

POAT SALUTE 2007 – 2013

LINEA DI ATTIVITA' TRASVERSALE 1

Supporto allo svolgimento delle diverse fasi che accompagnano il ciclo della programmazione

LT1_SIC_05

La Banca Dati Assistito (BDA) delle Regione Sicilia. Le fasi di costruzione e analisi della spesa per mobilità.

REGIONE SICILIA

PRODOTTO DEFINITIVO



Abstract Il presente report ha l'obiettivo di descrivere la Banca Dati Assistito della Regione Sicilia, sviluppata nell'ambito del Piano Operativo di Assistenza Tecnica alle Regioni dell'Obiettivo Convergenza (POAT) presentato dal Ministero della Salute, 2007-2013, cui la Regione Sicilia partecipa attivamente insieme alla Campania, la Calabria e la Puglia. La Banca Dati Assistito è stata costruita a partire dall'incrocio di diversi flussi informativi con l'obiettivo di legare tra loro le diverse informazioni, al fine di ottenere un quadro informativo sanitario quanto più possibile completo degli assistiti della Regione. Dopo aver illustrato le caratteristiche della BDA, con riferimento alle fasi della costruzione ed ai flussi informativi utilizzati, si mostrano alcuni dei potenziali applicativi della BDA per quanto attiene all'analisi della spesa per mobilità.

1. La Banca Dati Assistito (BDA): caratteristiche generali

La Banca Dati Assistito (BDA), è stata recentemente sviluppata nell'ambito del Piano Operativo di Assistenza Tecnica alle Regioni dell'Obiettivo Convergenza (POAT) presentato dal Ministero della Salute, 2007-2013, cui la Regione Sicilia partecipa attivamente insieme alla Campania, la Calabria e la Puglia.

La BDA consente di analizzare in modo integrato le informazioni provenienti dai diversi flussi informativi che la costituiscono. La base informativa principale è data dai flussi relativi ad informazioni sulla residenza e sulla posizione in ambito di assistenza sanitaria, derivate dalla Nuova Anagrafe Regionale (NAR), dall'anagrafe SOGEI (Anagrafe tributaria), e dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM). Una volta costituita la base informativa relativa all'insieme dei soggetti residenti in Sicilia, sono state integrate le informazioni relative alle prestazioni effettuate, derivate da diverse fonti informative quali: Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), flusso di prestazioni specialistiche e farmaceutiche, e informazioni sul Day Service.

Complessivamente, per il 2011, la BDA contiene informazioni su circa 5 milioni e 300 mila soggetti (5.310.204) residenti in Sicilia. Il vantaggio della BDA consiste, tra le altre cose, nella possibilità di analizzare in modo integrato diversi flussi informativi in modo da disporre di un quadro più completo dell'assistito, sia in termini di spesa per le diverse prestazioni sanitarie, che per quanto attiene all'analisi della prevalenza di patologie, derivate attraverso l'utilizzo integrato delle diverse fonti informative. Allo scopo di illustrare alcune potenziali applicazioni della BDA, la sezione 2 illustra l'analisi della spesa sanitaria per assistito, distinta tra ospedaliera, specialistica e farmaceutica. La sezione 3 analizza la mobilità extra-regionale, distinguendo tra la cosiddetta "vera mobilità" e "falsa mobilità". Infine, la sezione 4 propone l'individuazione di specifiche categorie di soggetti affetti da patologie croniche. Alcune considerazioni conclusive sono contenute nell'ultima sezione del lavoro.

1.2 Le fasi della costruzione della BDA

Per la costruzione della BDA la prima fonte informativa da cui si è partiti è la Nuova Anagrafe Regionale (NAR), contenente le informazioni di tutti i residenti siciliani iscritti al servizio sanitario regionale. Si tratta di poco meno di 5.200.000 soggetti di cui si dispone di informazioni anagrafiche e sul medico di medicina generale prescelto, nonché ulteriori informazioni quali ad esempio l'eventuale codice di esenzione per patologia. Questo flusso informativo è stato integrato con altri archivi anagrafici al fine di individuare eventuali soggetti non presenti nella Nuova Anagrafe Regionale; il primo archivio utilizzato è stato quello dei residenti siciliani iscritti (per almeno un mese nel corso del 2011) al servizio sanitario di un'altra regione (flusso B); questo archivio ha permesso di incrementare la BDA di circa 25.000 soggetti. Il passo successivo è stato quello di integrare l'anagrafe regionale con l'anagrafe tributaria (SOGEI), che ha permesso di aggiungere circa 130.000 soggetti residenti in Sicilia nell'anno in studio alla BDA. Infine, è stato anche utilizzato il Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) per aggiungere e/o aggiornare l'eventuale data di decesso di ogni soggetto presente nella BDA.

Una volta costituita la base informativa relativa all'insieme dei soggetti residenti in Sicilia questa è stata integrata con le informazioni relative ai consumi di prestazioni sanitarie. La tecnica che ha permesso di integrare le diverse fonti di dati è quella del record linkage deterministico, che consiste nel processo di confronto di record provenienti da due o più archivi differenti con l'obiettivo di determinare quali coppie si riferiscano allo stesso soggetto attraverso l'utilizzo di una chiave anonima, comune ed unica.

Il primo flusso di prestazioni sanitarie integrato nella BDA sono state le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Si tratta di un flusso costituito da circa 800.000 ricoveri in strutture regionali e di circa 55.000 in strutture fuori regione. Il record-linkage è risultato valido per il 96% dei soggetti, ovvero solamente il 4% dei soggetti con almeno un ricovero ospedaliero non ha trovato corrispondenza nella base dati informativa. Le informazioni disponibili dalla SDO sono svariate, tuttavia, in BDA sono state mantenute soltanto le informazioni, per ogni soggetto, sul numero e tipo di ricovero effettuato, numero di giorni di degenza e costo di ogni ricovero.

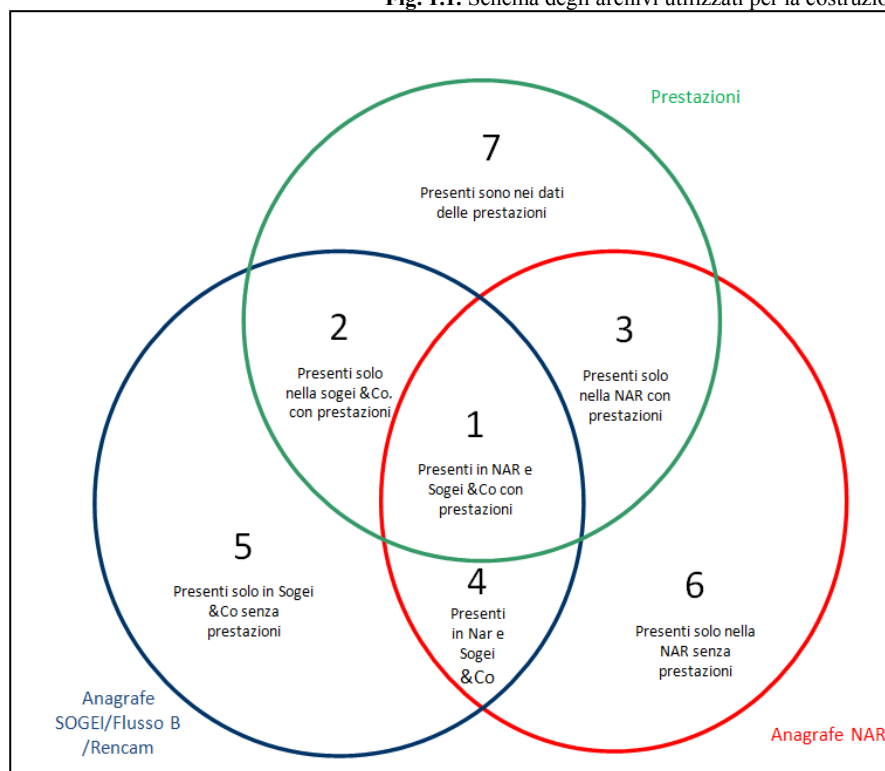
Altro flusso integrato è quello delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; flusso costituito da 17 milioni di ricette effettuate in regione e 400.000 ricette fuori regione. In questo caso, il record-linkage è risultato valido per il 93% dei soggetti. Le informazioni derivate da tale flusso ed integrate nella BDA sono: il numero di ricette prescritte, il numero di prestazioni

effettuate, la spesa sostenuta distinta per macro branca di appartenenza (diagnostica, attività clinica, laboratorio). E' stato linkato anche il flusso delle prestazioni farmaceutiche; trattasi di circa 57 milioni di ricette erogate in regione e 320.000 ricette erogate fuori regione, per il 2011. Il record-linkage è risultato valido per il 90% dei soggetti. Le informazioni disponibili per ogni soggetto sono: il numero di ricette prescritte, il numero di farmaci erogati, il Defined Daily Dosage e la spesa sostenuta. L'ultimo flusso integrato è il Day Service, flusso che annovera un complesso di prestazioni che vengono erogate in regime ambulatoriale nei Centri di Assistenza Territoriale. Tale flusso è costituito, per il 2011, da circa 94.000 ricoveri. Anche in questo caso il record linkage è risultato abbastanza elevato, con una percentuale di link pari a circa il 97%. Infine, sono stati presi in considerazione tutti i soggetti non linkati; di questi si è scelto di inserire coloro che risultassero presenti in almeno due dei flussi descritti precedentemente. Tale scelta ha permesso di aggiungere ulteriori 50.000 soggetti circa alla BDA.

Tabella 1.1. Archivi utilizzati per la costruzione della BDA e rispettiva numerosità, Anno 2011.

ID Archivi	Denominazione archivi	Numero di soggetti	%
1	NAR-SOGEI-RENCAM – FLUSSO B con Prestazioni	4.104.179	77,3
2	SOGEI-RENCAM – FLUSSO B e Prestazioni	76.154	1,4
3	NAR e Prestazioni	53.586	1,0
4	NAR-SOGEI-RENCAM - FLUSSOB	882.837	16,6
5	SOGEI-RENCAM - FLUSSOB	75.547	1,4
6	NAR	64.200	1,2
7	Solo Prestazioni	53.741	1,0

Fig. 1.1. Schema degli archivi utilizzati per la costruzione della BDA



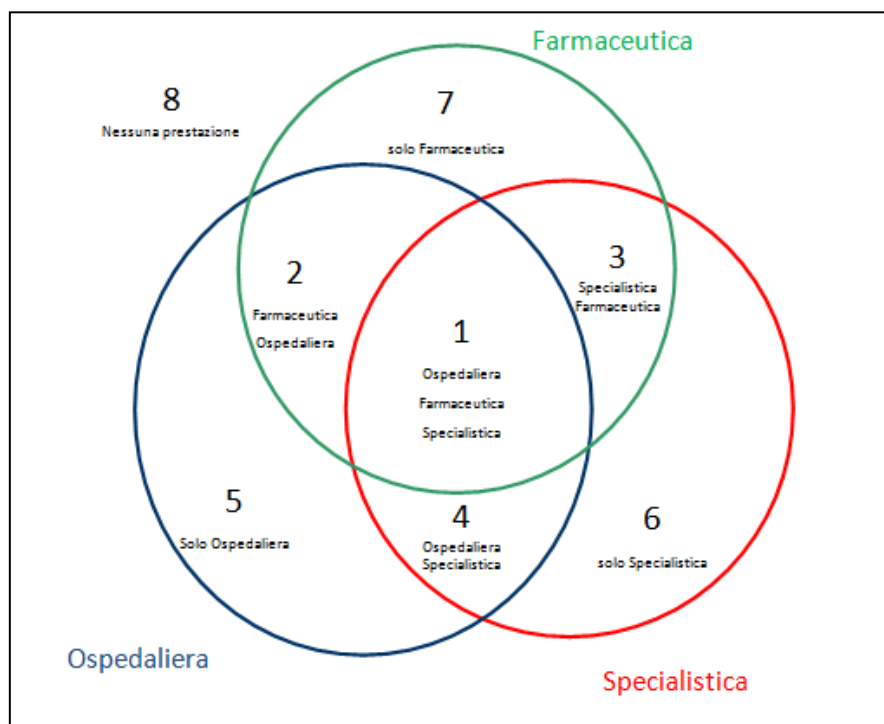
L'analisi della figura 1.1, unitamente all'analisi dei risultati riportati in tabella 1.1., mostra come la BDA così creata risulta composta da soggetti presenti contemporaneamente in più di un archivio anagrafico per il 94% (di cui il 77% ha effettuato almeno una prestazione nel corso dell'anno e il 16,6% non ha invece effettuato nessuna prestazione). Provengono esclusivamente dalla NAR il 2,2% dei soggetti (di cui 1,2% non hanno effettuato nessuna prestazione nel corso del 2011). Il 2,8% dei soggetti è presente esclusivamente negli archivi Sogei, Flusso B e ReNCaM. Ed infine circa l'1% dei soggetti è presente esclusivamente nei flussi delle prestazioni.

Tabella 1.2. Numerosità dei soggetti fruitori di prestazioni sanitarie, Anno 2011.

ID Flussi	Denominazione flussi	Numero di soggetti	%
-----------	----------------------	--------------------	---

1	Ospedaliera-Specialistica-Farmaceutica	525.612	9,9
2	Ospedaliera-Farmaceutica	82.872	1,6
3	Specialistica-Farmaceutica	2.134.661	40,2
4	Ospedaliera-Specialistica	47.925	0,9
5	Solo Ospedaliera	36.217	0,7
6	Solo Specialistica	390.945	7,4
7	Solo Farmaceutica	1.069.406	20,1
8	Nessuna prestazione	1.022.606	19,3

Fig. 1.2. Schema delle prestazioni per flussi utilizzati



L'analisi della figura 1.2 unitamente all'analisi dei risultati riportati in tabella 1.2., mostra come il 19% dei soggetti nel corso dell'anno 2011 non ha effettuato nessuna prestazione sanitaria. Il 9,9% ha invece effettuato nel corso del 2011 sia un ricovero ospedaliero che una prestazioni specialistica ed ha anche assunto un farmaco. Meno dell'1% ha effettuato sia un ricovero che una prestazione specialistica ambulatoriale. E il 40% ha effettuato sia una prestazione specialistica che ha assunto un farmaco. Da notare inoltre che il 20% della popolazione residente ha usufruito nel corso del 2011 solamente di prestazioni farmaceutiche.

2. La spesa per prestazioni dei residenti in Sicilia

L'analisi delle spese per prestazioni dei residenti in Sicilia rappresenta una fonte informativa di fondamentale importanza per individuare le principali determinanti della spesa sanitaria dovuta agli assistiti, nonché per individuare alcune situazioni "anomale" sulle quali eventualmente intervenire.

In prima analisi è stata considerata la spesa complessiva dei residenti in Sicilia, derivante dalla somma tra spesa per prestazioni inerenti l'area ospedaliera (ricoveri), spesa per prestazioni specialistiche e spesa per farmaceutica. In tabella 2.1 si riportano le principali statistiche descritte relative alla spesa per le diverse categorie (ospedaliera, specialistica e farmaceutica), al 2011, in termini complessivi e con la distinzione tra spese in regione e fuori regione. Questa analisi preliminare ha avuto anche l'obiettivo di individuare alcune eventuali anomalie presenti nelle fonti informative utilizzate, di cui si dirà meglio in seguito.

Dall'analisi dei risultati in tabella 2.1, si osserva come, nel 2011, la spesa complessiva per le tre tipologie prese in considerazione ammonta a 4 miliardi e 500 milioni di euro circa. Di questi circa 237 milioni sono relativi a prestazioni fruite fuori dalla Sicilia. Si osserva come il 55% circa della spesa complessiva sia relativa a prestazioni di natura ospedaliera, il 18,5% all'area specialistica ed il 26,5% circa alla farmaceutica. In termini di numero di soggetti, si osserva come su un totale di 5 milioni e 300 mila residenti presenti in BDA, "solo" il 13% circa ha fruito di prestazioni ospedaliere nell'anno in esame, mentre circa il 58% ha fruito di prestazioni dell'area specialistica e il 72% circa ha fruito di prestazioni della farmaceutica.

Complessivamente, risulta che l'81% circa dei soggetti presenti in BDA ha fruito, nel 2011, di almeno una delle tre tipologie di prestazioni prese in esame.

Con riferimento alla regione di fruizione delle diverse prestazioni, si osserva come il 2,8% circa di soggetti ha fruito di almeno una prestazione al di fuori della Sicilia. La spesa complessiva per prestazioni fuori regione ammonta a 237 milioni di euro circa, pari al 5,2% circa della spesa complessiva. Sempre con riferimento alla mobilità (argomento analizzato con maggior dettaglio nella sezione 3), si osserva come la quota maggiore di spesa fuori regione derivi da prestazioni di natura ospedaliera (84%). Inoltre, la spesa media dei fruitori di prestazioni ospedaliere fuori regione è sensibilmente più elevata rispetto alla spesa media dei fruitori in regione, risultando pari a circa 5 mila e 200 euro, contro i 3 mila e 400 dei fruitori in regione. Ciò in quanto le prestazioni ospedaliere fuori regione coinvolgono in genere una casistica più grave del normale, alla quale corrispondono interventi più costosi.

Tabella 2.2. Principali statistiche descrittive delle spese degli assistiti presenti nella BDA, per tipologia, Anno 2011.

Tipologia spesa	Totale fruitori	Spesa (€)	Spesa media (€)	Dev. Std. (€)	99° percentile (€)	Massimo (€)
Ospedaliera	692.229	2.480.645.467	3.583,56	6.397,57	25.068,59	649.120,50
<i>In regione</i>	664.243	2.280.296.646	3.432,92	6.030,23	23.775,35	649.120,50
<i>Fuori regione</i>	38.150	200.348.821	5.251,60	8.988,93	38.873,04	253.732,03
Specialistica	3.099.108	842.726.137	271,93	1.240,26	1.948,90	65.291,91
<i>In regione</i>	3.051.742	812.975.501	266,40	1.233,79	1.855,85	65.291,91
<i>Fuori regione</i>	107.460	29.750.636	276,85	824,04	3.072,87	41.389,90
Farmaceutica	3.812.516	1.210.263.786	317,44	661,65	2.469,21	356.656,74
<i>In regione</i>	3.788.698	1.203.198.742	660,36	101,30	2.468,04	356.656,74
<i>Fuori regione</i>	49.942	7.065.044	141,46	529,67	1.517,17	85.342,50
Totale	4.287.616	4.533.635.390	1.057,38	3.361,71	13.606,70	649.120,50
<i>In regione</i>	<i>4.246.760</i>	<i>4.296.470.889</i>	<i>1.011,71</i>	<i>3.167,60</i>	<i>12.875,56</i>	<i>649.120,50</i>
<i>Fuori regione</i>	<i>149.851</i>	<i>237.164.501</i>	<i>1.582,67</i>	<i>5.251,19</i>	<i>19.842,50</i>	<i>256.441,83</i>

Altro aspetto che è importante rilevare in tabella 2.2 è dato dall'evidente presenza di valori fuori campo (*outliers*) per tutte le tipologie di prestazioni prese in esame. L'analisi delle ultime due colonne della tabella 2.2, infatti, mostra come vi siano forti differenze tra i valori soglia del 99% degli assistiti ed il valore massimo delle diverse distribuzioni prese in esame. Facendo, ad esempio, riferimento alla spesa specialistica, mentre il 99% dei soggetti presenta valori pro-capite della spesa non oltre i mille e 900 euro circa, nell'ultimo 1% della distribuzione ritroviamo soggetti con valori della spesa che giungono sino ad un massimo di 65 mila euro. Considerazioni simili valgono anche con riferimento alle spese di natura ospedaliera e farmaceutica. Rinviano ad un prossimo lavoro l'analisi dettagliata delle diverse tipologie di spesa desunte dalla BDA, la prossima sezione è dedicata all'analisi della mobilità extra-regionale.

3. La mobilità extra-regionale dei residenti in Sicilia: aspetti definitivi

Lo studio della mobilità si rivela di particolare importanza, sia perché esso coinvolge aspetti di natura economica di trasferimenti da una regione all'altra, sia perché, per certi aspetti, essa può servire quale indicatore della qualità dell'assistenza erogata dalle diverse regioni. In generale, si distingue la mobilità passiva dalla mobilità attiva. La mobilità passiva è definita dai soggetti residenti in regione che fruiscono dell'assistenza sanitaria in regioni diverse da quella di appartenenza. Ciò può avvenire per svariate ragioni: a) fattori di natura casuale, determinati dal fatto che il soggetto si trova accidentalmente (es. turismo) al di fuori della regione di residenza nel momento in cui in sorge il bisogno dell'assistenza sanitaria; b) fattori determinati da una precisa scelta del soggetto di ricorrere all'assistenza fuori regione, anche in questo caso i fattori determinanti la scelta possono essere svariati (es. opinioni negative sulla qualità dell'assistenza fornita in regione, buona reputazione di alcune strutture operanti all'esterno della regione di residenza; indisponibilità di alcuni servizi nella regione di residenza; ecc.); c) fattori di natura "sistematica" determinati dal fatto che il soggetto si trova sistematicamente fuori regione, per motivi principalmente di lavoro. In maniera speculare, la mobilità attiva riguarda tutte le prestazioni erogate nella regione presa in considerazione a soggetti che non risiedono in regione. Essa può essere utilizzata anche per definire la 'generica' capacità di attrazione delle regione, sotto il profilo dell'assistenza sanitaria.

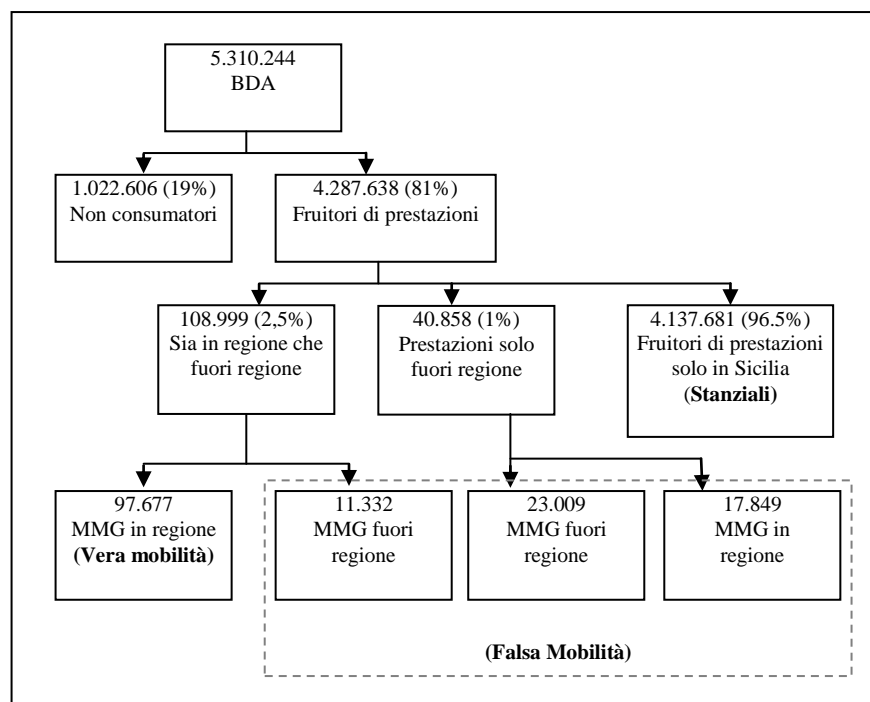
Esistono appositi flussi informativi per la mobilità attiva e passiva le cui finalità sono principalmente legate alla compensazione economica intra-regionale. Attraverso l'impiego della BDA è stato distinguere diversi insieme di soggetti in relazione ad alcune caratteristiche. In particolare, sono stati distinti:

- Soggetti che fruiscono di prestazioni solo in Sicilia (d'ora in poi chiamati *stanziali*);
- Soggetti che fruiscono di prestazioni sia in regione che fuori regione, ma con medico di medicina generale (MMG) in regione (che d'ora in poi definiti come *Vera Mobilità*);
- Soggetti che fruiscono di prestazioni sia in regione che fuori regione ma con il medico di medicina generale (MMG) fuori regione (d'ora in poi definiti come *Falsa Mobilità*);
- Soggetti che fruiscono di prestazioni solo fuori regione, con o senza il medico fuori regione (anche questo gruppo ricompreso nella cosiddetta *Falsa Mobilità*).

In figura 3.1 è mostrato un prospetto riepilogativo dei diversi insieme selezionati a partire dalla BDA. Come si osserva in figura 3.1, la BDA è costituita da poco più di 5 milioni e 300 mila soggetti, un milione dei quali non ha fruito di alcuna prestazione (ospedaliera, specialistica o farmaceutica) nel 2011. Del rimanente 81% dei soggetti, il 96,5% ha fruito di prestazioni soltanto in Sicilia e sono stati pertanto etichettati come 'Stanziali'. Il rimanente 3,5%, che costituisce la mobilità

complessiva, invece ha fruito di prestazioni (di qualsiasi natura esse siano: ospedaliere, specialistiche o farmaceutiche) o soltanto fuori regione (1%), oppure sia in regione che fuori (2,5%). Questo insieme è stato ulteriormente suddiviso in relazione alla residenza del Medico di Medicina Generale (MMG), come sopra descritto, dando luogo ai due insiemi di ‘vera mobilità’ e ‘falsa mobilità’.

Fig. 3.1. La struttura della mobilità attraverso la banca dati assistito (BDA).



3.2. La mobilità extra-regionale: analisi dei costi delle prestazioni per tipologia di mobilità

Si è visto come, con riferimento ai flussi analizzati (Ospedaliero, Specialistica e Farmaceutica) la mobilità in Sicilia, nel 2011, abbia interessato il 3,5% dei soggetti. In tabella 3.1 è mostrata la distribuzione delle spese complessive per le diverse tipologie prestazioni considerate. Si osserva come la spesa per mobilità, per i tre flussi considerati, ammonti al 2011 a circa 237 milioni di euro, quota che risulta intorno al 5% della spesa sanitaria complessiva regionale per le tre branche considerate. L'ammontare maggiore si concentra nell'area ospedaliera dove le spese per mobilità passiva ammontano a circa 200 milioni di euro, seguono le spese per la specialistica con un valore di poco inferiore ai 30 milioni di euro ed infine la farmaceutica con un valore di spesa al 2011 nell'ordine dei 7 milioni di euro. Guardando alla distinzione operata tra vera e falsa mobilità si osserva come gran parte della spesa, in una quota di poco oltre l'80% sia attribuibile alla cosiddetta vera mobilità, mentre la spesa della falsa mobilità si attesta intorno al 19,4%, con un valore di poco al di sotto dei 46 milioni di euro.

Tabella 3.3. La spesa per mobilità passiva in relazione ai diversi flussi considerati, distinta tra vera e falsa mobilità, Sicilia, Anno 2011.

Flussi	Soggetti	Ospedaliera (€)	Specialistica (€)	Farmaceutica (€)	Totale (€)	%
Vera Mobilità	97.667	168.825.218	20.734.906	1.731.949	191.292.074	80,6
Falsa Mobilità	52.190	1.573.676	9.017.344	5.333.095	45.924.116	19,4
Totale Mobilità	149.857	200.398.895	29.752.251	7.065.044	237.216.190	5,0
<i>Spesa interna dei soggetti in mobilità</i>		<i>106.537.850</i>	<i>45.661.312</i>	<i>46.068.656</i>	<i>198.267.817</i>	<i>4,2</i>
Stanziali	4.137.781	2.174.095.435	770.391.708	1.157.151.837	4.101.638.980	86,6
Totale	4.287.638	2.481.032.180	845.805.270	1.210.285.536	4.537.122.987	100

Appare a questo punto interessante analizzare la composizione della spesa per i tre flussi di prestazioni presi in esame tra le diverse tipologie di mobilità, nonché questi tra ed i cosiddetti stanziali. In figura 3.2 si osserva come la composizione della spesa in relazione ai tre flussi presi in esame appaia piuttosto diversa tra vera mobilità, falsa mobilità e stanziali. In particolare, si osserva come le prestazioni di natura ospedaliera per la vera mobilità incidano in maniera maggiore rispetto alla falsa mobilità ed agli stanziali. Per la vera mobilità, infatti, le spese ospedaliere rappresentano circa l'88% del totale della spesa per mobilità, seguono le spese per la specialistica con un ammontare intorno al 10% del totale della spesa in mobilità, mentre la farmaceutica rappresenta solo l'1% del totale della spesa. Appare diversa invece la composizione della spesa per i soggetti della cosiddetta falsa mobilità e per gli stanziali, dove le tre categorie di spesa sono distribuite in modo meno eterogeneo rispetto alla vera mobilità. Ciò è verosimilmente dovuto proprio dal fatto che chi si reca fuori regione appositamente per fruire di prestazioni sanitarie, presenta problematiche di salute che richiedono prestazioni ospedaliere molto costose (es. tumori). Al contrario, i soggetti in falsa mobilità, dal momento che nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti che risiedono stabilmente fuori regione, presentano dei consumi di prestazioni molto simili a quelli dei soggetti stanziali, in quanto il loro essere fuori regione non è determinato da aspetti di natura sanitaria, bensì da altre ragioni (es. di lavoro).

In figura 3.3 sono riportati i valori della spesa pro-capite per tipologia di prestazione ed in relazione ai diversi insiemi di soggetti considerati (vera mobilità, falsa mobilità e stanziali). Anche in questo caso si osserva come i valori della spesa pro capite per prestazioni ospedaliere siano nettamente più elevati per i soggetti in vera mobilità, confermando che le tipologie di prestazioni fruite dai soggetti in vera mobilità siano in genere più costose e dunque spia di patologie più gravi. Al contrario, i valori della spesa pro capite per la falsa mobilità e per gli stanziali sono molto simili per tutte le tipologie di prestazioni considerate, ad eccezione della farmaceutica che si presenta con valori leggermente più elevati per gli stanziali rispetto ai soggetti in falsa mobilità.

Fig. 3.2. La composizione della spesa per tipologia di mobilità.

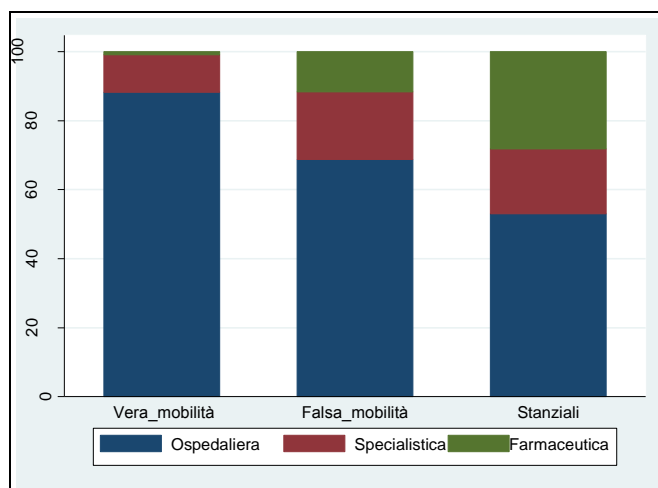
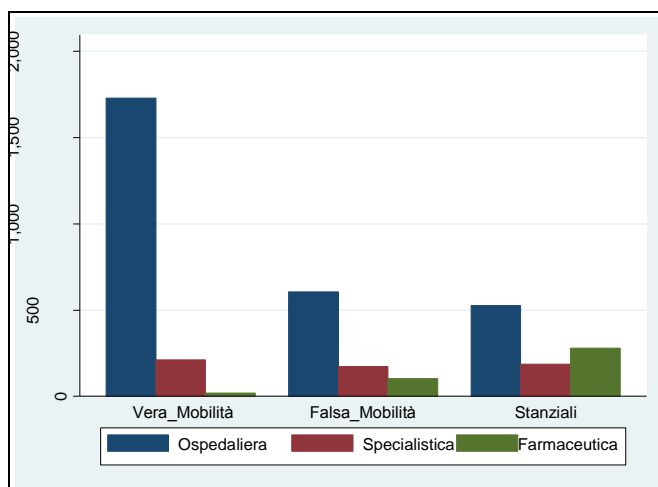


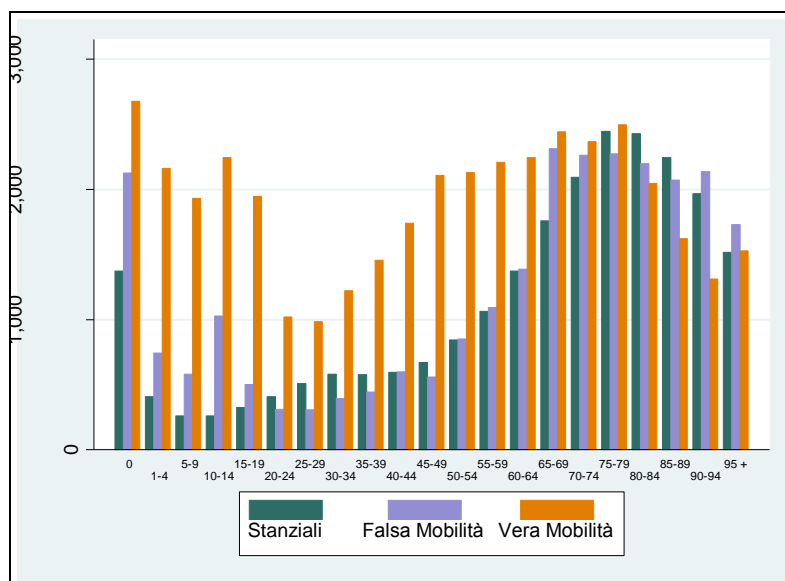
Fig. 3.3 Valori della spesa procapite per tipologia di prestazione e di mobilità..



Il grafico in figura 3.4 riporta invece la distribuzione delle spesa pro capite complessiva per i diversi insiemi di soggetti considerati, per classi di età. L'analisi della distribuzione della spesa per classi di età suggerisce interessanti spunti interpretativi. Si osserva come mentre l'andamento della spesa pro-capite per la falsa mobilità e per gli stanziali segua sostanzialmente lo stesso andamento, l'andamento della spesa pro capite per la vera mobilità è abbastanza diverso con valori più elevati della spesa in corrispondenza delle classi di età dalla 35-39 anni sino alla 75-79. Per valori dell'età superiori agli 80

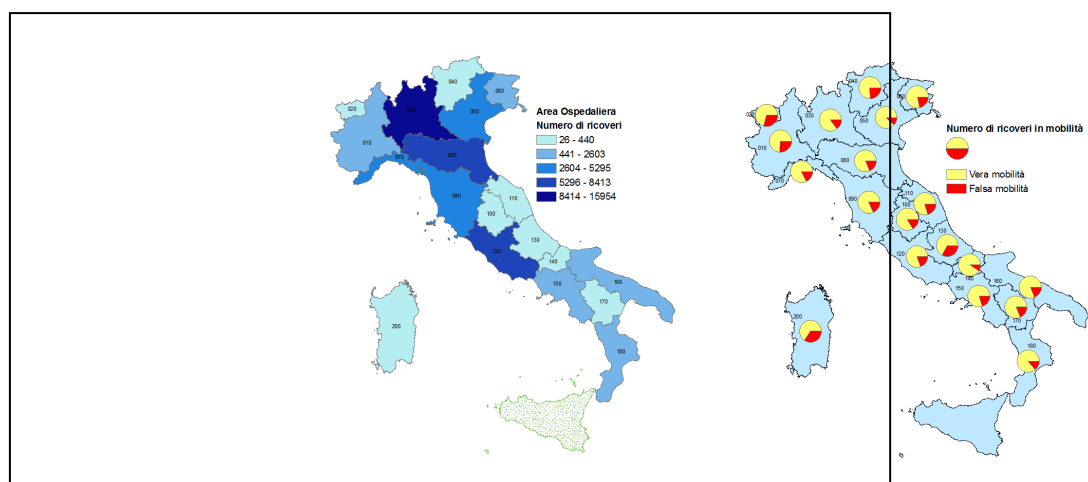
anni, invece, la spesa pro capite per vera mobilità decresce molto più velocemente rispetto alla falsa mobilità ed agli stanziali. Questo può essere giustificato come una sorta di atteggiamento di rinuncia da parte di parenti di soggetti anziani a ricorrere a cure ospedaliere al di fuori della regione, per patologie particolarmente gravi. D'altra parte anche i valori sistematicamente più elevati della spesa pro capite per fasce di età inferiori agli 80 anni suggerisce che si tratti proprio di soggetti affetti da patologie più gravi che richiedono trattamenti in genere più costosi.

Fig. 3.4. Spesa procapite per classi di età, per le diverse categorie di mobilità.



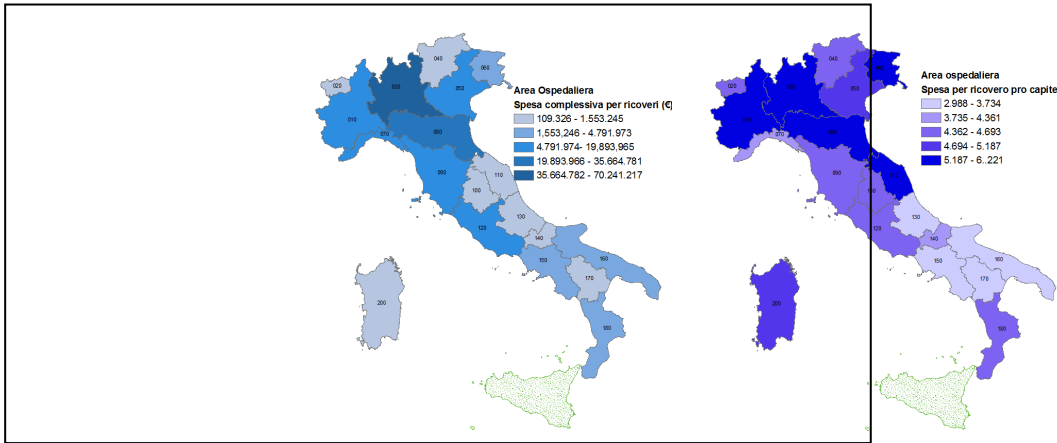
Passando ora ad analizzare le diverse regioni d'Italia interessate dalla mobilità di soggetti residenti in Sicilia, le cartografie riportate in figura 3.5 mostrano la ripartizione del numero complessivo dei ricoveri per regione e della composizione degli stessi ricoveri distinti tra vera e falsa mobilità. In primo luogo va notato come sia in assoluto la Lombardia la regione ad essere interessata dal maggior numero di ricoveri di soggetti residenti in Sicilia (con un valore pari a circa 16 mila ricoveri nel 2011), seguita dal Lazio e dall'Emilia Romagna, con valori dei ricoveri di soggetti siciliani nel 2011 tra i 5 e gli 8 mila. Se guardiamo invece alla composizione della spesa, si osserva come la vera mobilità incida maggiormente rispetto alla falsa in regioni quali Lombardia, Lazio e Veneto; al contrario, regioni quali l'Abruzzo, la Sardegna o la Val d'Aosta, presentano una maggiore quota di soggetti in falsa mobilità rispetto alle altre regioni.

Fig. 3.5. Numero di ricoveri per regione di destinazione e composizione dei ricoveri per regione di destinazione distinti tra vera e falsa mobilità



Le cartografie riportate in figura 3.6, invece, mostrano la ripartizione della spesa complessiva e della spesa pro capite per regione di destinazione.

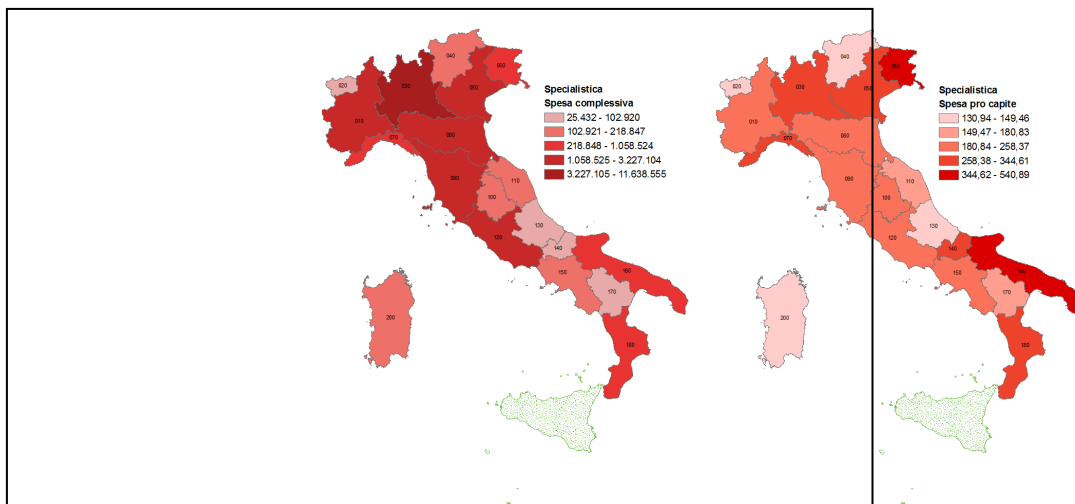
Fig. 3.6. Spesa complessiva e pro capite per ricoveri di soggetti residenti in Sicilia per regione



Appare interessante notare come, mentre i valori della spesa complessiva sembrano ricalcare la ripartizione dei ricoveri, se si guarda alla spesa pro capite si osserva come anche il Piemonte, il Friuli Venezia Giulia e le Marche siano caratterizzati da elevati valori della spesa pro capite. Inoltre, la presenza di valori relativamente elevati sia dei ricoveri che della spesa (complessiva e pro capite) in Calabria, possa fare pensare anche ad alcune forme di mobilità che potremmo definire di 'prossimità'.

Procedendo con l'analisi delle prestazioni relative all'area specialistica, in figura 3.7 sono riportate le cartografie relative alla spesa complessiva e pro capite per regione di fruizione della prestazione. Mentre la distribuzione della spesa complessiva ricada nelle regioni già viste con riferimento all'area ospedaliera, con riferimento alla distribuzione della spesa pro capite si osservano valori più elevati in corrispondenza della regione Puglia e del Friuli Venezia Giulia.

Fig. 3.7. Spesa complessiva e pro capite per prestazioni specialistiche di soggetti residenti in Sicilia per regione



Passando infine all'analisi della distribuzione della spesa per l'area Farmaceutica, in figura 3.8 si riporta la distribuzione della spesa complessiva e della spesa pro capite dei soggetti residenti in Sicilia. Si osserva anche in questo caso come le regioni in cui la spesa complessiva risulta essere più elevata sono la Lombardia, il Lazio e l'Emilia Romagna, mentre il Lazio e la Lombardia figurano anche tra le regioni in cui i valori della spesa pro capite risultano più elevati. Anche in questo caso, i valori relativamente elevati della spesa con riferimento alla Calabria suggeriscono forme di mobilità di prossimità anche per la farmaceutica.

Infine, in figura 3.9 è mostrata la composizione della spesa complessiva per le diverse tipologie di prestazioni. La cartografia in figura 3.9 può essere utile al fine di evidenziare quei contesti nei quali la spesa ospedaliera è notevolmente prevalente rispetto alle altre due tipologie di prestazioni. Questo è il caso ad esempio dell'Emilia Romagna e della Campania. Altri contesti, come ad esempio l'Abruzzo, la Sardegna e le Province Autonome di Trento e Bolzano, mostrano invece una ripartizione relativamente più equilibrata tra le tre tipologie di prestazioni, suggerendo, anche in questo caso una maggiore prevalenza di falsa mobilità.

Fig. 3.8. Spesa complessiva e pro capite per farmaceutica di soggetti residenti in Sicilia per regione

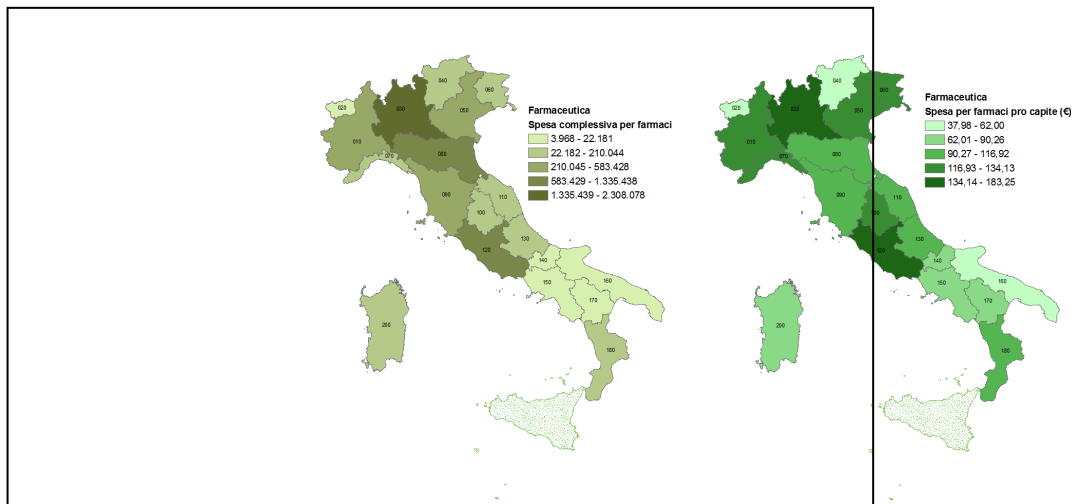
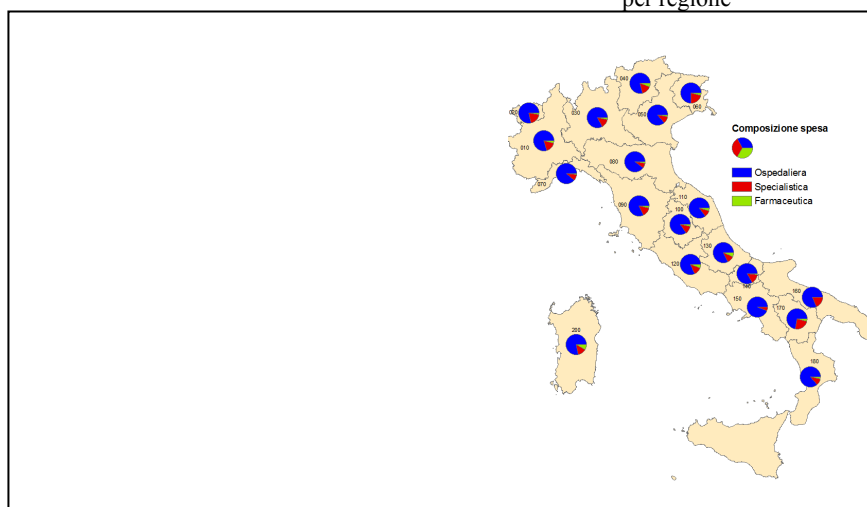


Fig. 3.9. Composizione della spesa complessiva per tipologia di prestazione e per regione di fruizione da parte di soggetti residenti in Sicilia per regione



4. Conclusioni

È noto come un fenomeno che spesso fa aumentare i costi della sanità senza modificare la qualità dell'assistenza è la mobilità sanitaria. D'altra parte, la mobilità sanitaria è un diritto dei cittadini che possono rivolgersi a qualsiasi struttura, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta ai propri bisogni (Zuccatelli, 2012). Pur consapevoli che la mobilità sanitaria vada analizzata in dettaglio e soprattutto in relazione a specifiche patologie, il presente report ha voluto mettere in evidenza i potenziali utilizzi della BDA quale strumento integrato in grado di affrontare diverse tematiche di natura più o meno complessa, a supporto della programmazione sanitaria. In particolare, la definizione della cosiddetta falsa mobilità ha consentito di mettere in luce come la mobilità sanitaria sia un fenomeno complesso e variegato che richiede maggiori approfondimenti sulle ragioni determinanti la mobilità stessa. È importante sottolineare, infatti, che in relazione alle ragioni determinanti la mobilità sanitaria saranno necessari interventi programmatori differenti. Invero, per quanto sia importante consentire al cittadino un libero accesso alle prestazioni sanitarie in relazione agli specifici bisogni, è altrettanto importante consentire una riduzione delle disuguaglianze di trattamento soprattutto per quei soggetti che, per le ragioni più svariate, non possono ricorrere a prestazioni erogate in strutture difficilmente accessibili.

Concludendo, appare evidente come il grande vantaggio della BDA consiste nella possibilità di disporre ed analizzare informazioni relative agli assistiti secondo un approccio integrato. I potenziali di utilizzo di tale base dati sono tra i più svariati: dall'analisi della spesa sanitaria attraverso un approccio integrato ad analisi di tipo epidemiologico basate su un sistema informativo molto più dettagliato e informativo di quanto siano le singole parti che costituiscono la BDA stessa. In questa sede sembra comunque opportuno sottolineare l'importanza che la BDA riveste a supporto della programmazione sanitaria, consentendo l'individuazione di specifiche aree di intervento prioritarie rispetto ad altre. Sviluppi futuri dell'analisi riguardano l'analisi della prevalenza di patologie desunte dalla BDA. Tale ambito di studi potrà certamente fornire utili indicazioni alla

programmazione, sia per finalità legate alla gestione dei costi che per la predisposizione di iniziative di prevenzione mirate sulle priorità specifiche della Regione.

Riferimenti bibliografici

Zuccatelli, G. (2012) La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare. In *La Mobilità Sanitaria, I Quaderni di Monitor, Age.Na.S.*, 9° suppl., n. 29, pp. 4-6.



UNIONE EUROPEA
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



Ministero
dello Sviluppo Economico



Il Ministro
per la Coesione Territoriale



Governo Italiano

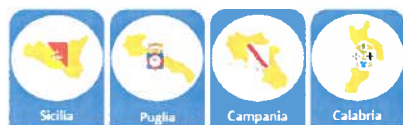
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Funzione pubblica



Ministero della Salute
Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento
del Servizio sanitario nazionale
Direzione generale della programmazione sanitaria

REGIONE	CALABRIA – CAMPANIA – PUGLIA – SICILIA
LINEA DI ATTIVITA' TRASVERSALE:	Supporto allo svolgimento delle diverse fasi del ciclo della programmazione

LT1 – Gruppo Programmazione Gruppo di coordinamento Agenas		
Coordinatore	Cesare Cislaghi	
	Francesca Giuliani	
	Valentina Arena	
	Simona Olivadoti	



PON Governance
e Assistenza Tecnica
2007-2013

UNA PA PER LA CRESCITA

age.n.a.s. Progetto
Operativo
Assistenza
Tecnica