

POAT SALUTE 2007 – 2013

LINEA DI ATTIVITA' TRASVERSALE 2:

Supportare la definizione e l'utilizzo di modelli e strumenti per integrare la VIS
nella programmazione

TICKET: IMPATTO SULLA SALUTE IL CASO PUGLIA

REGIONE: PUGLIA

PRODOTTO DEFINITIVO

INDICE

1.	IL CASO PUGLIA.....	3
2.	LA VIS DELL'INTERVENTO	4
2.1.	SOGGETTI DA COINVOLGERE E RESPONSABILITÀ	4
2.2.	FONTI DEI DATI.....	5
3.	STRUTTURA, FASI, METODI E STRUMENTI DELLA VIS.....	6
3.1.	SCREENING	6
3.2.	SCOPING	8
3.3.	APPRAISAL	9
3.4.	REPORTING.....	22
3.5.	MONITORING.....	22

1. IL CASO PUGLIA

L'analisi condotta in Regione Puglia ha previsto la selezione degli assistiti presenti almeno per 1 giorno nell'anagrafe pugliese dell'anno 2011 ed utilizzando procedure di record-linkage con il registro delle esenzioni della Regione Puglia.

Una volta selezionata tale coorte di assistiti sono stati definiti due intervalli temporali di riferimento:

- 1 Gennaio 2011 – 30 Settembre 2011
- 1 Ottobre 2011 – 31 Dicembre 2011

Tali intervalli sono stati definiti alla luce degli interventi normativi regionali che hanno modificato le fasce di esenzione ed in particolare la DGR 21 giugno 2011, n. 1391 che è intervenuta modificando il vigente sistema di esenzioni totali per reddito che prevedeva l'esenzione totale per soli nuclei familiari con reddito inferiore di 29.000 €, abbassando tale soglia a 18.000 €. Tale delibera regionale, seppur nelle intenzioni del legislatore di immediata applicazione, ha prodotto i primi risultati, in termini di riduzione del numero di esenti, solo a partire dal mese di ottobre. Da qui la scelta di selezionare i sopracitati intervalli temporali.

2. LA VIS DELL'INTERVENTO

A seguito di una prima valutazione e di una rapida disamina della letteratura scientifica accessibile*, l'introduzione dei ticket è stata ritenuta una iniziativa potenzialmente influenzante la salute della popolazione e si è pertanto deciso di sottoporla a VIS (valutazione di impatto sulla salute).

2.1. Soggetti da coinvolgere e responsabilità

I decisori politici di riferimento responsabili dell'introduzione di forme di compartecipazione e i possibili portatori di interesse (stakeholders) potenzialmente interessati a livello istituzionale, tecnico e di comunità che sono stati contattati e coinvolti nel processo di VIS sono riportati nella griglia seguente. Essa valuta non solo l'eventuale necessità di coinvolgimento dello stakeholder ma definisce anche le modalità di raccolta del suo contributo, definendo con precisione ruolo e funzione dello stakeholder all'interno della VIS.

Tab. 1 - Griglia degli stakeholders

LIVELLO ISTITUZIONALE	NECESSITA' COINVOLGIMENTO	DI	MODALITA' DI COINVOLGIMENTO
Ministero delle Salute	bassa		Partecipazione alle attività di informazione
Assessorato Regionale alla Salute	alta		Partecipazione al tavolo tecnico
Assessorato Regionale al Welfare	alta		Partecipazione alle attività di informazione
LIVELLO TECNICO			
Rappresentanti MMG	media		Partecipazione alle attività di informazione
Rappresentanti Ospedalità Privata	media		Partecipazione alle attività di informazione
Rappresentanti Specialistica privata accreditata	media		Partecipazione alle attività di informazione
Rappresentanti Industria del farmaco	media		Partecipazione alle attività di informazione
Rappresentanti Industria dispositivi medici	media		Partecipazione alle attività di informazione
ASL/Direttori distretti sociosanitari	alta		Partecipazione al tavolo tecnico
URP	alta		Partecipazione al tavolo tecnico
LIVELLO DI POPOLAZIONE			
Associazioni di categoria	alta		Partecipazione al tavolo tecnico
Rappresentanti dei cittadini	alta		Partecipazione al tavolo tecnico
Associazioni di pazienti	alta		Partecipazione al tavolo tecnico

Il coinvolgimento, nella fase di screening, delle associazioni di categoria, dei CCM e degli URP delle ASL e delle Aziende della Regioni, è avvenuto seguendo le modalità previste nelle linee guida della VIS. In particolare, in un prima fase, è stata presentata l'iniziativa ed i potenziali impatti sulla salute delle politiche di copayment e quindi l'opportunità di procedere con una valutazione di impatto. Terminata tale fase sono state definite le modalità di coinvolgimento dei portatori di interesse ed in particolare la loro partecipazione a riunioni operative ed alle attività di comunicazione degli obiettivi, dei metodi e successivamente dei risultati presso i cittadini.

*

Muraro G (1987), I metodi economici di controllo della spesa sanitaria: possibile ruolo del ticket. F. Angeli, Milano, pp. 225-243.

Carrieri V (2008), Gli effetti delle compartecipazioni alla spesa sanitaria: una ricognizione dell'evidenza empirica, CRISS –Centro di Ricerca Interuniversitario sullo Stato Sociale, Working Paper, N. 40.

Pauly MV, Blavin FE (2008), Moral hazard in insurance, valuebased cost sharing, and the benefits of blissful ignorance, Journal of Health Economics, 27, 1407–1417.

Rebba V (2009), I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure? Politiche sanitarie, 10 (4): 221-242.

E.Menditto, A. Citarella, V. Orlando, S. Cammarota (2011) "Le politiche di compartecipazione alla spesa farmaceutica" –CIRFF Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione –Univ. degli studi di Napoli "Federico II".

Dirindin N (2011), Un ticket che porta alla sanità privata. - <http://www.lavoce.info/articoli/pagina1002439.html>.

Federfarma (2011). La spesa farmaceutica SSN: Dati di spesa farmaceutica gennaio-giugno 2011.

G. Costa, T. Spadea e A. Petrelli (2012) Cost sharing, salute ed equità nella salute - in <http://www.agenas.it/copayment.htm>

2.2. Fonti dei Dati

A livello metodologico, al fine di pianificare e velocizzare la raccolta dei dati, sono state consultate le seguenti fonti dati. Di seguito l'elenco delle fonti consultate con relativo ufficio competente e il massimo livello di dettaglio del dato raggiungibile a livello Regionale.

Tab.2 - Fonti dei Dati

SANITARI		
NOME	UFFICIO COMPETENTE	LIVELLO DETTAGLIO
Flusso ricoveri ospedalieri	Sistemi Informativi e Flussi Inf. (Assessorato)	Comune residenza
Flusso prestazioni specialistiche	Sistemi Informativi e Flussi Inf. (Assessorato)	Comune residenza
Flusso farmaceutica convenzionata	Sistemi Informativi e Flussi Inf. (Assessorato)	Comune residenza
Flusso art.50	Sistemi Informativi e Flussi Inf. (Assessorato)	Comune residenza
Anagrafe assistiti	Sistemi Informativi e Flussi Inf. (Assessorato)	Comune residenza
Anagrafe assistiti esenti ticket	Sistemi Informativi e Flussi Inf. (Assessorato)	Comune residenza
Nomenclatore codifiche esenzioni	Ministero	Singola tipologia esenzione
Anagrafe strutture private accreditate	Accreditamento e program. San. (Assessorato)	Comune - singola struttura
Anagrafe strutture territoriali	Accreditamento e program. San. (Assessorato)	Comune - singola struttura
Anagrafe strutture di ricovero	Accreditamento e program. San. (Assessorato)	Comune - singola struttura
Nomenclatore tariffario prest. ambulatoriali	Accreditamento e program. San. (Assessorato)	Singola prestazione
Nomenclatore tariffario ricoveri ospedalieri	Accreditamento e program. San. (Assessorato)	Singolo DRG
	Area Qualità Accred. e formazione (Ares)	Singolo pz-Comune residenza
Indagini ad hoc (questionario per la rilevazione delle prestazioni out of pocket)	URP	ASL e Aziende
Modelli CE	Servizio Gestione accentrata finanza sanitaria pugliese	12 Trimestri
NON SANITARI		
NOME	UFFICIO COMPETENTE	LIVELLO DETTAGLIO
Reddito	Agenzia delle Entrate	ASL/comune
PIL	EUROSTAT	Nazionale

3. STRUTTURA, FASI, METODI E STRUMENTI DELLA VIS

3.1. Screening

L'entità della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini risulta influenzata dalle politiche nazionali e dalle scelte di politica sanitaria messe in atto nelle singole regioni che, come prevede la normativa nazionale in vigore, per far fronte al proprio disavanzo, possono adottare misure mirate al contenimento della spesa sanitaria.

Negli anni la logica delle strategie di compartecipazione è mutata trasformando il ticket da strumento di responsabilizzazione dei cittadini (mirato soprattutto a ridurre il rischio di *moral hazard*) e controllo dei costi attraverso l'appropriato utilizzo di risorse, a una forma sempre più importante di finanziamento della sanità e di riduzione dei disavanzi regionali.

L'effetto dell'introduzione del ticket dipende da molti fattori fra cui la presenza di un'offerta privata concorrenziale rispetto al settore pubblico, la possibilità di ricorrere a forme di elusione del ticket oltre che il regime di esenzioni ad esso associato.

Il decisore, infatti, spesso affianca all'introduzione dei ticket il sistema delle esenzioni che si esercita secondo la capacità contributiva e secondo il bisogno di salute dell'assistito. Il policymaker riconosce che ci sono due meccanismi attraverso cui il ticket può impattare sulla salute: da un lato l'assistito potrebbe rinunciare ad una prestazione necessaria a causa del suo costo e dall'altro potrebbe comunque assicurarsi la prestazione, vedendosi costretto ad "ammortizzarne il costo" modificando comportamenti e consumi (abitudini alimentari, possibilità di svago, etc.) che comunque possono avere effetti positivi sulla salute. In entrambi i casi è verosimile che le persone socio – economicamente svantaggiate sono maggiormente vulnerabili a questi effetti.

L'introduzione di forme di compartecipazione dovrebbe essere supportata da evidenze in grado di prevedere sia i consumi sanitari per i quali si aspetta una riduzione, sia quali soggetti possano subire effetti sulla salute; infatti, accanto ad effetti diretti sui consumi e sui costi, indirettamente la politica del co-payment può produrre effetti traslativi tra diversi comparti del settore sanitario (pubblico – privato; territorio-ospedale; etc.) e, nel tempo, alimentare dinamiche ed effetti non desiderati che meriterebbero un approfondimento soprattutto in termini di esiti di salute.

La normativa regionale di riferimento ha subito negli anni numerose revisioni (in particolare il Piano di Rientro del debito sanitario prevedeva una riduzione di spesa ottenibile anche con la rimodulazione del sistema di compartecipazione dei cittadini alla spesa); si è assistito pertanto negli anni all'introduzione di nuove forme di compartecipazione ed alla diminuzione del numero degli esenti totali e parziali.

Alla luce di tali modifiche intervenute sul sistema delle esenzioni per reddito, (DGR 25 marzo 2008 n. 398, DGR 01 agosto 2008 n. 1501 e DGR 21 giugno 2011 n. 1391) sono stati studiati gli impatti che la compartecipazione alla spesa ha eventualmente determinato sulla salute della popolazione della Regione Puglia mettendo in evidenza i possibili determinanti influenzati dalla politica di co-payment e traendo spunto operativo da quegli elementi su cui l'intervento si intuisce possa avere un effetto negativo.

Probabilità che la proposta avrà un impatto su questo determinante della salute	Impatto/scores (da -10=molto negativo a +10 molto positivo; 0=nessun impatto)	Gruppi suscettibili
Condizioni sociali ed economiche che influenzano la salute		
Educazione	-5	
Occupazione	0	
Assistenza dell'infanzia	-3	
Crimine ed angoscia del crimine	0	
Possibilità di accedere al cibo fresco	-4	
Possibilità di effettuare sport o altro tipo di attività fisica	-5	
Possibilità di accedere ad attività culturali o ad altri tipi di attività ricreative	-3	
Possibilità di accedere ai servizi sanitari	-10	
Possibilità di accedere ai servizi di assistenza sociale	-4	
Possibilità di accedere ad altri servizi della comunità	-2	
Possibilità di usufruire dei trasporti pubblici	-1	
Altre condizioni economiche o sociali (elencare)		
Problematiche strutturali che influenzano la salute		
Alloggi	0	
Edifici pubblici	0	
Edifici commerciali	0	
Spazi verdi (parchi compresi)	0	
Sicurezza stradale	0	
Infrastrutture di trasporto	0	
Infrastrutture di comunicazione (internet/telefono)	0	
Fonti di energia	0	
Infrastrutture di gestione dei rifiuti	0	
Qualità dell'acqua	0	
Qualità dell'aria (indoor e outdoor)	0	
Qualità del suolo	0	
Rumore	0	
Luce	0	
Altre questioni strutturali (elencare)	0	
Problematiche individuali e familiari che influenzano la salute		
Sopravvivenza	-1	
Dieta	-3	
Attività fisica	-3	
Consumo di sostanze (legali ed illegali)	-2	
Natalità	-4	
Reddito familiare	-10	
Altre problematiche individuali e familiari (elencare)		

Tab.3 – Scenari e contesto

Tenendo conto della griglia su riportata, la VIS è stata impostata sulla popolazione di assistibili della Regione Puglia relativa all'anno 2011 all'interno della quale sono state evidenziate eventuali situazioni di svantaggio economico.

Oggetto del presente lavoro è stato quindi la valutazione dei possibili effetti della politica dei ticket sanitari sulla salute della popolazione della Regione Puglia avendo cura di evidenziare eventuali disomogeneità fra classi di reddito e mettendo in risalto risultati non solo in termini di effetti diretti (modificazioni dei consumi e di spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica) ma anche in termini di effetti indiretti (effetti traslativi fra comparti sanitari pubblico-privato; territorio-ospedale, etc.).

3.2. Scoping

L'analisi è stata condotta selezionando i pazienti presenti almeno per 1 giorno nell'anagrafe pugliese dell'anno 2011 ed utilizzando procedure di record-linkage con il registro delle esenzioni della Regione Puglia. Sono state individuate le seguenti quattro sottopopolazioni di assistiti:

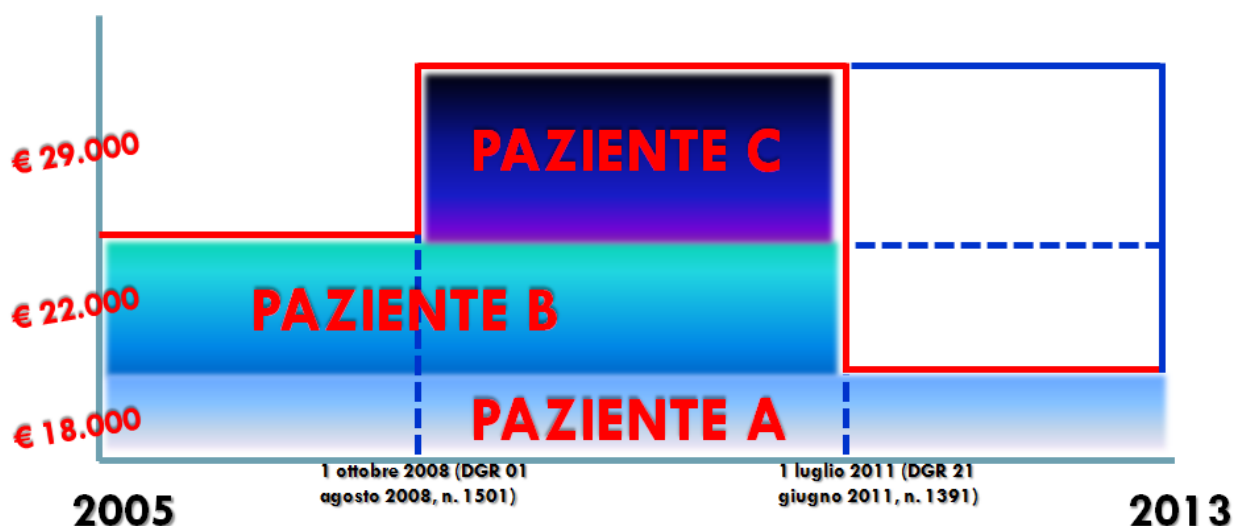
1. Assistiti A (reddito <18000 €): soggetti che hanno beneficiato dell'esenzione totale per reddito in maniera continuativa dal gennaio 2008 al dicembre 2011;
2. Assistiti B (reddito tra 18000 e 22000 €): soggetti che hanno beneficiato dell'esenzione totale per reddito dal gennaio 2008 al settembre 2011;
3. Assistiti C (reddito tra 22000 e 29000 €): soggetti che hanno beneficiato dell'esenzione totale per reddito dal maggio 2009 al settembre 2011;
4. Assistiti D (reddito >29000 €): soggetti che non hanno mai beneficiato dell'esenzione per reddito.

La fascia che assorbe il maggior numero di assistiti è quella con reddito maggiore di 29.000€; seguono, in ordine decrescente, gli assistiti con reddito minore di 18.000 €, quelli con reddito compreso tra 18.000€ e 22.000€ e per ultimi quelli con reddito compreso tra 22.000€ e 29.000€.

Una volta selezionata tale coorte di assistiti sono stati definiti due intervalli temporali di riferimento:

- 1 Gennaio 2011 – 30 Settembre 2011
- 1 Ottobre 2011 – 31 Dicembre 2011

Tali intervalli sono stati definiti alla luce degli interventi normativi regionali che hanno modificato le fasce di esenzione (vedi grafico n.1) ed in particolare la DGR 21 giugno 2011, n. 1391 che è intervenuta modificando il vigente sistema di esenzioni totali per reddito che prevedeva l'esenzione totale per soli nuclei familiari con reddito inferiore di 29.000 €, abbassando tale soglia a 18.000 €. Tale delibera regionale, seppur nelle intenzioni del legislatore di immediata applicazione, ha prodotto i primi risultati, in termini di riduzione del numero di esenti, solo a partire dal mese di ottobre. Da qui la scelta di selezionare i sopracitati intervalli temporali.



3.3. Appraisal

Guardando i numeri assoluti si nota una riduzione, nei due intervalli, di circa 15.000 assistiti con reddito superiore a 29.000 €; resta stabile il numero degli assistiti nelle altre fasce di reddito. La riduzione del numero di assistiti nella fascia con reddito maggiore può essere letta in una prima ipotesi come una conseguenza della riduzione del reddito medio dei nuclei familiari; in alternativa, come seconda ipotesi, come un minor ricorso alla esenzioni per reddito ed un conseguente maggior ricorso alle esenzioni per patologia.

FASCE ESENTI	NUMERO ESENTI 01/01/2011- 30/09/2011	NUMERO ESENTI 01/10/2011- 31/12/2011	Δ
< € 18.000	640.836	640.887	51
€ 18.000- € 22.000	439.007	439.461	454
€ 22.000 - € 29.000	436.381	436.900	519
> € 29.000	1.435.916	1.420.372	- 15.544
TOTALE	2.952.140	2.937.620	- 14.520

In considerazione della diversa durata dei periodi la spesa media e le prestazioni sono state annualizzate e sono stati stimati gli IRR (regressione di Poisson - riferimento coorte di soggetti non esenti) grezzi e aggiustati per età, sesso ed esenzione per patologia. Sono state calcolate la spesa complessiva, il numero di prestazioni e, nel dettaglio, quelle legate ai ricoveri in regione e mobilità passiva, a prescrizioni farmaceutiche territoriali e di specialistica ambulatoriale.

3.3.1 SPESA MEDIA

Definite le classi di assistiti suddivisi per fasce di reddito, sono stati analizzati i comportamenti in termini di spesa media. In particolare sono stati studiati i comportamenti degli assistiti pugliesi guardando alla struttura della spesa per ricoveri ospedalieri, consumo di farmaci e prestazioni specialistiche. Di seguito i dati di spesa relativi al primo periodo di analisi (1 Gennaio 2011 – 30 Settembre 2011):

FASCE ESENTI	SPESA OSPEDALIERA		SPESA FARMACEUTICA		SPESA SPECIALISTICA		SPESA TOTALE	
	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR(CI)
< € 18.000	513,84	1,39 (1.39-1.39)	346,89	1,78 (1.78-1.78)	175,55	1,49 (1.49-1.49)	1.036,29	1.52 (1.52-1.52)
€ 18.000- € 22.000	549,32	1,48 (1.48-1.48)	332,62	1,71 (1.71-1.71)	172,92	1,47 (1.47-1.47)	1.054,86	1.54 (1.54-1.54)
€ 22.000 - € 29.000	498,32	1,34 (1.34-1.34)	298,96	1,53 (1.53-1.53)	162,94	1,39 (1.39-1.39)	960,34	1.41 (1.41-1.41)
> € 29.000	370,9	1.00	194,87	1.00	117,57	1.00	683,34	1.00
TOTALE	448,46		264,78		145,51		858,76	

I dati mostrano un'alta concentrazione della spesa per ricoveri ospedalieri con in media 448,46 € pro capite; seguono la spesa farmaceutica (264,78 €) ed infine quella per prestazioni di specialistica (145,51

€). La classe di assistiti che pesa di più in termini di spesa media nella farmaceutica e nella specialistica è quella con reddito inferiore a 18.000 € mentre, per la componente ospedaliera della spesa, la classe con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 €.

I dati di spesa relativi al secondo periodo preso in esame (1 Ottobre 2011 – 31 Dicembre 2011) confermano la tendenza del primo periodo con una riduzione complessiva della spesa media in tutte le componenti di spesa considerate.

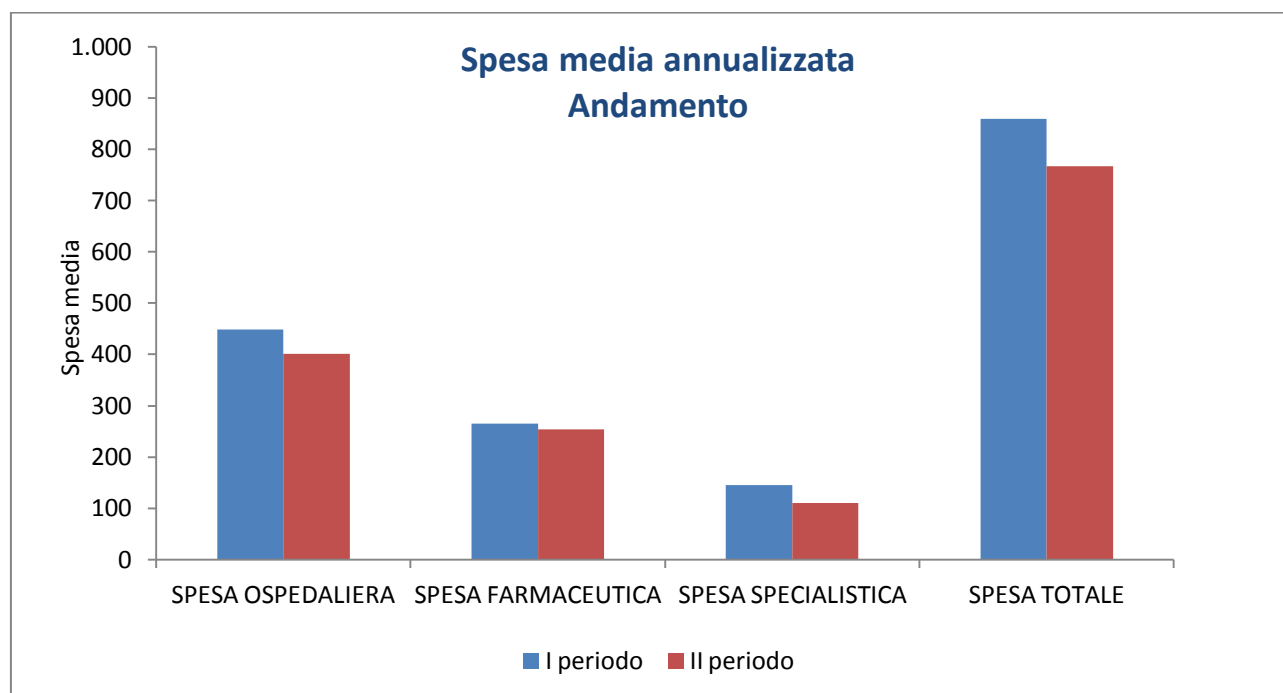
FASCE ESENTI	SPESA OSPEDALIERA		SPESA FARMACEUTICA		SPESA SPECIALISTICA		SPESA TOTALE	
	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR(CI)
< € 18.000	469.98	1.52 (1.51-1.52)	342.68	1.86 (1.86-1.86)	132.31	1.45 (1.45-1.45)	944.99	1.61 (1.61-1.61)
€ 18.000- € 22.000	524.40	1.69 (1.69-1.69)	315.70	1.71 (1.71-1.71)	126.33	1.38 (1.38-1.38)	966.45	1.65 (1.65-1.65)
€ 22.000 - € 29.000	473.56	1.53 (1.53-1.53)	286.89	1.56 (1.56-1.56)	123.08	1.35 (1.35-1.35)	883.54	1.51 (1.51-1.51)
> € 29.000	310.18	1.00	189.17	1.00	91.37	1.00	585.72	1.00
TOTALE	401.79		254.04		110.34		766.19	

I delta tra i due periodi mostrano una riduzione marcata sia nella componente ospedaliera della spesa media sia in quella specialistica. In particolare la spesa media relativa ai ricoveri decresce maggiormente nella fascia di assistiti con reddito maggiore di 29.000 € (-60,72 €) ed in quella con reddito inferiore a 18.000 €. In termini di IRR tutte le fasce di assistiti con reddito inferiore a 29.000 € accrescono il loro consumo rispetto agli assistiti con reddito superiore a 29.000 € suggerendo un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera nel secondo periodo analizzato. La spesa farmaceutica decresce nel complesso (-10,74 €) ed in particolare nella fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 €; gli IRR mostrano un maggiore ricorso all'assistenza farmaceutica nel secondo periodo da parte degli assistiti pugliesi con reddito inferiore a 18.000 €. Anche la spesa media relativa alle prestazioni di specialistica decresce nel complesso (- 35, 17 €) ed in particolare nella fascia con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € (- 46,59 €); tale fascia di assistiti inoltre fa registrare, in termini di IRR, la riduzione maggiore che, letta assieme al dato relativo all'assistenza ospedaliera, mostra un potenziale effetto sostituzione con tale ultima forma di assistenza.

FASCE ESENTI	SPESA MEDIA RICOVERI		SPESA FARMACEUTICA		SPESA SPECIALISTICA		SPESA TOTALE	
	Δ SPESA MEDIA	Δ IRR (CI)	Δ SPESA MEDIA	Δ IRR (CI)	Δ SPESA MEDIA	Δ IRR (CI)	Δ SPESA MEDIA	Δ IRR (CI)
< € 18.000	-43,86	0,13	-4,21	0,08	-43,24	-0,04	-91,30	0,09
€ 18.000- € 22.000	-24,92	0,21	-16,92	0,00	-46,59	-0,09	-88,41	0,11
€ 22.000 - € 29.000	-24,76	0,19	-12,07	0,03	-39,86	-0,04	-76,80	0,10
> € 29.000	-60,72		-5,70		-26,20		-97,62	
TOTALE	-46,67		-10,74		-35,17		-92,57	

Il diagramma a barre sotto mostra l'andamento della spesa media nei due periodi analizzati: le tre componenti di spesa subiscono una riduzione tra i due periodi considerati. Nel dettaglio tra i due periodi si registra un delta negativo del 10,4% della spesa media per i ricoveri, del 24,2% della spesa media per

prestazioni di specialistica ed infine del 4,1% della spesa media farmaceutica. La riduzione percentuale ed anche in valore assoluto della spesa media per le prestazioni di specialistica sembra suggerire un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera che, seppur in diminuzione, assorbe parte del minor ricorso alla assistenza specialistica.



3.3.1.1 SOTTOCLASSI SPECIALISTICA

Per studiare meglio i comportamenti degli assistiti in termini di spesa relativa alla specialistica sono stati analizzate le tre principali componenti di spesa della stessa (clinica, diagnostica strumentale e diagnostica di laboratorio). Nel primo periodo di analisi la branca clinica assorbe maggiori risorse (50,04 €); seguono la diagnostica di laboratorio e quella strumentale. La fascia di assistiti con reddito inferiore a 18.000 € fa registrare la spesa media maggiore in tutte le componenti.

FASCE ESENTI	BRANCA CLINICA		DIAGNOSTICA STRUMENTALE		DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	
	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)
< € 18.000	60,43	1,50 (1.50-1.50)	50,43	1,50 (1.50-1.50)	59,6	1,50 (1.50-1.50)
€ 18.000-€ 22.000	58,56	1,45 (1.45-1.45)	50,47	1,5 (1.50-1.50)	59,05	1,48 (1.48-1.48)
€ 22.000 - € 29.000	57,09	1,41 (1.41-1.41)	46,22	1,38 (1.38-1.38)	54,53	1,37 (1.37-1.37)
> € 29.000	40,37	1,00	33,57	1,00	39,8	1,00
TOTALE	50,04		41,73		49,28	

Nel secondo periodo (1 Ottobre 2011 – 31 Dicembre 2011) viene confermata la tendenza del primo periodo con la sola eccezione della diagnostica di laboratorio che con 44,37 € pro capite detiene il primato.

FASCE ESENTI	BRANCA CLINICA		DIAGNOSTICA STRUMENTALE		DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	
	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)	Spesa media	IRR (CI)
< € 18.000	52,18	1,51 (1.51-1.51)	35,75	1,41 (1.41-1.41)	55,19	1,56 (1.55-1.56)
€ 18.000-€ 22.000	47,55	1,38 (1.38-1.38)	35	1,38 (1.38-1.38)	52,37	1,48 (1.47-1.48)
€ 22.000 - € 29.000	49,84	1,45 (1.45-1.45)	33,05	1,3 (1.30-1.30)	49,05	1,38 (1.38-1.38)
> € 29.000	34,49	1,00	25,37	1,00	35,49	1,00
TOTALE	42,63		30,24		44,37	

Il confronto tra i due periodi mostra una riduzione della spesa media complessiva più marcata nella diagnostica strumentale (- 11,49 €) e nella fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € 22.000 €; tale classe inoltre riduce, rispetto agli assistiti con reddito superiore a 29.000 €, la propria richiesta di prestazioni sia di diagnostica strumentale che clinica. Gli IRR mostrano inoltre che la fascia di assistiti con reddito inferiore a 18.000 € pesa meno in termini di spesa per prestazioni di diagnostica strumentale (- 0,09) e di più in quelle di laboratorio (+ 0,06).

FASCE ESENTI	BRANCA CLINICA		DIAGNOSTICA STRUMENTALE		DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	
	Δ Spesa media	Δ IRR (CI)	Δ Spesa media	Δ IRR (CI)	Δ Spesa media	Δ IRR (CI)
< € 18.000	-8,25	0,01	-14,68	-0,09	-4,41	0,06
€ 18.000-€ 22.000	-11,01	-0,07	-15,47	-0,12	-6,68	0,00
€ 22.000 - € 29.000	-7,25	0,04	-13,17	-0,08	-5,48	0,01
> € 29.000	-5,88		-8,2		-4,31	
TOTALE	-7,41		-11,49		-4,91	

3.3.1.2 SPESA MEDIA ANNUALIZZATA

Gli IRR annualizzati, corretti per età, sesso ed esenzione per patologia sia nel primo che nel secondo periodo analizzato mostrano una concentrazione di spesa nella fascia di assistiti con reddito inferiore a 18.000 € nella farmaceutica e nella specialistica con consumi superiori agli assistiti con reddito superiore a 29.000 €. Nell'assistenza ospedaliera gli assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € presentano la spesa più elevata.

FASCE ESENTI	SPESA OSPEDALIERA	SPESA FARMACEUTICA	SPESA SPECIALISTICA	SPESA TOTALE
< € 18.000	1,11	1,34	1,18	1,19
	(1.11-1.11)	(1.34-1.34)	(1.18-1.18)	(1.19-1.19)
€ 18.000- € 22.000	1,16	1,27	1,17	1,2
	(1.16-1.16)	(1.27-1.27)	(1.17-1.17)	(1.20-1.20)
€ 22.000 - € 29.000	1,11	1,22	1,15	1,15
	(1.11-1.11)	(1.22-1.22)	(1.15-1.15)	(1.15-1.15)
> € 29.000	1.00	1.00	1.00	1.00

FASCE ESENTI	SPESA OSPEDALIERA	SPESA FARMACEUTICA	SPESA SPECIALISTICA	SPESA TOTALE
< € 18.000	1,2	1,38	1,16	1,25
	(1.20-1.20)	(1.38-1.38)	(1.16-1.16)	(1.25-1.25)
€ 18.000- € 22.000	1,32	1,26	1,1	1,26
	(1.31-1.32)	(1.26-1.26)	(1.10-1.10)	(1.26-1.26)
€ 22.000 - € 29.000	1,25	1,22	1,13	1,22
	(1.25-1.25)	(1.22-1.22)	(1.13-1.13)	(1.22-1.22)
> € 29.000	1.00	1.00	1.00	1.00

Il confronto tra i due periodi mostra un aumento di spesa nella componente ospedaliera con un aumento generalizzato in tutte le fasce di assistiti. Gli assistiti con reddito inferiore a 18.000 € fanno registrare un maggiore consumo di farmaci nel secondo periodo preso in esame (+0,04). La spesa specialistica fa invece registrare una riduzione in tutte le fasce di assistiti. Tale decremento sembra suggerire un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera.

FASCE ESENTI	SPESA OSPEDALIERA	SPESA FARMACEUTICA	SPESA SPECIALISTICA	SPESA TOTALE
< € 18.000	0,09	0,04	-0,02	0,06
€ 18.000- € 22.000	0,16	-0,01	-0,07	0,06
€ 22.000 - € 29.000	0,14	-	-0,02	0,07
> € 29.000				

3.3.1.2.1 SPESA MEDIA ANNUALIZZATA: SOTTOCLASSI SPECIALISTICA

I dati relativi alle sottoclassi di specialistica mostrano che la spesa è concentrata maggiormente nella classe di assistiti con reddito inferiore a 18.000 € sia nel primo periodo che nel secondo periodo analizzato. Anche la fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € mostra una spesa superiore rispetto agli assistiti con reddito superiore a 29.000 €.

FASCE ESENTI	SPESA BRANCA CLINICA	SPESA DIAGNOSTICA STRUMENTALE	SPESA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	FASCE ESENTI	SPESA BRANCA CLINICA	SPESA DIAGNOSTICA STRUMENTALE	SPESA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
< € 18.000	1,17 (1.17-1.17)	1,21 (1.21-1.22)	1,21 (1.21-1.21)	< € 18.000	1,16 (1.16-1.16)	1,13 (1.13-1.13)	1,23 (1.23-1.23)
€ 18.000- € 22.000	1,12 (1.11-1.12)	1,21 (1.21-1.21)	1,2 (1.20-1.20)	€ 18.000- € 22.000	1,04 (1.04-1.04)	1,1 (1.10-1.10)	1,18 (1.18-1.18)
€ 22.000 - € 29.000	1,15 (1.15-1.15)	1,17 (1.17-1.17)	1,17 (1.17-1.17)	€ 22.000 - € 29.000	1,15 (1.15-1.15)	1,09 (1.09-1.10)	1,16 (1.16-1.16)
> € 29.000	1.00	1.00	1.00	> € 29.000	1.00	1.00	1.00

Il confronto tra i due periodi analizzati mostra una riduzione generalizzata degli IRR concentrato soprattutto nella fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 €. Le riduzioni maggiori si registrano nella spesa per diagnostica strumentale.

FASCE ESENTI	Δ SPESA BRANCA CLINICA	Δ SPESA DIAGNOSTICA STRUMENTALE	Δ SPESA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
< € 18.000	-0,01	-0,08	0,02
€ 18.000- € 22.000	-0,08	-0,11	-0,02
€ 22.000 - € 29.000	-	-0,08	-0,01
> € 29.000			

3.3.2 PRESTAZIONI MEDIE

Analizzato il comportamento degli assistiti pugliesi in termini di spesa media, per i due periodi presi in esame, è stato studiato il consumo di prestazioni sanitarie (ricoveri ospedalieri, confezioni farmaceutiche e prestazioni specialistiche). Nel primo periodo preso in esame (1 Gennaio 2011 – 30 Settembre 2011), in termini di ricoveri ospedalieri la classe che con 0,21 prestazioni pro capite, assorbe il maggior numero di prestazioni è quella con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 €; seguono gli assistiti con reddito inferiore a 18.000 €. Gli IRR confermano le evidenze risultanti dall'analisi delle prestazioni medie. In termini di numero di confezioni farmaceutiche e di prestazioni specialistiche la classe di assistiti che "consuma" di più è quella con reddito inferiore a 18.000 € con rispettivamente 26,94 confezioni farmaceutiche pro capite e 4,35 prestazioni specialistiche pro capite. In entrambi i comparti la fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € si posiziona al secondo posto in termini di consumo; gli assistiti con reddito superiore a 29.000 € consumano meno in tutti i comparti presi in esame ed in particolare nel numero di confezioni farmaceutiche (13,21 contro una media di 23).

FASCE ESENTI	RICOVERI OSPEDALIERI		CONFEZIONI FARMACEUTICHE		SPECIALISTICA		TOTALE	
	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)
< € 18.000	0,20	1,31 (1,30-1,32)	26,94	2,04 (2,04-2,04)	4,35	1,77 (1,76-1,77)	31,49	5,12
€ 18.000- € 22.000	0,21	1,37 (1,36-1,38)	25,26	1,91 (1,91-1,91)	4,20	1,70 (1,70-1,71)	29,67	4,98
€ 22.000 - € 29.000	0,19	1,28 (1,27-1,29)	22,22	1,68 (1,68-1,68)	3,77	1,53 (1,52-1,52)	26,18	4,49
> € 29.000	0,15	1,00	13,21	1,00	2,47	1,00	15,83	
TOTALE	0,18		19,41		3,34		22,93	

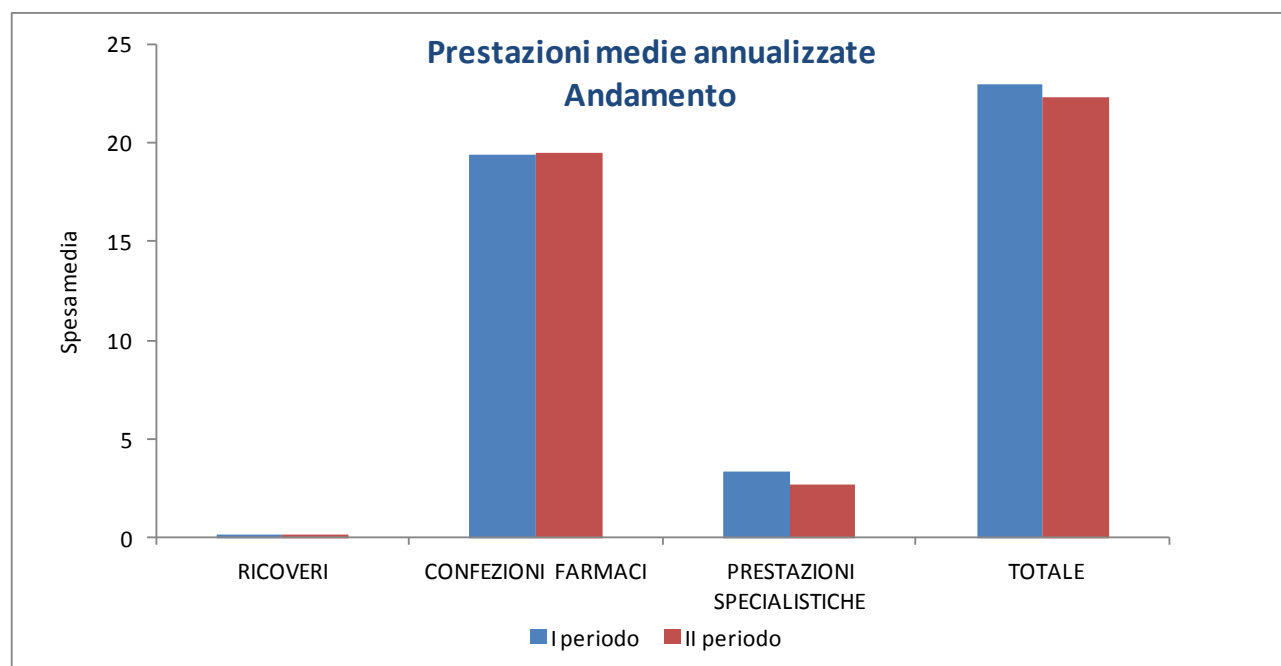
I dati di prestazioni del secondo periodo analizzato (1 Ottobre 2011 – 31 Dicembre 2011) confermano il comportamento degli assistiti nel primo periodo preso in esame con una richiesta di confezioni farmaceutiche e prestazioni specialistiche concentrate maggiormente nella fascia di assistiti con reddito inferiore a 18.000 €. La fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € fa registrare un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera.

FASCE ESENTI	RICOVERI OSPEDALIERI		CONFEZIONI FARMACEUTICHE		SPECIALISTICA		TOTALE	
	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)
< € 18.000	0,18	1,33 (1,31-1,35)	27,81	2,13 (2,13-2,13)	3,49	1,74 (1,74-1,75)	31,48	5,20
€ 18.000-€ 22.000	0,20	1,43 (1,41-1,46)	25,02	1,92 (1,91-1,92)	3,27	1,63 (1,63-1,64)	28,49	4,98
€ 22.000 - € 29.000	0,18	1,34 (1,32-1,36)	22,16	1,70 (1,69-1,70)	2,99	1,49 (1,48-1,49)	25,33	4,53
> € 29.000	0,14	1,00	13,06	1,00	2,01	1,00	15,21	
TOTALE	0,16		19,45		2,67		22,28	

Dal confronto tra i due periodi analizzati emerge una riduzione generalizzata delle prestazioni di specialistica ed ospedaliera ed un aumento del numero di confezioni farmaceutiche consumate nella sola classe di assistiti con reddito inferiore a 18.000 €. Nel dettaglio la classe di assistiti con reddito inferiore a 18.000 € riduce il proprio ricorso al ricovero ospedaliero (-0,02) ed alle prestazioni specialistiche (-0,86) aumentando il consumo di confezioni farmaceutiche (+0,87). Nella seconda classe di assistiti si registra la riduzione maggiore di prestazioni specialistiche (-0,93) e di confezioni farmaceutiche (-0,24). Nelle restanti fasce di assistiti in registra una riduzione del consumo di farmaci, di ricorso all'assistenza ospedaliera e di prestazioni specialistiche.

FASCE ESENTI	RICOVERI OSPEDALIERI		CONFEZIONI FARMACEUTICHE		PRESTAZIONI SPECIALISTICA		TOTALE	
	Δ NUMERO	Δ IRR (CI)	Δ NUMERO	Δ IRR (CI)	Δ NUMERO	Δ IRR (CI)	Δ NUMERO	Δ IRR (CI)
< € 18.000	-0,02	-0,02	0,87	0,09	-0,86	-0,03	-0,01	0,04
€ 18.000-€ 22.000	-0,01	-0,06	-0,24	0,01	-0,93	-0,07	-1,18	-0,12
€ 22.000 - € 29.000	-0,01	-0,06	-0,06	0,02	-0,78	-0,04	-0,85	-0,08
> € 29.000	-0,01	0,00	-0,15		-0,46		-0,62	
TOTALE	-0,02		0,04		-0,67		-0,65	

Il diagramma a barre sotto mostra l'andamento delle prestazioni medie nei due periodi analizzati: sia il numero medio dei ricoveri ospedalieri che quello delle prestazioni specialistiche diminuisce mentre subisce un leggero aumento il numero medio di confezioni farmaceutiche. Nel dettaglio tra i due periodi si registra un delta negativo del 11,1% del numero medio di ricoveri e del 20,1% delle prestazioni di specialistica mentre un delta positivo dello 0,2% del numero medio di confezioni farmaceutiche. La riduzione percentuale ed anche in valore assoluto del numero medio di prestazioni di specialistica sembra suggerire un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera che, seppur in diminuzione, assorbe parte del minor ricorso alla assistenza specialistica.



3.3.2.1 SOTTOCLASSI SPECIALISTICA

Le prestazioni medie di specialistica sono state scomposte nelle sue tre principali componenti (clinica, diagnostica strumentale e diagnostica di laboratorio). La diagnostica di laboratorio assorbe il maggior numero di prestazioni in tutte le classi di assistiti.

Nel primo periodo preso in esame, in tutte le componenti analizzate la fascia di assistiti con reddito inferiore a 18.000 € assorbe il maggior numero di prestazioni con un consumo molto elevato e addirittura, nel caso della branca clinica, doppio rispetto agli assistiti con reddito superiore a 29.000 €. Gli assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € si posizionano secondi in termini di consumo di

prestazioni cliniche e diagnostiche, con consumi molto elevati rispetto agli assistiti con alto reddito. Anche gli assistiti con reddito compreso tra 22.000 € e 29.000 € fanno registrare un consumo molto elevato in tutte le componenti analizzate.

FASCE ESENTI	BRANCA CLINICA		DIAGNOSTICA STRUMENTALE		DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	
	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)
< € 18.000	1,54	2,12	0,83	1,87	1,94	1,53
		(2.12-2.13)		(1.86-1.87)		(1.53-1.54)
€ 18.000-€ 22.000	1,43	1,97	0,78	1,77	1,94	1,54
		(1.97-1.98)		(1.76-1.78)		(1.53-1.54)
€ 22.000 - € 29.000	1,25	1,72	0,70	1,59	1,77	1,40
		(1.71-1.73)		(1.58-1.60)		(1.40-1.41)
> € 29.000	0,72	1,00	0,44	1,00	1,27	1,00
TOTALE	1,09		0,62		1,59	

I dati relativi al secondo periodo analizzato confermano la tendenza del primo periodo con il consumo di prestazioni concentrato maggiormente nella fascia di assistiti con reddito inferiore a 18.000 €.

FASCE ESENTI	BRANCA CLINICA		DIAGNOSTICA STRUMENTALE		DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	
	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)
< € 18.000	1,13	2,08	0,92	1,18	1,74	1,57
		(2.06-2.09)		(1.17-1.19)		(1.57-1.58)
€ 18.000-€ 22.000	1,01	1,85	0,88	1,14	1,69	1,53
		(1.83-1.86)		(1.13-1.15)		(1.52-1.54)
€ 22.000 - € 29.000	0,90	1,66	0,85	1,10	1,56	1,41
		(1.65-1.67)		(1.08-1.11)		(1.41-1.42)
> € 29.000	0,55	1,00	0,78	1,00	1,10	1,00
TOTALE	0,80		0,84		1,40	

Dal confronto tra i due periodi emerge una forte riduzione nel numero di prestazioni medie nella branca clinica e nella diagnostica di laboratorio ed un aumento del numero medio nella diagnostica strumentale. La fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € fa registrare la riduzione più marcata nel numero di prestazioni sia nella branca clinica (-0,42) sia nella diagnostica di laboratorio (-0,25). Nella diagnostica strumentale si registra un aumento del numero medio di prestazioni, più marcato nella fascia di assistiti con reddito superiore a 29.000 €; in tutte le fasce di assistiti si registra un minor ricorso alle prestazioni di diagnostica strumentale rispetto alla fascia con reddito superiore a 29.000 €. Anche nella branca clinica le fasce di assistiti con reddito inferiore a 29.000 € riducono il loro peso in termini di prestazioni medie rispetto agli assistiti con reddito superiore a 29.000 €.

FASCE ESENTI	BRANCA CLINICA		DIAGNOSTICA STRUMENTALE		DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	
	Δ NUMERO MEDIO	Δ IRR (CI)	Δ NUMERO MEDIO	Δ IRR (CI)	Δ NUMERO MEDIO	Δ IRR (CI)
< € 18.000	-0,41	-0,04	0,09	-0,69	-0,20	0,04
€ 18.000-€ 22.000	-0,42	-0,12	0,10	-0,63	-0,25	-0,01
€ 22.000 - € 29.000	-0,35	-0,06	0,15	-0,49	-0,21	0,01
> € 29.000	-0,17		0,34		-0,17	
TOTALE	-0,29		0,22		-0,19	

Le prestazioni di specialistica sono state ulteriormente scomposte con l'obiettivo di studiare i comportamenti degli assistiti che si rivolgono alle strutture pubbliche e a quelle private in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale.

In entrambi i periodi presi in esame il numero medio di prestazioni è più elevato nelle strutture pubbliche e nella fascia di assistiti con reddito inferiore a 18.000 €. In particolare nella specialistica erogata da strutture pubbliche il numero di prestazioni medie è elevato nella prime due fasce di assistiti che rispetto alla fascia di assistiti con reddito superiore a 29.000 €. Nella specialistica erogata da strutture private convenzionate tutte le fasce di assistiti con reddito inferiore a 29.000 € mostrano un consumo, in alcuni casi, quasi doppio rispetto alla fascia di assistiti con reddito superiore a tale soglia.

FASCE ESENTI	SPECIALISTICA PUBBLICA		SPECIALISTICA PRIVATA CONVENZIONATA	
	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)
< € 18.000	3,28	1,67	1,07	2,16
		(1,66-1,67)		(2,15-2,17)
€ 18.000-€ 22.000	3,21	1,63	1,00	2,00
		(1,63-1,63)		(2,00-2,01)
€ 22.000 - € 29.000	2,85	1,45	0,91	1,84
		(1,45-1,45)		(1,83-1,84)
> € 29.000	1,97	1,00	0,50	1,00
TOTALE	2,85		0,76	

FASCE ESENTI	SPECIALISTICA PUBBLICA		SPECIALISTICA PRIVATA CONVENZIONATA	
	NUMERO MEDIO	IRR (CI)	NUMERO MEDIO	IRR (CI)
< € 18.000	2,50	1,62	0,99	2,17
		(1,61-1,62)		(2,15-2,18)
€ 18.000-€ 22.000	2,38	1,54	0,89	1,95
		(1,53-1,55)		(1,93-1,96)
€ 22.000 - € 29.000	2,15	1,39	0,83	1,82
		(1,18-1,40)		(1,81-1,84)
> € 29.000	1,55	1,00	0,46	1,00
TOTALE	1,97		0,70	

Confrontando il numero di prestazioni medie nei due periodi considerati si registra un minor ricorso alle strutture pubbliche nel secondo periodo con una forte riduzione del numero di prestazioni più marcato nella fascia di assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € (-0,83). Diminuisce anche il ricorso alle strutture convenzionate ma in modo meno marcato rispetto a quelle pubbliche.

FASCE ESENTI	SPECIALISTICA PUBBLICA		SPECIALISTICA CONVENZIONATA	
	Δ NUMERO	Δ IRR (CI)	Δ NUMERO	Δ IRR (CI)
< € 18.000	-0,78	-0,05	-0,08	0,01
€ 18.000-€ 22.000	-0,83	-0,09	-0,11	-0,05
€ 22.000 - € 29.000	-0,70	-0,06	-0,08	-0,02
> € 29.000	-0,42		-0,04	
TOTALE	-0,88		-0,06	

3.3.2.2 PRESTAZIONI MEDIE ANNUALIZZATE

L'andamento degli IRR nei due periodi analizzati mostra un maggior ricorso alle prestazioni specialistiche ed al consumo di farmaci da parte degli assistiti con reddito inferiore a 18.000 €; gli assistiti con reddito compreso tra 18.000 € e 22.000 € mostrano un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera.

FASCE ESENTI	NUMERO RICOVERI	NUMERO CONFEZIONI	NUMERO PRESTAZIONI	FASCE ESENTI	NUMERO RICOVERI	NUMERO CONFEZIONI	NUMERO PRESTAZIONI
< € 18.000	1,11 (1.10-1.12)	1,53 (1.53-1.53)	1,42 (1.41-1.42)	< € 18.000	1,12 (1.11-1.14)	1,57 (1.56-1.57)	1,37 (1.37-1.38)
€ 18.000-€ 22.000	1,15 (1.14-1.16)	1,43 (1.43-1.43)	1,37 (1.37-1.37)	€ 18.000-€ 22.000	1,2 (1.18-1.22)	1,41 (1.41-1.41)	1,29 (1.28-1.29)
€ 22.000 - € 29.000	1,12 (1.11-1.13)	1,35 (1.35-1.35)	1,29 (1.29-1.30)	€ 22.000 - € 29.000	1,17 (1.15-1.19)	1,34 (1.34-1.35)	1,24 (1.23-1.24)
> € 29.000	1.00	1.00	1.00	> € 29.000	1.00	1.00	1.00

Il confronto tra i due periodi analizzati mostra una riduzione degli IRR relativi alle prestazioni di specialistica ed un aumento di quelli relativi ai ricoveri ospedalieri. In particolare, gli assistiti con reddito inferiore a 29.000 €, riducono il loro consumo di prestazioni di specialistica mentre aumentano il ricorso all'assistenza ospedaliera (il ricorso all'assistenza farmaceutica aumenta negli assistiti con reddito inferiore a 18.000 € mentre diminuisce negli assistiti con reddito inferiore a 29.000 €).

FASCE ESENTI	Δ NUMERO RICOVERI	Δ NUMERO CONFEZIONI	Δ NUMERO PRESTAZIONI
< € 18.000	0,01	0,04	-0,05
€ 18.000- € 22.000	0,05	-0,02	-0,08
€ 22.000 - € 29.000	0,05	-0,01	-0,05
> € 29.000			

3.3.2.2.1 PRESTAZIONI MEDIE ANNALIZZATE: SOTTOCLASSI SPECIALISTICA

In tutte le componenti della specialistica nei due periodi considerati emerge un maggior consumo rispetto agli assistiti con reddito superiore a 29.000 € di quelli con reddito inferiore a 18.000 €. Nella branca clinica e nella diagnostica strumentale il consumo degli assistiti in tutte le fasce di reddito inferiori a 29.000 € risulta molto elevato rispetto agli assistiti con reddito superiore a 29.000 €.

FASCE ESENTI	PRESTAZIONI BRANCA CLINICA	PRESTAZIONI DIAGNOSTICA STRUMENTALE	PRESTAZIONI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
< € 18.000	1,73 (1.72-1.74)	1,52 (1.51-1.53)	1,21 (1.21-1.21)
€ 18.000- € 22.000	1,6 (1.59-1.60)	1,45 (1.44-1.45)	1,22 (1.21-1.22)
€ 22.000 - € 29.000	1,46 (1.46-1.47)	1,37 (1.36-1.38)	1,17 (1.17-1.18)
> € 29.000	1.00	1.00	1.00

FASCE ESENTI	PRESTAZIONI BRANCA CLINICA	PRESTAZIONI DIAGNOSTICA STRUMENTALE	PRESTAZIONI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
< € 18.000	1,66 (1.65-1.66)	1,1 (1.09-1.11)	1,22 (1.21-1.23)
€ 18.000- € 22.000	1,47 (1.46-1.48)	1,05 (1.04-1.06)	1,19 (1.18-1.20)
€ 22.000 - € 29.000	1,39 (1.38-1.40)	1,03 (1.02-1.04)	1,16 (1.16-1.17)
> € 29.000	1.00	1.00	1.00

Dal confronto tra i due periodi emerge una riduzione degli IRR in tutte le fasce di assistiti (eccetto gli assistiti con reddito inferiore a 18.000 €) in tutte le componenti di spesa dell'assistenza specialistica. Molto marcata è la riduzione che si registra nella diagnostica strumentale con decrementi in media dello 0,4.

FASCE ESENTI	Δ PRESTAZIONI BRANCA CLINICA	Δ PRESTAZIONI DIAGNOSTICA STRUMENTALE	Δ PRESTAZIONI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
< € 18.000	-0,07	-0,42	0,01
€ 18.000- € 22.000	-0,13	-0,4	-0,03
€ 22.000 - € 29.000	-0,07	-0,34	-0,01
> € 29.000			

3.3.3 DATI ECONOMICI

Una volta studiati i dati di spesa media e le prestazioni medie nel periodo in esame, sono stati analizzati i dati economici (Conto Economico) al fine di evidenziare gli eventuali effetti sul bilancio delle modifiche legislative intervenute tra il 2010 ed il 2011 in Regione Puglia. In particolare si fa riferimento alle modifiche legislative introdotte con la DGR 21/06/2011, n. 1391 (*Legge Regionale n. 2/2011 "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012". Provvedimenti per la riduzione della spesa farmaceutica. Rimodulazione fasce di esenzione dalla spesa farmaceutica per reddito*) che modifica le fasce di esenzione per reddito e che in premessa stima in circa 20 milioni di € l'extra gettito proveniente dalle modifiche delle fasce di esenzione per reddito ("...dalle analisi effettuate, riducendo le soglie di esenzione totale e parziale rispettivamente da 29.000,00 euro anni lordi a 18.000,00 euro e da 34.000,00 a 29.000,00 euro, si otterrebbe una riduzione sostanziale degli assistiti che possono usufruire del diritto all'esenzione ticket totale per motivi di reddito, con conseguente maggior gettito ticket stimabile, in prima approssimazione, in circa 20 milioni di euro annui, sulla base del mancato gettito ticket stimato nell'allegato tecnico del Piano di Rientro..."). L'analisi condotta sui CE 2011 – 2012 confronta le entrate, per semestre, delle seguenti sottovoci di CE:

AA0950	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale
AA0960	Ticket sul pronto soccorso
AA0970	Ticket - Altro

Tra il primo semestre 2011 ed il primo semestre 2012 le entrate aumentano di circa 3 €/mln mentre il confronto tra consuntivi mostra maggiori entrate per circa 3 milioni di 3€/mln a fronte dei circa 20 €/mln stimati in manovra. Di seguito il dettaglio:

Bilancio di Esercizio		CONSUNTIVO 2011	CONSUNTIVO 2012	Δ	Δ %
A04005	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	€ 55.885	€ 58.923	€ 3.038	5,2%
A04010	Ticket sul pronto soccorso	€ 1.665	€ 2.209	€ 544	24,6%
A04015	Ticket - Altro	€ 1.774	€ 1.256	-€ 518	-41,2%
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa	€ 59.324	€ 62.388	€ 3.064	4,9%

Le sottovoci relative al ticket su prestazioni ambulatoriali e pronto soccorso fanno registrare un extra gettito di circa 3,5 €/mln mentre la sottovoce relativa alle entrate ticket per Altro fa registrare un minor gettito pari a circa 0,5 €/mln. Complessivamente il maggior gettito tra il 2011 ed il 2012 risulta pari a circa 3 €/mln nettamente inferiore rispetto alle previsioni di 20 €/mln.

Tale differenza potrebbe essere spiegata da un minor ricorso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini pugliesi con conseguente minor gettito nelle casse della sanità pugliese.

3.4. Reporting

La fase di reporting rappresenta la penultima fase della VIS: in questa fase verranno diffusi i risultati delle analisi condotte attraverso la scrittura del report o relazione conclusiva il più possibile comprensibile e rispondente alle esigenze dei destinatari.

I risultati forniti verranno utilizzati dai policymaker, primi destinatari del report, a supporto delle decisioni. I dati raccolti ed i risultati ottenuti verranno diffusi attraverso un report formale comprensivo del processo della VIS e dei risultati ottenuti e verranno presentati agli stakeholders

3.5. Monitoring

L'ultima fase del processo consisterà nel monitoraggio di quei processi e sistemi posti in essere durante la fase di appraisal con lo scopo di controllare che gli impatti sulla salute siano effettivamente quelli previsti dal procedimento di VIS. E' in questa fase che eventuali elementi evidenziati nel report finale come meritevoli di particolare attenzione devono essere monitorati nel tempo.

I dati del monitoraggio verranno divulgati a tutti gli stakeholders e ai decision-makers poiché parte attiva di un sistema partecipato in cui essi svolgono un ruolo chiave per il successo della VIS e per le risultanze che da essa scaturiscono.

Il monitoraggio della Valutazione di Impatto sulla Salute considererà criteri di efficacia, efficienza ed equità della VIS e prevederà tre distinti tipi di valutazione:

- 1) La Valutazione di Processo, che valuta il processo metodologico che ha portato al compimento della VIS.
- 2) La Valutazione di Impatto, che valuta l'effetto che la VIS ha avuto sul processo di decision-making.
- 3) La Valutazione di Outcome, che valuta se gli outcomes predetti dalla VIS sono risultati corretti.

Ulteriori considerazioni andranno fatte in base ai seguenti criteri di efficacia, efficienza ed equità:

Gli elementi essenziali del piano di monitoraggio saranno descritti in un apposito documento contenente: gli obiettivi del monitoraggio; le risorse a disposizione per la conduzione e il completamento; l'identificazione di outcomes, impatti e indicatori da monitorare; il processo per la raccolta di informazioni significative al baseline e a lungo termine; la definizione dei ruoli per individui e organizzazioni; eventuali criteri o stimoli per l'azione se le raccomandazioni non vengono seguite; la definizione del processo di divulgazione della metodologia e dei risultati del monitoraggio; la definizione del processo per l'apprendimento, l'elaborazione e la risposta ai risultati del monitoraggio.



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	PUGLIA
LINEA DI ATTIVITA' REGIONALE:	Supportare la definizione e l'utilizzo di modelli e strumenti per integrare la VIS nella programmazione
TITOLO PRODOTTO:	Ticket: impatto sulla salute. Il caso Puglia

LT2 – Gruppo VIS		
Profilo Professionale	Nome e Cognome	Firma
Coordinatori		
AReS	Francesco Bux	
AReS	Elisabetta Graps	
Personale affiancato		
AReS	Ambrogio Aquilino	
AReS	Ettore Attolini	
AReS	Francesca Avolio	
Regione	Vito Bavaro	
Regione	Giovanna Labate	
Regione	Mariangela Lomastro	
AReS	Vito Piazzolla	
Regione	Vincenzo Pomo	
AReS	Maria Ruccia	
AGENAS		
AGENAS	Dario Carelli	
AGENAS	Barbara De Ruggieri	
AGENAS	Giuseppe Lorusso	



PON Governance
e Assistenza Tecnica
2007-2013

UNA PA PER LA CRESCITA

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