

L'UTILIZZO DEGLI ACC (CCS) NELLA RAPPRESENTAZIONE DELLA CASISTICA DI RICOVERO OSPEDALIERO

Dr. Antonio Fortino
Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria
ROMA

1. La SDO e i possibili utilizzi

La SDO è stata istituita come strumento di “supporto ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo delle attività ospedaliere, nonché quale rilevazione sistematica di carattere epidemiologico” (D.M. 28.12.1991).

Il recente Decreto ministeriale 27.10.2000, n. 380, [1] fornisce, tra l'altro, l'indicazione all'utilizzo univoco del sistema di codifica ICD 9 CM, versione italiana 1997, [2] per la segnalazione di diagnosi ed interventi chirurgici e procedure.

L'introduzione dei DRG come sistema di classificazione basato sui dati SDO, al quale sono associate le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, ha enfatizzato le applicazioni amministrative di tale strumento.

Tuttavia, sempre maggiori sono le richieste di analisi di carattere epidemiologico e clinico, come pure di valutazioni comparative di natura organizzativa o legate alla misurazione e miglioramento della qualità assistenziale.

2. Limiti e vantaggi nell'uso di dati amministrativi

I dati della SDO sono definiti “amministrativi” o secondari in quanto non direttamente collegati ai dati clinici ma da essi ricavati attraverso un'opera di estrazione, selezione e codifica sulla base di regole proprie.

I dati amministrativi mostrano il vantaggio di essere facilmente disponibili e relativamente standardizzati; tuttavia, data la loro natura sono intrinsecamente poco specifici dal punto di vista clinico. La raccolta sistematica di dati clinici, allo stato attuale, è piuttosto onerosa e viene riservata a ricerche svolte “ad hoc” oppure utilizzata di routine ma solo per rilevazioni dettagliate su specifiche problematiche (es. infezioni ospedaliere).

3. Le “short list”

L'utilizzo di raggruppamenti di codici (“short list”) con orientamento epidemiologico e clinico è stato previsto da diversi enti attraverso alcuni strumenti da essi predisposti. Verranno di seguito prese in esame le principali esperienze in merito, utilizzando come criteri di analisi i seguenti:

- Struttura dei raggruppamenti
- Esaustività e mutua esclusività delle classi
- Livello di dettaglio e di specificità dei codici
- Aggiornamento clinico

3.1 Le short list dell'ICD 9 [3]

La classificazione ICD 9 dell'OMS (1975) tradotta in Italia dall'ISTAT nel 1979 riporta alcune “Liste speciali per l'intavolazione dei dati” che comprendono:

- la lista di base che elenca 57 gruppi di cause;
- la short list di 50 cause per i dati di mortalità;
- la short list di 50 cause per i dati di morbosità.

La lista di base comprende 57 gruppi di cause ed è esaustiva di tutti i codici di diagnosi, inclusi i codici E (che in Italia non sono utilizzati per la codifica delle cause di morbosità) e i codici V. I

gruppi sono rappresentati da categorie di codici di diagnosi a 2 caratteri e contengono articolazioni a tre caratteri.

La short list per la classificazione dei dati di morbosità comprende 50 gruppi di cause che però non sono esaustive nè mutuamente esclusive. Il primo gruppo, infatti, rappresenta tutte le cause (codici compresi tra 001 e 999) ma esclude i codici V. Tra questi 50 gruppi sono ricompresi anche codici E. La struttura dei raggruppamenti è caratterizzata da categorie a 2 e a 3 caratteri. La lista è piuttosto datata dal punto di vista clinico ed epidemiologico mancando di specificità per alcune diagnosi che rappresentano alcune tra le più frequenti cause di ricovero, quali la cataratta, l'aterosclerosi coronarica, le aritmie; è, invece, cospicuo il rilievo dato ad alcune malattie di scarso impatto assistenziale ospedaliero italiano, quali le malattie dei denti e delle strutture di supporto, la salpingite e ovarite, ecc.

Il manuale specifica che i diversi Paesi sono liberi di utilizzare qualsiasi lista costruita partendo dai termini della lista di base; tuttavia, per assicurare la comparabilità internazionale, devono essere contenute almeno le 50 cause elencate nelle corrispondenti liste.

3.2 Una seconda short list è quella che l'ISTAT ha derivato dalla precedente e che è denominata "Classificazione D delle cause di ricovero ISTAT per l'intavolazione dei dati sui dimessi dagli istituti di cura" [3]]. Tale classificazione comprende 18 gruppi che corrispondono ai 17 capitoli dell'ICD 9 ed al capitolo relativo ai codici V.

All'interno di ciascun capitolo sono evidenziati 74 gruppi di cause specifici che aggregano codici a tre caratteri o, più raramente, a quattro caratteri (come avviene per alcuni tumori).

I codici V sono, invece, riportati senza alcuna articolazione interna.

I gruppi così costituiti sono più aggiornati e dettagliati rispetto alla short list dell'OMS. Infatti vengono individuate in modo specifico alcune cause di frequente ricovero, quali cataratta, aritmie, malattie ischemiche del cuore diverse dall'infarto acuto, ecc. Una minore specificità clinica si riscontra, invece, per la classificazione dei tumori dell'intestino i cui codici sono sintetizzati in un'unica classe, laddove la short list dell'OMS tiene correttamente conto della diversità dei tumori del colon rispetto a quelli del retto e dell'ano.

3.3 Si prende ora in esame la classificazione ICD 10, edita dall'OMS nell'anno 1993, della quale il Ministero della salute ha curato la traduzione nel 2000 [4].

In essa è riportata la "lista speciale per l'intabulazione delle cause di morbosità" che contiene 298 voci a tre caratteri; tale lista è esaustiva di tutti i codici diagnostici ricompresi nell'ICD 10. La logica di aggregazione dei codici segue fedelmente le ripartizioni dei capitoli della classificazione, in genere accorpando codici contigui.

Il ricorso ai servizi è classificato in un'unica classe senza distinzione per le diverse tipologie di richiesta assistenziale; ad esempio, il ricovero per radioterapia o chemiorapia è classificato insieme alla revisione di protesi, al controllo di stomie, ecc.

Si tratta di un cospicuo numero di classi, che consentono una classificazione aggiornata e clinicamente valida delle cause di malattia.

Una particolare attenzione è data alle malattie infettive, per le quali sono previste 57 classi, alle malformazione congenite, ai tumori.

Meno specifica è la classificazione riservata al diabete mellito o all'ipertensione arteriosa, per ciascuna delle quali è prevista una sola classe; scarsa specificità ad alcune importanti condizioni morbose che sono raggruppate insieme ad altre in modo indistinto: è il caso del Mieloma multiplo e della Fibrosi cistica.

La lista speciale rappresenta una base per le liste nazionali che possono essere "approntate o accorpando o espandendo il nucleo centrale della classificazione in modo appropriato", in funzione del profilo epidemiologico della nazione.

I raggruppamenti possono essere adattati sia ai ricoveri sia, con appropriati aggiustamenti, alle attività ambulatoriali.

Una trattazione separata, nell'ambito delle short list, meritano gli Aggregati clinici di codici (ACC).

4. Gli ACC: aggregati clinici di codici

4.1 Storia e finalità degli ACC

Gli ACC (aggregati clinici di codici) sono stati sviluppati a partire dal 1993 dall'agenzia federale sanitaria statunitense, attualmente denominata AHQR (Agency for Healthcare Quality and Research), con lo scopo di raggruppare i codici ICD 9 CM in un set ristretto di classi relativamente omogenee e di utilità per i ricercatori ed analisti di politica sanitaria [5]. Le diverse versioni dei raggruppamenti furono progressivamente ottenute modificando quella inizialmente predisposta, denominata CCHPR (Clinical Classifications for Health Policy Research), sulla base di criteri di omogeneità clinica, di frequenza osservata nei casi di dimissione ospedaliera e degli aggiornamenti che periodicamente sono apportati alla classificazione ICD 9 CM. In particolare, il processo di revisione è stato condotto da personale addestrato nella rilevazione e codifica delle informazioni riportate sulla cartella clinica e da un medico con esperienza nei sistemi di classificazione. In questo processo di revisione alcuni gruppi sono stati eliminati, altri formati, mentre per altri è stata variata l'assegnazione dei relativi codici.

Dal 1999 sono stati introdotti anche i codici E ed il sistema è stato rinominato "Clinical Classifications Software" (CCS), a significare la possibilità di un utilizzo più ampio rispetto alle finalità di ricerca di politica sanitaria.

Sono attualmente utilizzati nei report dell'AHQR e da alcuni Stati negli USA.

Dall'anno 2000 (dati SDO relativi al 1998) i CCS sono stati introdotti in Italia nell'ambito del Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri del Ministero della salute; l'AHQR ne ha approvato l'utilizzo con l'acronimo italiano di ACC (aggregati clinici di codici).

4.2 Struttura degli ACC

Gli ACC sono strutturati in due livelli gerarchici: gli ACC "multilivello" e gli ACC "monolivello".

Gli ACC monolivello (single-level CCS) costituiscono 259 classi mutuamente esclusive di raggruppamenti di codici di diagnosi e 231 classi mutuamente esclusive che raggruppano codici di intervento/procedura.

In genere le classi sono specifiche per una data malattia o un dato intervento: tuttavia, sono state previste alcune classi eterogenee alle quali afferiscono le condizioni meno frequenti all'interno di un sistema/organo.

I CCS multi-level aggregano i precedenti in macroclassi che vengono contemporaneamente articolate in sottoclassi di maggiore specificità. Ad esempio, i due ACC mono-livello dedicati all'ipertensione arteriosa (il n. 98, ipertensione essenziale, ed il n. 99, ipertensione con complicanze e ipertensione secondaria), sono sintetizzati in un'unica macroclasse multilivello, denominata "Ipertensione"; contemporaneamente, nell'ambito dell'ACC 99 sono individuate due sottoclassi che ne affinano la specificità clinica, denominate "malattia ipertensiva cardiaca e/o renale" e "altre complicanze ipertensive".

L'Agenzia AHQR effettua periodicamente degli aggiornamenti dei gruppi, per tenere conto delle modifiche apportate all'ICD 9 CM. Dall'anno 2001 è stata resa disponibile anche una versione basata sull'ICD 10, che prevede 259 classi di codici di diagnosi, con lo scopo di condurre analisi di mortalità basate su tale sistema di classificazione (negli USA, l'ICD 10 è utilizzato per la codifica delle cause di morte a partire dal 1999).

4.3 Analisi degli aggregati di codici di diagnosi

Gli ACC di diagnosi costituiscono 259 classi esaustive di tutti i codici ICD 9 CM di diagnosi, traumatismi e altre condizioni; ogni gruppo contiene un numero variabile di codici che sono singolarmente specificati fino al massimo dettaglio necessario, molto spesso fino al 5.o carattere. I gruppi sono mutuamente esclusivi.

Il raggruppamento è effettuato in modo indipendente rispetto al capitolo di origine di un codice ed è guidato dal criterio dell'affinità clinica. Ad esempio, nell'ACC della tubercolosi sono ricompresi codici della malattia attiva (categorie 010–018) ma anche quelli dei postumi della tubercolosi (categoria 137); similmente, nell'ACC delle polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse) si ritrovano codici di diversi capitoli dell'ICD 9 CM (ad esempio, tra gli altri, i seguenti: 003, 020, 031, 136.3, 480, 482.39, 484.6, 513.0).

Nell'individuazione delle classi si è assegnata particolare attenzione alle situazioni cliniche più frequenti, ricomprendendo invece in classi residuali le situazioni più rare.

Un cospicuo sviluppo è riservato ai tumori maligni, alle malattie cardiovascolari, alle malattie gastroenteriche, alle condizioni ostetrico-ginecologiche ed a sintomi rilevanti, quali il dolore toracico, la sincope, le reazioni allergiche, ecc.

Una specifica attenzione è poi posta a condizioni che richiedono ricovero per l'effettuazione di prestazioni particolari: ad es. radio e chemioterapia, cure riabilitative, ricerche per condizioni sospette (esclusi i disturbi mentali e le malattie infettive), per le quali sono previsti appositi raggruppamenti.

Il numero di classi dedicato alle malattie infettive è ridotto (pari a 9); a queste si aggiunge una classe dedicata alle vaccinazioni ed esami per l'individuazione delle malattie infettive.

Le malformazioni congenite sono ricondotte a 5 gruppi, organizzati secondo l'apparato interessato (cuore e circolatorio, sistema digestivo, sistema genitourinario, sistema nervoso, altri).

4.4 Analisi degli aggregati di codici di intervento chirurgico/procedura

Gli ACC di intervento e procedura comprendono 231 gruppi esaustivi e mutuamente esclusivi, classificati secondo il sistema/organo cui l'intervento chirurgico o la procedura sono rivolti.

I codici sono descritti con la massima specificità possibile, fino al 4.º carattere dell'ICD 9 CM.

Seppure esiste una maggiore omogeneità dei codici di intervento rispetto a quelli delle diagnosi, anche in questo caso possono essere raggruppati insieme codici collocati in capitoli diversi dell'ICD 9 CM.

Ciò si riscontra soprattutto nell'ambito delle classi residuali (generalmente intitolate "altre procedure per..."); tuttavia, anche classi più definite possono offrire esempi di questo genere come nel caso dell'ACC dedicato alla litotripsia extracorporea sulle vie urinarie, nel quale sono stati associati i codici 59.95 (litotripsia con ultrasuoni o elettroidraulica) ed il codice 98.51 (litotripsia extracorporea del rene, uretere, e/o vescica).

I raggruppamenti sono molto aggiornati dal punto di vista clinico, prevedendo specifiche classi che consentono di descrivere diverse procedure di recente innovazione quali la trombolisi coronarica, i bypass vascolari periferici, il trapianto di midollo osseo, l'artroplastica del ginocchio, ecc.

Sono inoltre stabilite numerose classi dedicate alle procedure "non di sala operatoria": ad esempio, all'esame TAC sono riservate 4 classi; alla diagnostica ad ultrasuoni, 5; alla diagnostica con radioisotopi, 4.

Sono previste, infine, alcune classi per procedure sia terapeutiche che diagnostiche di rilievo, quali la trasfusione di sangue, la nutrizione enterale e parenterale, l'inserimento di catetere di Swan-Ganz, ecc.

5. ACC e DRG

Non è possibile stabilire un vero confronto tra la classificazione DRG [6] e quella ACC, stanti le profonde diversità tra di esse. In particolare, il sistema DRG classifica in modo univoco ogni singolo caso trattato utilizzando la combinazione di diverse informazioni quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, il sesso, l'età, la modalità di dimissione.

Invece con gli ACC si può classificare ogni singolo caso in maniera multipla poiché diagnosi e interventi danno origine a due tipologie di classi differenti, senza tener in alcun conto di altre variabili di assegnazione.

In altre parole, il sistema DRG rappresenta un vero e proprio sistema di classificazione dei casi trattati, mentre gli ACC possono essere considerati un "meta-sistema di codifica", limitandosi al raggruppamento di codici nosologici secondo un criterio di affinità clinica.

Pertanto, è possibile svolgere solo alcune considerazioni aventi ad oggetto esclusivamente la logica di aggregazione dei codici nosologici tra i due sistemi, allo scopo di valutarne la sensibilità e la specificità classificatoria e saper valutare i risultati statistici che si ottengono con i due sistemi. In tal modo, si possono comprendere pregi e difetti di entrambi i metodi, onde poter utilizzare volta a volta quello più idoneo agli scopi dell'analisi.

Per quanto riguarda i codici di diagnosi, prenderemo in esame alcuni settori nosologici relativi a malattie di larga incidenza per l'assistenza ospedaliera, quali quello dei tumori, delle malattie infettive, di quelle cardiovascolari, del diabete mellito, delle condizioni ostetrico-ginecologiche.

Nella classificazione dei tumori le due classificazioni si presentano alquanto diverse: la tabella ne sintetizza le logiche di aggregazione.

Tabella 1. Modalità di aggregazione dei codici nosologici di tumore nel sistema DRG e negli ACC

DRG	ACC
Maligno;	Maligno;
In situ;	In situ
A comportamento incerto;	Anamnesi personale di tumore maligno (codici V)
Benigno;	Benigni
Secondario	A comportamento incerto
	Secondari

Come si nota, nel sistema DRG, seguendo il criterio iso-risorse, una classe omogenea comprende sia tumori maligni primitivi che secondari a carico di uno stesso organo/apparato, come pure quelli a comportamento incerto e quelli benigni (seppure, in quest'ultimo caso, con alcune eccezioni: ad esempio, i tumori benigni ginecologici hanno classi separate dai corrispondenti tumori maligni).

Negli ACC, invece, sono tenuti distinti in apposite classi i tumori maligni secondari, quelli benigni e quelli a comportamento incerto.

Nelle patologie ostetriche, gli ACC non prendono in considerazione il criterio temporale per differenziare la diagnosi complicanti la condizione di gravidanza o parto. Nei DRG, al contrario, le diagnosi sono differentemente classificate in classi distinte a seconda che si siano manifestate nel periodo precedente o successivo al parto o durante il corso di quest'ultimo.

Ad esempio, i codici dell'ipertensione arteriosa vengono distintamente classificati a livello del 5.o carattere: se esso è 3, indica una complicanza pre-partum, assegnata al DRG 383; se è pari a 4, indica che la stessa complicanza è intervenuta nel periodo post-partum e viene assegnata al DRG 376. Negli ACC entrambi i codici sono assegnati al gruppo 183 definito come "Ipertensione complicante la gravidanza il parto ed il puerperio".

Similmente, se si considera il diabete mellito complicante la gravidanza, i relativi codici sono assegnati a diversi DRG ma ad un solo ACC (186) che raggruppa sia il diabete mellito sia la ridotta tolleranza glucidica complicanti la gravidanza il parto o il puerperio.

La gravidanza ectopica offre, invece, un esempio di esatta corrispondenza tra le due classificazioni, essendo del tutto uguali i codici di malattia che affluiscono al DRG 378 e all'ACC 180.

Nel caso dell'aborto la classificazione ACC si presenta più articolata, prevedendo due distinte classi per l'aborto spontaneo e per l'aborto indotto, che invece nei DRG afferiscono ad un solo gruppo (DRG 380).

In entrambe le classificazioni i casi di minaccia di aborto e le complicanze post aborto sono inserite in specifici e distinti gruppi.

Per quanto riguarda la classificazione dei neonati sani, il DRG 391 contiene un maggior numero di codici rispetto al corrispondente ACC 218.

Scarsa specificità clinica ha invece l'ACC dedicato alla prematurità, immaturità e basso peso alla nascita e ritardo della crescita fetale, poiché esso contiene situazioni cliniche assai diverse sotto il profilo assistenziale, accomunate da una diagnosi simile senza però tener conto (come invece avviene nei DRG) dell'impatto che ha su tali diagnosi la variabile "peso alla nascita".

Nel settore delle malattie infettive, i codici descrittivi della tubercolosi sono dispersi in molti DRG (tra cui il 73, 79, 188) mentre sono raggruppati in un unico ACC indipendentemente dalla localizzazione della malattia. Questo caso mostra come negli ACC sia prevalente un criterio eziologico (sono classificate insieme manifestazioni diverse della stessa malattia) mentre nei DRG sia prevalente quello anatomico (sono classificate insieme manifestazioni a carico dello stesso organo/apparato, seppure originate da malattie diverse).

La febbre di n.d.d. è rappresentata da un unico codice nosologico (780.6) che costituisce un unico ACC, mentre si ritrova – a seconda dell'età del paziente e della presenza o meno di complicanze – in tre diversi DRG (420, 421, 422).

Tra le malattie cardiovascolari è diversa la classificazione dell'ipertensione arteriosa, che nei DRG viene ricompresa nella classe 134 nel cui ambito sono presenti i codici di diverse forme della malattia ad esclusione delle complicanze che determinano insufficienza d'organo.

Negli ACC sono invece presenti due classi: una per la forma essenziale benigna, una per le forme complicate e quelle secondarie (all'interno della quale sono presenti anche le diverse manifestazioni d'organo senza o con insufficienza).

Per quanto riguarda l'infarto acuto del miocardio, l'ACC raggruppa tutti i casi in un'unica classe (100) senza distinzione rispetto al fatto che si tratti di episodio di cura iniziale o meno; nei DRG invece si hanno 5 classi (121, 122, 123, 144 e 145).

A riguardo del diabete mellito, i DRG prevedono due classi principali (294 e 295) distinte sulla base del criterio dell'età (> e < a 35 anni); negli ACC, invece, sono previste due classi principali, distinte sulla base del criterio dell'assenza (49) o della presenza (50) di complicanze; pertanto, anche i codici della categoria 250 con quarto carattere 4,5, 6 e 7 sono afferenti a quest'ultimo gruppo.

In entrambi i sistemi, l'utilizzo di codici descrittivi di complicanze o manifestazioni della malattia che non rientrino nella categoria 250 conduce a raggruppamenti diversi da quelli principali, che si possono definire "d'organo/apparato".

Esaminiamo adesso il settore riguardante i codici relativi agli interventi chirurgici e alle procedure diagnostico-terapeutiche. Si ricorda, al proposito, che tali codici nel sistema DRG, oltre alle variabili già richiamate per i codici di diagnosi, risentono anche dell'associazione con il codice della diagnosi principale: in altri termini, uno stesso codice di intervento può essere attribuito a MDC diverse in funzione della diagnosi principale che descrive il caso.

Un caso esemplificativo è costituito dagli interventi sulla prostata, i quali possono essere attribuiti a DRG dell'apparato urinario (334, 335, 336, 337) o dell'apparato riproduttivo maschile (306 e 307) a seconda della diagnosi principale; gli stessi interventi possono anche essere assegnati al DRG 476 quando non vi è correlazione con la diagnosi principale.

Negli ACC, invece, tutti i codici relativi a questo tipo di intervento sono aggregati in due classi, una per gli interventi TURP (113) ed una per gli interventi a cielo aperto (114).

Al contrario, nel caso di alcuni grandi interventi ortopedici, gli ACC hanno una maggiore articolazione dei DRG che prevedono un unico gruppo (209) per situazioni clinicamente disomogenee (interventi sull'anca, sul ginocchio, reimpianti).

Un caso di esatta corrispondenza tra le due classificazioni è quello dell'artroscopia, descritta da unica categoria di codici (80.2) sia nell' ACC 149 che nel DRG 232.

Importanti differenze sussistono nell'ambito degli interventi di cardiocirurgia (settore nel quale, peraltro, sono cospicue le modifiche del sistema DRG successive alla versione 10.a).

In generale, gli ACC offrono una visione maggiormente sintetica, prevedendo un unico gruppo per i bypass coronarici (44), uno per il cateterismo cardiaco (44), e per l'inserimento e revisione di pace-maker o defibrillatore automatico (48).

Anche per gli interventi sulla colecisti, gli ACC offrono una maggiore sintesi poiché raggruppano tutti i casi nell'unica classe 84, mentre nel sistema DRG gli stessi codici afferiscono alle classi 195, 196, 197, 400 (in caso di diagnosi di linfoma o leucemia), 442 (in caso di diagnosi di trauma).

Il pregio della sintesi del raggruppamento ACC avviene, però, al prezzo di una maggiore genericità.

6. Analisi dei dati SDO del 2000

Di seguito sono riportati alcuni confronti sui dati ottenuti dalle SDO dell'anno 2000 [7] ed espressi in termini di DRG e di ACC.

La tabella 2 riporta un confronto tra le prime dieci classi in ordine di frequenza registrata nei ricoveri per acuti, regime ordinario.

Tabella 2. Ricoveri per acuti in regime ordinario – confronto tra i ranghi ottenuti con i DRG e con gli ACC

Rango	DRG	ACC
1	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	Gravidanza e/o parto normale
2	Interventi sul cristallino con/senza vitrectomia	Aterosclerosi coronarica
3	Esofagite/gastroenterite e miscell. apparato diger., età > 17 anni, senza CC	Cataratta
4	Insufficienza cardiaca e shock	Ernia addominale
5	Parto cesareo senza CC	Insufficienza cardiaca congestizia
6	Affezioni mediche del dorso	Malattie delle vie biliari
7	Malattia polmonare cronica ostruttiva	Spondilosi, patol. dischi intervert., altri disturbi del dorso
8	Interventi per ernia inguinale o femorale, età > 17 anni senza CC	Aritmie cardiache
9	Mal. cerebrovascolari specifiche eccetto T.I.A.	Malattie polmonari croniche ostruttive
10	Chemioterapia non associata a diagn. sec. di leucemia acuta	Chemioterapia e radioterapia

Come sinota, la rappresentazione della casistica è molto simile anche se per alcune condizioni si notano diversità rilevanti: ad esempio, le malattie cerebrovascolari non sono presenti tra le prime 10 ACC di diagnosi, essendo di rango 15; ma il numero registrato è quasi uguale nelle due classificazioni e tale scomparsa è dovuta solo ad uno scavalco da parte di malattie in cui gli ACC accorpano più che i DRG (ad esempio: l'aterosclerosi coronaria e le aritmie).

Per quanto riguarda la capacità di sintesi della casistica (o grado di concentrazione) si rileva che i primi 50 DRG rendono conto del 47% dei ricoveri ordinari per acuti; mentre con gli ACC di diagnosi tale valore aumenta al 55,6%; con gli ACC di intervento, invece, la concentrazione dei casi (che abbiano almeno 1 intervento o 1 procedura) è ancora maggiore ed è pari al 67%..

La tabella 3 riporta il confronto tra degenze medie sui dati dei ricoveri per acuti in regime ordinario classificati con i due sistemi, per alcune classi scelte in ordine alla loro frequenza o significatività clinica.

Tabella 3. Confronti tra le degenze medie (D.M.) registrate con i DRG e con gli ACC

DRG	D.M.	ACC di diagnosi (d) o di intervento (i)	D.M.	Differenza D.M. (giorni)
Interventi su cristallino	2,3	Procedure su cristallino e per cataratta (i)	2,3	0
Insufficienza cardiaca e shock	9,6	Insufficienza cardiaca congestizia (non da ipertensione) (d)	9,9	+0,3
Malattia polmonare cronica ostruttiva	9,4	Malattie polmonari cronico ostruttive e bronchiectasie (d)	9,4	0
Parto cesareo senza CC	6,1	Taglio cesareo (i)	6,4	-0,3

La tabella 4 esamina la frequenza dei ricoveri per acuti in regime ordinario classificati con i due sistemi; sono scelte alcune classi a titolo esemplificativo.

Tabella 4. Confronti tra le frequenze assolute dei ricoveri per acuti ordinari in alcune classi di DRG e di ACC

DRG	Numero casi	ACC di diagnosi (d) o di intervento (i)	Numero casi	Differenza numero di casi
Affezioni mediche del dorso	143.000	Spondilosi, disturbi dischi intera, altri dista. Del dorso (d)	140.000	+3.000
Malattie cerebrovascol. eccetto T.I.A.	116.000	Vasculopatie cerebrali acute (d)	121.000	-5.000
Interventi sul cristallino	238.000	Procedure su cristallino e per cataratta (i)	239.000	-1.000
Iperensione	93.000	Iperensione essenziale + ipertensione complicata	109.000	-16.000
Colecistectomia (DRG 195-198)	92.500	Colecistectomia ed esplorazione del dotto biliare comune	99.000	-6.500

Il confronto mostra che vi possono essere differenze, in alcuni casi rilevanti, nell'analisi del numero di casi trattati utilizzando le due classificazioni.

Infine, è da notare che il sistema ACC riesce a formare classi sufficientemente numerose di casi; infatti, negli ACC di diagnosi sono solo 19 le classi con meno di 3000 casi e di queste solo 4 con meno di 1000 casi (precisamente: tumori maligni di altri organi genitali maschili, anamnesi personale di disturbo psichico, fibrosi cistica, anemia a cellule falciformi).

Negli ACC di intervento/procedura sono invece 11 i gruppi con meno di 1.000 casi a causa del variabile grado di codifica delle prestazioni non di sala operatoria.

Una visione d'insieme (tabella 5) consente di apprezzare vantaggi e limiti dei due sistemi posti a confronto.

Tabella 5. Analisi comparativa dei vantaggi e degli svantaggi dei sistemi DRG e ACC

	Vantaggi	Svantaggi
DRG	Classificazione univoca di un singolo caso; Peso della casistica;	Non elevata specificità clinica; dispersione dei casi in diversi DRG a motivo

	Valorizzazione economica; Comparabilità internazionale	del diverso peso
ACC	Analisi per malattia o per intervento/procedura; Maggiore specificità clinica; Maggiore comprensibilità sia per gli operatori che per il pubblico	Classificazione multipla di un singolo caso (per diagnosi e per intervento); Mancanza di un peso per le classi

7. Conclusioni

L'utilizzo del sistema di raggruppamento dei codici ICD 9 CM attraverso le classi ACC monolivello è di grande interesse per la rappresentazione dei casi trattati con finalità epidemiologiche e di programmazione sanitaria. Con tali finalità, il Ministero della Salute ha reso disponibili, sul proprio sito Internet (sezione SDO) le tabelle degli aggregati ACC in formato scaricabile.

Gli ACC costituiscono una modalità di rappresentazione dei casi più aggiornata e clinicamente specifica rispetto ad altre tipologie di "short list".

Non è possibile stabilire un confronto omogeneo di questo sistema di aggregazione di codici con un vero e proprio sistema di classificazione, quale quello dei DRG; tuttavia, un'analisi comparativa consente di evidenziare vantaggi e svantaggi dei due strumenti.

Entrambi i metodi possono, quindi, risultare utili nello studio della casistica ospedaliera, purché se ne conoscano le finalità, le logiche di funzionamento e se ne sappiano interpretare i risultati.

In tal modo è possibile arricchire le conoscenze rispetto alle attività di ricovero e contribuire alla valutazione ed alla evoluzione delle pratiche organizzative ed assistenziali.

Bibliografia

1. Decreto Ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380: Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati. Gazzetta Ufficiale, del 19 dicembre 2000, n. 295.
2. Ministero della sanità: Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana della ICD-9-CM 1997. Roma, 1998
3. ISTAT: Classificazioni delle malattie. Traumatismi e cause di morte, 9.a revisione, 1975. Roma, 1979.
4. Ministero della Sanità: Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. Roma, 2000.
5. Agency for Healthcare Research and Quality: Clinical Classifications Software (CCS) Summary and Download, 1999. www.ahrq.gov.
6. 3M: Diagnosis Related Groups – definition manual – version 10.0. Rockville, 1992.
7. Ministero della Salute: Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2000. Roma, 2002.