

Capitolo 6.

ATTIVITÀ IN CORSO E SVILUPPI FUTURI: IMPLEMENTAZIONE, GESTIONE E MANUTENZIONE DEGLI It.DRG

Laura Arcangeli (a, b), Federico Banchelli (c), Luigi Bertinato (a), Alessandra Campolongo (a), Angelo L. Del Favero (d), Lucilla Frattura (e), Lucia Lispi (f), Cristiano Marchetti (g), Luca Merlino (g), Marino Nonis (a, h), Amelia Palinuro (i), Eleonora Verdini (c), Carlo Zavaroni (e)

(a) *Struttura per la Clinical Governance, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Direzione Sanitaria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

(c) *Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(d) *Direzione Generale, ISS*

(e) *Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isoncina, SS Area delle Classificazioni – Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle Classificazioni internazionali*

(f) *Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute*

(g) *Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia, Milano*

(h) *Direzione Strategica, AO "San Camillo-Forlanini", Roma*

(i) *UOC Oncologia medica, Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, Roma*

Ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità

L'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari, all'interno della quale si inserisce il Progetto It.DRG, sono divenuti valori fondanti per i sistemi sanitari dopo un lungo periodo in cui le modalità di gestione e organizzazione della sanità erano esclusivamente guidate da aspetti economico-organizzativi, quali per il nostro Paese: l'aziendalizzazione, l'efficienza dei servizi, il management. Tuttavia, la dimensione ormai necessaria dell'efficienza clinica, intesa come uso appropriato, efficace e tempestivo delle risorse economiche, non ha ancora trovato soluzioni adeguate e accettabili, in particolare per sistemi complessi, quali il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sottoposto ad un pesante impatto della crisi economica.

Già Archibald Cochrane, nel 1972, insisteva sull'impossibilità di "raggiungere l'efficienza dei servizi sanitari senza passare per l'efficacia", abbiamo assistito all'evoluzione dell'*Evidence-Based Medicine*, quale strumento di pratica professionale e di formazione continua, in *Evidence-Based Health Care*, sino alla *Clinical Governance*, "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi, nonché del raggiungimento e del conseguente mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (NHS, 1998).

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si è posto il problema della sostenibilità dell'SSN che negli ultimi anni ha subito forti pressioni esterne in particolare legate a: il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti sia a livello ospedaliero, che nelle strutture cosiddette intermedie e riabilitative, che nell'offerta di servizi nel territorio compresa quella socio-sanitaria.

Allo scopo, il Progetto It.DRG è stato inserito nella nuova Struttura di Missione Temporanea (SMT) di *Clinical Governance* definita con l'obiettivo di poter beneficiare dei risultati anche a favore dei tre Centri Nazionali presenti in ISS (Centro Nazionale sull'Health Technology

Assessment, Centro Nazionale per la Telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali e il Centro Nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure) e dell'attuazione dei DPCM 12/01/2017 che definisce i nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

L'inserimento dell'ISS all'interno del Progetto It.DRG si compie a partire dall'accordo stipulato con il Ministero della Salute nel settembre 2017 (Accordo It.DRG 1) che definisce la funzione dell'ISS:

- nello svolgimento di attività di collaborazione a supporto del Ministero, finalizzate a consolidare i risultati della fase sperimentale del Progetto It.DRG, valorizzando le interconnessioni dei gruppi di lavoro regionali e ministeriali già presenti;
- nella produzione ed elaborazione di evidenze scientifiche, finalizzate alla valutazione delle metodologie proposte nell'ambito delle attività di supporto al Progetto It.DRG;
- nel sostegno metodologico della DGProgS del Ministero della Salute nell'ambito dei lavori delle linee di attività previste dal progetto, al fine di consolidare i prodotti già acquisiti, e nell'affiancamento alle attività ancora in fieri.

In particolare, l'ISS si è impegnato a:

- avviare il completamento delle attività programmate per la definizione del primo sistema di pesi relativi associati alle nuove classi It.DRG, basato sui costi osservati in un campione di ospedali dell'SSN, e per la predisposizione degli strumenti necessari per l'ulteriore manutenzione del sistema;
- fornire supporto alla predisposizione della relazione finale per la chiusura della “fase sperimentale” del Progetto It.DRG.

La collaborazione tra Ministero della Salute e ISS sul Progetto It.DRG è poi proseguita con un secondo accordo inerente le attività da svolgere nel corso del 2018, per la sperimentazione e messa a punto dei prodotti della “fase sperimentale”, ai fini della loro adozione nell'ambito dell'SSN.

Le sinergie tra Ministero della Salute e ISS come accennato in precedenza non si sono limitate solo al Progetto in questione, ma hanno anche riguardato il tema della manutenzione dei Lea, la gestione dei processi di HTA e infine il Programma Nazionale Linee Guida e le attività del CNEC (Centro Nazionale eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure).

Con successivi accordi tra ISS e Ministero della Salute si è inteso generare un impatto efficace su tutti i sistemi di *governance* dell'SSN sia a livello nazionale, che regionale, che locale per l'implementazione di modelli e di percorsi atti al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e allo sviluppo di percorsi di cura, che permettano la diffusione globale di questa cultura.

Verso la “fase a sistema”

A partire dal Capitolo 2 fino al Capitolo 5 sono state illustrate le attività svolte e i risultati raggiunti nella “fase sperimentale” del Progetto, che si possono così sintetizzare:

- Modifica clinica italiana della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati ICD-10-IM (Italian Modification), che integra la traduzione in italiano della versione 2014 dell'ICD-10 OMS e la modifica in maniera sperimentale ai fini del Progetto It.DRG. La versione messa a punto consta di 19.031 codici relativi a condizioni patologiche, traumatismi, cause esterne di traumatismi, fattori influenzanti lo stato di salute e motivi di ricorso ai servizi sanitari, rispetto ai 12.435 dell'ICD-9-CM (2007) oggi in uso, con un incremento di oltre il 53%;

- Classificazione Italiana delle Procedure e Interventi (CIPI), che integra e modifica il precedente 3° volume dell'ICD-9-CM (2007, con circa 3.700 codici), portando il numero dei codici a circa 5.400, oltre il 54% in più;
- Nuova classificazione dei ricoveri italiani (sviluppata a partire dalla v.24 dei CMS-DRG), denominata It.DRG, che prevede allo stato attuale 369 gruppi finali “base” rispetto ai 538 DRG attualmente in uso. Si tenga però presente che nella fase a sistema è prevista la creazione di ulteriori sottogruppi per ciascun It.DRG “base”, individuati da caratteristiche salienti del paziente e del ricovero (“fattori di correzione”) definite all’interno di “sistema di pesatura modulare” orientato ad un miglioramento nella capacità predittiva dell’assorbimento di risorse.
- Lo sviluppo di un modello italiano di *case-mix costing* e degli strumenti informativi per consentirne l’applicazione sui dati rilevati ad hoc presso un campione di ospedali italiani, ai fini della determinazione di un sistema di pesi relativi associati agli It.DRG e dei rispettivi “fattori di correzione”,

Relativamente alla fase di lavoro avviata a inizio 2018 (la prima “a sistema”), nell’ambito del secondo accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e ISS, gli obiettivi sono quelli previsti per la “fase a sistema” del Progetto It.DRG:

- Garantire l’utilizzabilità nel tempo del sistema da parte di tutti gli ospedali italiani, pubblici e privati, e quindi provvedere alla gestione e alla manutenzione e aggiornamento del nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei ricoveri ospedalieri, nelle sue diverse componenti;
- Garantire il monitoraggio delle modalità di utilizzo del sistema nelle regioni e la valutazione dell’impatto, a livello nazionale.

L’ISS è pertanto impegnato a garantire al Ministero della Salute, avvalendosi della collaborazione delle Regioni già coinvolte nella “fase sperimentale” del Progetto It.DRG e di eventuali ulteriori Centri collaboratori per la *Clinical Governance*, le seguenti attività a supporto della prima sperimentazione e conseguente messa a punto dei prodotti della “fase sperimentale”:

- la fornitura del supporto metodologico e operativo all’utilizzo del sistema da parte degli ospedali, delle regioni, di enti e di privati;
- lo svolgimento di rilevazioni, elaborazioni e analisi dei dati di costo e di attività ospedalieri classificati e codificati con i nuovi sistemi, secondo metodologie sviluppate *ad hoc*;
- la verifica delle componenti dei nuovi sistemi di classificazione dei prodotti ospedalieri, tramite l’analisi e la valutazione dei dati di attività e di costo degli ospedali dell’SSN, nonché dell’evoluzione dei sistemi di uso a livello internazionale;
- lo svolgimento di analisi dei fattori di variabilità dei costi, sulla base dei dati analitici rilevati presso un campione di ospedali dell’SSN. In prospettiva, i risultati di queste analisi costituiranno la base informativa per la verifica e l’aggiornamento periodico dei pesi relativi e dei fattori di correzione;
- la collaborazione con Enti nazionali e internazionali di riferimento in materia di sistemi di classificazione e codifica dei servizi sanitari e di valutazione dei servizi sanitari.

Cenni sulle attività in corso

Dall’inizio del 2018, successivamente alla chiusura della prima “fase sperimentale” del Progetto e la prosecuzione della collaborazione tra ISS e Ministero della Salute, sono cominciate

le attività per procedere alle previste sperimentazioni dei prodotti dei 4 gruppi di lavoro, a partire dalla definizione e programmazione condivise dei contributi degli Enti nazionali e regionali coinvolti, in continuità con quanto sviluppato nella precedente fase.

In estrema sintesi, le sperimentazioni sono destinate a verificare e mettere a punto le “versioni localizzate” delle componenti del nuovo sistema italiano di misurazione e valorizzazione dei prodotti ospedalieri; riguardano, pertanto, i nuovi sistemi di classificazione e codifica delle diagnosi e delle procedure/interventi, le classi It.DRG e gli algoritmi per la loro attribuzione, e, soprattutto, le nuove rilevazioni ed elaborazioni dei dati ospedalieri di attività e di costo del “Modello It.Cost” per il calcolo del sistema di pesi relativi e dei fattori di correzione. A tal fine verranno coinvolti un gruppo di “ospedali pilota”, selezionati *ad hoc*.

Si è pertanto iniziato a lavorare collegialmente (ISS, Ministero della Salute e Regione Emilia-Romagna) per la definizione del “campione” per le sperimentazioni, in termini di:

1. elenco degli ospedali-pilota, da coinvolgere nelle sperimentazioni;
2. numerosità e composizione del campione di episodi di ricovero sui quali procedere alle sperimentazioni, per poterne dedurre informazioni significative ai fini delle verifiche delle revisioni delle classificazioni prodotte e delle valutazioni di impatto atteso di una loro adozione a livello nazionale, anche in termini economici.

Per quanto riguarda l'*individuazione degli ospedali-pilota*, la nuova selezione ripercorre, aggiornandola e integrandola, la metodologia definita collegialmente nell'ambito dei gruppi di lavoro inter-istituzionali che negli ultimi anni hanno lavorato sull'aggiornamento delle classificazioni e delle tariffe e già seguita nelle precedenti edizioni di studi nazionali sui costi dei ricoveri ospedalieri, nonché nella “fase sperimentale” del Progetto It.DRG.

I criteri e le fasi seguiti per arrivare a stabilire l'elenco degli ospedali, pubblici e privati accreditati, coinvolti nelle sperimentazioni sono riassunti di seguito:

- *Dimensione*. Dall'universo di 1.077 strutture pubbliche e private accreditate SSN (sulla base dei dati desumibili dalle banche dati SDO e NSIS 2016), sono state preliminarmente selezionate le 457 strutture con numero di posti-letto nelle discipline per acuti maggiore o uguale di 120 (Tabella 1);

Tabella 1. Composizione per classe di posti letto e per tipologia del sub-universo di ospedali con oltre 120 posti letto

Tipologia Struttura	Classi Posti Letto								Totale (1)	% di colonna
	120- 179	% su (1)	180- 350	% su (1)	351- 600	% su (1)	oltre 600	% su (1)		
AO, AOU, IRCCS pubblico	10	12,3	18	22,2	26	32,1	27	33,3	81	17,7
PO di ASL	108	36,7	120	40,8	54	18,4	12	4,1	294	64,3
<i>Totale pubblico</i>	<i>118</i>	<i>31,5</i>	<i>138</i>	<i>36,8</i>	<i>80</i>	<i>21,3</i>	<i>39</i>	<i>10,4</i>	<i>375</i>	<i>82,1</i>
Ospedale privato (Classificato, IRCCS)	10	26,3	17	44,7	8	21,1	3	7,9	38	8,3
Case di cura accreditate	33	75,0	9	20,5	2	4,5		0,0	44	9,6
<i>Totale privato accreditato</i>	<i>43</i>	<i>52,4</i>	<i>26</i>	<i>31,7</i>	<i>10</i>	<i>12,2</i>	<i>3</i>	<i>3,7</i>	<i>82</i>	<i>17,9</i>
<i>Totale (2)</i>	161	35,2	164	35,9	90	19,7	42	9,2	457	100

- *Livello di “performance”*. Per questi ospedali sono stati calcolati, sui dati delle SDO 2016, il set di 5 indicatori di efficienza, efficacia, appropriatezza e qualità dell’assistenza stabiliti nei citati Tavoli inter-istituzionali, in base ai quali sono stati individuati 272 ospedali con tutti i valori degli indicatori inclusi entro le soglie di accettabilità (definite in base alla distribuzione osservata e/o standard internazionali consolidati)²⁶ (Tabella 2);

Tabella 2. Composizione per classe di posti letto e per tipologia del sub-universo di ospedali con tutti gli indicatori di performance entro soglia

Tipologia Struttura	Classi Posti Letto								Totale (1)	% di colonna
	120-179	% su (1)	180-350	% su (1)	351-600	% su (1)	oltre 600	% su (1)		
AO, AOU, IRCCS pubblico	1	2,0	7	14,3	17	34,7	24	49,0	49	18,0
PO di ASL	49	24,9	90	45,7	47	23,9	11	5,6	197	72,4
<i>Totale pubblico</i>	50	20,3	97	39,4	64	26,0	35	14,2	246	90,4
Ospedale privato (Classificato, IRCCS)	3	15,0	10	50,0	5	25,0	2	10,0	20	7,4
Case di cura accreditate	3	50,0	2	33,3	1	16,7		0,0	6	2,2
<i>Totale privato accreditato</i>	6	23,1	12	46,2	6	23,1	2	7,7	26	9,6
Totale (2)	56	20,6	109	40,1	70	25,7	37	13,6	272	100

- *“Standard ospedalieri”*. La successiva verifica, sempre sui dati SDO 2016, ha riguardato il rispetto dei parametri individuati dal Regolamento ex DM 2 aprile 2015, n. 70, relativamente ai volumi di attività per alcune procedure e/o condizioni²⁷. Poiché non tutti gli ospedali trattano la casistica oggetto degli indicatori, sono valutati idonei quelli che ne abbiano almeno 3 entro le soglie ex DM 70/15, pari complessivamente a 206; sono invece 183 le strutture che rispondono anche ai precedenti criteri (Tabella 3).
- *Ulteriori valutazioni* hanno quindi riguardato gli aspetti seguenti: partecipazione a precedenti studi nazionali sui costi dei ricoveri; eventuale inserimento nel primo elenco di Centri Collaboratori ISS per la *Clinical Governance*;
- *Distribuzione geografica*. Al fine di definire la distribuzione territoriale dei 41 ospedali da includere nel nuovo studio dei costi degli It.DRG, sarà applicata una metodologia di ripartizione degli ospedali nelle singole Regioni principalmente basata su un criterio di proporzionalità rispetto alla quota di ricoveri in regime ordinario, dal momento che l’unità osservazionale considerata nelle analisi sarà appunto rappresentata dal singolo episodio di ricovero.

²⁶ Degenza media standardizzata per case-mix; Tasso di utilizzo dei posti letto; Ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stesso MDC; Percentuale decessi in DRG a bassa mortalità; Percentuale ricoveri a rischio inappropriato. Valori soglia: 10% - 90% dei valori osservati, considerato l’obiettivo di escludere, in questa fase iniziale di selezione, solo situazioni estreme.

²⁷ Intervento chirurgico per tumore alla mammella; Colectomia laparoscopica; Frattura del collo del femore operata entro 2 giorni; Infarto miocardico acuto; By pass aorto-coronarico; Angioplastica coronarica.

Tabella 3. Composizione per classe di posti letto e per tipologia del sub-universo di ospedali con tutti gli indicatori entro soglia

Tipologia Struttura	Classi Posti Letto								Totale (1)	% di colonna
	120-179	% su (1)	180-350	% su (1)	351-600	% su (1)	oltre 600	% su (1)		
AO, AOU, IRCCS pubblico	0	0,0	6	14,6	12	29,3	23	56,1	41	22,4
PO di ASL	16	12,9	54	43,5	43	34,7	11	8,9	124	67,3
<i>Totale pubblico</i>	16	9,7	60	36,4	55	33,3	34	20,6	165	90,2
Ospedale privato (Classificato, IRCCS)	0	0,0	7	53,8	4	30,8	2	15,4	13	7,1
Case di cura accreditate	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	5	2,7
<i>Totale privato accreditato</i>	2	11,1	9	50,0	5	27,8	2	11,1	18	9,8
Totale (2)	18	9,8	69	37,7	60	32,8	36	19,7	183	100

Definito in base ai criteri sopra indicati il gruppo e la distribuzione territoriale delle strutture idonee a partecipare alla rilevazione, la selezione definitiva tiene conto di:

- valutazione di idoneità e candidatura da parte delle Regioni di appartenenza;
- verifica mediante questionario e contatti diretti della disponibilità e delle caratteristiche dei Sistemi Informativi degli Ospedali, prioritariamente per gli ospedali-pilota coinvolti nelle sperimentazioni del modulo Bottom-Up del “Modello It.Cost” e dei nuovi sistemi di classificazione e di codifica dei ricoveri. A tal fine è stata predisposta una riedizione, aggiornata, della ricognizione dei sistemi informativi ospedalieri già svolta nel corso della “fase di avvio” del Progetto e sinteticamente descritta nel Capitolo 1 (Cfr. par: “Analisi propedeutiche”)
- articolazione del campione di ospedali selezionati rispetto alla dimensione (N. posti-letto; N. ricoveri/anni), alla gamma della casistica trattata (misurata in termini di N.DRG trattati/anno), alla tipologia e natura giuridica.

Per quanto riguarda la definizione della *numerosità del campione di episodi di ricovero* sui quali sperimentare le nuove classificazioni (ICD-10-IM, CIPI e It.DRG) e il modello di raccolta dati di costo It.Cost, si è proceduto inizialmente a delle prime ipotesi a fini di programmazione dei fabbisogni e modalità delle sperimentazioni. La numerosità campionaria potrà essere definita, per ogni gruppo finale “base” It.DRG, sulla base di parametri statistici quali: (i) calcolo del costo medio per il singolo gruppo finale “base” - con relativo intervallo di confidenza - ai fini della definizione del sistema di pesi relativi per It.DRG; (ii) suddivisione di un gruppo finale “base” in ulteriori sotto-gruppi, ai fini della definizione del sistema di “pesatura modulare”, rispetto ai parametri di riduzione della variabilità intra-gruppo dei costi e di differenza percentuale dei costi medi tra gruppi.

Potranno essere tenuti in considerazione i seguenti elementi di stratificazione, al fine di differenziare la stima della numerosità campionaria in base alle specifiche caratteristiche dei singoli It.DRG:

- se, in seguito ai lavori di revisione operati nella fase sperimentale, il gruppo finale It.DRG è stato classificato come “invariato” o “modificato / nuovo”;

- la corrispondenza tra It.DRG e CMS-DRG v.24, misurata tramite una prima tabella di corrispondenza sperimentale la quale consentirà, pur approssimativamente, di stabilire un parallelo tra le due strutture tassonomiche;
- la variabilità della durata di degenza per i singoli CMS-DRG v.24, qui da intendersi come indicatore proxy della variabilità dei costi;
- la presenza, all'interno della classificazione CMS-DRG v.24, di split legati ad età, CC o modalità di dimissione;
- se, nel corso dei lavori della fase sperimentale, per i gruppi finali “base” It.DRG sono stati ipotizzati dei fattori di correzione legati a specifici interventi o diagnosi;
- se il gruppo finale “base” It.DRG è riferito a trapianti di cuore, polmone, fegato, intestino, pancreas, cellule staminali periferiche o di midollo osseo, in quanto per tali tipologie di ricovero si supponrà a priori una bassa variabilità intra-gruppo dei costi.

Struttura permanente di *governance*

In una prospettiva di lungo periodo, si mira al potenziamento della capacità del Progetto di produrre effetti in maniera continuativa, al di là della conclusione delle attività di sperimentazione e implementazione. Attraverso la condivisione e divulgazione in/tra diversi contesti ospedalieri e socio-sanitari delle buone pratiche sviluppate da questo progetto e con l'adattamento dei risultati a realtà regionali differenti, si vorrebbero introdurre elementi di cambiamento, miglioramento e innovazione, in un'ottica di maggiore sostenibilità dell'SSN.

Infatti, con l'esperienza della regionalizzazione, il nostro SSN a partire dalla modifica del titolo V e art. 117 della Costituzione (LC 3/2001), è stato caratterizzato da forti disomogeneità territoriali, non solo nella qualità dei servizi e delle strutture sanitarie, ma anche nella qualità, completezza e confrontabilità delle informazioni prodotte (si pensi alle “linee guida regionali di compilazione della SDO” o agli aggiornamenti disomogenei se non talora contraddittori, dei sistemi di codifica, soprattutto per quanto riguarda interventi e procedure o nuove tecnologie). *(Per approfondimenti si veda www.oecd-ilibrary.org).*

A tal proposito, il paradigma operativo del Progetto It.DRG potrebbe essere considerato un modello da valorizzare, anche in altri campi della *governance* dell'SSN, in modo da contemperare l'autonomia delle singole Regioni con l'unitarietà di un sistema universalistico, caratterizzato anche da un livello centrale preposto alla definizione di regole e strumenti validi per l'intero SSN.

Il primo passo da compiere vorrebbe essere la creazione di una struttura permanente di *governance* a livello nazionale, che attraverso un insieme di principi, regole, procedure, risorse e attori garantisca la diffusione di un orientamento alla responsabilità globale, all'equità, alla correttezza nonché all'etica comportamentale, all'efficacia, all'economicità e alla trasparenza.

Per un buon funzionamento del nuovo sistema It.DRG è necessaria, infatti, la presenza di strutture di riferimento nazionali e stabili, deputate al monitoraggio e all'aggiornamento continuo degli elementi base del sistema e delle rispettive modalità applicative (sistemi di codifica, criteri e regole di attribuzione dei gruppi finali, pesi relativi, fattori di correzione e tariffe nazionali).

La previsione di una struttura permanente nazionale era infatti già stata prospettata dal Direttore generale della Programmazione sanitaria all'atto della presentazione del Progetto It.DRG, nell'anno 2015 (*si veda* Figura 2, Cap.1).

Istituire strutture chiare, agili e realmente rappresentative è quanto hanno fatto anche i Paesi dell'area, individuando un'unica regia per la gestione delle questioni di codifica e classificazione degli episodi di cura ospedalieri. A tal proposito nella Tabella 1 è possibile osservare le caratteristiche e le modalità di gestione dei sistemi di classificazione e finanziamento dell'assistenza ospedaliera in 4 Paesi: Australia, Inghilterra, Francia e Germania che hanno

individuato sin dall'inizio un'architettura istituzionale unitaria, almeno per la gestione dei sistemi di codifica, che spesso è la stessa che si occupa anche di rilevazione dei costi e di tariffe.

Tabella 4. Caratteristiche e modalità di gestione dei sistemi di classificazione e finanziamento degli ospedali in alcuni Paesi OCSE

Paese	% Entrate ospedale basate su DRG	Componenti finanziamento aggiuntivo	Tetto sul budget	Spese in conto capitale incluse	Gestione sistemi di codifica	DRG	Costi	Tariffe
Australia*	83	Insegnamento Tirocinii & Ricerca	sì	no	IHPA/ ACCD	IHPA/ ACDD	IHPA	IHPA
Inghilterra**	60	Farmaci, Dispositivi Medici e Procedure ad alto costo	sì	sì	HSCIC/ CCS	HSCC/ NCO	NHS Monitor	NHS Monitor
Francia ***	56	Formazione, Ricerca e Sanità Pubblica, Emergenza, Trapianti, Farmaci e Dispositivi medici ad alto costo	sì	sì	ATIH	ATIH	ATIH	ATIH
Germania ****	80	Farmaci ad alto costo	sì	no	DIMDI	INeK	INeK	INeK (pesi relativi DRG)

* Australia: IHPA: Independent Hospital Pricing Authority (Autorità indipendente per tariffe ospedaliere); ACCD: Australian Consortium for Classification Development (Consorzio Australiano per lo sviluppo delle classificazioni).

** Inghilterra (NHS): HSCIC: Health & Social Care Information Centre (Centro informazioni assistenza sanitaria e sociale); CCS: Clinical Classifications Service (Servizio Classificazioni cliniche); NCO: National Casemix Office (Ufficio Nazionale Casemix); NHS Monitor: struttura monitoraggio NHS Inglese.

*** Francia: ATIH: Agence Technique pour l'Information Hospitaliere (Agenzia Tecnica per l'informazione ospedaliera).

**** Germania: DIMDI: Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation (Istituto Tedesco per la documentazione medica); INeK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Istituto per il sistema di remunerazione degli ospedali).

(rielaborata da Lorenzoni, 2015)

Strategie di miglioramento dei flussi informativi e loro utilizzo per la manutenzione del sistema It.DRG

Per alimentare in maniera efficace ed efficiente i processi di *governance* è fondamentale l'architettura del sistema e di flussi informativi. Pertanto, sarebbe importante definire in modo essenziale la filiera di rilevazione dei dati, chi e come si debbano regolare le informazioni e a supporto di quale decisore (e a che livello). Dal momento che *i dati sono la linfa vitale di*

qualunque Healthcare Policy (Nonis, 2015), è essenziale la costruzione di un “edificio” che si regga su quattro pilastri fondamentali:

- le evidenze, ovvero i dati da considerare;
- un valido e coerente modello di welfare (da misurare e valutare continuamente);
- con un processo esplicito ovvero trasparente, che coinvolga tutti gli attori o stakeholder interessati;
- in un quadro di sostenibilità complessiva.

Partendo da tale assunto, il modello It.DRG che mira alla produzione di dati realistici e aggiornati con un maggior livello di precisione e con una costante attività di manutenzione può costituire un’essenziale fonte di conoscenze sia per l’SSN (a tutti i livelli di governo), che per tutti gli stakeholder del sistema sanitario (pubblico e privato) del nostro Paese. Produrre e aggiornare continuamente le informazioni relative ai DRG significherebbe provvedere a:

- predisposizione di strumenti accessibili e trasparenti;
- messa a punto di un sistema più facilmente aggiornabile, in coerenza con l’evoluzione e l’innovazione tecnologica;
- incremento dell’accuratezza della classificazione e della codifica;
- garanzia di omogeneità dei metodi di misurazione e valutazione dei costi ospedalieri e di valorizzazione dei ricoveri a fini remunerativi.

Per la realizzazione di un sistema italiano indirizzato all’identificazione, alla misurazione e alla valorizzazione dei ricoveri per acuti è quindi imprescindibile l’impiego di un modello di valutazione economica dei prodotti ospedalieri, alimentato da informazioni dettagliate e analitiche che conducano a una visione globale sui percorsi assistenziali erogati e sui relativi costi sostenuti. È fondamentale, quindi, un utilizzo del sistema informativo che sia coerente ai dati ottenuti, completamente integrato nel NSIS e che soprattutto utilizzi un linguaggio standardizzato e univoco.

Formazione e aggiornamento degli operatori

Per poter fornire un efficace apporto conoscitivo e metodologico finalizzato sia all’attuazione degli interventi locali a supporto della corretta compilazione e codifica delle informazioni riportate nella SDO, del corretto utilizzo dell’ICD-10-IM, della gestione informatica del software di attribuzione, delle attività di controllo ecc., sia al rafforzamento del know-how già acquisito è necessaria la definizione e la realizzazione di percorsi di formazione per tutte le categorie di professionisti, inclusi gli amministratori di sistema che utilizzeranno e si approcceranno al nuovo modello It.DRG.

Nel contesto internazionale, infatti già da molto tempo sono state adottate tali strategie di miglioramento. Un esempio rilevante è dato dalla Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) di Chicago, che ormai opera nel settore da oltre trent’anni e sull’onda della globalizzazione ha inteso sviluppare sedi attente alle realtà locali in giro per il mondo, in Europa, Medio Oriente e Asia (www.himss.org). Essa si occupa di:

- facilitare la condivisione delle esperienze dei professionisti del settore;
- predisporre formazione specializzata per le diverse categorie professionali, ivi incluse le certificazioni per i codificatori, per gli amministratori di sistema e per altre categorie di professionisti delle ICT in sanità;
- agevolare le interazioni e lo scambio di esperienze fra mondo dell’industria, mondo accademico e mondo dei professionisti della salute;
- vivacizzare l’intero settore delle tecnologie ICT e dei sistemi di gestione dell’informazione sanitaria collegata.

Pertanto, attraverso l'erogazione di corsi progettati *ad hoc*, finalizzati all'acquisizione di competenze "orientative" applicabili allo specifico contesto, sarà possibile beneficiare di un linguaggio comune standardizzato e di strumenti programmatori e valutativi condivisi, sia all'interno che all'esterno del contesto istituzionale e organizzativo di appartenenza, contribuendo di conseguenza, a una maggiore trasparenza, in termini di scambi informativi e ad una maggiore integrazione e unitarietà tra gli attori coinvolti.

Infine, in un'ottica di multidisciplinarietà, per l'acquisizione di ulteriori skills previste dal portfolio delle competenze necessarie al corretto avvicinamento agli It.DRG, si potrebbero istituire all'interno del percorso universitario in ambito sanitario e non, dei veri e propri corsi integrati, master e/o corsi di specializzazione post-laurea. Ciò permetterebbe la nascita di specifiche competenze (attraverso i percorsi di specializzazione accennati) nei diversi ruoli dei professionisti dell'SSN, al fine di acquisire da un lato un ampio e solido bagaglio culturale in materia sanitaria, dall'altro le capacità e abilità nell'ambito della codifica, management e controllo, economia, statistica, informatica. Oltre ad arricchire il proprio curriculum, tali conoscenze consentirebbero di soddisfare in modo efficace ed efficiente le esigenze richieste dal nuovo modello italiano in termini di analisi della complessità, rilevazione tempestiva di criticità e di attuazione di strategie di miglioramento (diagnosi organizzativa, problem solving, decisioni ecc.).

Considerazioni conclusive

Il Progetto It.DRG costituisce quindi, un rilevante intervento a valenza nazionale e, sulla scia dell'esperienza "Mattoni", segue modalità gestionali unitarie, organiche, e integrate che attraverso un complesso di azioni convergono verso un comune obiettivo di sviluppo a sostegno dell'SSN. Tale obiettivo si traduce in una modalità di avvicinamento concreto al concetto di *value*²⁸.

Il valore in sanità, declinato inizialmente da Porter e Teisberg (2006), abbraccia i concetti di misurazione continua degli esiti di salute e dei costi sostenuti. Uno dei principali esponenti del movimento della Evidence-based Medicine, Muir Gray (1997), ritiene che il valore debba anche supportare il modo in cui le risorse sono distribuite alla popolazione (*valore allocativo*), l'appropriatezza del loro utilizzo per specifici bisogni di salute (*valore tecnico*), nonché l'allineamento tra risultati in termini di salute e le aspettative del paziente (*valore personale*).

Secondo Ricciardi 2016, la creazione di servizi sanitari basati sul valore presuppone:

- una riorganizzazione dell'assistenza sulle condizioni del paziente, favorendo l'integrazione delle specialità e dei professionisti e abolendo l'organizzazione in silos;
- la misurazione di outcome e costi per ogni paziente;
- la definizione di modelli di rimborso per l'erogazione basati sul valore e specifici per la condizione come i cosiddetti *bundled-payments*;
- la creazione di percorsi assistenziali attraverso diversi *setting* assistenziali;
- la condivisione delle best-practice nell'ottica di produrre e guidare l'eccellenza;
- la creazione di piattaforme telematiche in grado di registrare tutti i dati raccolti e permetterne un loro utilizzo a fini di monitoraggio e valutativi.

²⁸ Definito da Michael Porter per la prima volta, come il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, il valore risulta dal rapporto tra rilevanti outcome di salute per il paziente (esiti favorevoli-effetti avversi) e costi sostenuti dal sistema, e può essere stimato sia a livello di intero percorso assistenziale, sia a livello di singola prestazione sanitaria (farmaco, test diagnostico, intervento chirurgico, ecc.).

Tutto ciò consentirebbe di rispettare il mantenimento della copertura universale, equa, solidale, tipica e caratteristica del nostro SSN, a partire dai principi di Porter, 2010.

In quest'ottica, infatti, con la misurazione più analitica dei risultati e dei costi per ciascun ricovero, i risultati del Progetto It.DRG possono contribuire anche alla riformulazione di un sistema di un finanziamento volto a remunerare più equamente e appropriatamente le prestazioni erogate nel percorso assistenziale integrato del paziente, definendo un fabbisogno finanziario adeguato a sostenere il percorso stesso e a remunerare l'esito e quindi il valore offerto al paziente piuttosto che il servizio sanitario erogato.

Partendo dal Progetto riteniamo che si possa compiere un passo in avanti verso un importante cambiamento, non solo gestionale e organizzativo, ma anche culturale, tra gli operatori sanitari, che possa spingerli a collaborare in maniera attiva come un'organizzazione orientata al raggiungimento dei migliori risultati di salute.

Bibliografia

- Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972; vol. 900574178.
- Lorenzoni L. *Il sistema di finanziamento dell'attività degli ospedali basato sui DRG: il contesto internazionale*. Presentazione al "IT-DRG meeting" Roma, 11 marzo 2015.
- Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*. London: Churchill Livingstone; 1997; 53.
- Muir Gray JA, Ricciardi W. *Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse*. Roma: Iniziative sanitarie; 2008. (Collana SIMM n. 1).
- National Health Service, Department of Health. *White Paper: A First Class Service*. London: NHS; 1998.
- Nonis M. A proposito degli IT.DRG: riflessioni sull'architettura istituzionale dei flussi informativi ospedalieri e sanitari. *Mondo Sanitario* 2015;1-2:1-6.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.
- Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.