

CAPITOLO 2

CRONICITÀ E SPESA SANITARIA

Sabina Nuti, Sara Barsanti

2.1 *La cronicità*

Negli ultimi anni il tema delle malattie croniche si è prepotentemente posto al centro dell'attenzione mondiale. L'aumento costante del numero di malati cronici negli ultimi decenni rappresenta sempre più una sfida a livello globale per i sistemi sanitari.

Le malattie croniche sono, infatti, la principale causa di morte in quasi tutti i paesi sviluppati e sono responsabili dell'86% dei decessi in tutta Europa (*European Health Report*, 2005).

Queste patologie, anche definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità “*non communicable disease*” (NCDs), sono patologie che possiedono una o più delle seguenti caratteristiche:

- sono permanenti;
- sono causate da un'alterazione patologica non reversibile;
- tendono a sviluppare un tasso di disabilità variabile.

Le evidenze scientifiche indicano che, alla base dell'insorgenza di tali patologie, vi sono i fattori di rischio comuni modificabili e tra questi in particolare la dieta scorretta e ipocalorica, la mancanza di attività fisica e il consumo di tabacco. Tali fattori, insieme a caratteristiche immutabili come età e predisposizione ereditaria, causano la maggior parte dei decessi relativi, indipendentemente dal genere o dalla provenienza geografica.

Nell'analisi dell'incidenza di tali patologie un ulteriore importante elemento da considerare è rappresentato dal loro riflesso sulla qualità della vita. Per misurare l'entità del problema, ossia l'impatto determinato sulla salute, l'effetto di queste patologie può essere espresso utilizzando il “Daly” (*Disability Adjusted Life Year*), corrispondente un anno di vita sana perduta. Considerando le diverse fasce di

età, si nota come il numero di Daly causato da malattie croniche è più alto fra gli adulti dai 30 ai 59 anni e cresce con l'età. Circa l'86% del carico di malattia riguarda persone al di sotto dei 70 anni (OMS, 2005). Quest'ultimo dato ben evidenzia come tale problematica, seppur strettamente legata all'età, riguardi anche la componente più giovane della società. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in riferimento all'Europa, l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute sono causati da NCDs. Dall'analisi della situazione italiana emerge un quadro fortemente disomogeneo nelle condizioni di salute della popolazione a livello territoriale, soprattutto in relazione allo status sociale. Prendendo in considerazione esclusivamente i dati sulla morbosità, si evince che se nella fascia d'età 45-64 anni la percentuale di persone che si stima soffrano di una patologia cronica grave è dell'11%, tra quanti hanno al massimo la licenza elementare, la quota raggiunge il 20% (Istat, 2005).

Se i bisogni per queste patologie sono rilevanti e in crescita, lo sono anche le risorse dedicate ai servizi destinati alla loro risposta. Non vi è dubbio infatti che già oggi queste patologie incidono in termini assai rilevanti sul consumo dei servizi sanitari. Quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche è, infatti, erogato per la popolazione multi cronica e tra queste circa il 30% per persone colpite da patologie croniche gravi (Istat, 2005). Le notti di degenza nei presidi ospedalieri dei pazienti affetti da patologie croniche gravi e multi croniche sono circa la metà dell'ammontare complessivo delle notti di ricovero, la quota raggiunge oltre il 75% se si tiene conto anche degli anziani (Istat, 2005). Il Regno Unito ha stimato che, delle undici principali cause di ricovero ospedaliero, otto sono malattie croniche e che il 5% dei ricoverati, spesso con una patologia a lungo termine, è associato al 42% di tutti i giorni di degenza per problemi acuti (OMS, 2006).

Nella Regione Toscana i ricoveri per patologie croniche in strutture ospedaliere per acuti è quasi al 6% (Fig. 2.1).

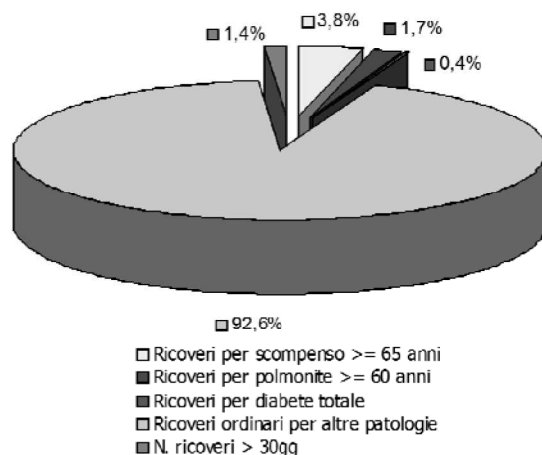


Fig. 2.1 – composizione dei ricoveri in Toscana, anno 2006

Per quanto riguarda le prospettive future, sia l'aumento della vita media, sia la crescente esposizione della popolazione ai fattori di rischio, comporterà un incremento ineluttabile di queste patologie.

2.2 La risposta dei sistemi sanitari pubblici

Patologie come lo scompenso cardiaco e il diabete con un livello di cure non sempre ottimale, pesano sempre più sui costi sanitari. È il risultato di sistemi sanitari concepiti in un'epoca in cui si mirava essenzialmente alla cura delle patologie acute, in particolare delle malattie infettive, che richiedevano un trattamento di breve durata ma intenso. Tale assetto dell'offerta risulta oggi meno adeguato ai bisogni di chi soffre di malattie croniche. Questi pazienti possono essere seguiti assai meglio al proprio domicilio, inseriti in un programma di monitoraggio delle condizioni cliniche, educazione sanitaria e alimentare nonché di attività fisica. Per riconvertire parte dell'offerta dei sistemi sanitari in molti paesi sono attualmente in corso sperimentazioni per una gestione più efficace delle cronicità. Questa sembra essere maggiormente garantita nel contesto con maggiori livelli di *outcome* e un netto contenimento dei costi (Cros-

son e Madvig, 2004). Nella letteratura si evidenzia la necessità di creare o comunque rafforzare sia la continuità assistenziale, ossia il coordinamento tra gli operatori sanitari nel percorso di cura del paziente (Raddish e Sharkey, 1999), sia il sistema delle cure primarie. Quest'ultimo viene considerato un componente essenziale del sistema sanitario nazionale garante di erogare assistenza sanitaria alla popolazione con equità ed efficienza (Ferrer *et al.*, 2005) ma soprattutto capace di ottenere tassi più bassi di mortalità prematura, di mortalità per condizioni curabili, di mortalità neonatale e postneonatale (Starfield, 1998; Macinko *et al.*, 2003).

Fra i più recenti modelli gestionali per la cura dei pazienti cronici che si propongono di ridisegnare il sistema delle cure primarie, si evidenzia il *Chronic Care Model* elaborato dal prof. Ed Wagner, direttore del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* (Bodenheimer *et al.*, 2002). Tale modello è stato originalmente sperimentato presso la *Group Health Cooperative* di Seattle ed è frutto di una revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche effettuata da un panel di esperti statunitensi. Come obiettivo finale il *Chronic Care Model* vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere un'assistenza di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione (Maciocco e Roti, 2006). Anche la Regione Toscana ha inteso introdurre questa prospettiva di intervento nel sistema sanitario regionale. Nel nuovo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 una tra le sfide di maggiore rilievo è proprio la "Sanità di Iniziativa", ossia la proposta di una sanità che non attende che il cittadino si rivolga ai servizi ma che orienta l'attività verso chi «meno sa e meno può» e che, per questo, si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno. In questo senso la Toscana intende ripensare all'assetto del sistema, impiegando anche parte delle risorse che si liberano dall'implementazione dei processi di appropriatezza, qualità e produttività. Mediante la riallocazione delle risorse rese disponibili, il Piano si propone di realizzare concretamente modelli d'intervento ed obiettivi di iniziativa che privilegino le categorie più deboli.

La scelta è di puntare su modelli d'intervento quali il *Cronic Care* per orientare i propri servizi verso i pazienti cronici e, tra questi, a quelli con maggiore bisogno, superando il rischio di una distribuzione di «parti uguali tra disuguali». Questo passaggio viene considerato come la naturale e al tempo stesso «virtuosa» evoluzione del sistema sanitario toscano, che, dopo aver assolto alla garanzia del diritto alla cura, intende ora operare perché questo si realizzi pienamente anche per quelle fasce che, pur avendone più bisogno, hanno una minore consapevolezza dell'offerta disponibile e che comunque tendono ad utilizzare i servizi non per la prevenzione delle malattie ma spesso quando ormai sono nella fase acuta. A dimostrazione di ciò dall'analisi delle dimissioni relative al 2008 emerge che i cittadini con titolo di studio più basso accedono ai servizi di ricovero in urgenza con una frequenza assai più elevata di quelli con alto titolo di studio.

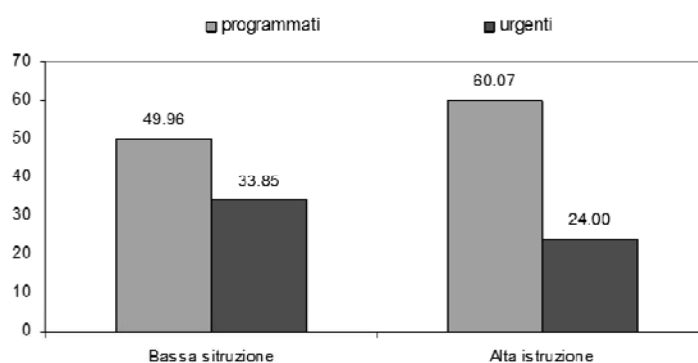


Fig. 2.2 – Accesso al ricovero ospedaliero per titolo di studio (Regione Toscana 2008)

In questa direzione si basano gli orientamenti dati alle aziende sanitarie locali già fin dal 2006 dalla Regione Toscana, che, tra gli obiettivi strategici oggetto di valutazione regionale e di incentivazione alle direzioni regionali, includono la capacità aziendale di ridurre il tasso di ospedalizzazione di alcune più significative patolo-

gie croniche attivando percorsi di cura più appropriati nel territorio. Nell'ambito del sistema di valutazione della performance della sanità toscana (Nuti, 2008) infatti sono oggetto di monitoraggio un gruppo di misure raggruppate nell'indicatore C11 – Efficacia delle attività territoriali (Bonini *et al.*, 2008). Tali misure comprendono i tassi di ospedalizzazione per alcune patologie sensibili alle cure ambulatoriali, quali scompenso, polmonite, diabete e BPCO. Tali indicatori misurano indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate nel territorio.

2.3 *Equità e malattie croniche*

La povertà e l'emarginazione sociale aumentano il rischio di sviluppare malattie croniche e relative complicanze. In paesi ricchi con sistemi sanitari universalistici, come Inghilterra e Galles, Finlandia, Danimarca, Italia, Norvegia le disuguaglianze in termini di mortalità sono particolarmente aumentati tra gli anni Ottanta e Novanta principalmente per due motivi:

- da una parte è diminuita la mortalità tra i più abbienti per malattie cardiovascolari;
- dall'altra è invece aumentata la mortalità tra i più poveri per malattie come cancro ai polmoni, malattie respiratorie, disturbi gastrointestinali.

Le cause più immediate per comprendere tali iniquità sono da ricercare nella maggior presenza di fattori di rischio nella popolazione più povera e meno istruita, come ad esempio l'obesità, così come non deve essere trascurato tra i possibili determinanti della cronicità il ruolo del sistema sanitario nel suo complesso e dei servizi naturalmente preposti al controllo e alla prevenzione di tali malattie. La letteratura e gli studi epidemiologici confermano che l'incremento delle patologie croniche da una parte interesserà maggiormente i paesi in via di sviluppo, dall'altra, nei paesi sviluppati, soprattutto le categorie più deboli della popolazione. Il Regno Unito ha stimato che, delle undici principali cause di ricovero ospedaliero, otto sono malattie croniche e che il 5% dei ricovera-

ti, spesso con una patologia a lungo termine, è associato al 42% di tutti i giorni di degenza per problemi acuti (OMS, 2006).

Uno studio pubblicato sull'*International Journal of Epidemiology* evidenzia in 8 paesi europei le disuguaglianze legate ai livelli di istruzione nella prevalenza di malattie croniche. In particolare si osserva che per la maggior parte delle patologie croniche ci sono iniquità a svantaggio dei soggetti meno istruiti sia nella popolazione in età lavorativa (tra i 25 ed i 59 anni), sia nella popolazione anziana (tra i 60 ed i 79 anni) con particolare riguardo a infarto, malattie del sistema nervoso, diabete mellito e artrite. Relazioni non significative, invece, sono state evidenziate per patologie come calcoli renali e altre malattie renali e malattie della pelle. Il cancro invece mostra una relazione inversa a seconda della fascia di popolazione considerata: nella fasce di età lavorativa è maggiormente prevalente tra gli individui meno istruiti, mentre nella fasce di popolazione anziana tra gli individui più istruiti, ad eccezione nell'Olanda. Infine nella maggior parte delle malattie le disuguaglianze sono nettamente più forti per le donne.

Negli Stati Uniti la prevalenza del diabete è tripla nella popolazione bianca con bassa scolarità (10.1%) rispetto ai laureati (3.2%) e differenze analoghe sono presenti in tutti i gruppi etnici. In Italia non esistono studi istituzionali sulla relazione tra stato socioeconomico e malattie croniche: l'indagine Multiscopo ISTAT del 2005 fornisce comunque informazioni su possibili relazioni in merito. Dall'analisi della situazione italiana emerge un quadro fortemente disomogeneo nelle condizioni di salute della popolazione a livello territoriale, soprattutto in relazione allo status sociale. Le malattie croniche più diffuse risultano l'artrosi artrite con il 18.3%, l'ipertensione arteriosa con il 13.63%, le malattie allergiche con il 10.7%. In tutte le fasce di età le malattie croniche sono prevalentemente più diffuse: se nella fascia d'età 45-64 anni la percentuale di persone che si stima soffrano di una patologia cronica grave è dell'11%, tra quanti hanno al massimo la licenza elementare, la quota raggiunge il 20%; tra gli anziani di 65-74 anni si passa dal 28.45% al 36.5%. Si rileva un andamento analogo per le persone multicro-

niche, come mostra la tabella seguente (Istat, 2005). Quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche è, infatti, erogato per la popolazione multi cronica e tra queste circa il 30% per persone colpite da patologie croniche gravi (Istat, 2005). Le notti di degenza nei presidi ospedalieri dei pazienti affetti da patologie croniche gravi e multi croniche sono circa la metà dell'ammontare complessivo delle notti di ricovero, la quota raggiunge oltre il 75% se si tiene conto anche degli anziani (Istat, 2005). Uno studio condotto nella città di Bologna sull'ospedalizzazione potenzialmente evitabile tra gli anni 1997-2000 evidenzia una forte associazione inversa tra i tassi di ospedalizzazione per ACSC (*ambulatory case sensitive conditions*) ed il livello di reddito dei pazienti.

2.4 *Cronicità e strategie di allocazione delle risorse*

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana oltre ad essere strumento di *governance* ormai fondamentale sia a livello regionale che aziendale¹ ha permesso anche di percorrere un cammino mai fatto sistematicamente fino ad oggi nel contesto della pubblica amministrazione italiana. La possibilità di poter conoscere oltre alla misura del proprio risultato conseguito anche il riferimento di quelli ottenuti dalle altre organizzazioni operanti nel sistema ha permesso infatti di impostare una serie di considerazioni e valutazioni completamente nuove nel contesto del nostro paese. Nel contesto sanitario americano, per esempio, già da anni la *Market Insight* che opera a San Francisco esamina le informazioni di costo sottoposte agli organismi federali di controllo provenienti dai maggiori ospedali americani. La *Market Insight* sviluppa rapporti di benchmark che mostrano i livelli di costo di un ospedale confrontati con quelli di numerosi altri ospedali americani. I rapporti possono essere predisposti a livello di ospedale nel suo complesso oppure per uno specifico raggruppamento diagnostico.

Nel contesto della pubblica amministrazione italiana questa tipo-

¹ Il sistema è consultabile da tutti i cittadini sul sito web valutazione-sanita.toscana@sssup.it e scaricabile dal sito della Regione Toscana e da quello del Laboratorio Mes.

logia di informazioni presenta una significatività estremamente elevata perché è tipico del nostro contesto presumere di aver già ottenuto la massima efficienza del sistema e che difficilmente si possa agire per diminuire i costi sostenuti, al massimo si considera possibile adoperarsi per contenerne l'aumento. Questa era la prospettiva presente anche nella sanità toscana.

L'inerzia dei costi dovuta all'incidenza minima dei costi variabili sul totale delle risorse impiegate da un lato e la forte cultura di auto-referenzialità dall'altro, comportava che nelle fasi di valutazione dell'adeguatezza delle risorse allocate dalla Regione a ciascuna Asl annualmente si considerasse impossibile prevederne una diminuzione a parità di prestazioni prodotte. La possibilità di avere a disposizione un sistema di ben 130 indicatori in *benchmarking* ha permesso invece di modificare l'approccio al problema. La presenza di una elevata variabilità di performance nella maggioranza degli indicatori monitorati dal sistema ha dimostrato infatti l'esistenza di assetti organizzativi e comportamenti adottati assai differenziati tra le aziende e che a tali scelte fossero imputabili in larga misura la differenza dei risultati conseguiti. La Fig. 2.3 evidenzia la performance conseguita nel 2007 dalle aziende sanitarie toscane in termini di deviazione standard per ciascun indicatore. Appare chiaro che nella maggioranza dei casi la differenza tra le aziende è ancora molto ampia dimostrando la presenza di ampi spazi di miglioramento ancora conseguibili.

Far emergere le differenze per la prima volta ha testimoniato al sistema che in molti degli ambiti indagati le aziende avevano spazi di miglioramento provati dal fatto che una, o più, o addirittura la maggioranza delle altre istituzioni del sistema riusciva a conseguire output superiori. Queste evidenze hanno permesso di abbattere gli «alibi», eliminare il termine «impossibile» e costruire la nuova cultura del «possibile». Il confronto è diventato un vero e proprio «metodo di lavoro» che ha permesso di individuare per ciascuna azienda le aree di intervento. Tra queste alcune hanno permesso alle aziende di effettuare una riflessione in termini di recupero di efficienza rispetto ad obiettivi «possibili» in quanto già raggiunti da altri soggetti

del sistema.

L'analisi delle aree di intervento è stata effettuata considerando due ipotesi di riferimento capaci di segnalare il minimo e il massimo raggiungibile da ciascuna azienda e dal sistema:

- Ipotesi di miglioramento minimo, ossia i cambiamenti ottenibili se tutte le aziende con performance scarsa raggiungono risultati in linea con la mediana delle aziende o, in alcuni casi, la media regionale.
- Ipotesi di miglioramento massimo (*best practice*): corrispondente al raggiungimento da parte di tutte le aziende del sistema della *best practice* regionale.

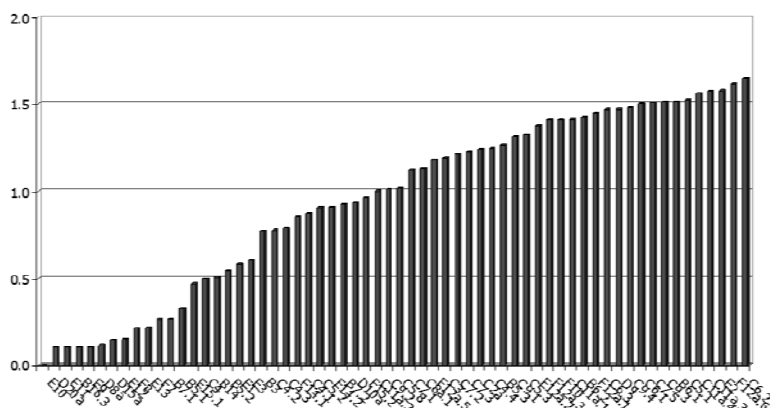


Fig. 2.3 – Risultati 2007 e variabilità tra le aziende (elaborazione MeS)

Per garantire la sostenibilità di lungo periodo del sistema e per attivare processi di *budgeting* aziendali «credibili» e motivanti, è necessario infatti agire sulle «determinanti» dei costi, ossia sui comportamenti che li determinano, senza tagli indiscriminati alle risorse ma responsabilizzando i professionisti sugli impatti economici che le loro scelte comportano. Se un'azienda è in condizioni di squilibrio economico e non riesce ad ottenere il pareggio di bilancio appare insostenibile e addirittura dannosa l'adozione di una riduzione di una determinata percentuale su tutti i costi senza una valutazione attenta di ciò che viene tagliato e delle cause stesse che hanno por-

tato l'azienda al disavanzo. Per ciascuna delle aree sono stati analizzati gli indicatori e le performance specifiche. Grazie al confronto è stato possibile calcolare in termini di valore lo scostamento del risultato conseguito da ciascuna azienda rispettivamente sia alla media o mediana delle aziende del sistema sia alla *best practice*. Per quanto riguarda tutti gli indicatori che potevano avere impatto sulla riduzione dei ricoveri o delle giornate di degenza la valorizzazione è stata effettuata per step successivi considerando le seguenti ipotesi. Nel caso in cui la riduzione abbia carattere marginale la giornata di degenza evitata è stata valorizzata considerando solo quei consumi evitabili nel caso in cui il letto non sia occupato dal paziente come il vitto, il cambio lenzuola e i consumi di farmaci. L'importo in questo caso, in base alle indicazioni medie fornite dalle aziende, è stato considerato pari a 40 euro per giornata di degenza. Nel caso in cui le riduzioni possano essere considerate più consistenti, ma non ancora tali da determinare la chiusura di un intero reparto, la valorizzazione è stata effettuata includendo alle precedenti categorie di risorse il costo del personale. Se infatti le giornate di degenza che possono essere ridotte sono tali da permettere la chiusura di più posti letto, questo permette all'azienda di spostare il personale verso altri servizi con maggiori necessità. Per attuare questa tipologia di intervento è stato considerato che fosse necessario raggiungere la riduzione di giornate di degenza pari ad almeno 12 posti letto. In questo caso è stato valutato possibile modificare l'organizzazione del personale. In particolare può essere chiuso parte del reparto ed il personale spostato in un altro ambito. Questa opportunità appare praticabile soprattutto per il personale infermieristico nel breve periodo che può essere più proficuamente impiegato nel territorio, ma nel medio-lungo periodo vale in buona misura anche per il personale medico. La valorizzazione complessiva del costo del personale addetto all'assistenza di un set assistenziale di 12 posti letto è nella media delle aziende sanitarie toscane pari ad un valore complessivo annuale di circa 2 milioni di euro.

Con queste ipotesi quindi il team di ricerca del Laboratorio Management e Sanità ha potuto valorizzare gli scostamenti per cia-

scuna azienda dalla media e dalla *best practice* per ciascun indicatore che monitorasse un aspetto inerente al consumo delle risorse. Non si tratta di «risparmi» ma di risorse che nel medio – lungo periodo possono essere spostate e allocate per altre destinazioni. Per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione relativi alle patologie croniche, la loro riduzione ad un livello già conseguito da un'azienda del sistema potrebbe rimettere in circolazione nel sistema milioni di euro e certamente potrebbe permettere di spostare risorse di personale dall'ospedale al territorio. I valori delle risorse che potrebbero essere riallocabili evitando i casi di ospedalizzazione inappropriata variano da circa 7 milioni di euro e circa 11 milioni di euro (Nuti *et al.*, 2009).

2.5 Conclusioni

La possibilità di affrontare il potenziamento dell'assistenza territoriale così come previsto dal nuovo Piano Sanitario Regionale risulta assai più sostenibile con le suddette prospettive. Il progetto riguardante la sanità di iniziativa per la gestione della cronicità prevede per la fase di sperimentazione della nuova organizzazione in circa 36 gruppi di medici di medicina generale un investimento di circa 2,5 milioni di euro. Il finanziamento di tali azioni da intraprendere può contare in parte su nuovi fondi ma soprattutto su risorse rese disponibili da una riduzione dei costi sostenuti per i ricoveri inappropriati per queste patologie. Spesso si denuncia infatti che interventi di sanità d'iniziativa nel territorio non possono essere realizzati a causa della mancanza di risorse dedicate, ossia per esempio la carenza di figure infermieristiche che possano affiancare il medico di famiglia nella cura dei pazienti affetti da patologie croniche. In realtà mediante il calcolo delle risorse che potrebbero essere liberate nel medio lungo periodo se le aziende riuscissero a migliorare la propria performance e a posizionarsi sulla media regionale o, nella migliore delle ipotesi, a raggiungere la *best practice*, il sistema sanitario nel suo complesso e le singole aziende, potrebbero da un lato capire dove converrebbe puntare per recuperare efficienza e dall'altro

quanto si potrebbe ipotizzare di conseguire in termini di risorse manovrabili, almeno considerando le leve che sono state oggetto di misurazione. Si tratta quindi di un riferimento sicuramente prudentiale che emerge solo da quanto fino ad oggi misurato in Toscana ma che evidenzia la necessità di svolgere azioni combinate nel sistema sanitario gestendo in modo flessibile le risorse per poter ottenere servizi più capaci di adattarsi ai bisogni della popolazione e con maggiore valore aggiunto. Agire quindi sulle patologie croniche con un approccio proattivo che preveda percorsi di priorità nella presa in carico di persone con basso titolo di studio o comunque con maggiori problematiche socio-economiche può permettere di ridurre i ricoveri inappropriati non programmati. Questa tipologia di interventi può liberare risorse finanziarie che possono essere efficacemente riallocate nei servizi di prevenzione e promozione alla salute. Questi infatti rappresentano certamente un fattore che direttamente incide sullo sviluppo economico in quanto permetterebbero di evitare l'insorgere di patologie che riducono la capacità di lavoro della popolazione e di produzione di ricchezza. Questa sfida appare ancora più irrinunciabile se i beneficiari di un più corretto e efficace processo di allocazione delle risorse, programmazione e realizzazione dei servizi sociosanitari basato appunto su «priorità misurate» sono le categorie sociali più svantaggiate.