

Il costo delle cronicità nelle geriatrie italiane

Gianluca Merchich*, Mariangela Zenga**

*Dipartimento di Scienze Economiche Aziendali e Diritto per l'Economia, Università Milano-Bicocca

**Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università Milano-Bicocca

ABSTRACT

Il tema dell'assistenza sanitaria alla popolazione anziana sta assumendo sempre più rilevanza per molteplici cause. La prima sicuramente è di natura demografica: l'Italia è fra i paesi più anziani in Europa (seconda solo alla Germania), con un indice di vecchiaia del 142%; si prevede che l'indice di vecchiaia, che soltanto nel 1951 era del 31,4%, possa raggiungere un valore pari a 256,3% nel 2050. Questo significa che fra circa 30 anni vi saranno 5 ultrasessantacinquenni per ogni ragazzo con età inferiore a 14 anni. A ciò occorre aggiungere una percentuale crescente di persone con almeno una patologia cronica o cronico degenerativa, pari a circa il 38,4%¹. Questo dato, unitamente ad un'aspettativa di vita a 65 anni crescente e all'aumento delle stesse patologie croniche, porterà il Sistema Sanitario Italiano a fare i conti con un rilevante aumento dei consumi sanitari. Il problema quindi non sarà più gestire l'evento acuto, ma gestire la cronicità garantendo al cittadino una qualità di vita dignitosa. Secondo le stime più recenti, la spesa nel 2050 per l'assistenza agli anziani potrebbe assorbire i 2/3 del budget del Servizio Sanitario Nazionale.

Il presente articolo analizza i ricoveri ordinari per acuti nei reparti di geriatria sul territorio nazionale. Nello specifico individua la proporzione dei ricoveri afferenti a patologie croniche, che sarebbero potenzialmente evitabili qualora vi fosse una presa in carico di questa tipologia di pazienti alternativa al ricovero ordinario, maggiormente appropriata e, soprattutto, più vicina al domicilio del paziente. La ricerca inoltre fornisce una stima delle risorse economiche che potrebbero essere destinate all'assistenza territoriale ed alla sua imple-

mentazione in risposta alla riorganizzazione della rete ospedaliera imposta dalla legge 135/2012.

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità viene definita *cronica* una patologia se permanente, se tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile, se è causa di un'alterazione patologica non reversibile, se richiede una formazione speciale per il raggiungimento di una buona qualità di vita e inoltre se richiede un lungo periodo di controllo, osservazione e cura². Da questa definizione è chiara la distinzione tra un evento di tipo acuto e un evento cronico. Gli obiettivi di cura di un evento acuto prevedono la cura stessa dell'evento, mentre gli obiettivi di cura di un evento cronico prevedono la gestione della condizione patologica, la prevenzione dei vari fattori di rischio e della disabilità, l'aumento, se possibile, del tasso di sopravvivenza, e il miglioramento della qualità di vita. Inoltre un evento acuto è limitato nel tempo, mentre un evento cronico non è definibile in termini di durata. Le competenze e le conoscenze necessarie alla gestione di un evento acuto sono prevalentemente riferite agli operatori sanitari; per la gestione della cronicità è necessario anche l'intervento dei familiari, ma soprattutto del paziente stesso. Inoltre, nella gestione della malattia, mentre nell'evento acuto ci si concentra sul trattamento medico del singolo quadro clinico erogato prevalentemente in ospedale, nell'evento cronico è richiesto un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di più servizi possibilmente in "rete".

¹ Fonte: ISTAT 2011.

² http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

ANALISI DEI RICOVERI PER PATOLOGIE CRONICHE NELLE GERIATRIE ITALIANE

Sono stati analizzati tutti i ricoveri del triennio 2009-2011 nei reparti geriatrici di strutture pubbliche o private accreditate su tutto il territorio italiano. La banca dati è stata fornita dal Ministero della Salute. Per identificare i ricoveri afferenti a patologie croniche, si è fatto riferimento al criterio di inclusione utilizzato per il monitoraggio della Banca Dati Assistiti della Regione Lombardia secondo cui il ricovero afferente a patologie croniche deve essere identificato con DRG o diagnosi primarie e secondarie associate a patologie croniche¹. Sono stati così identificati undici gruppi di patologie²:

1. Broncopneumopatie (87, 88, 96, 97, 98);
2. Cardiovascolopatie (126, 127, 132, 133, 134);
3. Diabete (294, 295);
4. Dislipidemie (82, 296, 297, 298, 299);
5. Epato-enteropatie (202, 203, 204, 205, 206);
6. Esofago-gastro-duodenopatie (176, 177, 178, 183);
7. HIV positività e AIDS conclamato (488, 489, 490);
8. Insufficienza renale cronica (303, 316, 317);
9. Neoplasie (257, 258, 259, 260, 338, 346, 347, 410, 411, 412, 466);
10. Neuropatie (13, 26)
11. Trapianti (103, 302, 480, 481, 495, 512, 513).

Come riportato in Tabella 1, nel 2011 in Italia sono stati prodotti 140.779 ricoveri in reparti geriatrici, con un aumento dello 0,98% rispetto al 2009. Dei 140.779 ricoveri, il 37,5% afferisce a patologie croniche. Confrontando le prevalenze nelle diverse regioni, la percentuale di soggetti ricoverati per patologie croniche oscilla dal 24% della Valle d'Aosta al 46% della Basilicata. Dal punto di vista delle patologie, il 24,7% dei ricoveri geriatrici cronici è dovuto a broncopatie e a cardio-vascolopatie.

Sui primi 30 DRG prodotti nelle geriatriche italiane, il 47,31% viene identificato da DRG associati a patologie

croniche, con una diminuzione di 5 punti percentuali rispetto al 2009. A livello regionale la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Toscana riportano le più basse percentuali di ricoveri ordinari per patologie croniche sui primi 30 DRG (rispettivamente: 27%, 31% e 31,1%) mentre la Campania e la Puglia ne detengono le più alte percentuali (rispettivamente: 55,6% e 56,1%).

Rispetto ai ricoveri cronici nelle geriatriche, i DRG a rischio di non appropriatezza³ sono stati pari al 18,67%, valore compreso tra l'11,1% del Friuli Venezia Giulia e il 29,5% della Puglia⁴.

In termini di giornate di degenza i 52.800 ricoveri per patologie croniche del 2011 equivalgono a 540.900 giornate di degenza ordinaria, per erogare le quali occorrono 1.480 posti letto teorici, cioè il 32% circa dei circa 4.600 totali posti letto delle geriatriche italiane. Delle 540.900 giornate di degenza circa un quinto viene prodotto in Veneto⁵.

La degenza media dei ricoveri ordinari nelle geriatriche italiane è stata di 8 giorni nel 2011. Rispetto ai ricoveri ordinari per patologie croniche in geriatria, la degenza media è stata di circa 10 giornate, con valori estremi di circa 8 giornate medie per Sicilia e Sardegna e di 20 giornate medie per Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia. Rispetto alle possibili modalità di dimissione⁶ per soggetti ricoverati per patologie croniche, dalle schede SDO 2011 emerge che l'attivazione dell'"ospedalizzazione domiciliare" ha riguardato 212 soggetti (meno del 2% di tutti i dimessi con patologia cronica).

IMPATTO ECONOMICO DELLE CRONICITÀ

In un periodo di forte recessione e necessità di effettuare tagli alla spesa pubblica diventa fondamentale convertire queste informazioni in valori economici.

Si è valutata la remunerazione teorica dei DRG cronici⁷ nelle geriatriche italiane. Nel 2011 sul totale dei ricoveri la remunerazione è stata pari a circa 138 milioni

¹ Criterio di inclusione della Banca Dati Assistiti - Regione Lombardia (2008).

² In parentesi saranno indicati i DRG (Groupes 24) associati alla patologia.

³ Allegato F, Deliberazione IX /2057 del 28/07/2011 - Regione Lombardia.

⁴ È da notare che per la Puglia il valore è diminuito di circa 10 punti percentuali dal 2009 al 2011.

⁵ Nel 2011 il Veneto possedeva il 24,2% dei posti letto di geriatria italiani.

⁶ Sono state escluse le dimissioni per decessi.

⁷ I costi sono stati valutati a prezzi 2008, in modo da poter epurare i dati di confronto dall'effetto dell'inflazione.

Tabella 1 - Numero di ricoveri ordinari nelle geriatriche italiane (anni 2009-2011).

N. Ricoveri in GERIATRIA	Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011		Δ 2011/2009	
	tutte le patologie	patologie croniche	tutte le patologie	patologie croniche	tutte le patologie	patologie croniche	tutte le patologie	patologie croniche
Regioni								
Piemonte	6.248	2.192	6.364	2.331	6.207	2.295	-0,66%	4,70%
Valle d'Aosta	766	163	730	135	769	182	0,39%	11,66%
Lombardia	8.998	3.121	9.180	3.175	9.771	3.317	8,59%	6,28%
Trentino Alto Adige	7.193	2.400	7.568	2.197	7.212	2.306	0,26%	-3,92%
Veneto	29.642	11.209	31.259	11.944	31.211	11.812	5,29%	5,38%
Friuli-Venezia Giulia	412	132	431	153	481	135	16,75%	2,27%
Liguria	1.728	695	1.986	781	2.137	831	23,67%	19,57%
Emilia Romagna	18.487	6.167	19.512	6.605	18.747	6.313	1,41%	2,37%
Toscana	3.008	915	3.184	937	3.426	884	13,90%	-3,39%
Umbria	1.153	325	1.157	283	1.236	290	7,20%	-10,77%
Marche	3.456	1.162	3.553	1.3	3.866	1.538	11,86%	32,36%
Lazio	8.486	2.869	10.098	3.437	8.311	2.996	-2,06%	4,43%
Abruzzi	8.747	3.671	8.197	3.435	8.316	3.669	-4,93%	-0,05%
Molise	709	299	708	295	846	380	19,32%	27,09%
Campania	4.935	2.136	5.198	2.172	4.280	1.873	-13,27%	-12,31%
Puglia	13.935	6.057	13.991	6.028	11.67	5.003	-16,25%	-17,40%
Basilicata	2.026	1.006	2.057	1.012	1.956	902	-3,46%	-10,34%
Calabria	5.064	2.123	6.048	2.557	5.654	2.462	11,65%	15,97%
Sicilia	9.099	3.626	9.796	3.828	9.271	3.649	1,89%	0,63%
Sardegna	5.323	1.870	5.398	1.951	5.412	1.960	1,67%	4,81%
Italia	139.415	52.138	146.415	54.556	140.779	52.797	0,98%	1,26%

di Euro, cioè il 32,5% della remunerazione totale dei ricoveri ordinari geriatrici, con un incremento del 3,85% rispetto al 2009. Come già sottolineato precedentemente, il Veneto consuma ancora circa il 20% dei costi totali teorici sui DRG target. A livello italiano, le

broncopatie e le vasculopatie, che consumavano circa il 32% delle giornate di degenza, assorbono più del 63% dei costi teorici sui DRG target.

Elemento fondamentale per consentire il confronto in termini economici fra il costo di queste "cronicità

ospedaliero" e quello di altri setting assistenziali di tipo territoriale per le stesse patologie è rappresentato dal costo medio lordo per giornata di degenza (Tab. 2). Nel 2011 il valore medio di una giornata di ricovero per DRG cronici è stato di € 255,00, con differenze piuttosto elevate tra le regioni: da un massimo di € 299,00 in Sicilia e un minimo di € 173,00 in Friuli Venezia Giulia¹⁰. A titolo esemplificativo, i costi sostenuti da Regione Lombardia per la degenza in strutture sub-acute per pazienti anziani cronici e stabili è compreso tra € 150,00, se il livello assistenziale è di intensità medio-bassa, e € 190,00 se l'intensità assistenziale è me-

dio-alta, mentre il costo sostenuto dalla stessa regione per una giornata di ricovero ospedaliero è di circa € 260,00.

CONCLUSIONI

Da quest'analisi emergono diverse riflessioni. Attraverso una presa in carico di tipo territoriale dei pazienti con uno dei DRG afferente a patologie croniche, si potrebbero liberare, e quindi destinare, risorse economiche a vantaggio del territorio. Inoltre, individuando

Tabella 2 - Costo medio lordo per giornata di degenza (anni: 2009-2011).

Regioni	2009	2010	2011
Piemonte	€ 211,10	€ 212,93	€ 223,91
Valle d'Aosta	€ 209,00	€ 183,13	€ 197,15
Lombardia	€ 237,12	€ 246,48	€ 261,07
Trentino Alto Adige	€ 221,51	€ 246,04	€ 244,70
Veneto	€ 224,13	€ 230,72	€ 239,36
Friuli-Venezia Giulia	€ 165,17	€ 163,86	€ 173,64
Liguria	€ 267,78	€ 289,13	€ 277,85
Emilia Romagna	€ 270,35	€ 276,86	€ 276,95
Toscana	€ 260,03	€ 260,24	€ 274,76
Umbria	€ 202,30	€ 222,23	€ 207,82
Marche	€ 246,95	€ 264,06	€ 245,54
Lazio	€ 254,55	€ 260,52	€ 263,49
Abruzzi	€ 268,63	€ 270,52	€ 271,68
Molise	€ 228,01	€ 240,30	€ 276,85
Campania	€ 259,76	€ 265,33	€ 250,94
Puglia	€ 216,20	€ 228,98	€ 235,96
Basilicata	€ 204,26	€ 218,93	€ 229,96
Calabria	€ 247,67	€ 269,23	€ 279,11
Sicilia	€ 289,08	€ 290,25	€ 299,44
Sardegna	€ 259,99	€ 279,31	€ 284,95
Italia	€ 240,29	€ 249,14	€ 254,89

¹⁰ Tale aspetto è ovviamente legato ai valori ottenuti per la degenza media.

quella parte di ricoveri potenzialmente evitabili, si riuscirebbe a ridurre la spesa per l'assistenza sanitaria ospedaliera garantendo una gestione condivisa della patologia cronica fra operatori sanitari, familiari e pazienti stessi con un impatto sicuramente positivo sulla qualità di vita e più vicino al domicilio del paziente stesso. Attraverso la presa in carico di tipo territoriale dei pazienti affetti dalle patologie oggetto del presente articolo, si potrebbe ottenere, in sintesi, il duplice risultato di liberare risorse economiche a vantaggio del

territorio e di contribuire alla riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla legge 135/2012. Se consideriamo che in Italia circa il 38,4% dei soggetti con più di 65 anni è affetto da almeno una patologia cronica o cronico-degenerativa, e se a ciò si aggiunge l'aumento dell'aspettativa di vita, si comprende molto bene come ciò implichi un aumento dei consumi sanitari che porterà il Sistema Sanitario Italiano a ricercare modelli, strumenti e più in generale strategie per il contenimento della spesa sanitaria pubblica.