

# Impatto epidemiologico delle cronicità e relativi costi sanitari in Medicina Generale: il contributo al *Rapporto Osservasalute 2018*

Claudio Cricelli<sup>1</sup>, Gerardo Medea<sup>2</sup>, Damiano Parretti<sup>3</sup>, Franco Paolo Lombardo<sup>4</sup>, Pierangelo Lora Aprile<sup>5</sup>, Francesco Lapi<sup>6</sup>, Iacopo Cricelli<sup>6</sup>, Ettore Marconi<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Presidente, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze; <sup>2</sup> Responsabile nazionale SIMG Area Metabolismo-Nutrizione, Macroarea della Prevenzione; Giunta Esecutiva Nazionale SIMG, Responsabile Nazionale Ricerca; <sup>3</sup> Responsabile nazionale SIMG Area Cardiovascolare, Macroarea della Cronicità, Giunta Esecutiva Nazionale SIMG, Responsabile Nazionale della Scuola di Alta Formazione; <sup>4</sup> Responsabile Settore Pneumologia, Macroarea Cronicità SIMG; <sup>5</sup> Responsabile nazionale SIMG Area Cure Palliative e Terapia del Dolore, Macroarea della Fragilità, Giunta Esecutiva Nazionale SIMG, Segretario Scientifico; <sup>6</sup> Health Search, SIMG

## Il Rapporto

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane, nato su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, da ormai più di 15 anni fotografa lo stato di salute della popolazione italiana. L'Osservatorio coinvolge un network di oltre 230 ricercatori provenienti da Università, Istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali, nonché da Società Scientifiche nazionali, tra cui la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie. Tale Osservatorio nasce in seguito alla riforma per regionalizzare il Servizio Sanitario Nazionale ed è stato costituito per monitorare l'impatto della devoluzione sulle condizioni di salute nelle diverse Regioni. Tutto ciò si traduce nel prodotto principale dell'Osservatorio, il *Rapporto Osservasalute*, che si pone l'obiettivo di analizzare il Sistema Sanitario Nazionale a 360°, focalizzandosi su aspetti legati alle attività, alle risorse economiche e ai bisogni di salute della popolazione. Recentemente è stata resa disponibile al pubblico la XVI edizione del *Rapporto Osservasalute* (2018). Anche quest'anno, a conferma del forte legame tra l'Osservatorio Nazionale e la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, quest'ultima ha messo a disposizione diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso *Health Search*. Tali analisi hanno permesso di tracciare e comprendere il comportamento dei medici di medicina

generale (MMG), l'impatto epidemiologico, nonché i costi implicati alla gestione delle cronicità nella Medicina Generale.

## Dalla cronicità alla sfida sulla multicronicità

A oggi, circa l'80% dei costi in Sanità è assorbito dalla cronicità, che rappresenta quindi il vero grande problema di tutti i Paesi industrializzati<sup>1</sup>.

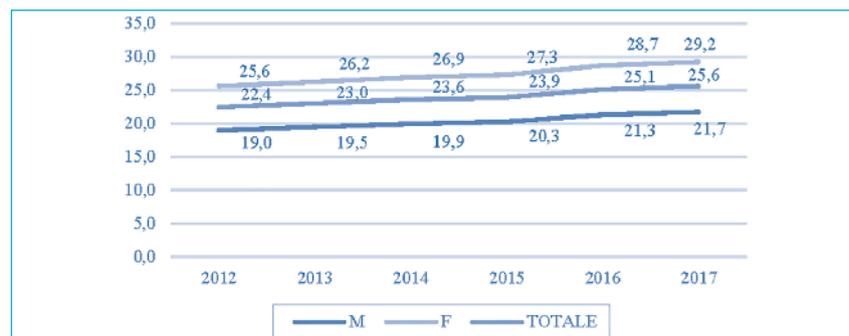
Appare evidente che per proteggere e promuovere il diritto di tutti al più alto livello di salute raggiungibile sono necessari strumenti che migliorino la governance dei sistemi sanitari e sviluppino e potenzino i sistemi informativi e gestionali dei dati, favorendo il monitoraggio della governance stessa. La dimensione che sta assumendo ormai la cronicità necessita di una svolta del sistema di tutela statale verso un incre-

mento e un potenziamento del Sistema di Cure Primarie.

Tali considerazioni derivano dal fatto che gli obiettivi di cura per un paziente affetto da cronicità non possono rivolgersi alla sua guarigione, ma piuttosto dovrebbero puntare a migliorarne il quadro clinico e la funzionalità globale, ridurne e prevenirne le disabilità, oltre a diminuirne la sintomatologia. Per rispondere a questa nuova esigenza di salute il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ha posto le basi per un'appropriate ed equa gestione della cronicità, sviluppando il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)<sup>2</sup>. Il PNC riconosce come pilastro portante il Sistema di Cure Primarie, individuando nel MMG il protagonista al centro della "rete di servizi sanitari". Inoltre, il PNC individua come modello di elezione il *Chronic Care Model Innovative*, il quale pone al centro le cure territoriali e domiciliari integrate.

## FIGURA 1.

Prevalenza (valori per 100) di pazienti con multicronicità assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search per genere, anni 2012-2017 (da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018).



**TABELLA 1.**

Frequenza di combinazioni di multicronicità (valori assoluti e valori per 100) tra i pazienti assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search, anno 2017.

Combinazioni di patologie concomitanti	N	%
<b>2 patologie</b>		
• Ipertensione-osteoartrosi	39.524	28,0
• Ipertensione-tiroide	23.043	16,3
• Ipertensione-diabete	15.661	11,1
• Osteoartrosi-tiroide	11.214	7,9
• Ipertensione-asma	7.971	5,6
• Altre combinazioni	43.692	31,0
<b>3 patologie</b>		
• Ipertensione-osteoartrosi-tiroide	15.172	20,6
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi	9.841	13,4
• Ipertensione-osteoartrosi-ictus	5.190	7,0
• Ipertensione-diabete-tiroide	4.067	5,5
• Ipertensione-osteoartrosi-asma	4.060	5,5
• Altre combinazioni	35.352	48,0
<b>4 patologie</b>		
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-tiroide	3.857	12,4
• Ipertensione-osteoartrosi-ictus-tiroide	2.447	7,9
• Ipertensione-osteoartrosi-asma-tiroide	2.253	7,3
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ischemiche	1.956	6,3
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus	1.926	6,2
• Altre combinazioni	18.549	59,9
<b>5 patologie</b>		
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-tiroide	811	8,0
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ischemiche-tiroide	700	6,9
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-asma-tiroide	612	6,0
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche	579	5,7
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-BPCO-tiroide	423	4,2
• Altre combinazioni	7.060	69,3
<b>6 patologie</b>		
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-tiroide	244	8,5
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ischemiche-BPCO-tiroide	169	5,9
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-scompenso	128	4,5
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-BPCO-asma-tiroide	127	4,4
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-BPCO-tiroide	125	4,4
• Altre combinazioni	2.076	72,4
<b>7 patologie</b>		
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-scompenso-tiroide	59	10,4
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-BPCO-tiroide	53	9,3
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ischemiche-BPCO-asma-tiroide	50	8,8
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ischemiche-scompenso-BPCO-tiroide	48	8,4
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-scompenso-BPCO	41	7,2
• Altre combinazioni	319	56,0
<b>8 patologie</b>		
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-scompenso-BPCO-tiroide	23	26,7
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ischemiche-scompenso-BPCO-asma-tiroide	16	18,6
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-BPCO-asma-tiroide	13	15,1
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-ischemiche-scompenso-BPCO-asma	12	14,0
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-scompenso-BPCO-asma-tiroide	10	11,6
• Altre combinazioni	12	14,0
<b>9 patologie</b>		
• Ipertensione-diabete-osteoartrosi-ictus-scompenso-asma-ischemiche-BPCO-tiroide	8	100,0

Da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018.

Lo strumento per garantire appropriatezza ed efficacia dell'assistenza in tale modello organizzativo è costituito dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che contestualizzano a livello territoriale le Linee Guida per ogni data patologia.

Tali strumenti, analogamente alle Linee Guida, non possono però tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche, definita multicronicità. Per rispondere a questa problematica si dovrebbe far riferimento al Piano Assistenziale Individualizzato che tiene conto delle peculiarità cliniche e sociali di ogni singolo paziente cronico.

In relazione al tema delle multicronicità, si sta progressivamente osservando un crescente aumento del problema della politerapia, con le relative implicazioni (eventi avversi, incremento di un uso inappropriato, nonché di riduzione dell'aderenza al trattamento).

In tal senso, il MMG si trova a dover affrontare una serie di problematiche causate dalla gestione di più prescrizioni derivanti da diversi specialisti<sup>3</sup>, dal processo di *deprescribing*, oltre a dover adoperarsi nel mantenere una certa continuità nella cura del paziente<sup>4</sup>. Tutto ciò si traduce in un incremento nel suo carico di lavoro<sup>5</sup>. Vi è pertanto la necessità per il MMG di dotarsi di strumenti professionali realizzati *ad hoc*, di facile utilizzo e in grado di identificare e gestire la presa in carico dei pazienti con multicronicità.

Inoltre, a seguito dell'incremento della spesa sanitaria, si è fatta sempre più pressante la necessità di strumenti di monitoraggio dell'appropriatezza clinica.

In tale contesto, l'*Health Search* (HS) *Intercontinental Marketing Statistics* (IMS) *Health Longitudinal Patient Database* (Health LPD) consente di tracciare i percorsi assistenziali dei MMG, attraverso la raccolta sistematica delle informazioni cliniche, e può essere impiegato per lo sviluppo di indicatori di performance assistenziale.

### Lo strumento Health Search

Venendo incontro a questi bisogni, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie ha opportunamente favorito la diffusione dell'uso di una cartella informatica per la gestione dei pazienti e, a partire dal 1998, ha avviato il proprio centro

di ricerca denominato *Health Search*, con l'obiettivo di creare e gestire un database, denominato "HS-IQVIA Health LPD", utile alla raccolta di tutte le informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana di un network di MMG volontari, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo di strumenti come HS-IQVIA Health LPD è proprio quello di generare evidenze *real-world* in grado di descrivere lo stato di salute della popolazione e di indagare la potenziale associazione tra esiti non fatali delle malattie e i determinanti di salute <sup>6</sup>.

### Costi sanitari nella gestione della cronicità

Come evidenziato precedentemente, la gestione delle malattie croniche assorbe ormai circa l'80% dei costi sanitari. Numerosi studi hanno messo in luce una certa eterogeneità nei costi connessi alle cure primarie tra i vari MMG, dipendente da diversi fattori, quali età e genere degli assistiti, ma soprattutto dalle comorbidità presenti. A tal proposito, una corretta valutazione dei costi necessita di modelli di aggiustamento, denominati *case-mix*, che tengano conto di questi fattori e delle loro interconnessioni <sup>7</sup>.

Tutto ciò permetterebbe di inquadrare e comprendere le ragioni e il costo della cura dei singoli pazienti, e anche le variazioni riscontrate tra medico e medico e gruppi di medici. Infatti, medici con spesa e assorbimento di risorse sanitarie sovrapponibili erogano prestazioni (e ottengono risultati di cura) non necessariamente comparabili (*case-mix bias*).

Strumenti di misurazione del *case-mix* per le cure primarie in Italia sono già in uso nel Veneto, il quale ha adottato l'*Adjusted Clinical Group System* della John Hopkins University <sup>8</sup>, o il sistema *Chronic Related Group* adottato in Lombardia <sup>9</sup>. Tali strumenti hanno però dei limiti, dei quali il principale risiede nel fatto che si basano sull'analisi dei database amministrativi (Schede di Dimissione Ospedaliera, Prestazioni specialistiche e ambulatoriali e Farmaceutica territoriale), che non consentono una valutazione della completa storia clinica del paziente e difficilmente valutano l'efficacia dei trattamenti erogati. Per tali ragioni la Società Italiana di

Medicina Generale e delle Cure Primarie in collaborazione con i ricercatori *Health Search* ha messo a punto e validato un modello, definito *Health Search Morbidity Index* (HSM-Index), completamente basato sui dati della Medicina Generale e che si è dimostrato in grado di spiegare la

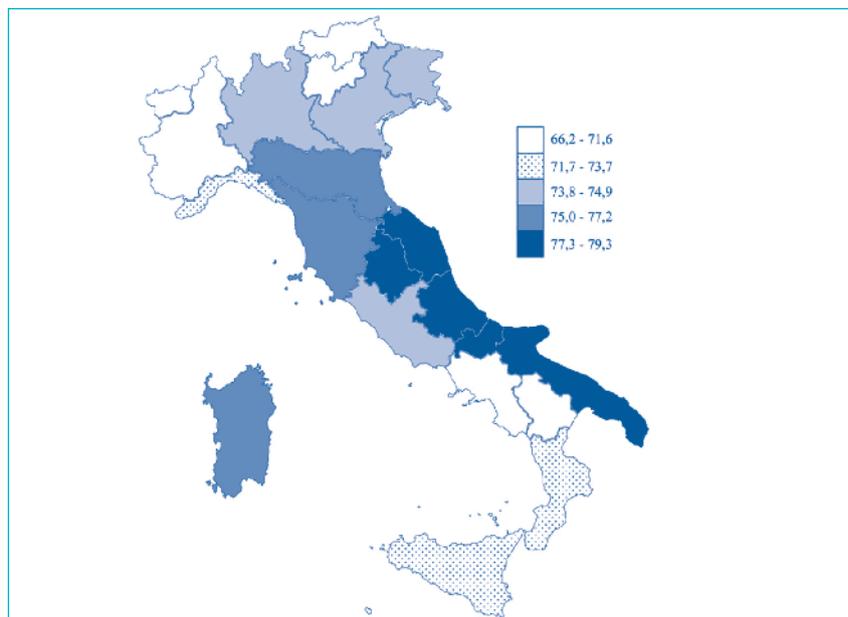
variabilità nell'assorbimento di risorse sanitarie <sup>10</sup>.

### Il contributo

All'interno del *XVI Rapporto Osservasalute* (2018), la Società Italiana di Medicina

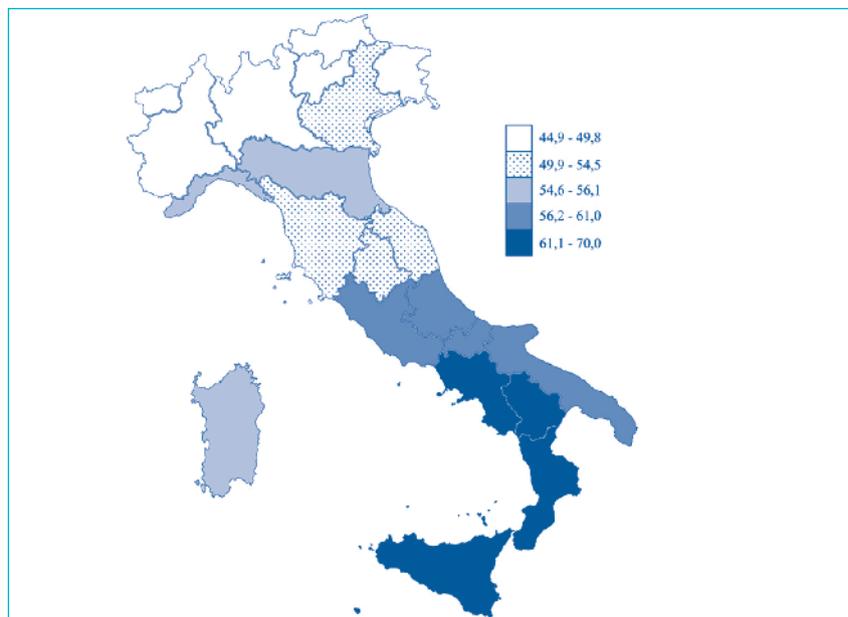
**FIGURA 2.**

*Proporzione (valori per 100) di pazienti in politerapia tra i pazienti con multicronicità assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search per regione, anno 2017 (da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018).*



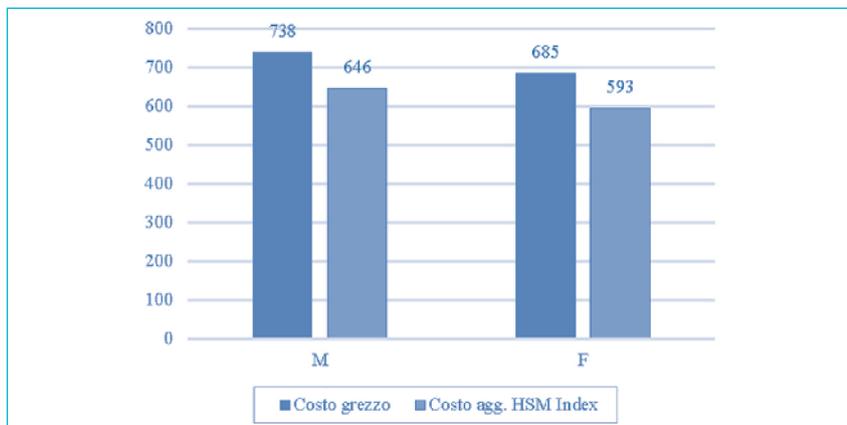
**FIGURA 3.**

*Proporzione (valori per 100) di contatti con il medico di medicina generale dei pazienti con multicronicità assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search per regione, anno 2017 (da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018).*



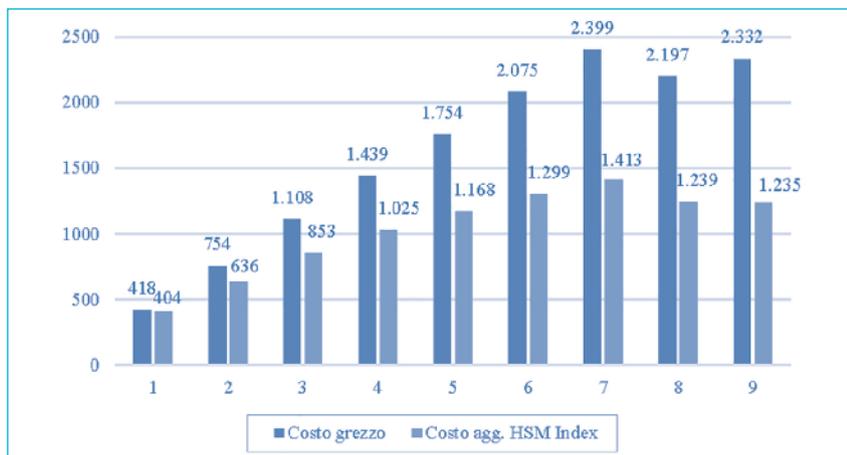
**FIGURA 4.**

Costo (valori in €) medio annuo grezzo e aggiustato mediante l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search con almeno una patologia cronica per genere, anno 2017 (da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018).



**FIGURA 5.**

Costo (valori in €) medio annuo grezzo e aggiustato mediante l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search con almeno una patologia cronica per numero di patologie croniche, anno 2017 (da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018).



Generale e delle Cure Primarie ha curato un capitolo dedicato al problema della cronicità in Medicina Generale intitolato *Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale*. All'interno di questo capitolo, grazie all'analisi dei dati della Medicina Generale italiana contenuti nel database *Health Search*, sono riportate le stime di prevalenza delle patologie croniche a elevato impatto sociale.

Inoltre, è stata posta particolare attenzione al tema della multicronicità e del relativo assorbimento di prestazioni sanitarie all'interno della Medicina Generale del network *Health Search*.

La novità del Rapporto di quest'anno sono state la valutazione e la quantificazione dei costi sanitari nella Medicina Generale per la gestione della cronicità.

Le patologie croniche, sulle quali sono stati costruiti i relativi indicatori, comprendevano: ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale, osteoartrosi, disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei).

Mediante l'analisi del database *Health Search* è stata stimata la prevalenza di

pazienti con multicronicità, definita dalla presenza di due patologie croniche, in carico alla Medicina Generale. Tale stima è risultata in crescita dal 2012 (22,4%) al 2017 (25,6%), con una frequenza maggiore nel genere femminile (29,2%) rispetto a quello maschile (21,7%) (Fig. 1). La combinazione di patologie croniche (almeno 2 patologie concomitanti) più frequenti nel 2017 è stata ipertensione e osteoartrosi (28,0%), seguita da ipertensione e disturbi tiroidei (16,3%) e da diabete tipo 2 e ipertensione (11,1%). Nel gruppo di pazienti con tre patologie concomitanti la combinazione più frequente è stata ipertensione, osteoartrosi e disturbi tiroidei (20,6%), a cui si aggiunge il diabete tipo 2 nei soggetti con quattro patologie (Tab. I).

In generale, emergeva come il 73,7% dei soggetti del network *Health Search* con almeno due patologie croniche concomitanti risultasse in politerapia farmacologica, cioè con cinque o più farmaci differenti. Tale quota risultava anche più elevata per alcune Regioni (Fig. 2).

Infine, i pazienti con multicronicità, nel 2017 hanno generato il 56,9% dei contatti con il MMG a livello nazionale, con stime più elevate nelle Regioni meridionali (Fig. 3).

Per quanto concerne i costi sanitari derivanti dalla gestione delle cronicità in Medicina Generale, questi sono stati stimati per i pazienti affetti da almeno una delle patologie sopra elencate e anche per le singole patologie prese in esame.

Inoltre, sono stati riportati come costo medio-annuo, "grezzo", cioè derivante dalla somma di tutti i costi sostenuti dal SSN, e come valore "aggiustato" mediante l'HSM-Index; sia per l'intera popolazione italiana assistita dai MMG del network *Health Search* che per quella delle singole Regioni. Quello che emergeva mediante l'analisi del database *Health Search* è che, al 2017, il costo medio annuo grezzo della popolazione affetta da almeno una patologia cronica tra quelle in esame risultava pari a 708 €; tale costo si riduceva a 632 € mediante aggiustamento per l'HSM-Index (Fig. 4).

Considerando il numero delle patologie croniche emergeva un chiaro aumento dei costi in relazione al numero di cronicità. Tuttavia, tali costi si riducevano molto in seguito ad aggiustamento per HSM-Index (da 418 € per il costo grezzo si passava a

404 € per i pazienti con una sola patologia cronica, e da 2.399 € si passava a 1.413 € per i pazienti con sette patologie croniche concomitanti (Fig. 5).

Analizzando i costi dei pazienti cronici a livello regionale, sono emerse delle differenze anche dopo aggiustamento HSM-Index.

Mettendo a confronto i dati regionali con il costo medio nazionale grezzo (708 €), solo l'Umbria mostrava un costo medio superiore rispetto al dato nazionale (732 € vs 708 €). Questo a conferma del fatto che la Regione di residenza influisce sulla variabilità dei costi della cronicità. Aggiustando il dato nazionale per l'HSM-Index e confrontandolo con il dato nazionale aggiustato (632 €) anche altre Regioni mostravano dei costi superiori al valore nazionale (Fig. 6).

Utilizzando lo stesso approccio, è stato possibile stimare i costi associati ai pazienti affetti da specifiche patologie. Da tale analisi è emerso che i pazienti con scompenso cardiaco generano il costo medio annuo maggiore (valore aggiustato per l'HSM-Index: 1.116 €), seguiti da quelli con malattie ischemiche del cuore (1.014 €), con BPCO (992 €) e con diabete mellito tipo 2 (969 €) (Fig. 7).

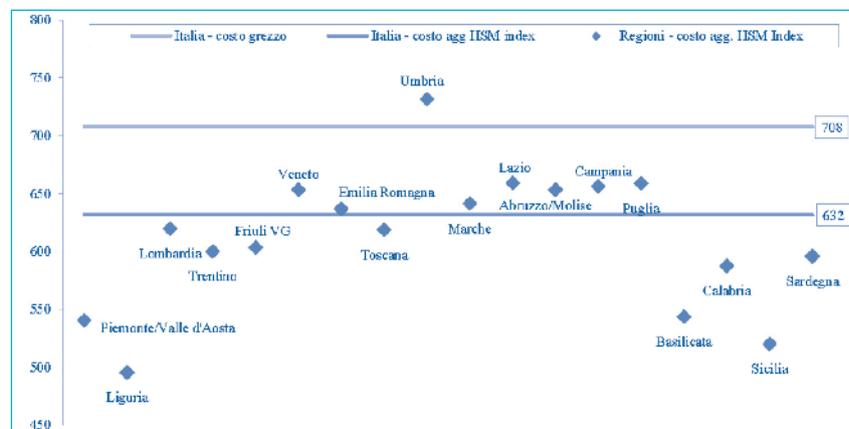
Infine, nel *Rapporto* sono riportate anche differenze nei costi relativi a ogni singola patologia cronica tra le varie Regioni italiane.

## Bibliografia

- European Commission's Directorate-General for Economic and Financial Affairs and the Economic Policy Committee (Ageing Working Group). *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability*. Institutional Papers 2016;37.
- Ministero della Salute. *Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano 2016*.
- Duerden M, Avery T, Payne R. *Polypharmacy and medicines optimisation*. King's Fund 2013.
- Gallagher P, Baeyens J-P, Topinkova E, et al. *Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) criteria amongst physicians in six European countries*. Age Ageing 2009;38:603-6.
- Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, et al.

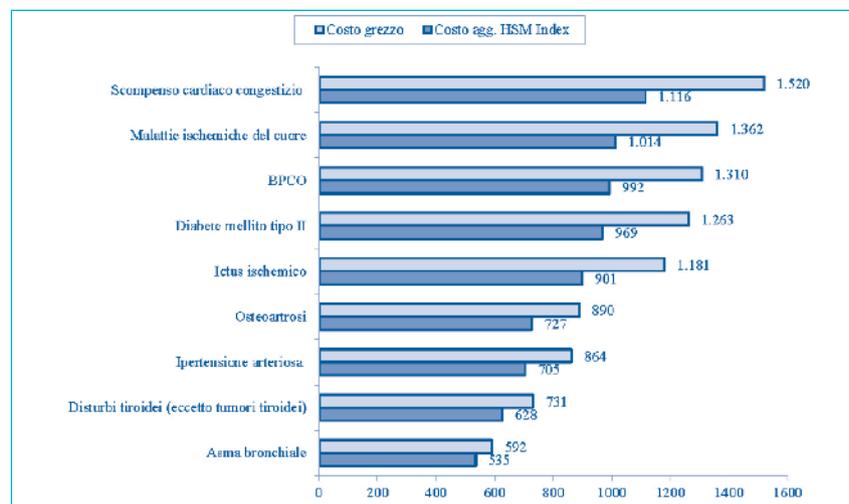
## FIGURA 6.

**Costo (valori in €) medio annuo grezzo e aggiustato mediante l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search con almeno una patologia cronica per regione e confronto con il dato nazionale, anno 2017 (da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018).**



## FIGURA 7.

**Costo (valori in €) medio annuo grezzo e aggiustato mediante l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search per singola patologia dei pazienti, anno 2017 (da HS-IQVIA Health LPD. Anno 2018).**



*Managing patients with multimorbidity in primary care*. BMJ 2015;350:176.

- Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, et al. *Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases*. J Public Health Med 2003;25:254-7.
- Sullivan CO, Omar RZ, Ambler G, et al. *Case-mix and variation in specialist referrals in general practice*. Br J Gen Pract 2005;55:529-33.
- Il Progetto ACG nella Regione del Veneto. Disponibile sul sito: <http://acg.regione.veneto.it>.
- Il modello Lombardo per la presa in carico. Disponibile sul sito: [https://dati.lombardia.it/stories/s/Modello-lombar-do-per-la-presa-in-carico\\_20180222/ya5j-7avn](https://dati.lombardia.it/stories/s/Modello-lombar-do-per-la-presa-in-carico_20180222/ya5j-7avn).
- Lapi F, Bianchini E, Cricelli I, et al. *Development and validation of a score for adjusting health care costs in general practice*. Value Health 2015;18:884-95.