

Venerdì 11 SETTEMBRE 2020

## Covid. Ma quanto costa realmente un paziente ospedalizzato? Ecco una panoramica dei costi sostenuti in Europa e negli Usa fino ad oggi

***Le tecniche utilizzate per la determinazione del costo sono varie. La semplice sommatoria contabile delle risorse, effettive o percentuali, utilizzate per la cura del paziente: costi diretti sostenuti nel core-business (stipendi dell'equipe dedicata al reparto, DPI (dispositivi di protezione individuale), investimenti per apparecchiature cura Covid.. Ma alcuni punti in comune nelle valutazioni delle diverse amministrazioni sanitarie ci sono pur restando un'estrema variabilità tra gli importi tra un paese e l'altro***

E' ancora troppo presto per evidenziare e comparare, fra diversi sistemi sanitari internazionali, il costo complessivo della cura del Covid, anche se alcuni studi teorici e pratici effettuati in diversi paesi europei e nord americani hanno dato la possibilità di stabilire tariffe di riferimento per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri.

Le tecniche utilizzate per la determinazione del costo sono varie. La semplice sommatoria contabile delle risorse, effettive o percentuali, utilizzate per la cura del paziente: costi diretti sostenuti nel core-business (stipendi dell'equipe dedicata al reparto, DPI (dispositivi di protezione individuale), investimenti per apparecchiature cura Covid.

A questo costo diretto sono stati sommati i costi indiretti o costi d'esercizio per la cura: costi di supporto farmaceutico, dei servizi di analisi e d'immagine, sanificazione, ristorazione, attività logistica, costi amministrativi, altri.

**Altri sistemi contabili amministrativi sanitari, hanno analizzato i costi con tecniche più sofisticate, applicando la contabilità analitica ABC (Advance Base Costing) principalmente per la determinazione dei costi indiretti individuando i "driver di costo".**

Istituti assicurativi sanitari americani si sono spinti oltre, hanno, commissionato a società specializzate la definizione del costo complessivo della cura Covid adottando la tecnica del TDABC (Time drive activity base costing) cioè valutando in valore monetario per il tempo, in minuti, che l'equipe ospedaliera, medica, chirurgica, medico specialistica ed infermieristica ha dedicato alla cura del paziente.

Questo studio ha determinato che il tempo per l'accettazione ospedaliera di un malato Covid è di 15-25 minuti, la cura iniziale del malato presso il reparto di degenza è 70 minuti/giorno, assistenza ospedaliera successiva è 35 minuti/giorno, gestione delle pratiche amministrative inferiore 30 minuti. Sono stati, inoltre, valutati distintamente tutti i costi aggiuntivi di pertinenza individuale della cura ( Covid 19 The Projected Economic Impact of the COVID-19 Pandemic on the US Healthcare System).

Una tecnica comune per tutti i sistemi sanitari è stata quella di definire il percorso di cura e di ricovero del paziente individuando reparti di medicina specialistica, sub-intensiva o intensiva.

Queste scelte dipendono dalla condizione clinica del paziente e dalla severità della patologia, per cui sono stati individuati i costi medi giornalieri per ricovero per bassa intensità di cura, media intensità di cura, per alta intensità di cura.

**Una metodologia del tutto diversa è stata quella della sanità americana.** I parametri presi in considerazione sono stati il totale delle ore di ventilazione meccanica per paziente, se superiore od uguali alle 96 ore di ventilazione, dalle 24 alle 96 ore di ventilazione o con assenza di ventilazione.

Riguardo a studi effettuati in Francia e Germania (Springer Medizin - Costi di terapia intensiva in un ospedale tedesco) la quota relativa ai costi del personale rispetto ai costi totali in un terapia intensiva è elevata. I dati presentati mostrano un aumento di quasi il 25% del consumo di risorse nel caso in cui sia richiesta la ventilazione meccanica assistita. Circa il 50% dei costi diretti per la cura del Covid viene assorbito dalla remunerazione del personale d'assistenza.

**Perché attualmente non è possibile determinare il costo di degenza di un malato Covid?** Manca il Drg di riferimento, gli attuali calcoli sono stati fatti prendendo in considerazione patologie mediche che rispecchiano, in parte, lo stesso consumo di risorse economiche. Come sappiamo i Related Group accorpano non malattie similari, ma interventi ospedalieri che pesano la stessa quantità di beni materiali ed immateriali di input produttivi immessi nel ciclo di cura, cioè è una valutazione in iso-costi.

Secondo la Sécurité Sociale francese il Covid-19, viene assimilato ai DRG per l'edema polmonare, la polmonite o l'embolia polmonare. Nella regione parigina, un giorno in terapia intensiva viene generalmente fatturato a 2.932 euro. Questa tariffa giornaliera si basa su costi, molto più alti rispetto a un servizio medico tradizionale; ventilatori, norme igieniche rafforzate e cinque volte più personale al letto del paziente.

Secondo i dati di Public Health France, la durata media della degenza in terapia intensiva è di 11 giorni per i pazienti Covid-19 ma può arrivare fino a 20 giorni.

**Non esiste un costo di riferimento diramato dall'autorità centrale spagnola per la cura Covid.** L'unica traccia la possiamo trovare nella Generalitat Catalana in base al rimborso delle tariffe per malati degenti in strutture sanitarie private. Un decreto della Generalitat stabilisce 43.400 euro per un paziente ricoverato in terapia intensiva (ventilazione meccanica), 5.000 euro per un ricovero di oltre 72 ore (senza ventilazione), 2.500 euro per ricoveri inferiori a tre giorni .

Negli Stati Uniti per la determinazione della spesa per Covid sono stati presi a riferimento tre gruppi correlati alla diagnosi (DRG) per polmonite senza complicanze o comorbidità, con complicanze o comorbidità e con complicanze maggiori o comorbidità.

Il costo totale medio di un ricovero per una condizione respiratoria che richiede 96 ore o più di ventilazione è di \$ 88.114, rispetto ai \$ 34.225 per un ricovero che richiede meno di 96 ore di ventilazione (Health System tracker). Dobbiamo prendere questi dati con molta prudenza data la totale particolarità assicurativa privata del sistema sanitario americano e svariate stime prudenziali ci prospettano differenti valori.

Secondo A.Health brief (20/Marzo 2020) le tariffe medie totali per paziente variano da \$ 74.310 per i pazienti con complicanze maggiori o comorbidità (indicate dal codice DRG 193), a \$ 42.486 per i pazienti con nessuna complicazione o comorbidità (indicata dal codice DRG 195).

**Altro punto dolente per la valutazione dei costi per la cura del Covid riguarda i farmaci somministrati al paziente durante la sua degenza ospedaliera.** Come sappiamo non esiste, attualmente, un farmaco specifico dedicato alla cura Covid, ma vengono somministrati antivirali o mix di antivirali o farmaci sperimentali, per questo motivo è molto difficoltoso fare una valutazione comparativa.

L'azienda farmaceutica Gilead Sciences ha fissato il prezzo per il trattamento di Remdesivir, il primo farmaco autorizzato contro il Covid-19, a più di 2.000 euro, è stato stabilito un prezzo di poco più di 346 euro per ogni fiala per un trattamento di cinque giorni, questo è il prezzo di vendita nei paesi industrializzati.

Caso particolare è la Cina che con una Join-Venture con la cubana BioCubaFarma ha prodotto, su licenza, l'antivirale Interferone Alpha 2B (IFN Nrec) somministrato in Cina insieme ad altri farmaci per curare i malati di Covid e molto diffuso e commercializzato in centro-sud America, in Africa ed in alcuni paesi asiatici dato il costo relativamente basso se equiparato ad altri farmaci similari di produzione occidentale (Granma Marzo

2020).

I dispositivi di protezione individuale (DPI) hanno rappresentato il vulnus in questa pandemia. Da circa trenta anni i DPI sono monopolio mondiale cinese per produzione e distribuzione, anche se in Italia ed in Europa vengono commercializzati da broker con logo e denominazione societaria nazionali.

I paesi industrializzati si sono concentrati nella produzione di presidi medico chirurgici più sofisticati, lasciando all'oriente la parte residuale, meno importante.

E' stato il fallimento totale del Procurement e della logistica sanitaria, la mancanza di scorte strategiche previste dalla legge in caso di pandemia, ha portato a fenomeni speculativi, rialzo dei prezzi, fenomeni di corruzione e malversazione.

Nel dipartimento finanziario di Cliniques Saint-Luc (Belgio), gli amministratori ammettono che ci vorranno diversi mesi prima di avere una prospettiva sufficiente per fare una stima dei costi e denunciano che per i DPI oggi paghiamo 4 euro quello che prima del Covid pagavamo 0,50 Euro.

Fra le misure a supporto finanziario Covid, il Bundestag (Parlamento Tedesco) ha approvato, per i dispositivi di protezione individuale, una tantum di 50 euro per paziente che gli ospedali riceveranno come supplemento temporaneo.

**Una precisazione è d'obbligo per valutare i costi per i test di analisi del Covid.** Le apparecchiature a disposizione delle strutture ospedaliere e sanitarie sono di diversa qualità, tipo ed affidabilità.

La determinazione della presenza e non presenza del virus può essere effettuata mediante semplice dosaggio qualitativo o rapido, positivo o negativo o mediante sistema anticorpale quantitativo ELISA (Enzyme-Linked – Immunosorbent Assay), che ricerca gli anticorpi (immunoglobuline) IgM e IgG o altrimenti con tamponi rino/faringeo e successiva processazione per il rilevamento molecolare PCR (Polymerase Chain Reaction).

Non mi addentro sulla validità o meno dei sistemi, sulla selettività delle metodologie in caso di pandemia poiché ciò non riguarda questa ricerca, mi interessa esclusivamente individuare i parametri economici del costo dei singoli test.

Per quantificare il costo, bisogna determinare costo unitario test/kit, costo/minuti dell'operatore che esegue il test, costo di ammortamento dell'apparecchio e spese generali organizzative.

In Francia INAMI Istituto nazionale per l'assicurazione malattia e invalidità, individua i seguenti rimborsi: rilevamento molecolare (PCR) euro 46,81, rilevamento dell'antigene 16,72 euro, rilevamento degli anticorpi (test qualitativo) euro 9,60.

In Germania Assicurazione tedesca DKV, dosaggio anticorpi ELISA a euro 66,30, il costo del test PCR per l'individuazione di SARS-CoV-2 è stato ridotto dal 1 luglio 2020 da 59,00 euro a 39,40 euro .

Del tutto particolare la situazione negli Stati Uniti. I dati di 78 ospedali con prezzi manifesti, hanno prodotto 134 prezzi distinti per i test diagnostici. I prezzi sono compresi tra \$ 20 e \$ 850 per test diagnostico, con una media di \$ 127 (Health System Tracker 15 Luglio 2020). Il 51% dei prezzi si concentra in un ambito di classe che va da \$100 a \$ 199.

**Perché tanto alti i prezzi dei test in Italia se confrontati con la media europea?** (Denuncia di Altroconsumo 25 Maggio 2020). Oltre alla possibilità, sicuramente presente, di fenomeni speculativi, possiamo affermare che tra le possibili cause, c'è il sistema di acquisizione dei macchinari che processano i test. Gli organi regionali non danno una direttiva univoca per l'acquisizione degli investimenti tecnologici, tutto è lasciato alla discrezionalità congiunta del management amministrativo e sanitario ospedaliero.

Per cui si possono acquisire macchinari con tecnologie di sistema aperto (utilizzo di qualsiasi reagente specifico Covid per la determinazione del test) o con tecnologie di sistema chiuso (utilizzano esclusivamente un tipo di reagente fornita da una unica società).

I sistemi chiusi si caratterizzano da bassa manualità e costi alti per acquisto di Kit dedicati e meno test processati al giorno e possibilità di stop in caso di mancato rifornimento. I sistemi aperti si caratterizzano per maggiore manualità e utilizzo reagenti generici a medio costo e più test processati al giorno oltre alla possibilità di lavorare in continuo.

L'acquisizione del macchinario può avvenire mediante contratto di compra-vendita o in cosiddetto "comodato d'uso" o in leasing, questi ultimi due sono molto utilizzati dalle amministrazioni ospedaliere regionali.

Sicuramente l'acquisizione del macchinario con caratteristiche di proprietà e di soluzioni aperte lavora a costi inferiori, questo è evidente, se comparato alle altre soluzioni.

Dalla disamina sin qui esposta possiamo sicuramente confermare che sino a quando la pandemia Covid è in atto, con sovra dotazione di personale e di investimenti nelle terapie intensive, sino a quando non verrà brevettato un farmaco o farmaci specifici per il Covid, sino a quando non sarà commercializzato un vaccino anti Covid, sino a quando non cesseranno effetti speculativi e turbativi di mercato su prodotti ed ausili di supporto anti pandemia, non si potrà determinare una giusta ricompensa per tutti gli input produttivi destinati alla cura Covid.

Attualmente possiamo fare esclusivamente stime spannometriche, che sicuramente supportano il management ospedaliero e le autorità di governo centrali e periferiche. Queste valutazioni però verranno modificate in un ritorno alla normalità assistenziale ospedaliera e solo allora si potrà determinare un nuovo DRG per la cura del del virus SARS-CoV-2.

Sin qui ho parlato di costi per la cura del Covid, ma è doveroso ricordare che oltre i costi valutabili ci sono costi valutabili solo a posteriori. Gli ospedali per svolgere la funzione di prevenzione e cura del virus hanno dovuto mettere in stand-by la maggior parte delle altre attività di ricovero e cura.

Pertanto, alla fine dell'esercizio contabile dell'anno in corso, le amministrazioni ospedaliere ci prospetteranno un conto economico segnato da eccessive voci di costo e scarse voci di ricavi. Questa situazione accrescerà, sicuramente, i deficit strutturali nella sanità pubblica con grandi esborsi di risorse finanziarie per i ripianamenti dei deficit ospedalieri e con grave ricaduta sul Bilancio generale dello Stato.

Un interessante provvedimento del Bundestag voluto dal Ministro della sanità tedesco Jens Georg Spahn denominato "letto vuoto", è stato quello del risarcimento compensativo finanziario per cure e trattamenti riprogrammati, questo allo scopo di liberare operatori sanitari per curare i pazienti con infezione da coronavirus. Per ogni posto letto non occupato nel periodo dal 16 marzo 2020 al 30 settembre 2020, o per ogni paziente non ricoverato, gli ospedali percepiscono una tariffa forfettaria di 560 euro.

Dopo questa pandemia una domanda è d'obbligo: l'assistenza sanitaria continuerà a essere gestita come un costo o verrà considerata un investimento? La media globale del 10% del PIL speso per l'assistenza sanitaria rimarrà la norma o assisteremo a un aumento significativo, anche tenendo conto di una diminuzione del PIL a breve termine tra i paesi?

**Mauro Quattrone**

*Vice Segretario Confassociazione, con delega alla Salute e al Management*