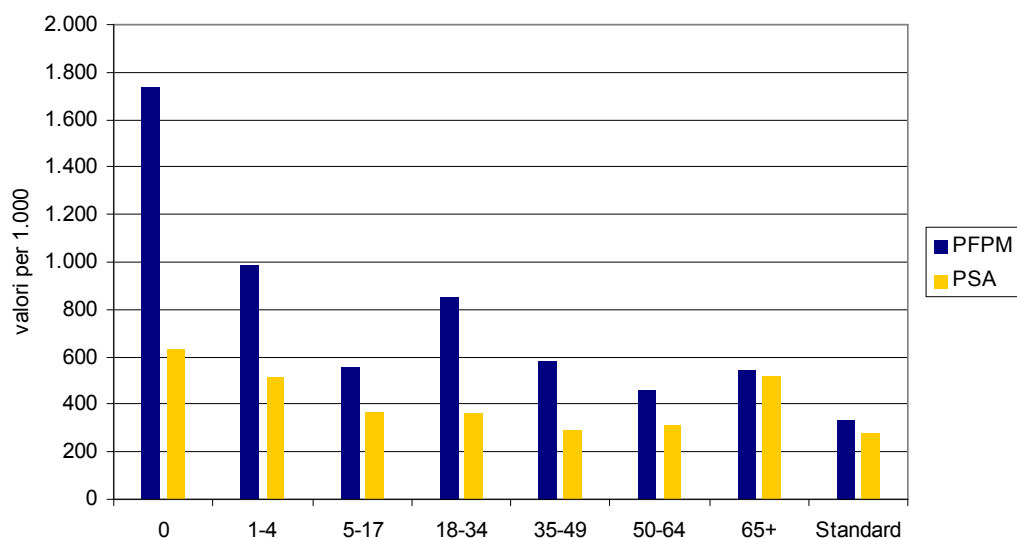
	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0	487	461	948	1632	1.341	2.973
1-4	1.385	1.155	2.540	6.032	4.633	10.665
5-17	1.731	1.362	3.093	15.473	12.007	27.480
18-34	3.708	4.664	8.372	19.461	15.706	35.167
35-49	3.604	2.782	6.386	20.308	16.111	36.419
50-64	990	899	1.889	15.563	13.409	28.972
65+	143	238	381	23.308	28.461	51.769
Totale	12.048	11.561	23.609	101.777	91.668	193.445

Fonte: SPS

I tassi specifici per età evidenziano gli andamenti particolari degli accessi di pronto soccorso. Entro il primo anno di vita ogni residente PFPM ha mediamente circa 1,7 accessi annui al pronto soccorso rispetto ai 0,7 della popolazione PSA, analogamente per maschi e femmine. I tassi di accesso sono in genere più elevati nella popolazione PFPM, eccetto che per i maschi a partire dai 65 anni di età. In particolare sono 2,5 volte superiori nel primo anno di vita ed oltre il doppio tra i 18 ed i 49 anni. In termini di tasso standardizzato la differenza è significativa ed indica un maggiore accesso complessivo al Pronto Soccorso della popolazione PFPM (Figura 30 e Figura 31).

Figura 30: tassi di accesso al pronto soccorso per classe di età e standardizzato nella popolazione maschile. Anno 2011



**Figura 31: tassi di accesso al pronto soccorso per classe di età e standardizzato nella popolazione femminile. Anno 2011**

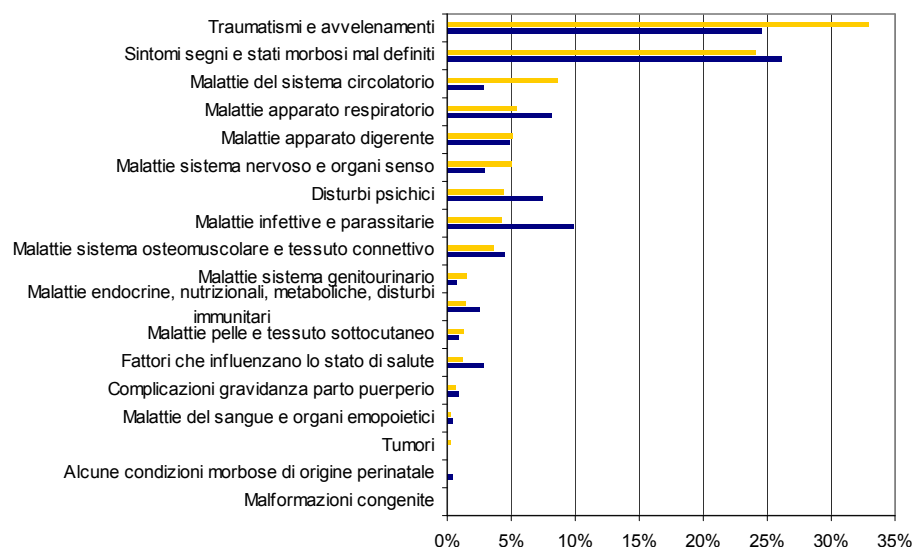
L'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva ha riguardato nel 2011 circa 6.400 casi, pari al 3,2% degli accessi di pronto soccorso, e più precisamente il 2,3% degli accessi della popolazione PFPM ed il 3,3% degli accessi della popolazione PSA (Tabella 27).

Tabella 27: attivazione dell'OBI per genere. Anno 2009-11.

	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2009	126	116	242	1.560	1.147	2.707
2010	241	219	460	3.083	2.611	5.694
2011	288	250	538	3.500	2.888	6.388

Fonte: SPS

La diagnosi più frequentemente utilizzate nell'attivazione dell'OBI sono i traumatismi ed i segni mal definiti. Nella popolazione PSA appaiono più spesso rispetto alla popolazione PFPM diagnosi legate a malattie del sistema circolatorio mentre il contrario si ha per le malattie dell'apparato respiratorio, infettive e parassitarie ed i disturbi psichici (Figura 32).

Figura 32: distribuzione delle diagnosi di attivazione OBI. Anno 2011

Nel 2011 sono state circa 1,3 milioni le prestazioni specialistiche erogate a residenti presso il pronto soccorso, l'8,5% delle quali destinate alla popolazione PFPM (Tabella 28).

Nella popolazione PFPM il 51,5% delle prestazioni è stato a favore di donne, mentre nella popolazione PSA le prestazioni a favore di donne sono state il 49,5%.

Tabella 28: prestazioni specialistiche di pronto soccorso erogate. Anni 2007-11.

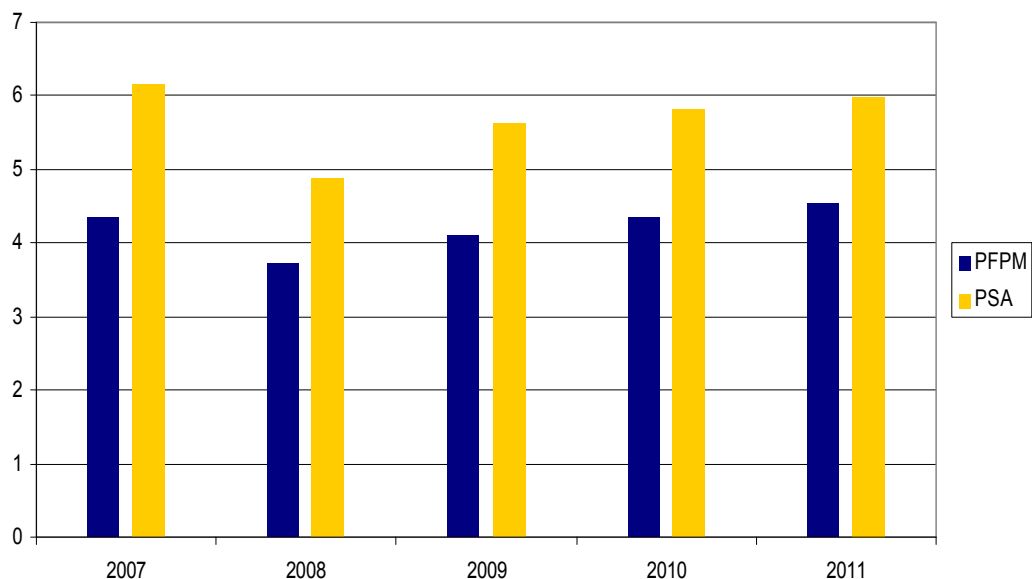
	PFPM			PSA		
	OBI	Pronto Soccorso	Totale	OBI	Pronto Soccorso	Totale
2007	-	72.644	72.644	-	894.254	894.254
2008	-	76.561	76.561	-	921.061	921.061
2009	1.480	90.279	91.759	21.961	1.045.443	1.067.404
2010	2.399	93.302	95.701	32.001	1.063.595	1.095.596
2011	2.948	104.468	107.416	36.326	1.123.248	1.159.574

Fonte: SPS

Per ogni accesso al Pronto Soccorso sono state erogate mediamente 4,5 prestazioni nel caso della popolazione PFPM e 6,0 prestazioni per la popolazione PSA (Figura 33).

Il consumo complessivo di prestazioni specialistiche in regime di pronto soccorso è stato pari nel 2011 a 3,4 prestazioni per residente PFPM e 2,5 prestazioni per residente PSA. Le prestazioni di laboratorio sono quelle maggiormente erogate in occasione degli accessi di pronto soccorso, sia nella popolazione PFPM (50,4% delle prestazioni), sia nella popolazione PSA (52,7% delle prestazioni). La diagnostica per immagini riguarda il 10,6% delle prestazioni nella popolazione PFPM ed il 12,7% in quella PSA (Tabella 29 e Tabella 30).

Gli esenti ticket sono il 48% nella popolazione PFPM ed il 60,2% in quella PSA (Tabella 31).

**Figura 33: numero medio di prestazioni specialistiche per accesso. Anni 2007-11.****Tabella 29: prestazioni specialistiche di pronto soccorso nella popolazione PFP per genere e branca. Anno 2011**

	Valori assoluti			Medie per residente	
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Laboratorio	24.254	29.864	54.118	1,6	1,8
Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	6.486	4.912	11.398	0,4	0,3
Altre prestazioni	21.349	20.551	41.900	0,4	0,3
Total	52.089	55.327	107.416	3,5	3,3

Fonte: SPS

Tabella 30: prestazioni specialistiche di pronto soccorso nella popolazione PSA per genere e branca. Anno 2011

	Valori assoluti			Medie per residente	
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Laboratorio	295.671	315.397	611.068	1,3	1,3
Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica	77.365	70.001	147.366	0,3	0,3
Altre prestazioni	212.399	188.741	401.140	0,9	0,8
Total	585.435	574.139	1.159.574	2,5	2,4

Fonte: SPS

Tabella 31: importo in Euro delle prestazioni specialistiche di pronto soccorso per genere. Anno 2011

	PFP			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Esenti ticket	49,7%	46,4%	48,0%	58,8%	61,6%	60,2%
Ticket € 7,5	2,2%	2,7%	2,4%	5,5%	5,6%	5,5%
Ticket € 15	47,0%	49,8%	48,4%	35,5%	32,7%	34,1%

Fonte: SPS

INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

Nella assistenza di Pronto Soccorso si rileva, in termini relativi, un maggiore accesso da parte della popolazione PFPM.

Il maggior ricorso al Pronto Soccorso da parte della popolazione PFPM è riscontrabile in particolare nel primo anno di vita ed in genere nell'età adulta.

L'attivazione dell'OBI riguarda la popolazione PFPM meno di quella PSA. Alla popolazione PFPM sono erogate in genere prestazioni in misura inferiore.

L'attivazione dell'OBI per la popolazione PFPM per malattie dell'apparato respiratorio o infettive avviene in misura maggiore rispetto alla popolazione PFPM.



8. RICOVERI OSPEDALIERI DI ACUTI

Sono stati 60.957 i ricoveri in regime ordinario di residenti nel 2011, il 6,1% dei quali a favore della popolazione PFPM. Tra i ricoveri femminili la quota della popolazione PFPM sale al 7,4%, mentre per quelli maschili scende al 4,5%. I ricoveri in regime di day hospital sono stati 19.589, il 6,4% dei quali da parte della popolazione PFPM. Anche nei ricoveri in day hospital la proporzione di ricoveri per genere mostra una maggiore ospedalizzazione all'interno della popolazione PFPM delle donne (7,8%) rispetto agli uomini (4,8%) (Tabella 32).

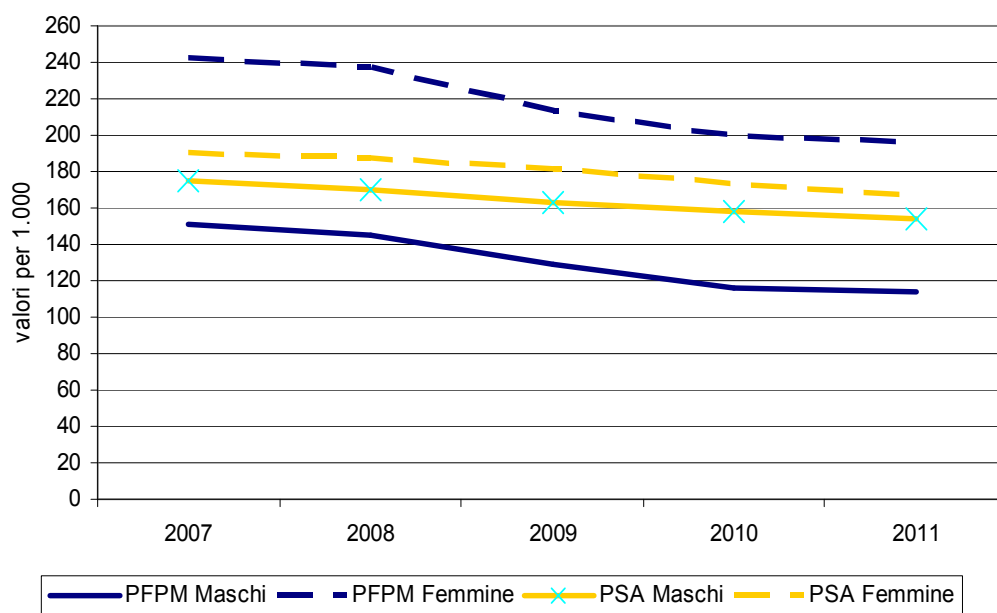
Tabella 32: ricoveri ospedalieri in regime ordinario, di day hospital e complessivi. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Ordinario	Day Hospital	Totale	Ordinario	Day Hospital	Totale
2007	3.356	1.044	4.400	62.971	22.459	85.430
2008	3.576	1.080	4.656	61.754	21.814	83.568
2009	3.386	1.261	4.647	58.697	21.828	80.525
2010	3.465	1.198	4.663	57.029	21.138	78.167
2011	3.688	1.259	4.947	57.269	18.330	75.599

Fonte: SDO

Le popolazioni PFPM e PSA presentano tassi di ospedalizzazione totale sostanzialmente simili nell'ultimo triennio (157,5/1.000 vs 160,1/1.000 nel 2011). Nella popolazione PFPM maschile vi è un minor ricorso al ricovero ospedaliero rispetto alla popolazione PSA (114,5/1.000 vs 154,1/1.000). Al contrario tra le donne PFPM si rilevano tassi di ospedalizzazione superiori a quelli delle donne PSA (196,2/1.000 vs 166,0/1.000) (Figura 34).

Figura 34: tasso di ospedalizzazione. Anni 2007-11.



Nella popolazione maschile i residenti PFPM presentano tassi di ospedalizzazione maggiore rispetto ai PSA soprattutto nelle classi di età più giovani, mentre c'è una minore ospedalizzazione

nella popolazione anziana, verosimilmente giustificata il ritorno degli anziani più fragili nel paese di origine (Figura 35).

Figura 35: tasso di ospedalizzazione per classe di età e standardizzato nella popolazione maschile. Anno 2011

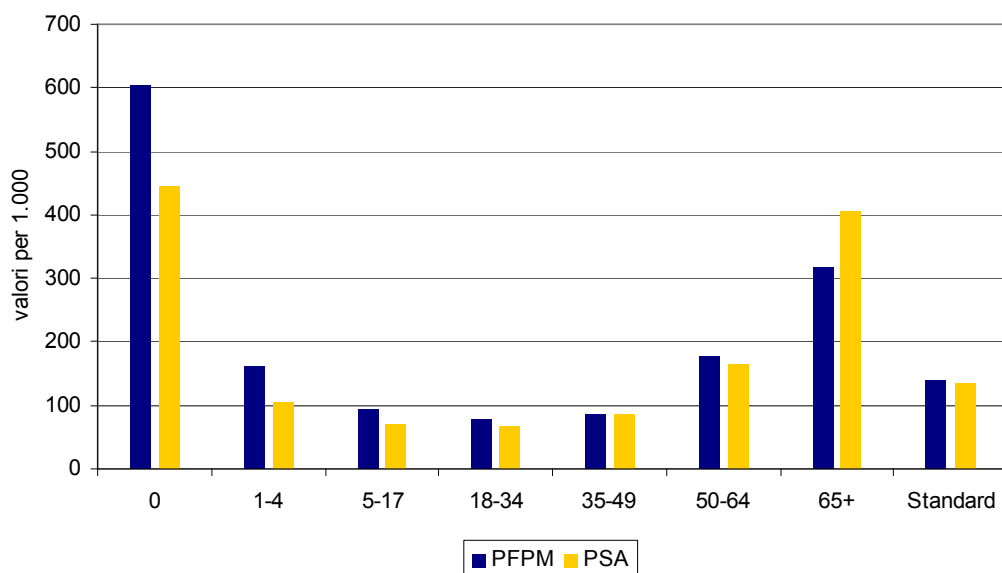
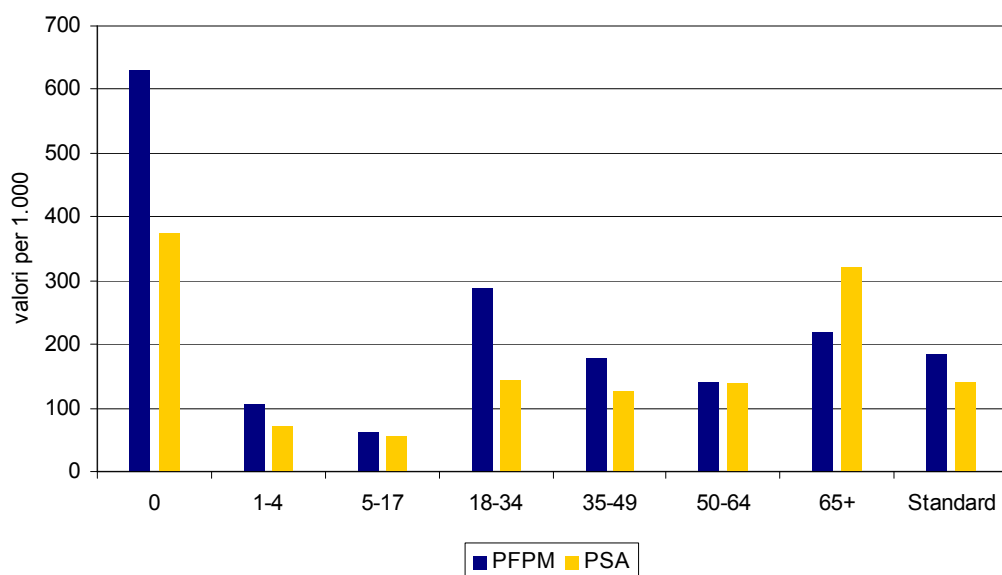


Figura 36: tasso di ospedalizzazione per classe di età e standardizzato nella popolazione femminile. Anno 2011



I tassi di ospedalizzazione della popolazione femminile si caratterizzano per l'evidente maggior ricorso al ricovero da parte della popolazione PFPM in età riproduttiva e, come nei maschi, nel primo anno di vita. Anche in termini standardizzati il tasso di ospedalizzazione della popolazione PFPM è superiore a quello della popolazione PSA (Figura 36).



8.1. Ricoveri in regime ordinario

Per i 60.957 ricoveri di acuti in regime ordinario sono state consumate complessivamente circa 425.000 giornate di degenza con una media di 7,1 giorni nella popolazione PSA e 5,2 giorni in quella PFPM, significativamente inferiore. I ricoveri della popolazione PFPM sono significativamente meno complessi di quelli della popolazione PSA (0,88 vs 1,19 il peso DRG medio del ricovero) (Tabella 33).

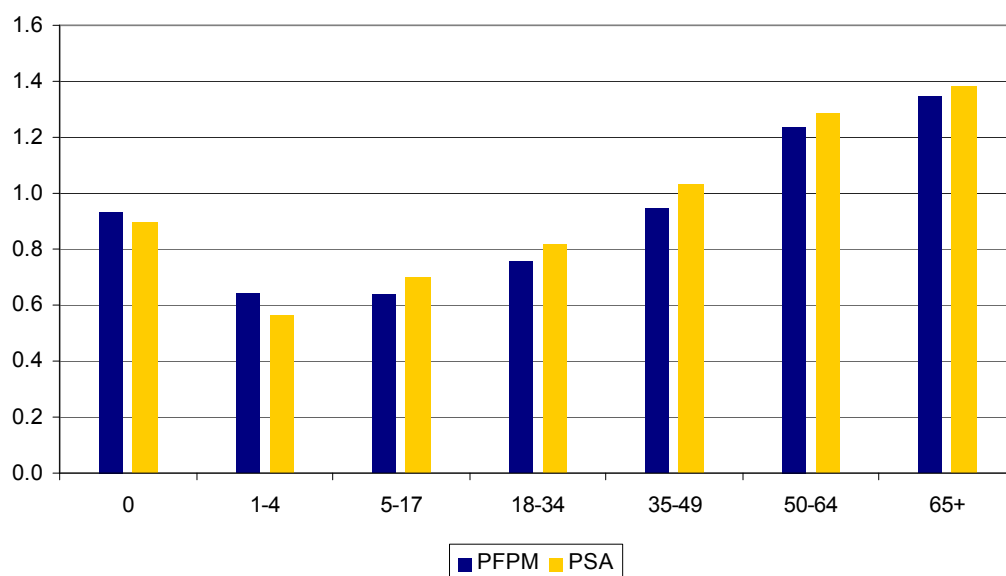
Tabella 33: indicatori dell'attività di ricovero in regime ordinario. Anno 2011.

Giornate di degenza					
	Osservazioni	Media	Totale	Limite inf. IC 95%	Limite sup. IC 95%
PSA	57.269	7,1	406.202	7.0	7.2
PFPM	3.688	5,2	19.214	5.0	5.4
Peso DRG del ricovero					
	Osservazioni	Media	Totale	Limite inf. IC 95%	Limite sup. IC 95%
PSA	57.269	1,19	68.152.86	1.18	1.20
PFPM	3.688	0,88	3.254.26	0.85	0.92

Fonte: SDO

Il peso DRG medio del ricovero è superiore nella popolazione PFPM per le età da 0 a 4 anni, a partire dai 5 anni di età è sempre superiore nella popolazione PSA (Figura 37).

Figura 37: peso DRG medio del ricovero per classi di età. Anno 2011



La proporzione dei ricoveri d'urgenza tra i ricoveri ordinari è stata nel 2011 pari al 70,1% per la popolazione PFPM ed al 66,0% per la popolazione PSA. Il ricorso al ricovero d'urgenza è superiore per le donne PFPM (7,8% dei ricoveri femminili) rispetto ai maschi PFPM (4,8% dei ricoveri maschili) (Figura 38).

Il motivo più frequente di ricovero tra gli uomini sono state le malattie del sistema circolatorio per la popolazione PSA ed i traumatismi e gli avvelenamenti per la popolazione PFPM. Oltre a questi prevalgono nella popolazione PFPM rispetto a quella PSA la quota di ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio, per malattie infettive e le condizioni morbose di origine perinatale. Nella popolazione PSA invece maggiore è la quota dei ricoveri per tumore. Più elevata nella popolazione PFPM è la quota di ricoveri con sintomi e segni mal definiti (Figura 39).

La maggior quota dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti è verosimile rispetto alla superiore quota dei ricoveri di urgenza nella popolazione PFPM. I ricoveri per malattie del sistema circolatorio e tumore fanno riferimento alla popolazione anziana PSA che è in condizioni di salute peggiori rispetto alla popolazione PFPM che rimane residente. Le condizioni morbose di origine perinatale si accompagnano al maggiore accesso ospedaliero della popolazione PFPM nel primo anno di vita. I sintomi e segni mal definiti potrebbero nascondere problemi di comunicazione che non aiutano il sanitario nella codifica della malattia.

Presso la popolazione femminile PFPM è evidente l'utilizzo dell'ospedale in relazione alla più alta fecondità delle donne. Minore invece la quota di tutte le altre cause rispetto alla popolazione PSA (Figura 40).

Figura 38: Proporzione dei ricoveri ordinari in urgenza. Anni 2007-11.

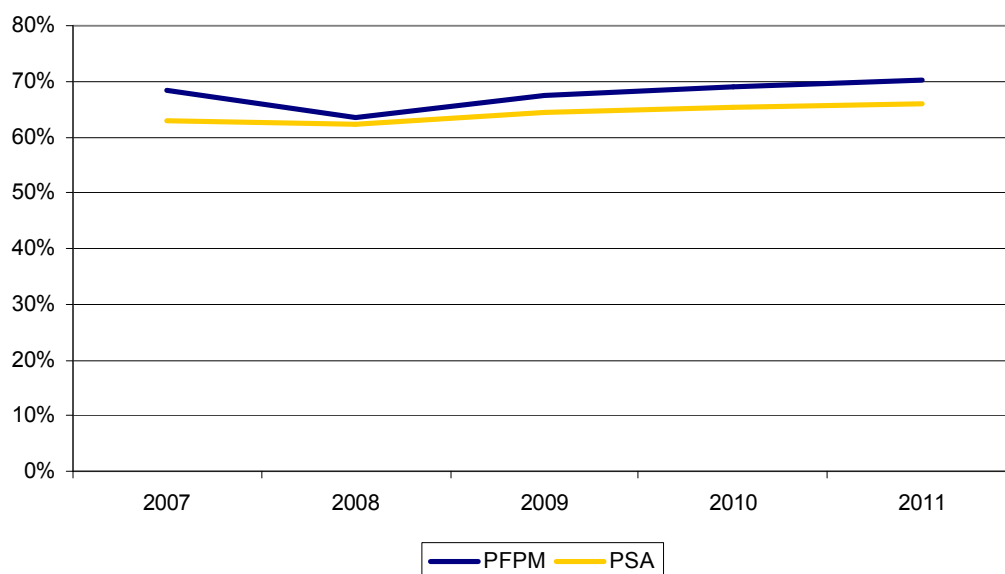




Figura 39: Distribuzione dei ricoveri per causa nella popolazione maschile. Anno 2011.

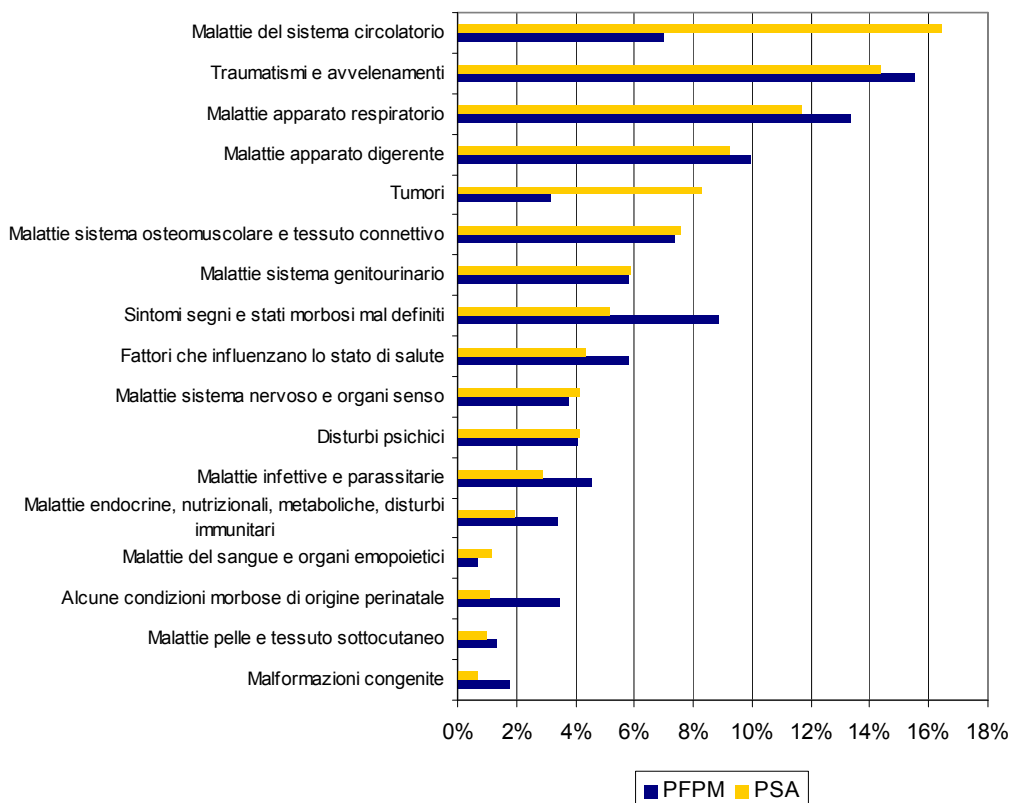
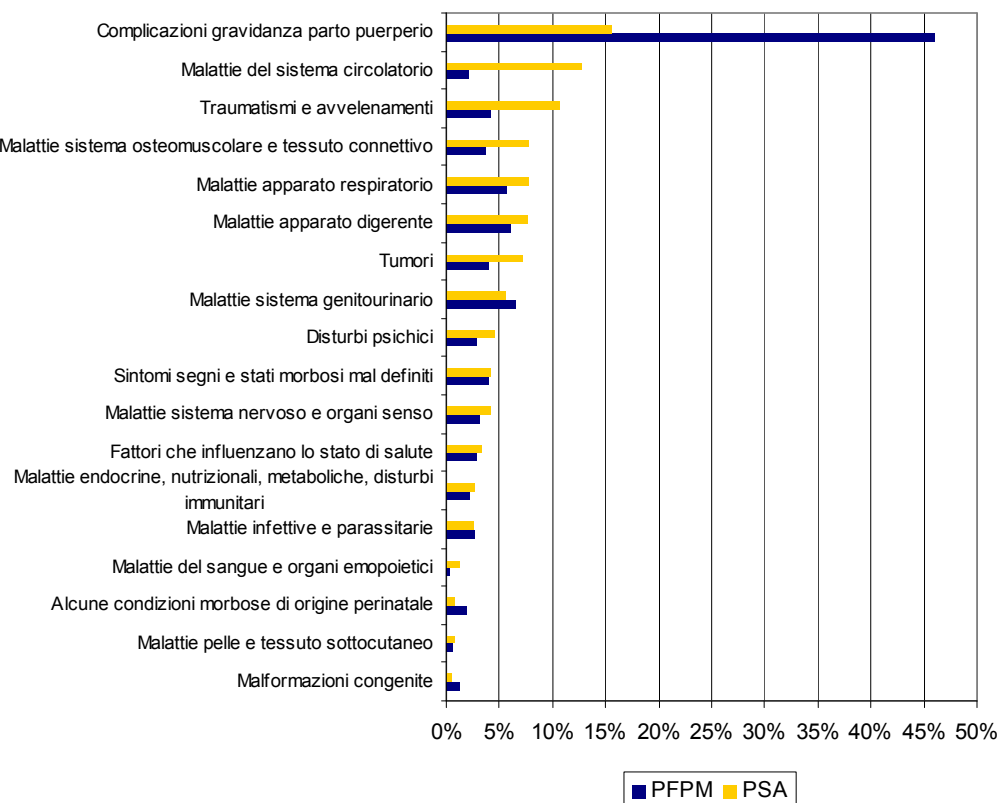


Figura 40: Distribuzione dei ricoveri per causa nella popolazione femminile. Anno 2011.



8.2. Ricoveri in regime di day hospital

Per gli oltre 19.500 ricoveri in regime di day hospital nel 2011 sono state consumate quasi 300.000 giornate di degenza. La media di 15,4 giornate/ricovero nella popolazione PSA è significativamente superiore alle 11,4 giornate nella popolazione PFPM. I ricoveri della popolazione PFPM sono anche meno complessi (0,62 vs 0,66 il peso medio DRG) (Tabella 34).

Tabella 34: indicatori dell'attività di ricovero in regime di day hospital. Anno 2011.

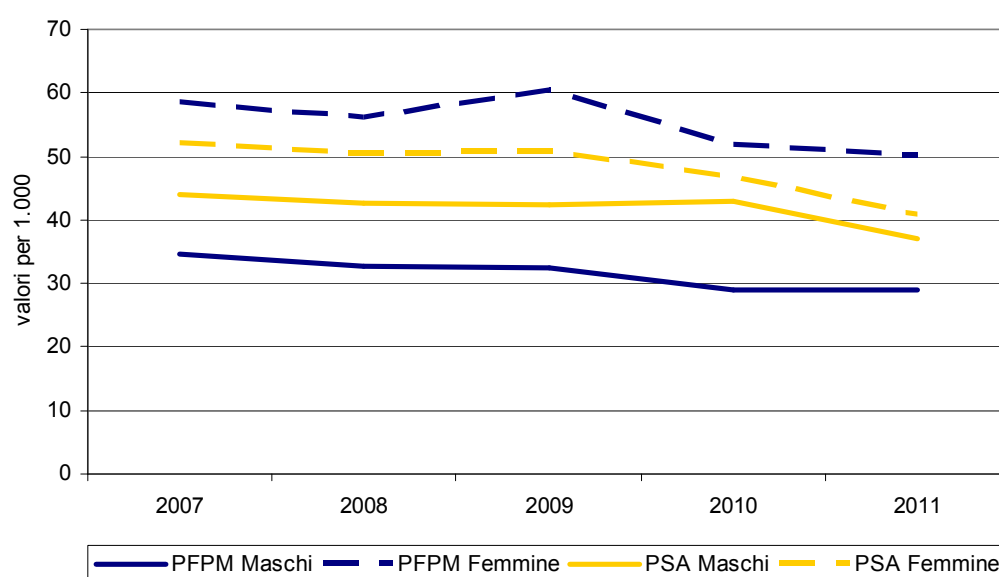
Giornate di degenza					
	Osservazioni	Media	Totale	Limite inf. IC 95%	Limite sup. IC 95%
PSA	18.330	15,4	282.595	14,7	16,2
PFPM	1.259	11,4	14.305	9,0	13,7
Peso DRG del ricovero					
	Osservazioni	Media	Totale	Limite inf. IC 95%	Limite sup. IC 95%
PSA	18.330	0,66	12.079,48	0,64	0,67
PFPM	1.259	0,62	776,53	0,58	0,65

Fonte: SDO

La quota di ricoveri in day hospital rispetto al totale dei ricoveri di acuti nel 2011 è pari al 25,4% nella popolazione PFPM ed al 24,2% in quella PSA.

Le popolazioni PFPM e PSA presentano tassi di ospedalizzazione in day hospital sostanzialmente simile nell'ultimo triennio (40,1/1.000 vs 38,8/1.000 nel 2011). I maschi della popolazione PFPM ricorrono meno al day hospital di quelli della popolazione PSA (29,0/1.000 vs 36,9/1.000), mentre tra le donne, come già visto nel totale dei ricoveri, i tassi sono maggiori nella popolazione PFPM (50,1/1.000 vs. 40,7/1.000) (Figura 41).

Figura 41: tasso di ospedalizzazione in regime di day hospital. Anni 2007-11.





I maschi della popolazione PFPM ricorrono maggiormente al day hospital fino ai 17 anni di età. A partire dai 18 anni il tasso di ospedalizzazione è maggiore nella popolazione PSA. In termini standardizzati i tassi si equivalgono (Figura 42).

Figura 42: tasso di ospedalizzazione in regime di day hospital per classi di età nella popolazione maschile. Anno 2011.

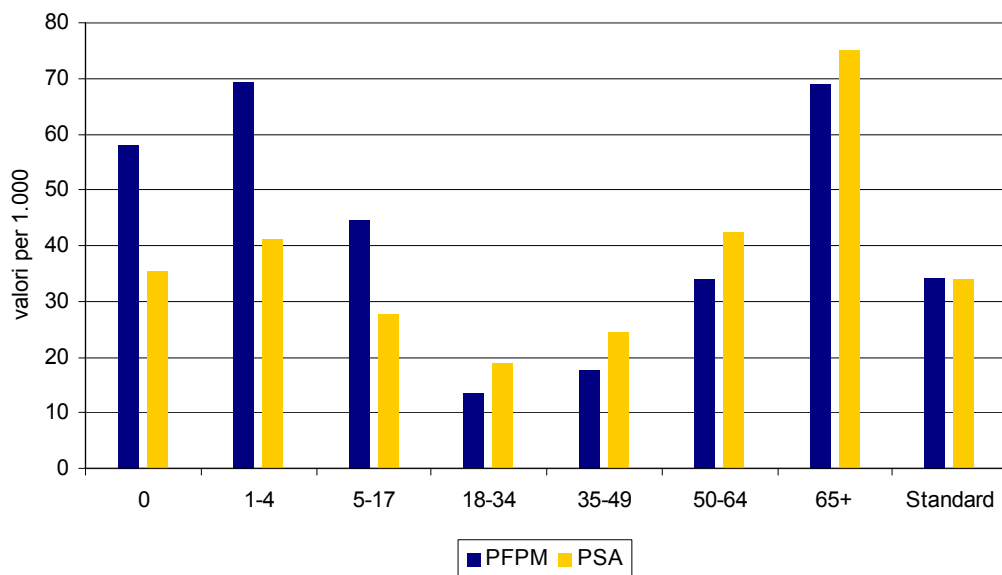
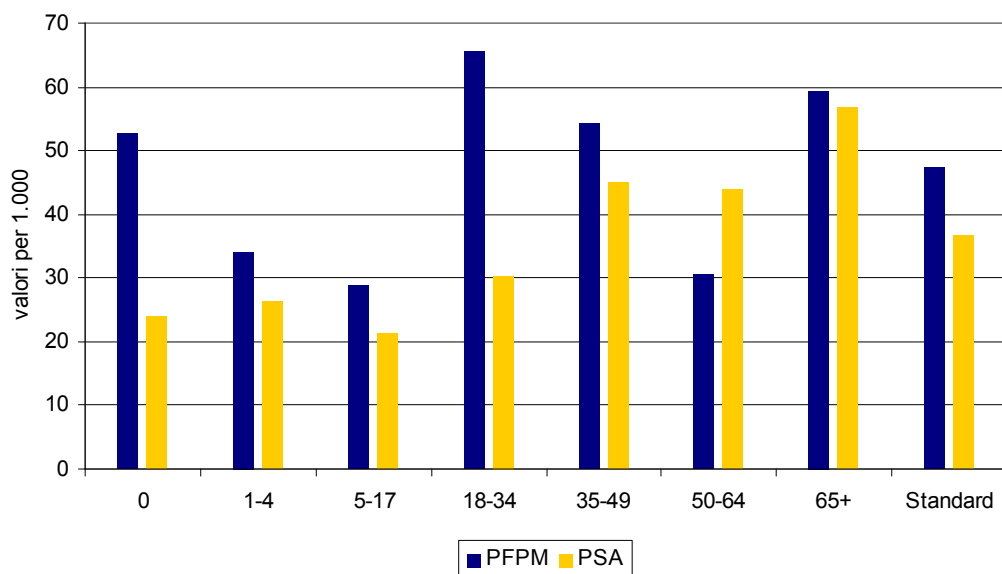


Figura 43: tasso di ospedalizzazione in regime di day hospital per classi di età nella popolazione femminile. Anno 2011.



Nella popolazione femminile al contrario il ricovero al day hospital è superiore in quasi tutte le classi di età, e particolarmente più elevato nel primo anno di vita e nel periodo di maggiore fecondità per le donne della popolazione PFPM, tra i 18 ed i 34 anni. Anche il tasso standardizzato di ricovero risente di questi andamenti ed è significativamente superiore di quello della popolazione PSA (Figura 43).

Figura 44: Distribuzione dei ricoveri per DRG nella popolazione maschile. Anno 2011.

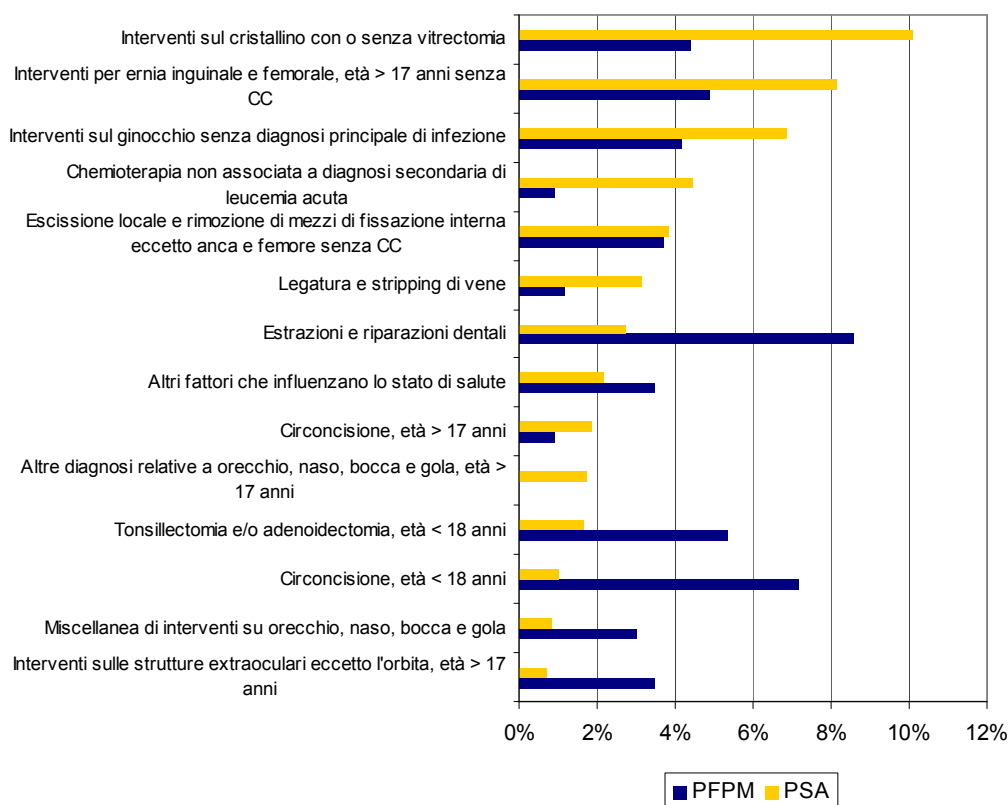
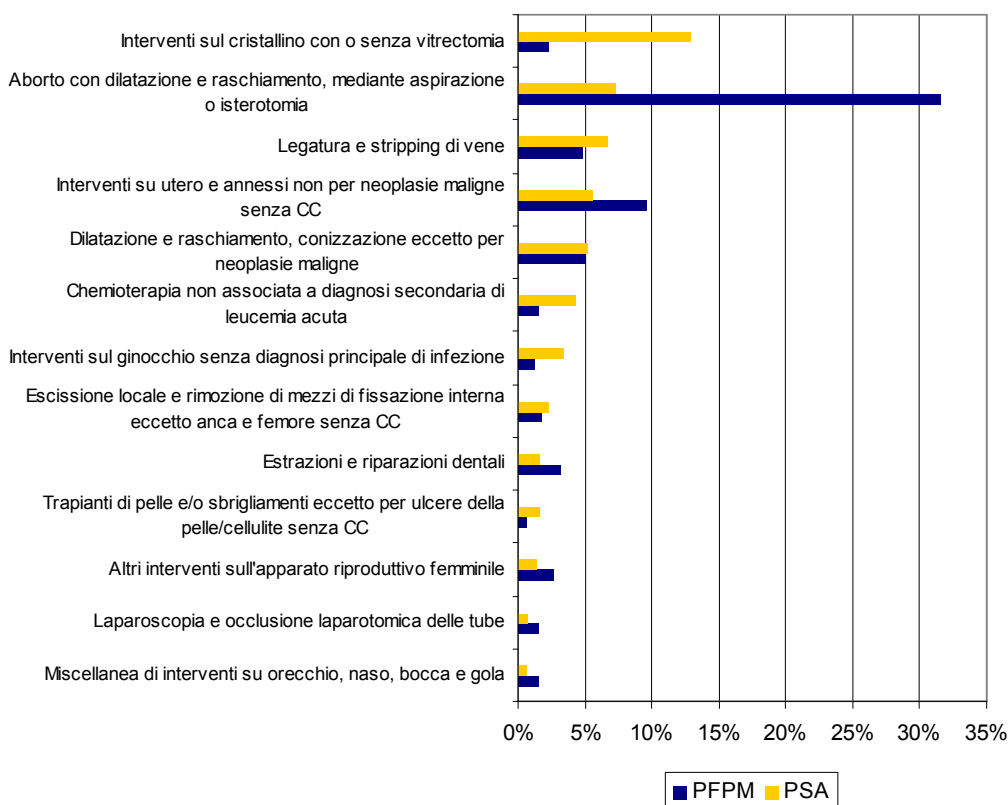


Figura 45: Distribuzione dei ricoveri per DRG nella popolazione femminile. Anno 2011.





I DRG di ricovero più frequenti nella popolazione PFPM maschile sono le estrazioni e riparazioni dentali (8,6% dei ricoveri), la circoncisione (7,2%) e le tonsillectomie (5,3%). Nella popolazione PSA prevalgono gli interventi sul cristallino (10,1%), le ernie inguinali (8,1%), gli interventi sul ginocchio (6,9%) e le chemioterapie (4,4%) (Figura 44).

Nella popolazione femminile PFPM è preponderante il ricorso al day hospital per aborti (31,6%) mentre tra le donne PSA prevalgono gli interventi sul cristallino (12,9%) (Figura 45).

8.3. Ricoveri in struttura extraprovinciali

I ricoveri effettuati da residenti nel 2011, in strutture ospedaliere del resto d'Italia o in strutture convenzionate in Austria sono stati 6.102, il 4,4% da parte della popolazione PFPM. Il 23,0% dei ricoveri in mobilità è stato effettuato in regime di day hospital (Tabella 35).

Il 64,4% dei ricoveri extraprovinciali nel 2011 è stato effettuato in strutture nazionali. La quota dei ricoveri in regime diurno è pari al 27,8% nel caso dei ricoveri nel resto d'Italia ed al 14,9% per i ricoveri in Austria. Nei ricoveri nel resto d'Italia la quota di ricoveri diurni è simile nelle due popolazioni (24,5% la popolazione PFPM, 27,8% quella PSA). Nel caso dei ricoveri in Austria è maggiore la quota di ricoveri diurni nella popolazione PSA (14,9% vs. 8,9%).

Tabella 35: ricoveri in strutture extraprovinciali per regime di ricovero. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Ordinario	Day Hospital	Totale	Ordinario	Day Hospital	Totale
2007	145	20	165	5.454	1.201	6.655
2008	175	38	213	5.259	1.360	6.619
2009	268	52	320	4.964	1.309	6.273
2010	209	41	250	4.835	1.389	6.224
2011	211	57	268	4.488	1.346	5.834

Fonte: AS Alto Adige – Archivio Ricoveri Austria/Ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio mobilità

Le degenza media per il ricovero è stata di 11,4 giorni per la popolazione PFPM ed i 9,3 giorni per quella PSA. I ricoveri nel resto d'Italia sono stati di maggior durata rispetto a quelli in Austria (Tabella 36).

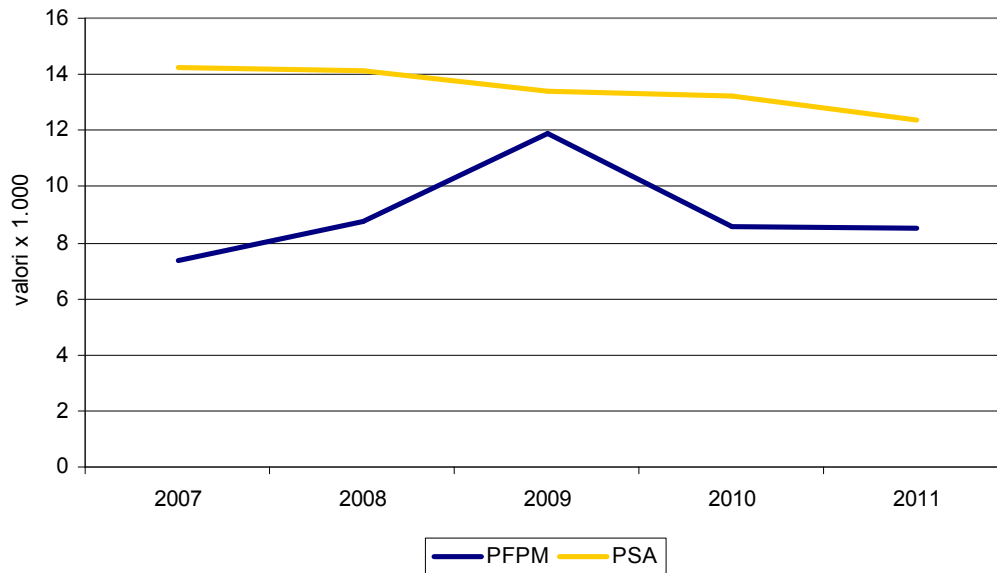
Tabella 36: degenza media di ricovero in strutture extraprovinciali. Anno 2011.

Giornate di degenza					
	Osservazioni	Media	Totale	Media Resto d'Italia	Media Austria
PSA	5.834	9,3	54.405	10,4	7,5
PFPM	268	11,4	3.042	12,3	7,6
TOTALE	6.102	9,4	57.447	10,5	7,5

Fonte: AS Alto Adige – Archivio Ricoveri Austria/Ufficio Economia Sanitaria, PAB - Archivio mobilità

Il tasso di ospedalizzazione in strutture extraprovinciali è generalmente superiore nella popolazione PSA (12,4/1.000 vs. 8,5/1.000 nel 2011) (Figura 46).

Figura 46: tasso di ospedalizzazione in strutture extraprovinciali. Anni 2007-11.



INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

La popolazione femminile PFPM ricorre maggiormente all'ospedalizzazione per motivi correlati alla fecondità particolarmente elevata.

È evidente un maggior tasso di ospedalizzazione anche nel primo anno di vita, che potrebbe essere riconducibile alla minore assistenza dalla donna in gravidanza.

I ricoveri della popolazione PFPM sono meno complessi in termini DRG equivalenti ed hanno una minore tariffazione rispetto a quelli della popolazione PSA. Anche la durata media del ricovero è minore.

Nella popolazione PFPM c'è una leggera prevalenza dei ricoveri d'urgenza e, tra gli uomini, una maggior quota di ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti.

Spesso la causa del ricovero è diagnosticata come mal definita. In letteratura sono stati ipotizzati di problemi di comunicazione sulla sintomatologia.

I DRG di ricovero in day hospital sono molto differenti nelle popolazioni PFPM e PSA. Nella popolazione maschile PFPM si rileva una quota elevata di ricoveri in day hospital per ernia inguinale, per estrazioni dentali, circoncisione e tonsillectomia. Nella popolazione femminile PFPM quote elevate di ricovero sono riconducibili ad aborti ed interventi su utero e annessi.



9. RICOVERI DI POST ACUTI

9.1. Riabilitazione ospedaliera

I ricoveri di riabilitazione sono rilevati presso i reparti di recupero e riabilitazione funzionale (56xx) e di neuroriabilitazione (75xx) degli ospedali pubblici e delle cliniche private convenzionate. Sono stati 2.561 i ricoveri nel 2011 in strutture provinciali, l'1,5% dei quali da parte di residenti PFPM. I ricoveri nel resto d'Italia sono stati complessivamente 208 (2,9% da parte di residenti PFPM), 55 quelli in strutture estere (Austria e Croazia) (Tabella 37).

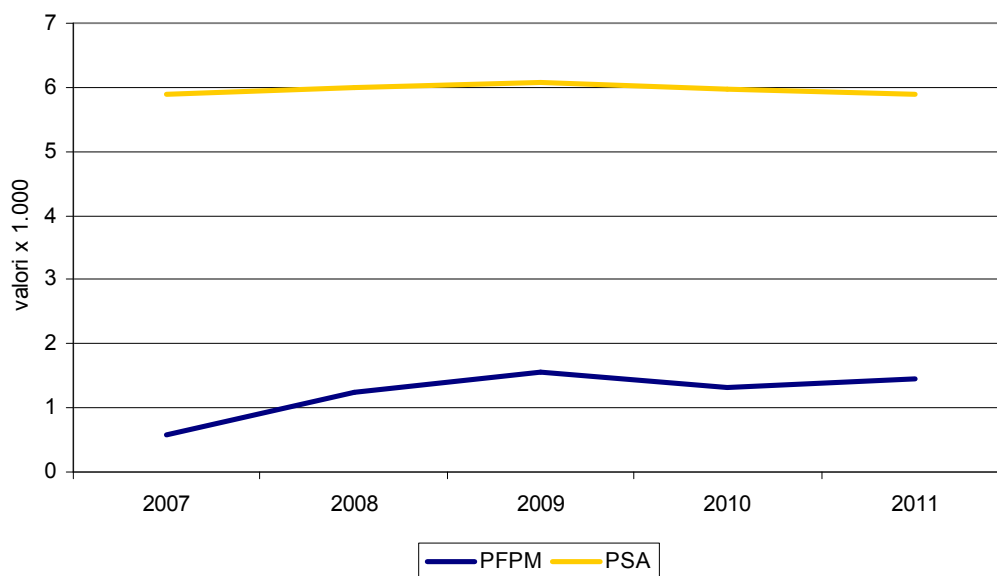
Tabella 37: ricoveri ospedalieri di riabilitazione funzionale e neuroriabilitazione in strutture provinciali. Anni 2007-11.

	PFPM				PSA			
	Provincia	Resto d'Italia	Eestero	Totale	Provincia	Resto d'Italia	Eestero	Totale
2007	12	1	0	13	2.450	241	63	2.754
2008	25	5	0	30	2.518	242	43	2.803
2009	36	6	0	42	2.602	215	30	2.847
2010	29	10	0	39	2.575	200	35	2.810
2011	39	6	1	46	2.522	202	54	2.778

Fonte: SDO FIM

Il tasso di ospedalizzazione in riabilitazione della popolazione PSA nel 2011 è stato pari al 5,9/1.000, rispetto al 1,5/1.000 della popolazione PFPM. Il ricorso alla riabilitazione ospedaliera da parte della popolazione PFPM appare tendenzialmente in crescita nel quinquennio considerato (Figura 47).

Figura 47: tasso di ricovero in riabilitazione funzionale e neuroriabilitazione. Anni 2007-11.



Per la riabilitazione ospedaliera sono state consumate complessivamente quasi 80 mila giornate di degenza, il 2,1% da parte della popolazione PFPM. Il 91% delle giornate di degenza è stato trascorso in strutture provinciali, con una media per ricovero di 2,5 giorni superiore alla durata media dei ricoveri nel resto d'Italia. La degenza media per i ricoveri della popolazione PFPM è superiore a quella della popolazione PSA nel caso dei ricoveri in provincia, inferiore per i ricoveri nel resto d'Italia (Tabella 38).

Tabella 38: degenza media in riabilitazione funzionale e neuroriabilitazione. Anno 2011.

Giornate di degenza					
	Totale	Media complessiva	Media Provincia	Media resto d'Italia	Media estero
PSA	77.923	28,1	28,1	26,0	33,4
PFPM	1.709	37,2	40,4	17,5	30,0
TOTALE	79.632	28,2	28,3	25,8	33,3

Fonte: SDO

9.2. Lungodegenza ospedaliera

I ricoveri rilevati nel 2011 presso i reparti di lungodegenza (60xx) degli ospedali pubblici e delle cliniche private convenzionate sono stati complessivamente 2.191, il 0,6% dei quali da parte di residenti PFPM. Il 99,5% dei ricoveri è stato effettuato presso strutture provinciali (Tabella 39).

Tabella 39: ricoveri in lungodegenza per genere. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Provincia	Resto d'Italia	Totale	Provincia	Resto d'Italia	Totale
2007	9	0	9	1.903	25	1.928
2008	13	0	13	1.965	17	1.982
2009	6	1	7	1.978	24	2.002
2010	20	0	20	2.200	15	2.215
2011	13	0	13	2.168	10	2.178

Fonte: SDO

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione PSA nel 2011 è stato pari al 4,6/1.000, rispetto al 0,4/1.000 della popolazione PFPM, tendenzialmente in crescita nel quinquennio considerato (Figura 48).

Tabella 40: indicatori dell'attività di ricovero in lungodegenza. Anno 2011.

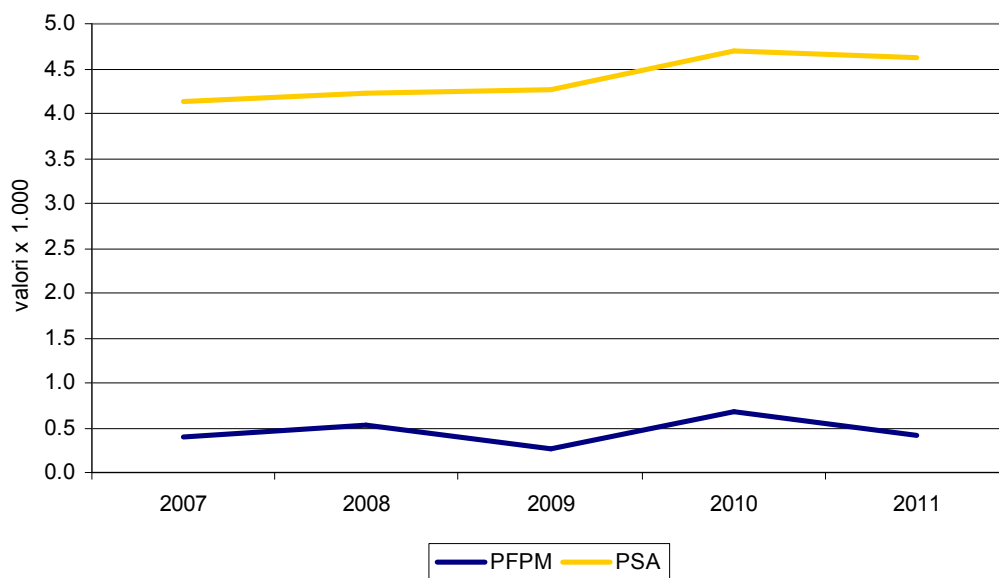
Giornate di degenza					
	Osservazioni	Media	Totale	Media Provincia	Media resto d'Italia
PSA	2.178	23,9	52.024	23,9	22,4
PFPM	13	20,5	267	20,5	
TOTALE	2.191	23,9	52.291	23,9	22,4

Fonte: SDO



Dalla popolazione PSA sono state consumate circa 52 mila giornate di degenza, mediamente 23,9 per ricovero. Le giornate di degenza utilizzate dalla popolazione PFPM sono state 267, con una media di 20,5 giornate per ricovero (Tabella 40).

Figura 48: tasso di ricovero in lungodegenza. Anni 2007-11.



9.3. Riabilitazione extraospedaliera

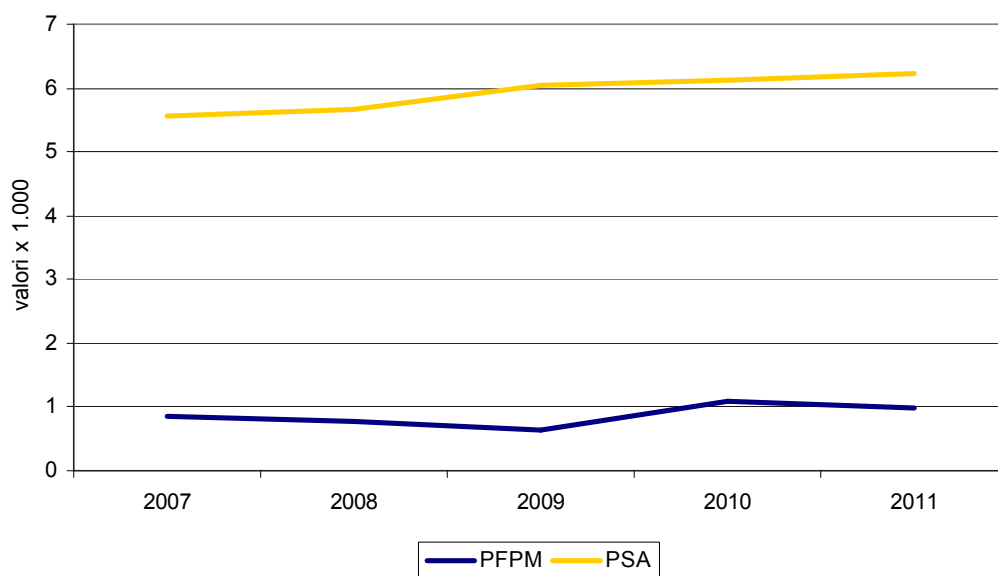
Le strutture di riabilitazione provinciali non ospedaliere erogano prestazioni per la riabilitazione cardiologica, osteomuscolare, oncologica, neurologica, pneumologica, psicosomatica e da dipendenza. Una ulteriore possibilità di riabilitazione psichiatrica è offerta ai residenti da strutture convenzionate in Austria. I ricoveri nel 2011 sono stati poco meno di tremila, l'1% ha riguardato residenti PFPM, a cui vanno ad aggiungersi 133 ricoveri in Austria da parte di residenti PSA (Tabella 41).

Tabella 41: ricoveri di riabilitazione extraospedaliera in strutture provinciali per regime di ricovero. Anni 2007-11.

	PFPM			PSA			Ricoveri in Austria
	Ordinario	Day Hospital	Totale	Ordinario	Day Hospital	Totale	
2007	18	1	19	2.525	80	2.605	259
2008	15	4	19	2.552	101	2.653	235
2009	17	0	17	2.689	147	2.836	178
2010	32	0	32	2.732	153	2.885	185
2011	29	2	31	2.795	139	2.934	133

Fonte: SDERIA

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione PSA per i ricoveri effettuati in provincia nel 2011 è stato pari al 6,2/1.000, in crescita nel quinquennio. Nella popolazione PFPM i ricoveri sono pari a 1,0/1.000 residenti (Figura 49).

Figura 49: tasso di ricovero in riabilitazione extraospedaliera provinciali. Anni 2007-11.

I ricoveri in strutture austriache nel 2011 hanno comportato un consumo di 3.999 giornate di degenza. La degenza media di ricovero in questo tipo di strutture non presenta valori significativamente diversi tra le due popolazioni (Tabella 42).

Tabella 42: indicatori dell'attività di ricovero in riabilitazione extraospedaliera. Anno 2011.

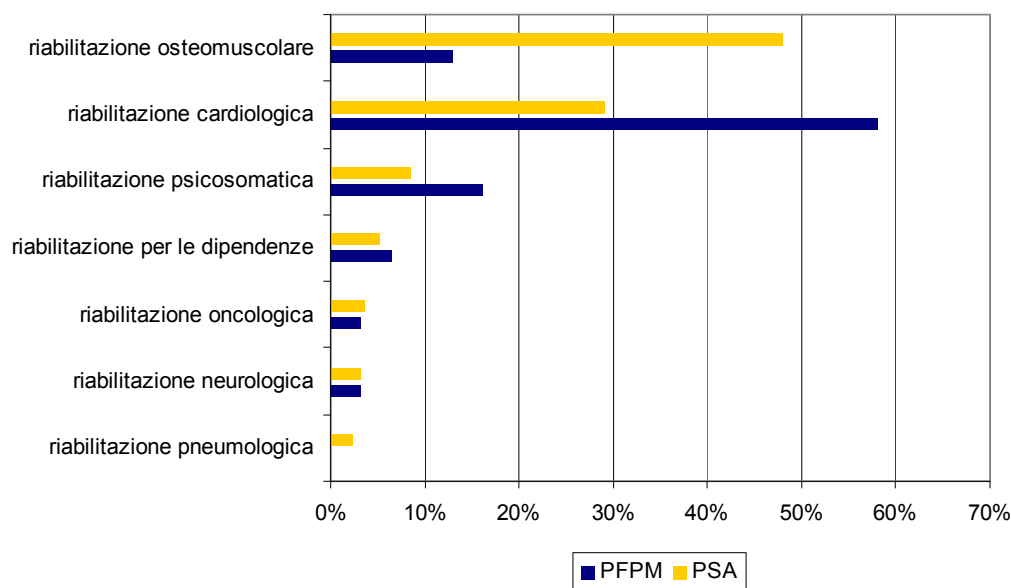
Giornate di degenza					
	Osservazioni	Media	Totale	Limite inf. IC 95%	Limite sup. IC 95%
PSA	2.934	20,1	59.094	19,7	20,6
PFPM	31	21,4	662	15,8	26,9

Fonte: SDERIA

La riabilitazione è stata di tipo osteomuscolare in quasi la metà dei ricoveri della popolazione PSA, cardiologica in circa il 30% dei casi. La riabilitazione cardiologica ha riguardato quasi 6 ricoveri su 10 nella popolazione PFPM, mentre nel 16% dei casi si è trattato di riabilitazione psicosomatica (Figura 50).



Figura 50: Distribuzione dei ricoveri per tipo di riabilitazione. Anno 2011.



INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

I ricoveri di riabilitazione e lungodegenza riguardano maggiormente la popolazione PSA rispetto a quella PFPM.

Nel caso della riabilitazione ospedaliera si rileva una maggior durata del ricovero nella popolazione PFPM, anche se la bassa numerosità non permette di affermare la significatività di questa differenza.

10. ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Sono state oltre 3 milioni le ricette prescritte nel 2011 per la distribuzione di farmaci attraverso le farmacie pubbliche. Il 2,8% delle ricette è stato prescritto alla popolazione PFPM, il restante 97,2% alla popolazione PSA. In entrambi i casi la maggior quota di prescrizioni è stata a favore di donne (57,1% nella popolazione PFPM, 55,3% in quella PSA) (Tabella 43).

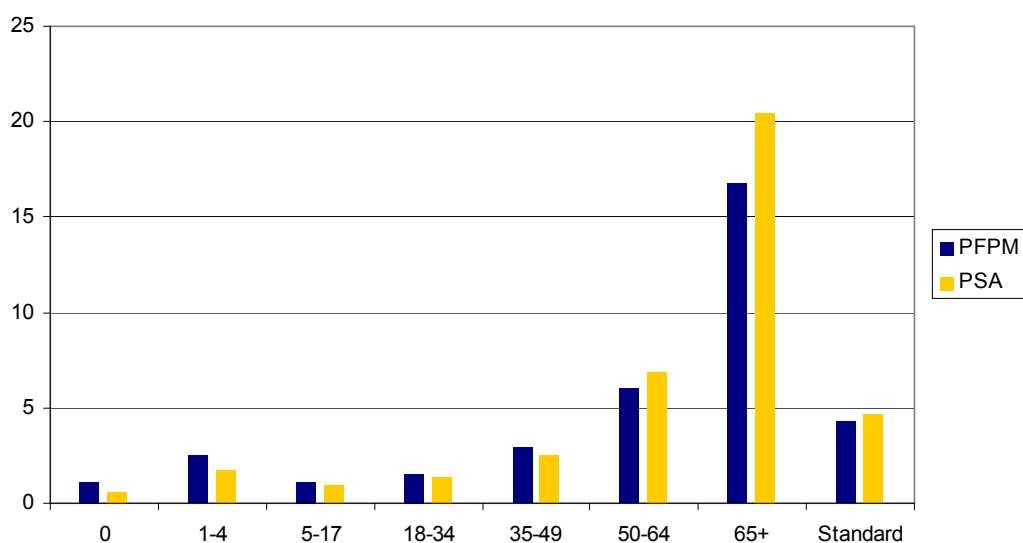
Tabella 43: ricette prescritte per genere e classe di età. Anno 2011.

	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0	328	291	619	1.488	1.054	2.542
1-4	3.368	2.719	6.087	18.332	14.214	32.546
5-17	3.181	2.701	5.882	34.183	30.641	64.824
18-34	4.372	10.542	14.914	45.718	74.040	119.758
35-49	12.808	15.177	27.985	118.586	158.318	276.904
50-64	8.602	11.451	20.053	290.248	301.531	591.779
65+	4.828	7.103	11.931	849.542	1.101.735	1.951.277
Totale	37.487	49.984	87.471	1.358.097	1.681.533	3.039.630

Fonte: Ufficio Contabilizzazione Ricette

Il numero di ricette prescritte cresce all'aumentare dell'età fino a quasi 17 ricette per abitante ultra 65enne della popolazione PFPM e oltre 20 per i coetanei della popolazione PSA. Complessivamente sono state prescritte 2,8 ricette/residente nella popolazione PFPM e 6,4 in quella PSA. Aggiustando per ovviare alla differente struttura per età delle due popolazioni il numero di ricette standard è pari a 4,3 ricette/residente nella popolazione PFPM e 4,6 in quella PSA (Figura 51).

Figura 51: numero di ricette prescritte per classe di età. Anno 2011.



Attraverso le ricette sono state prescritte nel 2011 poco meno di 6 milioni di confezioni di farmaci, il 2,5% per la popolazione PFPM ed il 97,5% per quella PSA (Tabella 44).



La distribuzione per età delle confezioni è simile a quella delle ricette. Mediamente sono state prescritte 4,7 confezioni/residente nella popolazione PFPM e 12,2 in quella PSA. Aggiustante per età il numero di confezioni standard è pari a 7,7 nella popolazione PFPM e 8,6 in quella PSA.

Il 19,9% delle ricette nella popolazione PFPM ed il 19,2% in quella PSA è stato per farmaci generici.

Tabella 44: confezioni prescritte per genere e classe di età. Anno 2011.

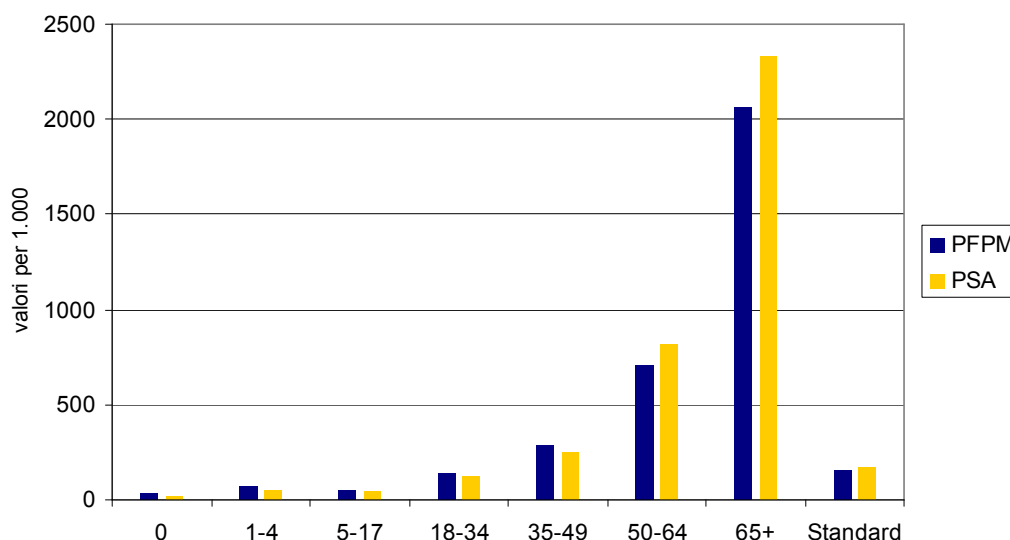
	PFPM			PSA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0	387	340	727	1.709	1.187	2.896
1-4	3.962	3.180	7.142	21.225	16.554	37.779
5-17	4.467	3.758	8.225	48.149	43.617	91.766
18-34	7.023	16.575	23.598	78.125	123.080	201.205
35-49	23.079	25.737	48.816	222.001	283.504	505.505
50-64	16.475	21.227	37.702	575.483	572.153	1.147.636
65+	9.142	13.631	22.773	1.663.329	2.118.610	3.781.939
Totale	64.535	84.448	148.983	2.610.021	3.158.705	5.768.726

Fonte: Ufficio Contabilizzazione Ricette

Il volume di farmaci prescritti non è completamente rappresentativo dell'esposizione a farmaci della popolazione. Per lo stesso principio attivo le confezioni in commercio possono differire per il numero di unità posologiche contenute ed il numero di dosi necessarie per una terapia può inoltre variare per le diverse molecole anche all'interno di uno stesso gruppo terapeutico. Per ovviare a questi inconvenienti il consumo di farmaci può essere misurato attraverso la Dose Definita Giornaliera (DDD) che è l'unità di misura standard internazionale della prescrizione farmaceutica.

Tramite la DDD, i dati si esprimono come numero di giornate "convenzionali" di terapia prescritte. Sono quindi direttamente confrontabili farmaci che vengono utilizzati a dosi diverse (diversa potenza farmacologica) o anche farmaci con differente indicazione. La DDD va comunque considerata unicamente come strumento tecnico per misurare le prescrizioni dei farmaci e non di dose raccomandata o effettivamente prescritta.

Le DDD distribuite ogni mille residenti nel 2011 sono state 265,4 nella popolazione PFPM e 710,4 in quella PSA. In termini standardizzati le DDD sono state 168,1 nella popolazione PFPM e 181,1 in quella PSA (Figura 52).

Figura 52: DDD/1.000 abitanti per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.

Le giornate convenzionali prescritte nei primi cinque anni di vita hanno riguardato prevalentemente terapie con farmaci antiasmatici, in misura maggiore nella popolazione PFPM rispetto a quella PSA. Maggiore nella popolazione PFPM è anche la prescrizione di antibatterici, antianemici, corticosteroidi e antistaminici (Tabella 45).

Tra gli adolescenti (5-17 anni di età) appaiono tra i gruppi terapeutici gli antiepilettici ed i farmaci per il diabete. I farmaci antianemici continuano ad essere più prescritti alla popolazione PFPM (Tabella 45).

L'età giovanile (18-34 anni) è caratterizzata dalla distribuzione di ormoni sessuali nella popolazione femminile, in misura maggiore tra le donne PSA, mentre il terzo gruppo terapeutico più rappresentato è quello dei psicoanalitici. Nella popolazione PFPM femminile sono molto prescritti farmaci antianemici (Tabella 45).

Tra i giovani adulti (35-49 anni) la maggiore prescrizione ha riguardato i farmaci per la pressione arteriosa. La terapia con psicoanalitici e quella tiroidea trovano maggiore riscontro nella popolazione PSA. Tra le donne della popolazione PFPM rimangono meno prescritti gli ormoni sessuali e più agli antianemici (Tabella 45).

Tra gli adulti (50-64 anni) i farmaci più presenti sono quelli regolatori della pressione (maggiormente nella popolazione PSA) e quelli per ridurre la concentrazione di lipidi nel sangue. I psicoanalitici sono al terzo posto e sono più prescritti nella popolazione PSA. Nella popolazione PFPM vi è un maggior ricorso a farmaci per il diabete mentre tra le donne PSA continuano ad essere più prescritti ormoni sessuali. Tra i maschi PFPM è invece più elevato l'uso di diuretici (Tabella 45).

Nella popolazione anziana (65 e più anni di età) i farmaci maggiormente prescritti riguardano malattie del sistema circolatorio. Nella popolazione PSA la prescrizione di psicoanalitici continua ad essere maggiore che non nella popolazione PFPM (Tabella 45).

**Tabella 45: DDD/1.000 abitanti per gruppi terapeutici principali più rappresentati e classi di età. Anno 2011.**

Gruppo terapeutico principale		0 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Antiasmatici	R03	15.7	16.1	10.0	13.8
Antibatterici per uso sistemico	J01	7.8	5.9	2.6	3.8
Farmaci antianemici	B03	2.6	2.5	0.9	1.0
Corticosteroidi, preparati dermatologici	D07	3.3	1.5	0.2	0.4
Gruppo terapeutico principale		1-4 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Antiasmatici	R03	26.4	33.3	23.4	30.3
Antibatterici per uso sistemico	J01	24.0	27.9	15.1	17.4
Corticosteroidi sistemici	H02	1.4	1.8	1.1	1.6
Corticosteroidi, preparati dermatologici	D07	2.3	3.5	0.6	0.8
Farmaci antianemici	B03	3.0	3.2	0.5	0.8
Antistaminici per uso sistemico	R06	2.4	2.2	0.5	0.9
Gruppo terapeutico principale		5-17 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Antiasmatici	R03	9.6	14.4	10.1	14.5
Antibatterici per uso sistemico	J01	14.1	14.5	11.5	11.5
Antistaminici per uso sistemico	R06	2.8	4.4	3.9	5.8
Antiepilettici	N03	2.3	3.4	2.5	2.0
Farmaci usati nel diabete	A10	0.6	2.1	1.8	1.9
Farmaci antianemici	B03	6.8	0.8	2.3	0.6
Gruppo terapeutico principale		18-34 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	G03	36.9	0.7	53.7	0.1
Farmaci antianemici	B03	70.0	1.0	22.2	0.6
Psicoanalettici	N06	8.1	7.0	13.7	10.1
Antibatterici per uso sistemico	J01	13.4	10.3	10.3	8.2
Antiasmatici	R03	8.3	6.6	8.3	8.4
Terapia tiroidea	H03	7.5	1.3	12.1	2.2
Antiepilettici	N03	3.5	3.1	5.3	6.9
Antistaminici per uso sistemico	R06	6.5	6.4	4.9	5.3
Gruppo terapeutico principale		35-49 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	C09	28.8	35.1	25.9	51.7
Psicoanalettici	N06	23.8	17.1	42.0	22.1
Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	G03	41.7	0.0	52.4	0.1
Terapia tiroidea	H03	17.4	3.7	28.3	4.7
Farmaci antianemici	B03	44.1	1.3	22.0	0.8
Antiasmatici	R03	18.6	17.7	11.5	11.4
Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica	A02	14.1	16.3	8.3	10.2
Antibatterici per uso sistemico	J01	13.0	12.5	9.9	7.8
Farmaci usati nel diabete	A10	14.5	27.0	5.9	9.9
Betabloccanti	C07	7.7	9.2	7.8	9.8
Antitrombotici	B01	5.9	10.0	6.8	10.3
Sostanze ipolipemizzanti	C10	4.0	15.5	3.3	12.1
Calcioantagonisti	C08	5.5	10.5	4.7	10.6
Antiepilettici	N03	2.0	3.5	8.4	7.9

Farmaci antinfiammatori e antireumatici	M01	10.7	7.2	4.5	3.5
Antistaminici per uso sistemico	R06	10.4	9.0	5.2	4.1
Gruppo terapeutico principale		50-64 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	C09	149.0	162.5	163.2	233.5
Sostanze ipolipemizzanti	C10	34.2	66.1	38.5	80.6
Psicoanalettici	N06	35.9	15.5	72.9	35.7
Antitrombotici	B01	34.3	59.4	34.2	69.5
Calcioantagonisti	C08	38.6	41.1	38.2	60.1
Betabloccanti	C07	33.3	42.5	47.7	50.2
Farmaci usati nel diabete	A10	79.7	92.1	27.7	51.5
Terapia tiroidea	H03	26.1	5.5	55.2	13.6
Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	G03	22.5	0.0	59.7	0.1
Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica	A02	26.8	33.7	28.0	29.4
Antiasmatici	R03	11.3	31.6	22.6	23.5
Farmaci antinfiammatori e antireumatici	M01	32.2	26.1	21.1	12.9
Diuretici	C03	6.2	43.6	12.4	16.0
Gruppo terapeutico principale		65 E PIÙ ANNI			
		PFPM		PSA	
		Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	C09	421.5	448.8	484.6	507.3
Antitrombotici	B01	156.5	251.6	219.7	279.7
Calcioantagonisti	C08	164.8	126.3	172.8	181.3
Sostanze ipolipemizzanti	C10	123.0	188.7	133.5	198.2
Psicoanalettici	N06	34.0	29.7	142.9	71.6
Betabloccanti	C07	175.4	193.0	112.5	108.3
Diuretici	C03	77.6	60.2	103.0	121.2
Farmaci usati nel diabete	A10	223.3	182.7	88.8	117.6
Antiacidi, antimeteorici e antiulcera peptica	A02	76.5	82.9	95.3	93.3
Urologici	G04	1.4	110.8	1.6	190.2
Antiasmatici	R03	54.5	59.3	50.0	97.4
Terapia cardiaca	C01	36.3	90.8	60.5	65.8
Farmaci antinfiammatori e antireumatici	M01	72.4	39.9	67.2	39.7

Fonte: Ufficio Contabilizzazione Ricette



INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

Nella popolazione PFPM c'è una maggiore prescrizione di farmaci in età infantile e tra le donne in età riproduttiva.

Nel primo anno di vita le maggiori prescrizioni nella popolazione PFPM, in termini di DDD, sono relative soprattutto agli antiasmatici ed agli antibatterici.

Gli antibatterici continuano ad essere maggiormente prescritti rispetto alla popolazione PSA fino a 18 anni di età.

Alle giovani donne della popolazione PFPM sono prescritti in misura minore gli ormoni sessuali, ed in misura superiore gli antianemici.

Nella popolazione adulta PFPM vi è in genere un minore ricorso a farmaci contro le malattie del sistema circolatorio ed un maggior ricorso a farmaci per il diabete.

Anche oltre i 50 anni di età vengono prescritti meno ormoni sessuali alle donne PFPM.

11. VALORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI E SPESA SANITARIA

Per ogni residente in provincia di Bolzano è stato calcolato l'ammontare del valore tariffario delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Provinciale, al netto degli eventuali ticket o compartecipazioni del cittadino.

Per l'assistenza farmaceutica, la distribuzione di presidi sanitari e la non autosufficienza sono stati calcolati gli importi netti a carico del Servizio Sanitario Provinciale, anche in questo caso quindi al netto di eventuali ticket.

La somma del valore tariffario delle prestazioni, della spesa farmaceutica, della spesa per presidi sanitari e degli assegni di non autosufficienza pagati, pur comprendendo elementi di diversa natura e significato, viene assunta come proxy dei costi sostenuti per l'erogazione di prestazioni sanitarie a favore del singolo cittadino, e ritenuta valida per un confronto in termini di distribuzione rispetto alle diverse voci di spesa.

11.1. Tariffazione complessiva e costi per prestazioni

L'importo totale del valore tariffario delle prestazioni erogate, della spesa farmaceutica o per presidi e degli assegni di non autosufficienza ammonta nel 2011, a circa 730 milioni di Euro. Il 42,9% dell'importo è generato dai ricoveri ospedalieri, il 26,0% dagli assegni di non autosufficienza. Spesa farmaceutica e assistenza specialistica si equivalgono con una quota del 11,7% mentre ai ricoveri per post acuti ed alla spesa per presidi sanitari spettano le quote minori (4,5% e 3,2% rispettivamente).

Ai cittadini PFPM sono state erogate prestazioni per un valore complessivo di circa 21 milioni di Euro, pari al 2,9% dell'importo complessivo (3,8% escludendo gli assegni per la non autosufficienza). La spesa media è pari a 679 Euro/residente nel caso della popolazione PFPM e 1.506 Euro/residente per la popolazione PSA (Tabella 46).

Tabella 46: Valore tariffario delle prestazioni per categoria. Anno 2011.

	PFPM		PSA	
	Media	Totale	Media	Totale
Prestazioni ricoveri acuti	€ 404	€ 12.676.879	€ 639	€ 301.609.770
Prestazioni ricoveri post acuti	€ 12	€ 380.958	€ 70	€ 32.877.609
Spesa farmaceutica	€ 85	€ 2.661.083	€ 176	€ 83.310.863
Prestazioni specialistica	€ 129	€ 4.060.935	€ 173	€ 81.447.129
Prestazioni presidi	€ 16	€ 512.331	€ 48	€ 22.559.812
Assegni di non autosufficienza	€ 33	€ 1.039.281	€ 401	€ 189.235.078
TOTALE	€ 679	€ 21.331.467	€ 1.506	€ 711.040.260

Nel caso della popolazione PFPM i ricoveri per acuti rappresentano circa il 60% dei costi complessivi, mentre nella popolazione PSA sono poco più del 40%. Nel caso della popolazione PSA più elevata è la quota costituita dagli assegni di non autosufficienza (Figura 53).

In termini standardizzati il divario tra i costi sostenuti a favore delle popolazioni PFPM e PSA rimane significativo ($p < 0,0001$). Nella popolazione PFPM la maggiore fecondità comporta un costo significativamente più elevato ($p < 0,01$) nella fascia di età 18-34 anni. L'effetto salmone sembra-



rebbe caratterizzare lo squilibrio dei costi tra i più anziani, significativamente più elevato nella popolazione PSA sia nella fascia di età 50-64 anni ($p<0,01$) che oltre i 65 anni ($p<0,0001$) (Figura 54).

Figura 53: distribuzione della spesa per categorie. Anno 2011.

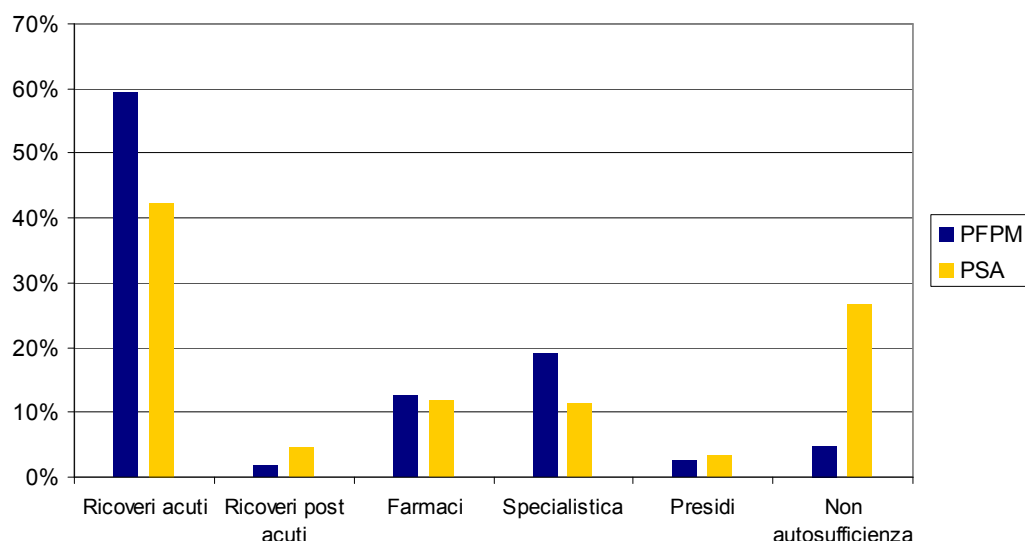
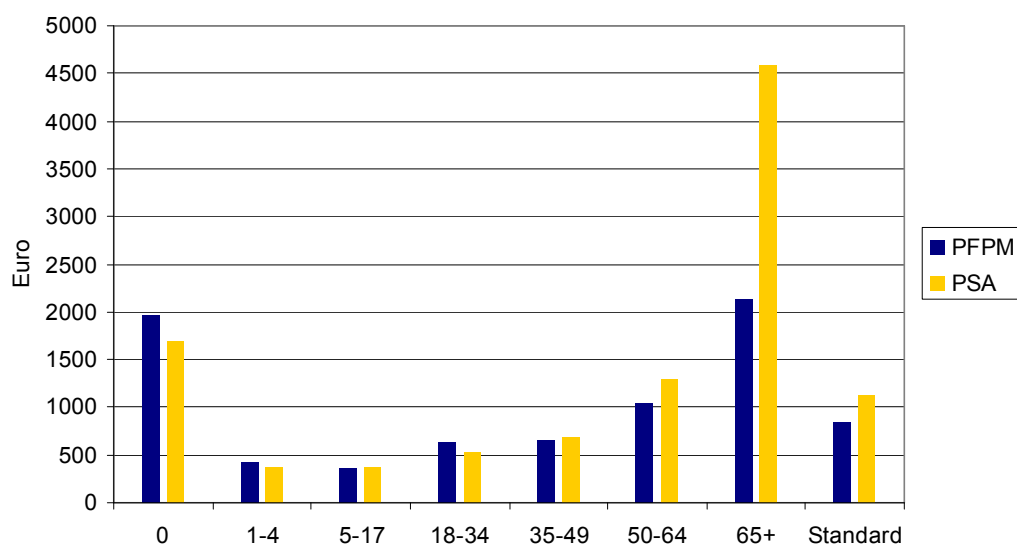
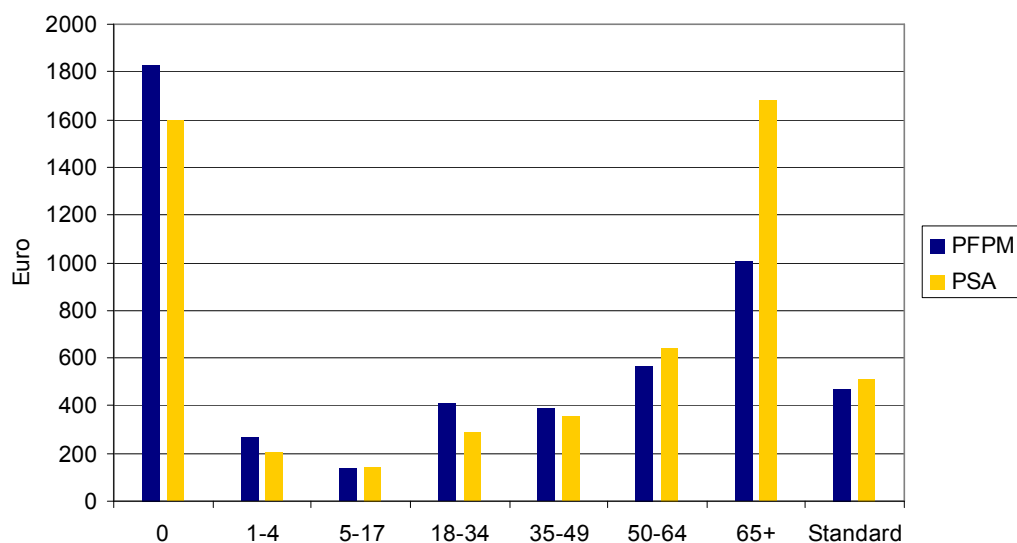


Figura 54: distribuzione della spesa per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.

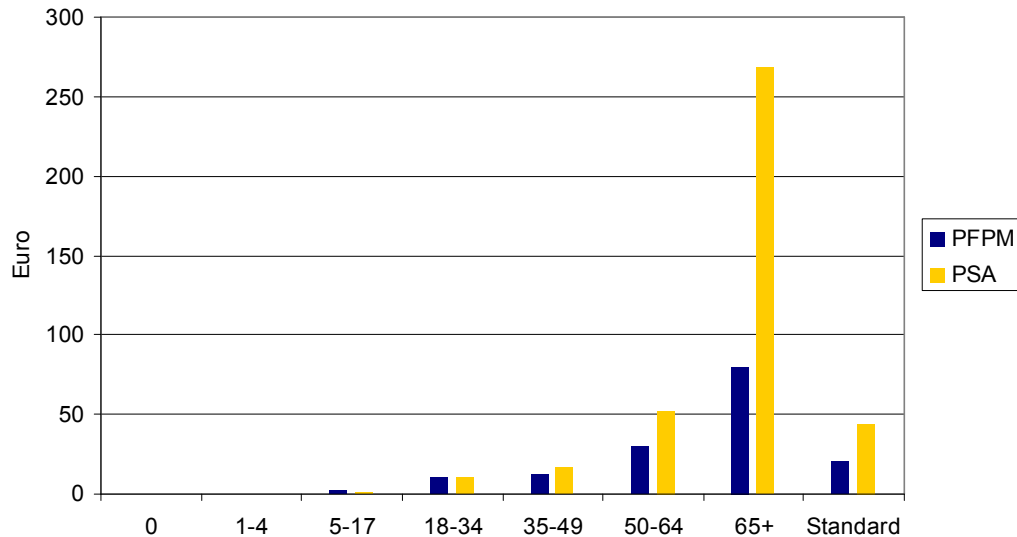


11.2. Tariffazione dei ricoveri per acuti

Il valore tariffario complessivo dei ricoveri per acuti è pari a circa 315 milioni di Euro, il 4,0% per ricoveri di cittadini PFPM. La spesa media per residente è pari a 639 Euro per la popolazione PSA ed a 404 Euro per quella PFPM, la differenza in termini standardizzati è significativa ($p<0,01$). La spesa è significativamente superiore nella popolazione PFPM nella fascia di età 18-34 anni ($p<0,0001$) mentre è significativamente superiore nella popolazione PSA oltre i 65 anni di età ($p<0,0001$) (Figura 55).

Figura 55: distribuzione del valore tariffario dei ricoveri di acuti per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.

11.3. Tariffazione dei ricoveri per post acuti

Figura 56: distribuzione del valore tariffario dei ricoveri di post acuti per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.

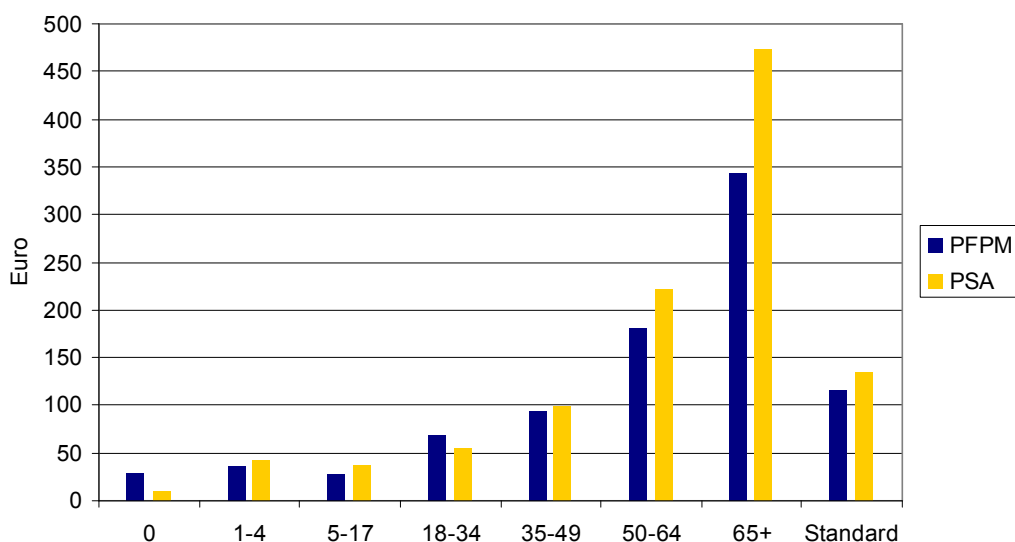
Il valore tariffario complessivo dei ricoveri di post acuti è pari a circa 33 milioni di Euro, l'1,1% per ricoveri di cittadini PFPM. La spesa media per residente è pari a 70 Euro per la popolazione PSA ed a 12 Euro per quella PFPM, la differenza in termini standardizzati è significativa ($p < 0,0001$). La spesa è significativamente inferiore nella popolazione PFPM sia nella fascia di età 50-64 anni ($p < 0,01$) sia oltre i 65 anni di età ($p < 0,0001$) (Figura 56).



11.4. Spesa farmaceutica

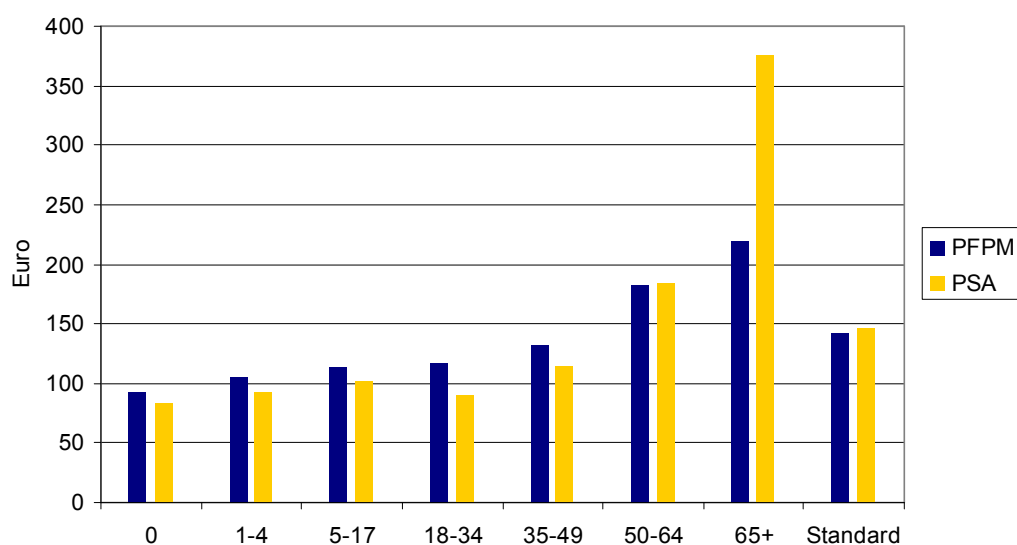
La spesa farmaceutica complessiva è pari a circa 86 milioni di Euro, il 3,1% per cittadini PFPM. La spesa media per residente è pari a 176 Euro per la popolazione PSA ed a 85 Euro per quella PFPM, la differenza della spesa media standardizzata è significativa ($p < 0,01$). La spesa è significativamente superiore nella popolazione PFPM nel primo anno di vita ($p < 0,05$), mentre è significativamente inferiore sia nella fascia di età 50-64 anni ($p < 0,0001$) sia oltre i 65 anni di età ($p < 0,0001$) (Figura 57).

Figura 57: distribuzione della spesa farmaceutica per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.



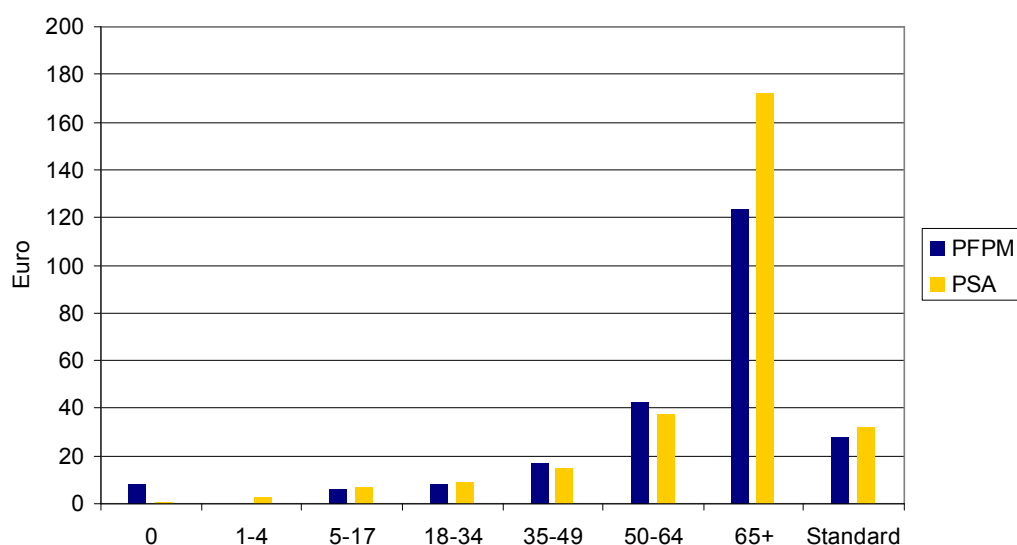
11.5. Tariffazione delle prestazioni specialistiche

La tariffazione delle prestazioni specialistiche ammonta a 85,5 milioni di Euro, il 4,7% per cittadini PFPM. La spesa media per residente è pari a 173 Euro per la popolazione PSA ed a 129 Euro per quella PFPM, la differenza della spesa media standardizzata non è statisticamente significativa. La spesa è significativamente superiore nella popolazione PFPM nella classe di età 5-17 anni ($p < 0,01$), in quella 18-34 anni ($p < 0,0001$), 35-49 anni ($p < 0,05$), mentre è significativamente inferiore oltre i 65 anni di età ($p < 0,01$) (Figura 58).

Figura 58: distribuzione del valore tariffario delle prestazioni specialistiche per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.

11.6. Costo dei presidi sanitari

Il costo stimato dei presidi sanitari consumati da cittadini ammonta a 23 milioni di Euro, lo 0,5% per cittadini PFPM. La spesa media per residente è pari a 48 Euro per la popolazione PSA ed a 16 Euro per quella PFPM, la differenza della spesa media standardizzata è statisticamente significativa ($p < 0,0001$). La spesa è significativamente inferiore nella popolazione PFPM nella classe di età 1-4 anni ($p < 0,01$) ed oltre i 65 anni di età ($p < 0,001$) (Figura 59).

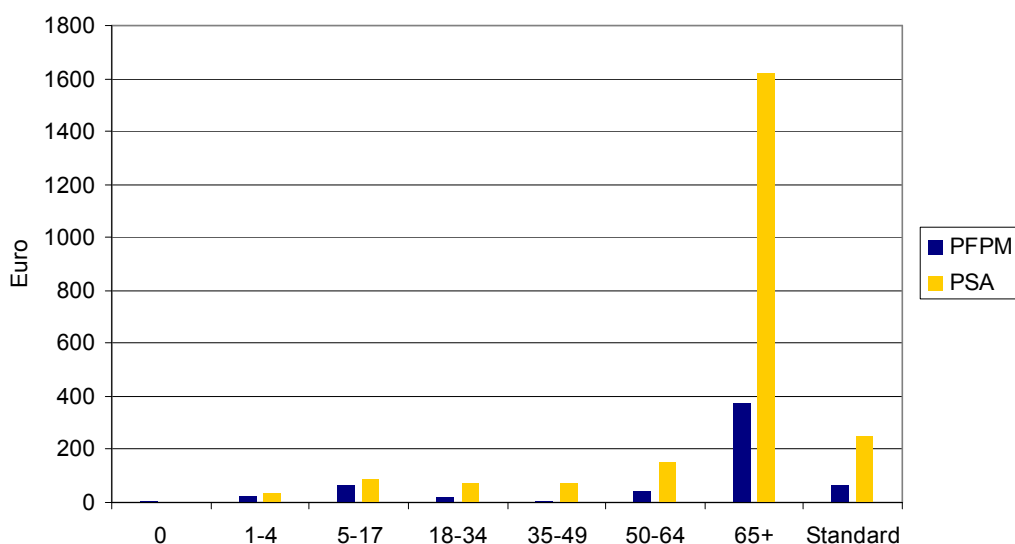
Figura 59: distribuzione della spesa per presidi sanitari per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.



11.7. Assegno di cura

I residenti con almeno una diagnosi di malattia o disabilità, che presentano un deficit funzionale rilevante e permanente, possono avere accesso all'assegno di cura. La rilevanza dello stato di non autosufficienza è valutata in base al tempo di assistenza medio pari ad almeno due ore giornaliere escluso l'aiuto nei lavori domestici. La spesa in assegni di cura ammonta a 190 milioni di Euro, lo 0,5% per cittadini PFPM. La spesa media per residente è pari a 401 Euro per la popolazione PSA ed a 33 Euro per quella PFPM, la differenza della spesa media standardizzata è statisticamente significativa ($p < 0,0001$). A partire dai 18 anni di età la spesa è significativamente inferiore nella popolazione PFPM ($p < 0,0001$) (Figura 60).

Figura 60: distribuzione della spesa per assegni di non autosufficienza per classe di età e valore standardizzato. Anno 2011.



INDICAZIONI PROVENIENTI DAI DATI

La spesa per l'assistenza sanitaria ai residenti è caratterizzata dalla diversa struttura per età delle popolazioni PFPM e PSA e dai comportamenti riproduttivi e migratori.

La spesa complessiva per l'assistenza è significativamente più elevata per la popolazione PSA.

Nella popolazione più anziana, prevale la quota di residenti PSA. Gli anziani della popolazione PFPM appaiono inoltre in migliori condizioni di salute, con un più basso consumo di risorse. È lecito pensare che, al peggiorare delle condizioni di salute i residenti PFPM rientrino nei paesi di origine.

Il secondo elemento che caratterizza i costi assistenziali è legato alla riproduttività, molto elevata nella popolazione PFPM. Nella fascia di età 18-34 anni si assiste infatti ad un maggior ricorso al ricovero ed all'assistenza specialistica da parte della popolazione PFPM.

Il terzo elemento è sempre legato alla fecondità: quasi un quarto dei residenti 0-14 anni appartiene alla popolazione PFPM. In questa fascia d'età le condizioni di salute della popolazione PFPM appaiono peggiori, caratterizzate da una maggiore spesa per farmaci.

Se si considera la sola spesa per ricoveri, la quota a carico della popolazione PFPM è pari al 4,0%, che scende al 3,8% computando anche le altre voci di spesa (eccetto l'assegno di non autosufficienza). L'assistenza ospedaliera ed il ricorso ai servizi specialistici rappresentano le maggiori voci di spesa per la popolazione PFPM.



CONCLUSIONI

La popolazione PFPM è in costante crescita ed è più giovane di quella PSA. Uno su 10 residenti della popolazione PFPM non ha effettuato la scelta del medico di base.

Le donne della popolazione PFPM presentano un maggior rischio di non aderire ad un programma di screening per il tumore della mammella o della cervice uterina.

Le malattie infettive che colpiscono maggiormente la popolazione PFPM sono quelle a trasmissione sessuale e la TBC. I bambini della popolazione PFPM al contrario sono meno colpiti dalle malattie infettive tipiche dell'infanzia,

La popolazione migrante è meno affetta da patologie croniche e mostra in genere bassi livelli di mortalità. Con il radicarsi nel paese di accoglienza questi vantaggi saranno destinati a scomparire.

Il tasso di natalità nella popolazione PFPM è tre volte superiore a quello della popolazione PSA. Le donne della popolazione PFPM fanno registrare una minore aderenza alle indicazioni per una corretta assistenza in gravidanza.

C'è un maggior ricorso da parte delle donne PFPM alle interruzioni volontarie di gravidanza.

La popolazione PFPM fa in genere meno ricorso all'assistenza specialistica, eccetto che per i bambini nel primo anno di vita e per le donne in età riproduttiva.

Per la popolazione PFPM si rileva, in termini relativi, un maggiore accesso al Pronto Soccorso.

La popolazione femminile PFPM ricorre maggiormente all'ospedalizzazione per motivi correlati alla elevata fecondità.

I ricoveri nella popolazione PFPM sono meno complessi ed hanno una minore tariffazione rispetto a quelli della popolazione PSA.

I ricoveri di lungodegenza e riabilitazione riguardano maggiormente la popolazione PSA.

Nella popolazione PFPM c'è una maggiore prescrizione di farmaci in età infantile (antiasmatici e antibatterici) e nelle donne in età riproduttiva.

La spesa complessiva per l'assistenza è significativamente più elevata per la popolazione PSA.

Questa maggiore spesa è determinata soprattutto dalla maggiore prevalenza di residenti PSA nella popolazione anziana. Una maggiore spesa, in termini relativi, per la popolazione PFPM si rileva per le giovani donne in età riproduttiva e nella popolazione infantile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abraido-Lanza, A., Dohrenwend, B. P., & Ng-Mak, D. (1999). The latino mortality paradox: A test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1543-1543-8
- Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. WHO 2001.
<http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>
- Ferrero V, Pellegrino S, Piazza S, Piperno S, Turati G. Il modello IRES nell'ambito dei modelli di previsione della spesa sanitaria. Torino, IRES 2007, "Contributo di ricerca" n. 215.
<http://www.digibess.it/fedora/repository/openbess:TO082-01699>
- Giannoni M. Criteri di riparto delle risorse del servizio sanitario regionale in un contesto di federalismo: proposta di un modello per la regione Umbria. Convegno Nazionale AIES. Genova 2005
<http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>
- La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche.
- Moranti I, Pugliese A. Proposta per la valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati. AGENAS 2013
- Nuti S, Ma ciocco G, Bersanti S, a cura di. Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale. Il Mulino. Bologna 2012
- Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Mappatura patologie croniche.
<http://www.provincia.bz.it/oep/registri-patologia/mappatura-patologie-croniche.asp>
- Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Sistema Informativo Sanitario
<http://www.provincia.bz.it/oep/sistema-informativo-sanitario/sistema-informativo-sanitario.asp>
- Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Assistenza ospedaliera per acuti.
<http://www.provincia.bz.it/oep/relazione-sanitaria/assistenza-ospedaliera-acuti.asp>
- Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Assistenza ospedaliera per post acuti.
<http://www.provincia.bz.it/oep/relazione-sanitaria/assistenza-ospedaliera-post-acuti.asp>
- Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Spesa farmaceutica.
<http://www.provincia.bz.it/oep/relazione-sanitaria/assistenza-farmaceutica.asp>
- Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Assistenza specialistica ambulatoriale.
<http://www.provincia.bz.it/oep/relazione-sanitaria/assistenza-specialistica-ambulatoriale.asp>
- Rapporto sullo sviluppo umano. Indicatori di sviluppo umano.
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_IT_Indictables.pdf
- Ripartizione Sociale della della Provincia Autonoma di Bolzano. Interventi per la non autosufficienza.
<http://www.provincia.bz.it/politiche-sociali/temi/interventi-non-autosufficienza.asp>
- Tariffario delle prestazioni ambulatoriali
http://www.provincia.bz.it/gesundheitswesen/2303/tarspec/index_i.htm
- Zappa M, a cura di. Osservatorio Nazionale Screening. Decimo Rapporto. *Epidemiol Prev* 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96