

Il progetto del Ministero della salute per lo sviluppo di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere.

Laura Arcangeli
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – Ministero della salute

Questo contributo intende illustrare sinteticamente gli obiettivi e i contenuti principali del progetto ministeriale per lo sviluppo di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere, evidenziando le opportunità che offre anche alla questione della regolazione dei dispositivi medici impiegati in ambito ospedaliero, in termini di informazione e remunerazione.

Gli obiettivi principali del progetto [Diap. 2] si riassumono nello sviluppo di:

- ✓ un nuovo sistema di misurazione (codifica, classificazione) e valorizzazione dei prodotti degli ospedali, per rispondere alle esigenze dei diversi soggetti coinvolti nel loro utilizzo, considerato il diffuso miglioramento nella qualità dei dati rilevati sui servizi sanitari e lo sviluppo a livello internazionale di logiche, strumenti e processi affinati di misurazione della casistica;
- ✓ strumenti informativi necessari per un suo utilizzo completo, al fine di rilevare dati omogenei presso l'insieme degli ospedali italiani, che consentano di disporre di informazioni rilevanti ai fini della conoscenza e della valutazione delle attività erogate dagli ospedali.

L'ambito di riferimento del progetto è prioritariamente individuato nell'area delle acuzie (ricoveri ordinari, ricoveri diurni), pur prevedendo un successivo intervento anche sulle aree del post acuzie e dell'ambulatoriale.

Le componenti principali del progetto [Diap. 3] fanno riferimento alle caratteristiche fondamentali dei sistemi informativi: (a) identificazione (sistemi di codifica); (b) misurazione (sistemi di classificazione); (c) pesatura in termini di consumo di risorse (sistemi di pesi relativi); (d) strumenti (strumenti informativi). Tali componenti sono applicate, nel caso dei prodotti ospedalieri per acuti, alle diagnosi, agli interventi/procedure/trattamenti e ai ricoveri.

Il percorso previsto per lo sviluppo operativo del progetto si caratterizza per la gradualità dell'approccio adottato e per la ricerca di una continuità rispetto alle soluzioni attualmente in uso nell'ambito del Ssn.

L'esame delle realtà internazionali più significative¹ ha costituito, insieme alle esperienze maturate nei primi quindici anni di uso dei Drg nel Ssn, il fondamento informativo sul quale si sono basate l'individuazione, la valutazione e la selezione delle soluzioni metodologiche nella definizione del percorso, di seguito sinteticamente illustrato nei suoi principali elementi costitutivi.

- a) Per quanto riguarda la codifica e la classificazione delle diagnosi, il contesto internazionale indica la scelta prevalente di utilizzo della International Classification of Disease, decima

¹I Paesi utilizzati quali riferimento sono quelli oggetto di studio nell'ambito dell'accordo del Ministero della salute con OCSE: Australia; Canada; Francia; Germania; Inghilterra; Norvegia; Stati Uniti.

revisione (ICD-10) o di una sua modificazione, mantenuta di dominio pubblico e aggiornata con una cadenza al massimo biennale [Diap. 4].

La proposta è quindi di introdurre in Italia l'utilizzo della ICD-10, apportandovi delle modifiche minori, per aggiornarla con gli upgrade elaborati dall'OMS e tenendo conto anche di esperienze di altri Paesi.

- b) Per quanto riguarda la codifica e la classificazione degli interventi, delle procedure e dei trattamenti, il quadro internazionale è assai meno omogeneo: le classificazioni in uso differiscono molto, tanto rispetto agli assi classificatori, quanto rispetto al numero di codici previsti [Diap. 5].

La proposta è di continuare ad utilizzare, in Italia, la classificazione ICD-9-CM 2007 quale base, adattandola a specifiche esigenze italiane. In particolare, si prevedono integrazioni che consentano la rilevazione di informazioni su: Procedure/trattamenti erogati (anche) in regime di assistenza ambulatoriale; Farmaci ad alto costo; Dispositivi medico-chirurgici [Diap. 6].

- c) Per quanto riguarda la classificazione dei ricoveri, le esperienze internazionali indicano la scelta comune di un percorso di sviluppo di un proprio sistema di classificazione, a partire dal sistema DRG statunitense, che ha portato a tassonomie diverse per quanto riguarda principalmente l'ambito di applicazione, il numero di gruppi finali e le modalità di misurazione della componente "severità" della casistica [Diap. 7].

La proposta è di procedere anche in Italia allo sviluppo e alla adozione di una versione italiana del sistema DRG, ancorata alla revisione 24 attualmente in uso nel Ssn [Diap. 8]. In particolare, si intende sviluppare una versione semplificata della classificazione DRG:

- valida tanto per i ricoveri ordinari quanto per i ricoveri diurni;
- articolata in gruppi diagnostici di base, che come i DRG saranno isorisorse, ma orientati a descrivere la casistica ospedaliera rispetto a caratterizzazioni epidemiologiche e quindi tendenzialmente stabili nel tempo;
- associata ad un sistema di pesatura modulare, che consente di leggere la severità dei casi e di misurarne il livello di assorbimento di risorse.

La proposta è di non continuare a distinguere i DRG in "con" e "senza" complicanze e comorbidità, ma di utilizzare principalmente i pesi relativi dei gruppi di base e dei fattori di aggiustamento degli stessi, per rendere conto delle differenze nel consumo di risorse tra ricoveri [Diap. 9].

A questo fine, il progetto prevede l'impostazione e l'attivazione di un processo di rilevazione dei dati sui consumi di risorse e sui costi, a livello di singolo caso trattato, presso un campione rappresentativo di ospedali italiani. Le informazioni prodotte dalle rilevazioni analitiche sui costi per caso consentiranno la definizione, e il successivo aggiornamento periodico, sia dei gruppi diagnostici di base, sia del sistema di pesi relativi ad essi associati.

Consentiranno, inoltre, di specificare i fattori di aggiustamento e di misurarne l'impatto sui pesi relativi. Gli ambiti cui fanno riferimento i fattori di aggiustamento sono già individuati nelle caratteristiche:

- del paziente (ad es., età; patologie concomitanti; complicanze);
- del ricovero (ad es., regime di degenza, ordinario/diurno; durata di degenza: 1giorno; >1 giorno; interventi multipli);
- della struttura di ricovero (ed es., dimensione; complessità organizzativa).

Il progetto non affronta la questione della valorizzazione e della remunerazione dei ricoveri. Non si intende arrivare a produrre un sistema tariffario, ma “fermarsi” alla produzione degli strumenti uniformi sul territorio nazionale, necessari per la successiva fase definizione, da parte dei competenti decisori politici, a livello nazionale e soprattutto regionale, delle rispettive politiche tariffarie.

Passando, in conclusione, all’argomento del convegno, è chiaro come il progetto costituisca una opportunità per ricercare soluzioni condivise alla questione della regolazione dell’impiego dei dispositivi medici in ambito ospedaliero. Il percorso avviato con il progetto consentirà, infatti, di disporre di informazioni analitiche sui profili di trattamento e sui profili di costo relativi ai ricoveri ospedalieri nell’ambito dei quali si faccia uso di dispositivi medici costosi. Tali informazioni potranno contribuire a rispondere alle esigenze conoscitive, tanto importanti quanto attualmente insoddisfatte, connesse alla valutazione dell’uso delle tecnologie in genere e dei dispositivi in particolare (sicurezza, appropriatezza, costo-efficacia), ma anche ad una corretta remunerazione dei ricoveri ospedalieri, che tenga adeguatamente conto della variabilità dei costi associata all’utilizzo di specifiche tecnologie.

Rispetto alle modalità di attuazione del percorso previsto dal progetto su questo tema, sono svariate le questioni aperte, alle quali sarebbe opportuno trovare delle risposte in maniera condivisa tra i vari soggetti coinvolti, in modo tale da promuovere l’introduzione nel sistema di regole coerenti tra di loro [Diap. 9].