



Osservatorio Epidemiologico

Valorizzazione delle prestazioni di assistenza sanitaria in Provincia di Bolzano per gruppi di popolazione. Anno 2010

A cura di Antonio Fanolla

Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano

Marzo 2013



In provincia di Bolzano è disponibile dal 2004 una base dati, costituita da record individuali anonimizzati, con informazioni anagrafiche, epidemiologiche ed economiche relative a tutta la popolazione assistita.ⁱ I flussi informativi che alimentano l'archivio permettono di documentare il valore tariffario, quando non la spesa direttamente sostenute, delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (assegno di cura per la non autosufficienza) erogateⁱⁱ.

È stato quindi possibile ricostruire i costi individuali attribuiti in termini di tariffa delle prestazioni (assistenza ospedaliera e specialistica), di spesa sostenuta (assistenza farmaceutica, assegno di non autosufficienza) o di spesa stimata (erogazione di presidi sanitari), di seguito riportati per l'anno 2010.

Per i ricoveri ospedalieri in strutture provinciali è stata utilizzata la tariffa unica convenzionaleⁱⁱⁱ, mentre per i ricoveri nel resto d'Italia ed in Austria sono state utilizzate le tariffe attribuite in mobilità. Sono state considerate le dimissioni di residenti, in regime ordinario e di day hospital, da strutture pubbliche e convenzionate provinciali, del resto d'Italia ed austriache. Sono stati quindi esclusi i trasferimenti di reparto e le dimissioni con onere della degenza diverso da successivo rimborso (totale o parziale) a carico del Servizio Sanitario o senza oneri per il Servizio Sanitario.^{iv} Per i ricoveri di post acuti sono state considerate le dimissioni da reparti di lungodegenza o riabilitazione delle strutture pubbliche e convenzionate provinciali, del resto d'Italia e austriache, nonché i ricoveri di riabilitazione extraospedaliera da strutture provinciali.^v

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. Sono stati considerati i soli farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (fascia A, farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche).^{vi}

Nell'assistenza specialistica sono state considerate le prestazioni, 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^{vii}. Rientrano nel calcolo le prestazioni di pronto soccorso e di osservazione breve intensiva quando all'accesso di pronto soccorso non segue il ricovero nella stessa struttura. Non sono state invece considerate le prestazioni direttamente correlate al ricovero programmato. L'importo tariffario delle prestazioni è riportato al netto della spesa sostenuta per l'eventuale pagamento del ticket.^{viii}

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 cura per la non autosufficienza è stato considerato l'importo dell'assegno a carico dell'amministrazione provinciale. La prestazione è erogata nel caso di almeno una diagnosi di malattia o disabilità, che presenta un deficit funzionale rilevante e permanente.^{ix}

La somma del valore tariffario delle prestazioni, della spesa farmaceutica, della spesa per presidi sanitari e degli assegni di cura 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 residente, ed utilizzata per i confronti tra gruppi di popolazione.^{x xi}

I gruppi di popolazione sono stati creati in base a cittadinanza e residenza: residenti provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), residenti o non residenti provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).^{xii xiii}

Per i confronti delle differenze di spesa nei gruppi di popolazione sono stati calcolati gli importi standardizzati per età. Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione standard europea ricomposta uniformemente nelle classi di età utilizzate.^{xiv}

Tariffazione complessiva e costi delle prestazioni

L'importo totale della spesa e del valore tariffario delle prestazioni erogate ammonta a circa 738 milioni di Euro. Il 46,3% dell'importo è generato dai ricoveri ospedalieri, il 27,5% dagli assegni di cura. Spesa farmaceutica (11,8%) e assistenza specialistica (11,3%) si equivalgono mentre alla spesa per presidi sanitari spetta la quota minore (3,1%).

Ai residenti PFPM sono state erogate prestazioni per un valore di circa 20,5 milioni di Euro, pari al 2,8% dell'importo complessivo (il 3,6% escludendo la spesa in assegni di cura per la non autosufficienza). La spesa imputabile a cittadini PFPM non residenti è pari a circa un milione di Euro (0,1% del totale), l'86,4% generato da ricoveri ospedalieri.

I residenti PFPM sono 29.300, pari al 5,9% della popolazione provinciale (500.000). La spesa media per residente è pari a 699 Euro nel caso della popolazione PFPM e 1.522 per la popolazione PSA.

Valore tariffario delle prestazioni per categoria e gruppo di popolazione. Anno 2010

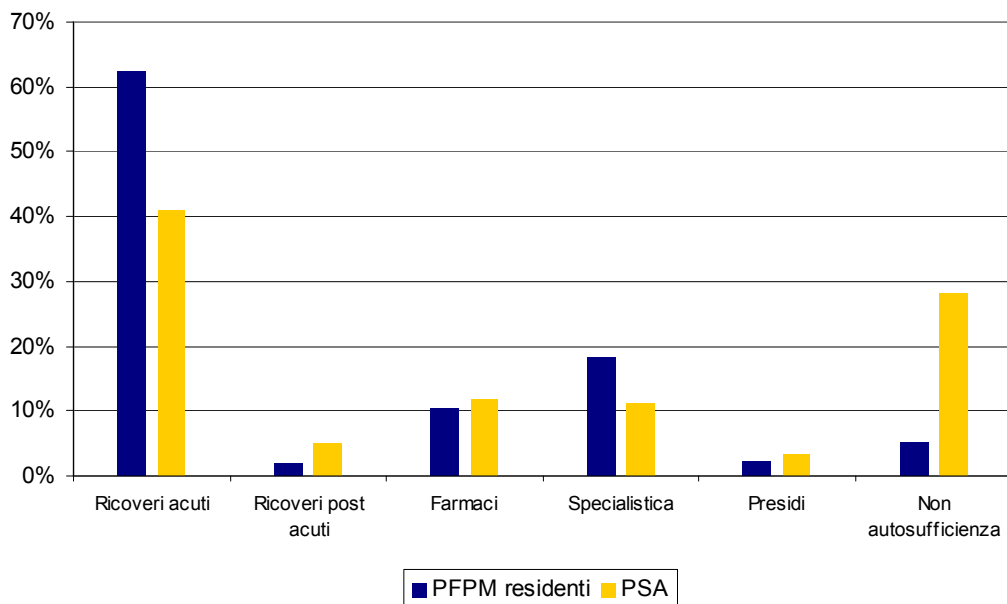
	PSA		PFPM		PFPM non residenti		Totale
Ricoveri di acuti	€ 293.327.331	95,6%	€ 12.732.907	4,1%	€ 904.591	0,3%	€ 306.964.829
Ricoveri di post acuti	€ 34.224.042	98,9%	€ 376.394	1,1%	-	0,0%	€ 34.600.436
Assist. farmaceutica	€ 84.649.420	97,5%	€ 2.088.354	2,4%	€ 72.728	0,1%	€ 86.810.502
Assist. specialistica	€ 79.538.962	95,5%	€ 3.715.407	4,5%	€ 58.361	0,1%	€ 83.312.730
Presidi Sanitari	€ 22.638.222	98,0%	€ 452.177	2,0%	€ 9.815	0,0%	€ 23.100.214
Non autosufficienza	€ 201.844.491	99,5%	€ 1.079.536	0,5%	€ 2.084	0,0%	€ 202.926.111
TOTALE	€ 716.222.468	97,1%	€ 20.444.777	2,8%	€ 1.047.580	0,1%	€ 737.714.825

Nel caso della popolazione PFPM residente i ricoveri per acuti spiegano oltre il 60% dei costi complessivi, mentre nella popolazione PSA sono poco più del 40%. Nella popolazione PSA è più elevata la quota costituita dagli assegni di cura per la non autosufficienza.

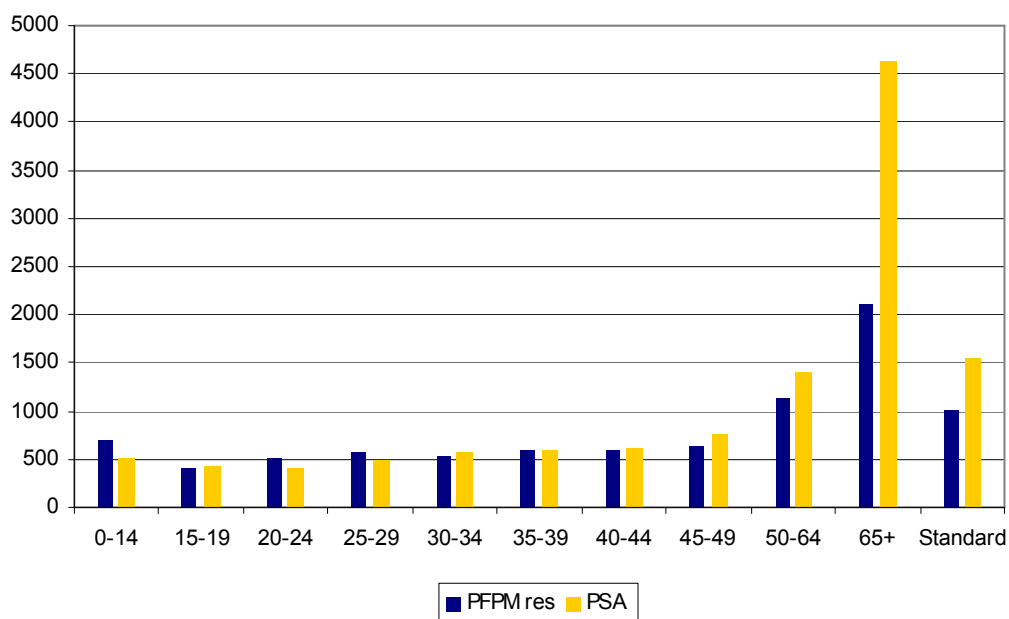
Il divario tra i costi standardizzati per sesso ed età, sostenuti a favore delle popolazioni PFPM e PSA, è significativo ($p < 0,0001$). In particolare la spesa è significativamente più elevata nella popolazione PFPM nella classe di età 0-14 anni ($p < 0,01$) e 20-24 anni ($p < 0,05$), in quella PSA nelle classi di età 30-34 anni ($p < 0,05$) ed a partire dai 65 anni di età ($p < 0,0001$).



Distribuzione della spesa per categorie. Anno 2010



Spesa per classe di età e valore standardizzato. Anno 2010



Il divario tra i costi standardizzati per sesso ed età è significativamente differente nelle diverse categoria di spesa ($p < 0,0001$). Per i ricoveri la spesa media è di 696 Euro/residente nella popolazione PSA, 448 Euro/residente in quella PFPM. La spesa farmaceutica per residente è pari a 180 Euro nella popolazione PSA ed a 71 Euro in quella PFPM, 169 Euro/residente la spesa specialistica nella popolazione PSA, 127 Euro in quella PFPM.

Conclusioni

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.

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.^{xv}

Il secondo elemento che caratterizza i costi assistenziali è legato alla riproduttività, molto elevata nella popolazione PFPm (TFT 2,9 vs 1,5) e con picco della fecondità specifica tra i 20 ed i 24 anni (30-34 anni tra le donne PSA).

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.^{xvi}

Se si considera la sola spesa per ricoveri, la quota a carico della popolazione PFPm è pari al 3,8%, che scende al 3,6% 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.

Riferimenti bibliografici

ⁱ Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Mappatura patologie croniche
<http://www.provincia.bz.it/oep/registri-patologia/mappatura-patologie-croniche.asp>

ⁱⁱ Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Sistema Informativo Sanitario
<http://www.provincia.bz.it/oep/sistema-informativo-sanitario/sistema-informativo-sanitario.asp>

ⁱⁱⁱ Moranti I, Pugliese A. Proposta per la valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati. AGE-NAS 2013

^{iv} Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Assistenza ospedaliera per acuti.
<http://www.provincia.bz.it/oep/relazione-sanitaria/assistenza-ospedaliera-acuti.asp>

^v 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>

^{vi} Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Spesa farmaceutica.
<http://www.provincia.bz.it/oep/relazione-sanitaria/assistenza-farmaceutica.asp>

^{vii} Tariffario delle prestazioni ambulatoriali.
http://www.provincia.bz.it/gesundheitswesen/2303/tarspec/index_i.htm

^{viii} Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Assistenza specialistica ambulatoriale.
<http://www.provincia.bz.it/oep/relazione-sanitaria/assistenza-specialistica-ambulatoriale.asp>

^{ix} 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>

^x 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>



^{xi} 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>

^{xii} Rapporto sullo sviluppo umano. Indicatori di sviluppo umano.
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_IT_Indictables.pdf

^{xiii} La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche.

^{xiv} 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>

^{xv} 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

^{xvi} Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. La salute della popolazione immigrata. Anni 2007-11. In corso di pubblicazione