



# *Ministero della Salute*

Dipartimento della Qualità

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema

Direzione Generale del Sistema Informativo

## **Analisi dei ricoveri per insufficienza cardiaca in Italia Anni 2001 - 2003**

(SINTESI)

L'insufficienza cardiaca costituisce attualmente un rilevante problema di sanità pubblica, sia per la sua frequenza e le implicazioni in termini di mortalità, morbilità e qualità della vita, sia per il carico assistenziale che comporta e, di conseguenza, i costi correlati.

Si stima che in Italia vi siano circa 3 milioni di cittadini affetti da questa patologia, in forma asintomatica o conclamata, soprattutto nella popolazione anziana, ovvero con età maggiore o uguale a 65 anni. La prevalenza dell'insufficienza cardiaca è, inoltre, destinata ad aumentare a causa della prolungata sopravvivenza, della riduzione della mortalità in fase acuta di molte affezioni cardiovascolari e, soprattutto, per il progressivo invecchiamento della popolazione.

L'analisi delle principali patologie che determinano un ricovero ospedaliero, in modalità ordinaria nelle discipline per acuti, mostra che "l'insufficienza cardiaca e shock" (DRG 127) nel 2003 è stata la causa più significativa per numerosità con 190.340 ricoveri, risultato questo confermato dal Rapporto annuale sull'attività ospedaliera relativa al 2004, in cui si evidenzia un aumento di tali ricoveri del 2,5 % con un volume di dimissioni incrementato di circa 5mila casi.

Anche dal punto di vista economico, l'insufficienza cardiaca è caratterizzata dall'assorbimento di una rilevante quota di risorse finanziarie, assorbendo da sola, in relazione al volume delle dimissioni, la proporzione maggiore della remunerazione teorica (2,29%) per ricoveri ordinari di tipo medico a carico del SSN, pari a 560,5 milioni di euro nell'anno 2003. Anche nel 2004, come si evince dal Rapporto annuale, si evidenzia un trend in aumento (+2,9%) della valorizzazione economica delle prestazioni di insufficienza cardiaca e shock, pari a un incremento di circa 16 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

In considerazione della rilevanza della patologia, sia dal punto di vista epidemiologico che dal punto di vista economico, e l'interesse per la programmazione di interventi di riorganizzazione dei percorsi assistenziali, la DG della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema e la DG del Sistema informativo hanno elaborato un documento descrittivo dell'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca, sulla base del flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), relative ai ricoveri effettuati nel triennio 2001-2003 su tutto il territorio nazionale.

In particolare sono stati analizzati diversi aspetti dell'ospedalizzazione, quali la domanda soddisfatta, il livello di severità della casistica trattata, la mortalità intraospedaliera, la durata della degenza, le principali procedure ed interventi effettuati, le discipline di dimissione e la valorizzazione economica sulla base delle tariffe DRG specifiche ex DM 30 giugno 1997.

I principali risultati sono di seguito sinteticamente rappresentati:

#### a) La domanda di ospedalizzazione

L'insufficienza cardiaca è una patologia della popolazione anziana, che colpisce soprattutto la le classi di età più avanzate. Nel triennio 2001-2003 si osserva un incremento del numero dei casi e contemporaneamente un aumento dell'età media dei pazienti ricoverati, sia uomini che donne tra 75 e 85 anni.

Nel 2003 sono stati effettuati 211.183 ricoveri per insufficienza cardiaca, includendo anche i ricoveri per cardiopatia e cardionefropatia ipertensiva con insufficienza cardiaca, che corrispondono all'1,6% del totale dei ricoveri effettuati in tutte le discipline.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età è pari a 318,57 ricoveri per 100.000 abitanti a livello nazionale, e presenta una discreta variabilità regionale, con un tasso che oscilla fra i circa 200 ricoveri per 100.000 abitanti del Piemonte ad oltre il doppio dei ricoveri in Molise (461 per 100.000). Nella popolazione anziana, il tasso di ospedalizzazione, significativamente elevato, è pari a 1.469 ricoveri per 100.000 abitanti, circa 5 volte superiore al tasso complessivo. È evidente una tendenza generale all'aumento del tasso sia in regime ordinario che in day hospital, pur con una differente propensione delle regioni nord-sud. In generale, comunque, la situazione riflette l'andamento dell'ospedalizzazione totale.

Si è inoltre osservato che l'aumento percentuale dei ricoveri per scompenso cardiaco di pazienti al di sopra dei 65 anni di età, nel triennio 2001-2003, è proporzionalmente maggiore rispetto all'aumento della popolazione di riferimento. Nell'anno 2001, a fronte di una popolazione anziana (con età  $\geq 65$  anni) costituita da 10.492.059 soggetti, sono stati effettuati 148.756 ricoveri per insufficienza cardiaca; nel 2003, a fronte di una popolazione di riferimento aumentata di circa il 4% (10.901.329 ultrasessantacinquenni), si è avuto un incremento quasi doppio dei ricoveri per insufficienza cardiaca (160.237 ricoveri con un aumento di circa l'8%).

L'analisi dei ricoveri ripetuti mostra che, ogni anno, l'85% circa dei pazienti trattati è stato ricoverato una sola volta, mentre l'11% dei casi è stato sottoposto ad un secondo ricovero e solo il restante 4% circa dei dimessi di ogni anno è stato sottoposto a più di due ricoveri. Si conferma l'incremento costante del 5-6%, anno su anno, dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco, con un incremento complessivo nel triennio dell'11% (139.714 soggetti ricoverati nel 2001 vs. 155.268 nel 2003).

#### b) La durata della degenza

L'insufficienza cardiaca assorbe il 2,6% di tutte le giornate di degenza erogate, sia in regime ordinario che in day hospital, che nel 2003 ammontano complessivamente a 78.450.940. Il 41% circa dei pazienti ricoverati nel 2003 nei reparti per acuti ed in regime ordinario, ha avuto una degenza compresa tra 5 e 9 giorni e la maggioranza (l'84%) è stata dimessa entro due settimane dal ricovero.

Negli anni, le giornate di degenza erogate non aumentano coerentemente con l'aumentare delle dimissioni, per cui si rileva nel 2003 una importante contrazione della degenza media rispetto agli anni precedenti, pari a 9,3 giorni, che resta tuttavia sensibilmente più alta rispetto alla degenza media della casistica trattata in tutte le discipline (6,7 giorni). In generale, la degenza media risulta diminuita in quasi tutte le regioni, anche se rimane evidente una discreta variabilità interregionale.

Per quanto riguarda la durata della degenza ospedaliera nelle varie classi di età, si osserva un andamento tendenzialmente decrescente fino al cinquantesimo anno di età, che tende ad aumentare progressivamente in corrispondenza delle classi di età superiori.

#### c) La severità della patologia

L'analisi della casistica con APR-DRG mostra nel 2003 una frequenza più elevata dei ricoveri con severità moderata della patologia (53,2%), seguita dalla frequenza di ricoveri con severità clinica minore (34,4%). Solamente al restante 12,4% dei dimessi è attribuita una severità clinica maggiore ed estrema.

Nell'8% circa dei ricoveri l'esito è infausto con decesso dei pazienti. Si osserva un lieve aumento dal 2001 al 2003, probabilmente per effetto di una maggiore concentrazione della casistica complessa nell'ospedale e dell'età sempre più anziana dei soggetti ospedalizzati. È da sottolineare che nel 2003 la mortalità intraospedaliera per tutte le età e le cause, nelle discipline per acuti in regime ordinario, è pari a 2,47%.

La modalità di dimissione è stata inoltre esplorata con una distribuzione per regione, distinguendo in particolare le dimissioni con decesso intraospedaliero dalle dimissioni volontarie. Sono infatti note le differenze culturali interregionali relative alla gestione dell'evento morte, soprattutto in termini di medicalizzazione, per cui si osserva un evidente gradiente nord-sud nella diminuzione dei decessi intraospedalieri a fronte di un aumento delle dimissioni volontarie, una quota delle quali può essere ragionevolmente spiegata dalla gravità delle condizioni cliniche del paziente, che, in alcuni contesti culturali, determina la richiesta di dimissione nelle fasi preterminali della malattia per assistere nell'ambiente domestico il familiare.

La mortalità per insufficienza cardiaca intraospedaliera non varia sostanzialmente se la si esamina nel suo complesso nell'anno o entro soli 30 giorni dal primo ricovero. Con riferimento ai ricoveri avuti nel triennio 2001-2003 il tasso di mortalità ad un anno dal ricovero raddoppia a livello nazionale, essendo pari a circa 16 per 100 ricoveri.

#### d) Le procedure e gli interventi

L'insufficienza cardiaca è una patologia spesso 'effetto' di eventi cardiovascolari acuti che determinano un quadro di scompenso emodinamico, monitorato con indagini strumentali e trattato con terapia farmacologica. Nelle schede di dimissione ospedaliera relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati nel 2003 (179.987 ricoveri) sono state segnalate complessivamente 380.653 procedure e/o interventi. Nel 30% circa dei ricoveri per insufficienza cardiaca non è riportata alcuna procedura sulla scheda di dimissione. In generale, si osserva una maggiore frequenza di segnalazione di esami diagnostici, quali ad esempio la radiografia del torace, l'ecocardiogramma e l'elettrocardiogramma. Altre procedure vengono segnalate con frequenze molto minori e comunque inferiori al 5% dei casi. Interventi maggiormente significativi, quali angioplastica e bypass aortocoronarico, costituiscono lo 0,4% delle procedure registrate, fra tutte le procedure considerate, e sono stati effettuati nell'1% circa dei ricoveri.

#### e) Le discipline di dimissione

Nella maggior parte dei casi, i pazienti con insufficienza cardiaca vengono dimessi da reparti di Medicina Generale (56%) o di Cardiologia (26%). Da un'analisi più approfondita sulle caratteristiche cliniche dei dimessi, si osserva che dai reparti di cardiologia vengono dimessi per lo più pazienti in età meno avanzata (età media 73 anni vs 79 anni circa), con un quadro clinico più severo (grado di severità estremo: 14% vs 12%). Sembra quindi possibile confermare che, fatte salve le specialità a più elevata intensità assistenziale (quali terapia intensiva e unità coronarica), è di pertinenza specialistica, in ambito cardiologico, il trattamento dei casi più severi di insufficienza cardiaca, anche a fronte dell'età media di questi

pazienti, inferiore a 70 anni, mentre la maggioranza dei casi con severità moderata (età media circa 80 anni) viene trattata e assistita in medicina generale.

g) La valorizzazione economica dei ricoveri

La remunerazione teorica in euro dei ricoveri per insufficienza cardiaca effettuati nel triennio 2001-2003, mostra un incremento negli anni del valore complessivo, che passa da 575.277 mila euro nel 2001 a 624.769 mila euro nel 2003, con un incremento pari a 8,6%, sensibilmente più elevato, in termini percentuali, rispetto alla remunerazione di tutti i ricoveri, il cui valore è aumentato del 2,2% circa nel triennio. Tale importo è prevalentemente determinato dai ricoveri dei pazienti più anziani ( $\geq 65$  anni).

L'analisi degli scostamenti percentuali nel periodo 2001-2003 riflette una notevole disomogeneità territoriale, con alcune regioni del nord che mostrano una riduzione della valorizzazione di tali ricoveri, mentre nella maggior parte delle regioni del centro-sud si evidenzia un notevole incremento della remunerazione, anche superiore al 20% (Sicilia e Sardegna).

Il costo medio del singolo ricovero per insufficienza cardiaca, a livello nazionale, può essere stimato in 3.236 euro nel 2003. Se la stima tiene conto anche dell'età dei dimessi, allora il costo medio del singolo ricovero per i soggetti non anziani è superiore al costo medio complessivo (3.506 euro) mentre è inferiore (3.199 euro) per i pazienti ospedalizzati di età uguale o superiore a 65 anni.

In generale, l'analisi effettuata conferma da un lato la rilevanza della patologia in esame sotto il profilo clinico-epidemiologico, per la numerosità dei ricoveri e la qualità degli esiti osservati, e sotto il profilo economico per la quota di risorse assorbite, anche in considerazione delle patologie plurispecialistiche dell'anziano, dall'altro lato, tuttavia, l'analisi della severità dei ricoveri esaminati e delle procedure effettuate evidenzia il carattere di relativa 'semplicità' del percorso diagnostico-terapeutico intraospedaliero.

L'esperienza clinica e l'analisi delle informazioni rilevate con le schede di dimissione ospedaliera dimostrano, infatti, che questi malati non richiedono procedure diagnostico-terapeutiche di tipo altamente specialistico o particolarmente costose. Nella grande maggioranza dei casi l'insufficienza cardiaca scompensata richiede solo misure terapeutiche relativamente semplici, di tipo farmacologico.

Lo studio suggerisce la necessità di individuare e promuovere una serie di interventi e iniziative di programmazione sanitaria finalizzati alla deospedalizzazione dei pazienti cronici, anche mediante strumenti di teleassistenza e telesoccorso, ciò nella prospettiva di una gestione complessiva delle patologie croniche e di una maggiore e più solida integrazione fra cure primarie e specialistica territoriale, integrazione che, recentemente, ha trovato nuovo vigore e sostegno nei progetti della "Casa della salute".