

Valutazione economica sull'utilizzo delle risorse da parte della popolazione anziana dell'AUSL di Bologna

Protonotari Adalgisa – Coordinatore Area Programmazione e Controllo, Azienda Usl di Bologna

Buriani Alfonso – Controllo di Gestione, Azienda Usl di Bologna

Mezzetti Francesca – Programmazione Sanitaria e Project Management, Azienda Usl di Bologna

Bragonzi Gilberto – Direttore Sanitario, Azienda Usl di Bologna

Introduzione

L'Azienda USL di Bologna, costituitasi nel gennaio 2004 dall'accorpamento di tre Aziende, presenta una vastità e complessità organizzativa che deriva dall'unificazione di realtà territoriali molto diversificate tra loro per caratteristiche orogeografiche, distribuzione della popolazione ed offerta dei Servizi.

L'Azienda si estende su una superficie di 2.914 Km², suddivisa in 50 comuni e 6 Distretti Sanitari, di cui: tre in gran parte costituiti da territorio montano (San Lazzaro di Savena, Casalecchio di Reno e Porretta Terme), uno che coincide con la città di Bologna (Bologna Città) e due che comprendono un territorio esclusivamente pianeggiante (Pianura Est e Pianura Ovest). La distribuzione degli 820.219 residenti risente ovviamente delle caratteristiche geografiche, con differenti densità abitative tra le zone montane e quelle più fortemente urbanizzate rappresentate dal territorio della città di Bologna e dalla pianura.

La crescita demografica osservata nell'ultimo decennio ha coinvolto soprattutto le fasce di età più estreme: i giovanissimi e gli anziani; questi ultimi rappresentano notoriamente il gruppo di popolazione a maggiore richiesta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Nel 2004 gli ultrasessantacinquenni rappresentano circa il 24% della popolazione residente (194.853) e gli ultrasessantacinquenni l'11,8% (96.883). Le previsioni demografiche ipotizzano, nei prossimi anni, una crescita costante e significativa delle classi di età anziane, anche in ragione del fatto che andranno sempre più riducendosi nel medio periodo i favorevoli effetti dei movimenti migratori di soggetti giovani osservati nel passato.

Secondo l'ISTAT nel 2050 su 52 milioni di abitanti gli anziani in Italia saranno ben 18 milioni e la spesa dedicata a questa fascia di età potrebbe assorbire i due terzi del budget del SSN.

Queste considerazioni, associate all'osservazione del profilo a J dei consumi sanitari per età, ha fatto sorgere una preoccupazione intorno al rischio che l'invecchiamento possa rappresentare una fonte di squilibrio finanziario del Servizio Sanitario.

Obiettivi

In un contesto nazionale e regionale in cui le Aziende sono chiamate sempre più a confrontarsi con la scarsità di risorse economiche, la programmazione dei servizi sanitari deve necessariamente avere come presupposto la conoscenza dei livelli di spesa per fasce di età. Ipotizzando che la popolazione anziana dell'Azienda incidesse in modo significativo sui costi aziendali, ci si è posti l'obiettivo di verificare sui 6 Distretti quale fosse l'impatto sull'utilizzo delle risorse sanitarie da parte gli ultrasessantacinquenni, cercando di fornire informazioni utili al confronto e alla programmazione dell'offerta di servizi ed in particolare alla formulazione del "Programma delle Attività Territoriali (P.A.T.)¹".

Materiali e metodi

Il metodo utilizzato per calcolare il **costo pieno per anziano residente** per ciascun territorio distrettuale prevede un'attribuzione di costi **direttamente** imputabili alla fascia di popolazione >=

¹ Atto di programmazione distrettuale, con durata triennale, delle azioni sanitarie e socio-sanitarie, elaborato in coerenza con i Piani di Zona e Piani per la Salute redatti per il medesimo arco temporale.

65 anni ricavabili dal piano aziendale dei Centri di Costo ed un'attribuzione **indiretta** di una serie di costi, ascrivibili alla fascia di età anziana, non imputabili tramite gli usuali strumenti di contabilità adottati in azienda, per i quali si è proceduto con una tecnica di rilevazione extra contabile.

L'analisi dei costi direttamente imputabili all'area Anziani si basa essenzialmente su dati di Contabilità Analitica (CO.AN.) per l'anno 2004. Sono stati analizzati esclusivamente i costi sanitari dei diversi Centri di Responsabilità afferenti ai Distretti Sanitari, escludendo quanto rientra nel bilancio sociale.

Nel modello sono stati presi in considerazione i seguenti aggregati di Fattori Produttivi considerati significativi per l'analisi e non la totalità dei costi diretti rilevati in CO.AN.:

- Personale dipendente;
- Acquisto beni di consumo;
- Acquisto di servizi sanitari;
- Acquisto di servizi non sanitari;

Per quanto riguarda i costi "non direttamente" imputabili all'area Anziani, in particolare: assistenza di base, ospedaliera, ambulatoriale, domiciliare, farmaceutica, termale, protesica e integrativa, assistenza ai pazienti affetti da disturbi psichici e la quota di attribuzione per la campagna vaccinale anti-influenzale ed anti-pneumococcica sono stati utilizzati i costi del 2005 in quanto non erano a disposizione elementi conoscitivi certi per il 2004. Tutte le voci di costo rappresentate sono al netto degli oneri previdenziali e contributivi a carico dell'azienda (quota ENPAM pari al 9.375% sull'importo lordo).

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA prende in considerazione la valorizzazione a tariffa DRG dei casi riferiti ad ultrasessantacinquenni dimessi da qualsiasi struttura ospedaliera pubblica e privata accreditata nazionale.

L'ASSISTENZA AMBULATORIALE prende in considerazione la valorizzazione riportata dal DM 150 del 22 luglio 96² delle prestazioni ambulatoriali (discipline chirurgiche, mediche, riabilitative, laboratori, pronto soccorso, radiologie) erogate da qualsiasi struttura ospedaliera e ambulatoriale pubblica e privata accreditata nazionale.

La quota di attribuzione di MEDICINA DI BASE quantifica il costo relativo al "compenso" dei Medici di Medicina Generale (MMG) per i residenti di età ≥ 65 anni, presenti nella banca dati "Assistiti in carico a MMG" della Regione Emilia-Romagna. Il calcolo del "compenso" ricomprende:

1. una quota fissa formata da varie voci stipendiali da convenzione (onorario, compenso aggiuntivo, concorso spese) imputabili a tutti gli assistiti e proporzionalizzata per le due fasce di popolazione assunte come base della rilevazione (assistiti compresi fra 65 anni e 75 anni e la fascia ≥ 75 anni);
2. il "compenso" collegato alla fascia di popolazione ultra 75enne;
3. una quota per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Programmata (ADP) e in Residenza non protetta (tutte proporzionalizzate in base al numero di accessi e al numero di pazienti seguiti nel primo semestre 2005) e per Assistenza in Strutture Protette (quota caricata totalmente sugli ultrasessantacinquenni).
4. gli incentivi per le attivazioni delle ADI (proporzionalizzati per le due fasce di età in base al numero di "Nuove ADI 1-2-3" relative al primo semestre 2005);
5. una quota per vaccinazioni antinfluenzali (liquidato legato alla campagna vaccinale 2004).

Per il calcolo della quota di attribuzione relativa all'ASSISTENZA DOMICILIARE si sono utilizzati i costi diretti rilevati in contabilità analitica aziendale.

L'ASSISTENZA FARMACEUTICA prende in considerazione le seguenti voci:

² "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relativa tariffe" recepita con Delibera della Giunta regionale 410/1997 e successive modifiche

1. la spesa farmaceutica convenzionata esterna per assistito ≥ 65 anni;
2. la distribuzione diretta farmaci, calcolata applicando le medesime percentuali di incidenza che ogni distretto ha a livello aziendale per la spesa farmaceutica per assistito ≥ 65 anni;
3. la mobilità passiva per assistenza farmaceutica infra-regionale ed extra-regionale;

L'ASSISTENZA TERMALE include i costi direttamente imputati agli ultrasessantacinquenni per prestazioni erogate negli stabilimenti termali nazionali. L'ASSISTENZA PROTESICA, che comprende il servizio distribuzione pannoloni e gli ausili per disabili da farmacie pubbliche e private, è stata valorizzata utilizzando l'incidenza percentuale degli assistiti ultrasessantacinquenni sul totale aziendale degli assistiti in Assistenza Protesica nell'anno 2004. Lo stesso criterio è stato utilizzato per l'ASSISTENZA INTEGRATIVA che ricomprende l'ossigenoterapia e la distribuzione di alimenti a pazienti celiaci e presidi diabetici effettuata dalle farmacie pubbliche e private.

L'assorbimento di risorse sull'AREA della SALUTE MENTALE è stato calcolato sui costi diretti rilevati in Contabilità Analitica aziendale, considerando solo alcune tipologie di fattori produttivi, ripartite secondo le seguenti percentuali:

- 10% del costo totale riferito all'intera area DSM sul fattore produttivo "Oneri a rilievo sanitario e rette per inserimenti";
- 25% del costo totale riferito all'intera area DSM sui rimanenti F.P.

Il costo delle campagne vaccinali ANTI-INFLUENZALE ED ANTI-PNEUMOCOCCICA è stato calcolato in base alle percentuali di "dosaggio per classi di età" differenti nei sei Distretti dell'Azienda.

Per valutare eventuali differenze significative tra le quote di attribuzione è stato applicato il test χ^2 di conformità distributiva.

L'incidenza percentuale sulla spesa aziendale è stata ricavata dal rapporto tra la quantificazione economica dell'intera area Anziani pari a euro 544.232.333 ed i "costi della produzione" della AUSL di Bologna nell'anno 2004 di euro 1.228.723.450 depurati di un 15% di "costi generali d'azienda".

Risultati

Il primo e più interessante risultato dell'analisi si riassume nel fatto che gli anziani, che rappresentano il **23,8%** degli assistiti dell'AUSL di Bologna, sono responsabili del **44,3%** della spesa aziendale.

L'analisi per Distretto di residenza evidenzia diversità importanti: a fronte di una differenza percentuale tra anziani residenti e relativa spesa dell'1,1% nel Distretto Pianura Ovest si registra un valore pari a 11,9% nel Distretto Città di Bologna. I restanti Distretti si collocano intorno a scostamenti percentuali compresi tra 1,1% e 2,7% (figura 1). Ciò significa che nel distretto cittadino la spesa dedicata agli anziani risulta maggiore rispetto agli altri distretti. Questo dato si traduce in differenti costi pro capite per Distretto. Nell'anno 2004 il costo pro-capite per anziano residente nell'AUSL di Bologna è risultato pari ad euro 2.793. Il valore varia da un minimo di 2.509 euro nel Distretto di Casalecchio di Reno a un massimo di 2.960 nel Distretto Città di Bologna (fig. 2).

La tabella 1 mostra i costi pro capite per le diverse quote di spesa. I due distretti con costo pro capite più elevato sono quelli che presentano il costo pro capite più alto sia per l'assistenza ospedaliera che per quella ambulatoriale. Incide significativamente nel determinare il costo pro capite più elevato la quota pro capite di assistenza farmaceutica che nel Distretto Città di Bologna supera la media aziendale di 39 euro per anziano residente (+ 6,7%).

Il distretto con il costo pro capite più basso si distingue per una minor spesa rispetto alla media aziendale particolarmente significativa per l'assistenza ambulatoriale (-9,4%) e quella farmaceutica (-7,4%) a parità di spesa sull'assistenza ospedaliera. La spesa farmaceutica sembra essere l'elemento che influenza il costo pro capite in maniera più importante rispetto alle altre voci.

Ricalcolando il costo "medio" pro capite come media dei costi pro capite per Distretto il valore risulta essere pari a 2.688; moltiplicando tale costo per la popolazione residente ultrasessantacinquenne per Distretto otteniamo una sorta di "costo atteso" per area Anziani che può essere messo a confronto con i costi "reali" rilevati nella presente analisi (tabella 2).

Il risultato della differenza tra valore atteso e costo realmente sostenuto risulta molto basso e si attesta intorno a differenze percentuali in difetto per i Distretti di Casalecchio di Reno, Porretta Terme, Pianura Est e Ovest. L'unico distretto dove la quota di spesa supera il costo atteso è il distretto cittadino con un + 1,85%.

La quota di spesa più rilevante riguarda l'assistenza ospedaliera (48,7%), seguita dalla farmaceutica (20,7%) e dalla assistenza ambulatoriale (11,2%) (figura 3).

A livello distrettuale (tabella 3) l'assistenza ospedaliera oscilla dal 43% al 52,5% della spesa, i costi diretti variano dal 7,3% al 13,9%, mentre la farmaceutica e l'assistenza ambulatoriale non presentano significativi scostamenti dalla media aziendale (rispettivamente 20,9% e 11,2%) ad eccezione di un Distretto in cui la spesa è più bassa in entrambe le voci (19,0% e 9,5%). Sulle altre quote di spesa non ci sono differenze rilevanti tra Distretti.

Ad una lettura sui singoli distretti emergono alcune informazioni particolarmente significative: nel Distretto Pianura Ovest (con una situazione simile anche nel Distretto Pianura Est) ad un elevato livello di spesa per assistenza ambulatoriale (11,8%), per assistenza domiciliare (2,1%) e per costi diretti (13,9%) si contrappone un basso livello di spesa per assistenza ospedaliera (43%), mentre nel Distretto Porretta Terme la situazione è esattamente opposta, con un'elevata incidenza per la spesa relativa all'assistenza ospedaliera (52,5%) ed un basso livello della spesa per l'assistenza ambulatoriale (9,5%, ben sotto la media aziendale) e l'assistenza diretta (9,4%).

Il test del Chi Quadrato, applicato per saggiare le differenze di spesa sulle quote di attribuzione tra Distretti e dei Distretti rispetto al valore medio aziendale, non ha evidenziato alcuna significatività.

Discussione

L'impatto dell'invecchiamento sul sistema sanitario è oggetto di studi ed analisi da almeno un ventennio; in Italia le previsioni a lungo termine sull'evoluzione della spesa sanitaria non mancano (Piperno, 2002; Rgs, 2004). Paradossalmente manca una conoscenza approfondita del contesto attuale.

L'indice di vecchiaia dei residenti dell'AUSL di Bologna è uno dei più alti della Regione Emilia Romagna (204,78 contro una media regionale di 184,10). Anche la quota dei "grandi anziani" (>80 anni) è tra le più elevate della Regione (11,8 contro una media regionale di 11,1).

Considerando che tale popolazione, ritenuta la "più fragile", consuma, proporzionalmente ed in assoluto, più delle altre fasce di età in gran parte dei livelli assistenziali, in particolare per quelli a più alto costo, e che da tutti i sistemi previsionali viene stimata in forte crescita della spesa nel prossimo quadriennio, il monitoraggio della stessa è quanto mai importante.

Il lavoro risponde alla domanda su quale sia l'impatto della spesa sanitaria dedicata agli anziani, cercando di fornire una lettura integrata delle principali variabili che la compongono.

Prima di discutere quelli che si ritengono essere i principali risultati vanno evidenziate alcune criticità sul metodo utilizzato. In particolare i modelli di analisi sui livelli assistenziali hanno il problema di identificare un'omogenea configurazione dei costi da assumere tenendo conto delle diverse specificità aziendali. Non si può neanche dimenticare che nel 2004 erano presenti criteri disomogenei determinati dalle tre ex aziende appena confluite nella Azienda USL di Bologna; ad esempio in uno dei sei Distretti non erano presenti centri di responsabilità dedicati agli anziani.

L'analisi dei costi condotta mostra un costo percentuale dell'Area Anziani (44,3%) in linea con quello della Regione Emilia - Romagna (42% nel 2005) e con quanto evidenziato in letteratura.

A livello distrettuale, a fronte di un costo "pro capite" medio che presenta variazioni contenute tra i diversi Distretti, l'analisi per quote di attribuzione dei costi presenta una certa disomogeneità. Il

Distretto Città di Bologna presenta il costo “pro capite” più elevato, da mettere in relazione alle particolarità socio - demografiche dell’area metropolitana che è caratterizzata da un’elevata percentuale di grandi vecchi (ultraottantacinquenni), dalla presenza di famiglie mono componenti e da un’offerta di prestazioni sanitarie più elevata di quella di altri distretti. Rispetto alla media aziendale lo scostamento percentuale di questo Distretto non è rilevante dato il peso significativo esercitato dallo stesso Distretto sul totale dei costi aziendali.

Il risultato delle differenze a livello distrettuale per singola voce di spesa rispetto al valore medio aziendale mostra che l’assistenza ospedaliera ha costi più elevate nei Distretti dell’area sud dell’azienda che sono quelli situati in territorio montano, dove, per contro, i costi diretti dell’area anziani sono i più bassi dell’azienda. Ciò riflette un diverso atteggiamento della popolazione residente nell’utilizzo dei servizi sanitari, in relazione ad una diversa organizzazione dell’offerta di servizi socio sanitari per anziani (es. strutture residenziali) che in queste aree vanno sviluppati.

I risultati di questo studio sono stati di supporto al lavoro dei direttori di Distretto nell’ambito di un confronto interno ed esterno all’azienda finalizzato alla programmazione dell’offerta di servizi sanitari e socio-sanitari. Il lavoro pone, inoltre, le basi per uno studio dell’impatto sui costi che le politiche e le strategie aziendali determineranno nei prossimi anni in relazione ai possibili scenari futuri influenzati dalle dinamiche di tipo sociodemografico ed epidemiologico.

Bibliografia

1. Brockmann H. (2002) *Why is less money spent on Health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in german hospital.* Social Science & medicine, N°55.
2. Buiatti E et al. (2001) *Dalla epidemiologia alle decisioni: un modello di studio per la programmazione dei servizi per anziani,* Tendenze nuove, 4:313-339.
3. Gabriele S, Cislighi C, Costantini F, et al. (2006) *Demographic Factors and health Expenditure profile by age: the case of Italy.* ENEPRI Research report N°18.
4. Istat (2001). Previsioni 2001-51 della popolazione residente per sesso, età e regione. Sito web: <http://demo.istat.it>.
5. Lavorato A, Rozzini R, Trabucchi M (1994), *I costi della vecchiaia. L’Assistenza sanitaria agli anziani negli anni ’90: scenari e scelte possibili per un problema di grande rilevanza sociale.* Bologna, il Mulino.
6. Lubitz J, Riley G. (1995) *Longevity and medicare expenditure.* New England Journal of Medicine, Vol 332.
7. Mapelli V. (2005), *Spesa farmaceutica e invecchiamento della popolazione: le indicazioni di uno studio nella Asl Milano I.* Politiche Sanitarie, Vol 6.
8. Salas C, Raftery JP. *Econometric issues in testing the age neutrality of health care expenditure* .Health Econ. 2001 Oct;10(7):669-71
9. Seshamani M, Gray A. (2004) *Ageing and health care expenditure: the red herring argument revisited.* Health Economics, Vol 13.
10. Taroni F, Nobilio L (2004) *Concentrazione e persistenza della spesa sanitaria: evidenze empiriche e implicazioni per le politiche sanitarie,* in Fiorentini G (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2004,* Bologna Il mulino, pp 171 -199.
11. Zweifel P, Felder S, Meiers M. *Ageing of the population and health care expenditure: a red herring?.* Health Economics 1999; 8: 485-496.