

ROMA - 30 MAGGIO 2015

51^a Assemblea Generale Aiop



CONVEGNO

Progetto IT-DRG.

Torna ad essere il modo per finanziare il SSN?

12° CONVEGNO NAZIONALE AIOP GIOVANI

La Sanità privata oggi:
crescere In Rete nel futuro



TAVOLA ROTONDA

A.I.O.P. incontra le sue Società Scientifiche
Quale sinergia?

IL FOGLIO DEI SOCI AIO P

SUPPLEMENTO AL NUMERO 9
SETTEMBRE 2015

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:
Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:
Fabiana Rinaldi

Redazione:
Angelo Cassoni, Patrizia Salafia,
Alberta Sciacchi, Andrea Albanese

Segreteria operativa:
Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 533 del 23/12/2003

Editore: SEOP srl - via di Novella, 18, Roma

Direzione: 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67
tel. 063215653 - fax. 063215703

Internet: www.aiop.it **e-mail:** frinaldi@aiop.it

Stampa: Grafica Di Marcotullio - Roma
chiuso in redazione il 15 settembre 2015



FOTO: CORNINASTUDIO/PHOTOCOM



12° CONVEGNO NAZIONALE AIO P GIOVANI
La Sanità privata oggi. Crescere in Rete nel futuro

PAG.

PAG. 6 CONVEGNO
Progetto IT-DRG.
Torna ad essere il modo per finanziare il SSN?



PAG. 40 TAVOLA ROTONDA
Aiop incontra le sue Società Scientifiche
Quale sinergia?



PAG.

45



ROMA - 30 MAGGIO 2015

51° Assemblea Generale Aiop

La Sanità privata oggi Crescere in Rete nel futuro



“Mettersi insieme è un inizio, rimanere insieme è un progresso, ma lavorare insieme è un successo”.

(Henry Ford)



DI FABIANA RINALDI

Come di consueto, anche quest'anno, le tre giornate assembleari Aiop sono state inaugurate dall'apertura del Convegno di Aiop Giovani. Un tema giovane, quello delle

Reti di impresa e molto attuale per la sanità.

La decisione di un convegno così innovativo ha un doppio risvolto per Domenico Musumeci, Presidente nazionale Aiop Giovani: dare una visione dell'attuale sistema sanitario privato, del posizionamento delle varie strutture nelle diverse regioni, a seguito della sforbiciata di diversi miliardi di euro fatta alla sanità in questi anni, per poi tentare di immaginare come sia possibile fare Rete insieme, cercare di unire il know-how, le opportunità e le attività di ogni singola azienda.

Il professor Emanuele Padovani, dell'Università degli Studi di Bologna, nell'analizzare la salute finanziaria delle strutture ospedaliere, ha rilevato come queste

GIOVEDÌ 28 MAGGIO



ORE 15:00 - CONVEGNO AIOP GIOVANI

LA SANITÀ PRIVATA OGGI
CRESCERE IN RETE NEL FUTURO

Il tema nasce con l'obiettivo di fornire un inquadramento generale sul posizionamento delle strutture sanitarie accreditate, evidenziando i punti di forza e di debolezza, sia del sistema nel suo complesso sia delle singole aziende, in base alla loro dimensione, alla localizzazione geografica, all'assegnazione del budget e all'appartenenza o meno ad un gruppo economico.

Saluti istituzionali del Sottosegretario al Ministero della Salute
Vito De Filippo

Saluti del Presidente Aiop Giovani Lazio
Lorenzo Miraglia

Relatori:
Emanuele Padovani
professore dell'Università degli Studi di Bologna

Clara Carbone
SDA Professor dell'Università Bicconi di Milano

Sonia Gallozzi
giuslavorista e consulente AIOP

Stefano Puecher
dottore commercialista

Erika Mallarini
SDA Professor dell'Università Bicconi di Milano

Vanessa Rossi
dottoranda dello Spin Off dell'Università di Perugia NetValue

Moderatore del convegno
Domenico Musumeci
Presidente Aiop Giovani



Sonia Gallozzi



Domenico Musumeci

siano cresciute nell'arco del quinquennio 2009-2013 in termini di attivo patrimoniale. Dati che però, non dicono ancora nulla sul livello di salute finanziaria delle aziende, in termini di redditività, di indebitamento e di liquidità. Quindi, è meglio esser grandi o piccoli? Ne emerge che, le strutture piccole, sostanzialmente, hanno una redditività operativa migliore delle strutture medie, che secondo tante prospettive, vanno peggio. L'indebitamento verso le banche è però il fenomeno più interessante. Se la struttura è grande, l'indebitamento è poco; se la struttura invece è piccola, dovrà affrontare un costo del prestito ingente, che può variare da un 3,2% a un 7,8%.

Con **Clara Carbone**, professore dell'Università Bocconi di Milano, l'attenzione si è spostata sul posizionamento strategico degli erogatori privati accreditati, argomento che spesso ha alimentato i dibattiti associativi, con la novità però, quest'anno, di guardare a que-

sto settore, analizzando i fenomeni di aggregazione e di concentrazione attraverso, ad esempio, la formazione di grandi gruppi sanitari privati. Dal 2008-2012, dal punto di vista del posizionamento di mercato degli attori privati accreditati sul prodotto, tutti gli erogatori hanno ridotto i ricoveri, in particolare i piccoli; i grandi invece, hanno aumentato i ricoveri di alta complessità. Ad oggi, in Italia, c'è un panorama abbastanza variegato di attori privati accreditati, per aree geografiche, per tipologia, profit e non-profit, appartenenti a un gruppo o meno. Secondo la Carbone, è evidente che in alcune aree geografiche siano nati più IRCCS, anche perché condizionati dal contesto socio-economico che ha sviluppato una certa cultura imprenditoriale. È evidente che al Sud, c'è una quota maggiore di case di cura private di piccole dimensioni, a vocazione generalista; mentre al Centro prevalgono strutture di più ampia dimensione, assimilabili alle grandi strutture pubbliche. Pertanto, di

fronte ad un panorama molto variegato, le politiche sanitarie dovrebbero calarsi rispetto al contesto territoriale.

Avendo opportunamente definito la cornice entro la quale operano le strutture ospedaliere e avendo analizzato come queste si siano adattate territorialmente rispetto alle diverse regole del mercato e della politica, con l'avvocato **Sonia Gallozzi**, giuslavorista e consulente Aiop, ci si è addentrati nel cuore del convegno, cercando di comprendere la Rete di impresa e le dinamiche al suo interno. Il contratto di Rete è un contratto attraverso il quale due o più imprenditori si aggregano con lo scopo di accrescere individualmente o collettivamente la propria capacità innovativa e la propria competitività sul mercato. Nell'ambito di una norma che certamente è fortemente innovativa, anche se la disciplina legislativa è del 2009, la novità della Rete di impresa, è stata effettuata anche attraverso l'analisi legislativa e interpretativa di alcuni



Vanessa Rossi



Emanuele Padovani



Lorenzo Miraglia



Stefano Puecher

istituti di diritto del lavoro come il “distacco”. Nello specifico, dopo una breve disamina dei profili giuslavoristici del distacco, anche in ragione dei diversi orientamenti giurisprudenziali, è stato evidenziato che, qualora detto Istituto avvenga all'interno di un accordo Rete, gli elementi fondamentali la sua validità, e cioè l'interesse del distaccante e la temporaneità del distacco, non debbono essere accertati, ma si presumono insiti in forza dell'operare della Rete.

Arriviamo quindi all'analisi della portata fortemente innovativa di questa norma: parliamo di una norma del 2009, sul distacco delle Reti di impresa, la legge n. 99 del 2013, che ha convertito il decreto n. 76 del 2013.

In buona sostanza, la legge inserisce, all'articolo 30 della legge Biagi, il comma 4-ter, il quale recita: “Qualora il distacco di personale avvenga all'interno di un contratto di Rete, l'interesse della parte distaccante sorge automaticamente in forza dell'operare dell'accordo di Rete”. Ecco

dunque, come sopra esposto, che scompare la necessità di dover provare e dimostrare un interesse del distaccante. Potremmo dire che l'interesse del distaccante si presume per il fatto stesso che il distacco è stato operato all'interno di un accordo. La norma è molto chiara e precisa, ma crea un piccolo cono d'ombra, riconosce infatti la presunzione dell'interesse, ma dice che perché un lavoratore sia trasferito da un'unità a un'altra, oltre i 50 km, dovranno essere dimostrate le esigenze tecnico-produttive e organizzative.

L'ultimo punto della norma, riguarda il concetto di co-datorialità. Il comma 4-ter prevede inoltre, per le stesse imprese, che è ammessa la co-datorialità dei dipendenti in base ai principi fissati dagli accordi di Rete. I datori di lavoro, le imprese che stilano il contratto di Rete, possono disciplinare come vogliono la gestione dei rapporti di lavoro. C'è però il problema del repacechage: nella presenza di più datori di lavoro potrebbe risultare difficile, nel

caso di licenziamento per motivi economici – soppressione, redistribuzione dei compiti – poter dire “non sono riuscito a ricollocarti nella mia azienda”. Potrebbe succedere, nell'accordo di Rete, che il repacechage debba avvenire nell'ambito delle Reti che fanno parte del gruppo.

Con Erika Mallarini, invece, Sda Professor dell'Università della Bocconi di Public Management e Policy, l'attenzione è stata rivolta all'esigenza, alla motivazione che sottosta al contratto di Rete e, soprattutto, sul perché la Rete di impresa sia così strategica e così importante, in questo particolare momento storico politico, per il settore dell'ospitalità privata e accreditata. Le aziende, oggi, riescono a competere sul mercato perché determinano un valore per i propri stakeholder. Un valore complessivo che è dato da un rapporto tra il valore aggiunto, quindi la tipologia di servizio erogato, e la sufficienza raggiunta. Nel momento in cui, la competizione è abbastanza



Erika Mallarini



Clara Carbone



stabile, qualunque tipologia di azienda, che chiaramente porti un valore aggiunto, riesce a rimanere sul mercato. Cosa succede però, quando ci troviamo in situazioni come quella attuale, dell'iper-competizione? Accade che tanti modelli differenziati non riescono, in realtà, a sopravvivere nell'ambito del mercato. "Nelle relazioni, sia della professoressa Carboni che del professor Padovani, - ricorda la Mallarini - si parlava di modelli di posizionamento differenti delle aziende, di dimensio-

ni estremamente differenti, ciascuna delle quali, risponde in modo differenziato alle esigenze del territorio. Quando cambiano, però, gli aspetti istituzionali e gli aspetti di mercato, in realtà questo rischia di non essere più sufficiente."

Parlando di contratti di Rete, la Mallarini sostiene che la parola partnership dovrebbe essere bandita, perché è un termine assolutamente buonista, perché presuppone che gli obiettivi siano sempre coerenti, uguali per

tutti, ma in realtà gli attori sono anche in competizione tra di loro.

Cos'è la Rete di impresa? È un modello di collaborazione fra imprese, che ha due obiettivi, quello della competitività sul mercato e quello dell'innovazione.

Nel contratto di Rete, proprio perché non è un nuovo modello d'impresa, bisogna discipli-



nare tutto ex ante, definire tutte le responsabilità dei soggetti. E' necessario avere quella capacità di pianificazione e di programmazione rispetto alla quale spesso si è più deboli. Realizzare il contratto di Rete dal punto di vista operativo sembrerebbe abbastanza semplice. In uno dei settori più individualisti, rispetto ai quali si parla sempre di fare sistema, non soltanto dal punto di vista imprenditoriale, una delle cose più difficili è pensare che la Rete contratto sia la nostra azienda. L'engagement rappresenta uno dei principali requisiti di efficacia. *"Bisogna dimenticarsi della propria casa di cura. La Rete è la mia azienda"*. Per l'analisi invece degli aspetti fiscali della Rete, la parola è stata data al commercialista, **Stefano Puecher**. Nel momento in cui ci si riferisce alla Rete in quanto soggetto giuridico, si determina automaticamente una piena autonomia anche fiscale. La Rete soggetto diventa dunque un centro di imputazione di interesse e di rapporti giuridici, che acquistano rilevanza sotto tutti i punti di vista. La propria forza economica consiste quindi nel realizzare in modo autonomo il presupposto delle imposte. Come tale, viene assoggettato in maniera autonoma e unitaria a Ires e Irap. Per le Reti contratto, infatti, c'è l'agevolazione che consiste in un regime di sospensione d'imposta relativo agli utili d'esercizio accantonati in un'apposita riserva e destinati alla realizzazione di investimenti previsti nel programma comune, che deve essere preventivamente asseverato. Saranno vincolati alla realizzazione di questi investimenti entro l'esercizio successivo. C'è però un piccolo problema: le reti soggetto non possono aderire e beneficiare delle agevolazioni fiscali. L'agevolazione fiscale, infatti, è con-



dizionata alla realizzazione di investimenti da parte delle imprese aderenti alla Rete, ma questo non avviene perché nella Rete soggetto compete ad essa effettuare direttamente i propri investimenti. Le Reti contratto esercitano in comune una o più attività. È fondamentale, separare in questo caso l'attività svolta dalla Rete contratto rispetto a quella che viene svolta dalle imprese aderenti. Dalla teoria alla pratica. Con la dottoressa **Vanessa Rossi** dell'Università di Perugia, in quanto spin-off universitario e tra le promotrici di due iniziative di Rete, nate in periodi e settori diversi, una opera nel settore stampa, packaging e cartotecnica, l'altra rappresenta 24 Reti nel settore sanità. È emerso che, per far funzionare una Rete di impresa l'imprenditore deve percepire il valore aggiunto dal-

l'unione con altre imprese. Il principale limite allo sviluppo delle Reti di impresa è proprio nella natura dell'imprenditore.

Qual è dunque l'interesse delle altre imprese a che la Rete sia competitiva? Dipende dall'unione, dalla capacità di fare innovazione e ricerca. Ci sono poi dei percorsi che sono assolutamente unici per ciascuna impresa. Le Reti di impresa richiedono quindi un grande sforzo gestionale, un grande sforzo nel mettere in piedi modelli che funzionino; nel fare un passaggio culturale fra gli imprenditori, da una totale autonomia gestionale ad un approccio collettivo.

Quello che dunque forse deve maturare è l'approccio culturale dell'imprenditore e la sua capacità di non temere il continuo cambiamento. ■

CONVEGNO

Progetto IT-DRG. Torna ad essere il



INTRODUZIONE

GABRIELE PELISSERO

Presidente nazionale Aiop

Consentitemi di ricordare che con questo Convegno nazionale iniziano i due giorni di lavoro della nostra associazione. Appuntamento tradizionale di fine maggio, quest'anno particolarmente importante dal punto di vista associativo, perché come succede ogni tre anni avremo anche l'assemblea elettiva per le massime cariche della nostra associazione; ma particolarmente importante anche perché è l'occasione culturale, per noi, di discutere, di esaminare i problemi più importanti che sono sul tavolo e per fare un po' il punto della nostra azione associativa e della situazione complessiva del Sistema sanitario nel quale siamo immersi e di cui siamo una componente fondamentale. Non ultimo, è un momento importante perché favorisce l'incontro

che rinsalda i legami di amicizia e di vicinanza che tengono unita la nostra associazione. Quest'anno abbiamo registrato un'espressione di attenzione e di impegno da parte di tutti gli associati AIOP veramente straordinaria e che ci fa molto piacere. Fa piacere a quanti hanno lavorato all'organizzazione di queste giornate, ma soprattutto fa piacere perché mostra il volto di un'associazione coesa e compatta, con una grande voglia di stare insieme e di lavorare.

La mattina del venerdì, come di consueto, è concentrata nell'affrontare e discutere un tema di straordinaria importanza per noi ed è veramente molto importante quello affrontato oggi, perché torniamo, dopo anni, a parlare di DRG. Una opportunità preziosa per presentare alla nostra assemblea un progetto importante, difficile e ambizioso, del Ministero della Salute.

Abbiamo anche il piacere e l'onore di avere con noi il dottor Renato Botti, Direttore generale della programmazione, con la sua autorev-

modo per finanziare il SSN?



ORE 10:00 - CONVEGNO NAZIONALE

PROGETTO IT-DRG TORNA AD ESSERE IL MODO PER FINANZIARE IL SSN?

Renato Botti, *Direttore Generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute* e **Gabriele Pelissero**, *Presidente nazionale Aiop*, si confrontano sugli aspetti incompiuti del disegno di razionalizzazione della spesa ospedaliera affidata al sistema di finanziamento a prestazione introdotto negli anni '90.

Il **dialogo tra Ministero della salute e AIOPI** si innesterà sulle seguenti aree tematiche sviluppate dai protagonisti del dibattito:

1. l'esperienza italiana nel quadro internazionale, curata da **Marino Nonis**, *Direttore sanitario Ospedale Cristo RE*, componente GdL Classificazioni It-DRG;

2. le distorsioni in termini di allocazione delle risorse originate dall'attuale sistema di finanziamento, illustrate da **Nadio Delai**, *presidente istituto di ricerca Ermeneia - Studi e strategie di sistema*

3. architettura, punti qualificanti e timing del Progetto It-Drg, esaminati da **Laura Arcangeli**, *del Ministero della salute*, coordinatrice GdL sistema Pesì relativi It-DRG.

Moderatrice del Convegno sarà **Simona Ravizza**, *giornalista del Corriere della Sera*.

mo che Renato Botti ha dato a quella stagione, con la sua competenza e con il suo impegno.

Vorrei allora chiedere all'amico e al Direttore generale Renato Botti di fare anche lui una piccola premessa, soprattutto per farci inquadrare questo progetto all'interno di un disegno. Vi rubo, però, ancora pochi minuti perché, a mia volta, vorrei cercare di portare l'attenzione di tutti noi sulla portata vera dell'argomento. Oggi, infatti, grazie alla cortesia del Direttore Botti e dei suoi collaboratori, in particolare della dottoressa Arcangeli, che ringrazio moltissimo di essere qui con noi, avremo l'opportunità di conoscere per la prima volta, all'interno della nostra associazione, un grande progetto, quello dei DRG costruiti ed elaborati in Italia.

Sapete che noi da sempre usiamo un modello di diretta derivazione statunitense ed il lavoro molto difficile e di grande valore, che oggi ci viene presentato, offre nuove opportunità sul piano della governance complessiva del Servizio sanitario nazionale, opportunità che cominceremo ad approfondire dopo aver ricordato a tutti noi come nasce. Nel presentare in poche righe la giornata di oggi, è stato scritto che il Direttore Botti e il Presidente nazionale dell'AIOP si confrontano "sugli aspetti incompiuti del disegno di razionalizzazione della spesa ospedaliera, affidata al sistema di finanziamento a prestazione introdotto negli anni '90". Ebbene, l'affermazione che il sistema di paga-

olezza ma, sottolineo, anche con la sua profonda competenza e conoscenza della sanità e dei suoi sistemi di governo. È per noi un'occasione veramente preziosa, straordinaria. Lo voglio ringraziare in modo particolare, Renato Botti è anche un amico personale, perché in ruoli diversi ma complementari abbiamo vissuto assieme una stagione straordinaria della nostra vita, quella della grande riforma sanitaria della Lombardia degli anni '90. Un modello per l'Italia e l'Europa, che l'Italia ha usato poco e che l'Europa ha usato molto e questo dovrebbe farci riflettere.

Si è intrapreso un percorso, molto complesso e difficile, che ha dato alla sanità privata che lavora nel servizio pubblico un'opportunità straordinaria e ha consentito di creare un modello che mostra nei fatti ciò che è possibile realizzare. E tutto questo è avvenuto in anni creativi, di costruzione, importanti e professionalmente e umanamente stimolanti. Io voglio qui ricordare il ruolo e il contributo importantissimi-



mento a prestazione, introdotto negli anni '90 con i decreti legislativi 502 e 517, sia rivolto alla razionalizzazione della spesa ospedaliera, è vera e non è vera.

Detto così, a mio giudizio è profondamente riduttivo. Il disegno degli anni '90, nel quale sicuramente è presente anche il problema del pagamento a prestazione, deve essere letto come un disegno di riforma complessiva rivolto a ottenere un risultato fondamentale, quello dell'incremento sistematico e progressivo del livello di qualità del Servizio sanitario nazionale che, non dimentichiamolo, è composto da una parte importante, rappresentata dal privato, ma anche e soprattutto da una parte prevalente di tipo pubblico.

L'obiettivo di riformare il Servizio sanitario nazionale, allora – e io aggiungo, come ora – era e resta quello di affrontare il nodo centrale della qualità complessiva del sistema.

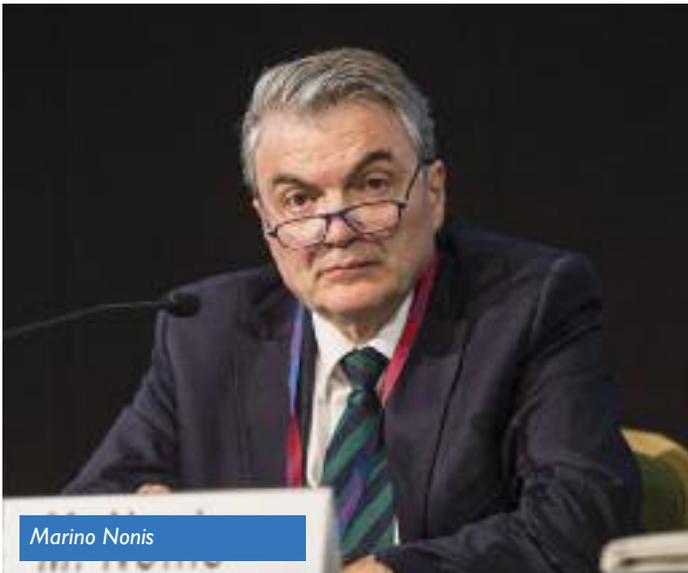
Un nodo che all'inizio degli anni '90 si è cercato di affrontare, ma che le vicende storiche e politiche di questo Paese non hanno consentito di portare a termine. Il grande disegno riformatore di quegli anni, ricordiamolo bene, prevedeva tre pilastri fondamentali. Il primo di tutti era l'aziendalizzazione della componente pubblica del sistema, cioè la modificazione di una rete di enti pubblici rappresentati allora prevalentemente dalle unità sanitarie locali e da alcune strutture ospedaliere autonome, appesantite da tutte le caratteristiche proprie dell'ente pubblico, in una rete di aziende capaci di rispondere alla do-

manda di prestazioni dei cittadini, con la flessibilità e la dinamicità delle aziende. Questo era il vero disegno.

Affinché, però, nasca una vera rete di aziende, bisogna che ci sia confronto e competizione. Ecco perché l'altro elemento portante della riforma dell'inizio degli anni '90 era il pluralismo degli erogatori. Non abbiamo una rete se un'azienda non può e non deve confrontarsi con un'altra azienda.

Ecco l'altro aspetto importante: il pubblico diventa azienda, il privato diventa paritetico e tra loro si confrontano in una competizione virtuosa. Questo è il primo pilastro della visione dell'inizio degli anni '90. La flessibilità organizzativa è un caposaldo fondamentale, sia per il pubblico che per il privato. Se andate a rileggere i lavori e le riflessioni sui testi di legge di allora, il concetto di dipartimentalizzazione come strumento per rendere flessibile la struttura interna delle aziende sanitarie ospedaliere, pubbliche e private, è fondamentale e noi oggi siamo ancora qui a dibattere con enorme difficoltà il problema della dipartimentalizzazione occupandoci della situazione delle piccole strutture. La terza componente che consente di rendere veramente aziendale il sistema, per consentire un vero confronto pubblico-privato, per obbligare tutti a dare qualità e a rispondere alla domanda del cittadino e del paziente nel modo più efficace, è il pagamento a prestazione. Come in ogni vera rete di aziende, si opera e si viene remunerati soltanto se chi ha bisogno del servizio decide di venire da noi ad ac-





Marino Nonis

quisire una prestazione. Questi sono i tre pilastri del disegno complessivo.

Lo sforzo che allora si poneva davanti al legislatore e a chi aveva una visione di politica sanitaria anticipatrice, così come lo sforzo e l'impegno richiesto oggi al governo e a quanti vogliono avere una visione di politica sanitaria autenticamente anticipatrice, rimane sempre, purtroppo, lo stesso, cioè di ripartire da questi principi e ricostituire, per il Servizio sanitario nazionale, un percorso che ponga al centro la ricerca della qualità, la ricerca della soddisfazione dei bisogni dei pazienti; certo, all'interno di un sistema di compatibilità e sostenibilità finanziaria, ma non capovolgendo questo concetto. Anche perché noi dimostriamo, con le difficoltà di tutti i giorni, che è possibile raggiungere un livello di qualità e di soddisfazione dell'utenza all'interno di un sistema di compatibilità finanziaria.

Un percorso difficile, pieno di spine, irto di difficoltà, messo in discussione ogni giorno, ma proprio la componente di diritto privato del Servizio sanitario nazionale è lì a dimostrare, ogni giorno che questa è una strada possibile.

Non basta però la nostra presenza, non basta la dimostrazione che ciò è possibile, ma occorre che un grande disegno riformatore, una grande visione di come può essere la sanità e il Servizio sanitario nazionale del futuro, tornino ad essere oggetto di dibattito, di riflessione, per poi tramutarsi, in tempi non biblici, in qualcosa di concreto



Laura Arcangeli

e visibile. Io interpreto il disegno difficile e veramente meritorio del Ministero, di affrontare il problema dei DRG, come un tassello iniziale e fondamentale.

Poiché questa è la mia interpretazione, nello scusarmi per avervi rubato un po' di tempo, vorrei sentire su questi temi un parere molto più autorevole del mio, quello del Direttore generale della programmazione, dottor Renato Botti.

RENATO BOTTI

*Direttore Generale della programmazione sanitaria
del Ministero della salute*

Buongiorno a tutti e grazie dell'invito. Grazie anche al professor Pellissero per l'incipit, che mi pone anche in qualche difficoltà e imbarazzo.

Al di là di questo, come prima cosa io approfitto per portarvi i saluti del Ministro, che avrebbe voluto molto poter essere qui ma, come sapete, è in un momento molto importante e particolare della sua vita personale. Mi ha pregato di portarvi tutti i suoi saluti. Credo sappiate bene tutti quali sono le posizioni del Ministero della salute, nella figura del Ministro e anche del sottoscritto.

Come diceva il vostro Presidente, per quello che mi riguarda è chiaro che il Progetto IT-DRG è veramente solo una parte di una riflessione complessiva, di cui spero si possa cominciare a vedere qualche formalizzazione e attuazione già in qualche primo intervento sulla manovra 2015 imposta dalla legge di stabilità. Ad esempio, quello del famoso taglio di 2,350 miliardi al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

In questi ultimi anni, purtroppo, più che un'aziendalizzazione del pubblico io ho visto spesso una pubblicizzazione del privato. Lo dico in questa sede: un altro dei problemi che abbiamo è che spesso il privato vuole entrare in un meccanismo per poi, a sua volta, vivere di rendita. Spero si riesca a capire tutti insieme che, in un percorso di riforma, questo tema delle rendite di posizione, sia del pubblico che del privato, non tiene, non fa il bene del sistema, non fa il bene del cittadino, non fa il bene della comunità.

L'altra questione posta è evidente; si è ragionato negli ultimi anni in una logica in cui il pubblico non ha più guardato i ricavi. Parliamo di aziende per le quali sostanzialmente si è parlato solo di costi, di spending review, di tagli. Chiunque debba occuparsi di un'organizzazione, credo debba in primo luogo tener conto dei ricavi e di come questi rendono efficiente ed efficace un'organizzazione.

In molte Regioni non si sa neanche quali siano i ricavi delle aziende e questo la dice lunga rispetto a quale approccio culturale, organizzativo e normativo è stato dato all'impianto del sistema.

Questo dunque diventa un elemento fondante del ragionamento complessivo di relazione con gli erogatori accreditati, pubblici o privati che siano.

È chiaro che il Progetto IT-DRG parte dal presupposto che si voglia costruire un sistema serio di misurazione e di indicatori per poter effettivamente valutare la prestazione, e che questo sia solo il primo punto di un'estensione anche a tante altre attività che si stanno sviluppando.

Visto che, come diceva prima Pellissero, dobbiamo dare uno sguardo al futuro, penso che tutto ciò avrebbe dovuto già essere stato fatto e dovremmo invece essere qui a ragionare di altro. Di come, ad esempio, riuscire a creare sistemi di incentivazione alla reale integrazione ospedaliera del territorio, perché io sono convinto che finché non creeremo anche sistemi di finanziamento che favoriscano realmente tale integrazione, questa rischia di essere una cosa di cui parliamo tutti nei convegni ma che poi non si realizza.

Così come per la presa in carico della cronicità: o troviamo sistemi di reale remunerazione della presa in carico del paziente, che veda veramente l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, altrimenti credo che sarà difficile realizzarla.

Si presenta dunque una grande opportunità; il Patto per la salute ha messo una cornice importante, il Ministero sta cercando certamente di riempire di contenuti questo atto, con una possibilità, credo, di rilancio importante delle organizzazioni che partecipano al Servizio sanitario nazionale, siano esse pubbliche e siano esse private.

Una settimana fa ero ad un convegno importante a Torino e devo dire che ho ascoltato relazioni di personaggi autorevoli sul tema pubblico-privato, alquanto discutibili. L'idea che il privato è il problema del Servizio sanitario nazionale e non una risorsa, è ancora molto presente e diffusa. Credo che sia responsabilità di tutti, senza escludere nessuno, compresi tutti i presenti, nel senso che c'è la necessità di far capire, di comunicare, di essere sempre in grado di dimostrare che si è una risorsa.

SIMONA RAVIZZA

giornalista del Corriere della Sera

Grazie. Mi pare di capire che il dibattito che si annuncia sarà molto vivace, anche per la franchezza del dottor Botti.

A questo punto darei subito la parola a Laura Arcangeli, che è la coordinatrice di uno dei gruppi di studio che stanno cercando di creare, come ha spiegato prima il professor Pellissero, un sistema di classificazione e tariffazione tutto italiano, per non limitarci più, come abbiamo fatto dagli anni '90, all'adozione di un modello americano.

LAURA ARCANGELI

Ministero della salute, coordinatrice GdL sistema Pesi relativi It-DRG

Ringrazio la moderatrice per la cortese presentazione, che mi da modo di chiarire che oggi io sono portavoce di tutti i soggetti i quali, alla pari del Ministero della salute, hanno l'onore e l'onere di portare avanti questo lavoro già da qualche anno, ossia le Regioni Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Lombardia, insieme anche all'Agenas.

Ci tengo anche a riferire la soddisfazione rispetto all'accoglienza del Progetto It.DRG da parte dell'AIOP che, successivamente alla sua presentazione ufficiale, l'11 marzo scorso, ha voluto dedicare una mattinata del proprio convegno annuale proprio ad approfondirne la conoscenza, per condividerla con i propri membri.

Come il professor Pellissero anche io ritengo limitativo il titolo assegnato a questa mattinata, perché i *Diagnosis related groups* (DRG) non sono sinonimo di tariffe, come invece ancora troppo spesso ritengono molti operatori della sanità italiana, non solo medici. Il sistema di remunerazione prospettica degli ospedali del Servizio sanitario nazionale (SSN), associato alla classificazione DRG, rappresenta infatti il risultato dell'utilizzo e dell'elaborazione di tanti elementi, che concorrono a classificare ogni singolo episodio di ricovero consentendone la determinazione del rispettivo rimborso e che rispecchiano anche il contenuto del Progetto It.DRG.

Anche l'obiettivo progettuale, quindi, non è solo né prioritariamente quello di portare alla definizione di tariffe, ma piuttosto quello, tanto più strategico, di mettere a disposizione un kit di strumenti che consentano di migliorare la capacità di rispondere alle esigenze di governance del SSN, a partire dal contesto ospedaliero, che è quello più rilevante, ma certo non l'unico a richiedere un affinamento delle capacità di misurare e valorizzare per meglio regolamentare e gestire. Credo



che il dottor Botti avrà modo di riprendere questo argomento, perché gli sta particolarmente a cuore; il Progetto It.DRG ha l'ambizione di fare anche da "apri-pista", per promuovere l'utilizzo degli strumenti e degli approcci che si stanno sviluppando e sperimentando, in prospettiva, anche fuori dall'ambito ospedaliero. Strumenti più puntuali, e tarati sulle caratteristiche del contesto ospedaliero italiano, per rispondere alle esigenze di una più equa remunerazione, certo, ma anche valutazione, dell'assistenza erogata, in termini di qualità e di appropriatezza, nonché per consentire una migliore regolazione dell'offerta.

Per passare dalle finalità generali ai contenuti e agli obiettivi specifici del Progetto, è utile iniziare richiamando brevemente il contesto da cui è nato, che è quello caratterizzato dall'utilizzo ventennale di un sistema di misurazione dell'attività ospedaliera importato, come ricordava il professor Pellissero, dalla realtà statunitense. Fin dalla sua introduzione nel SSN, a metà degli anni '90, a fini di remunerazione degli ospedali con tariffe predeterminate per episodio di ricovero, il sistema dei DRG usati da Medicare è stato implementato senza adattamenti al contesto italiano.

Questo lungo periodo di utilizzo del sistema DRG ha comunque significativamente prodotto e migliorato nel tempo conoscenze e competenze professionali, all'interno sia degli ospedali italiani che in generale del SSN, relative alla descrizione e alla misurazione dell'assistenza ospedaliera, ma anche incentivare investimenti per migliorare i sistemi



informativi degli ospedali, contabili e non. Se pure si è aspettato vent'anni, per il passaggio da un sistema importato ad un sistema prodotto in Italia, con dati italiani, che corrisponde alle esigenze nazionali, oggi lo si può affrontare forti della disponibilità di un bagaglio di informazioni di cui probabilmente si tende spesso a sottovalutare l'ampiezza e il valore.

A fianco a tale contesto generale, vanno ricordate due esperienze che hanno contribuito allo sviluppo del Progetto. Da una parte, il Progetto Mattone dei nuovi sistemi informativi sanitari, nell'ambito del quale una linea di attività era dedicata proprio alla "evoluzione del sistema DRG nazionale", ha dato l'avvio ad una modalità di collaborazione tecnica interistituzionale, fra il livello centrale e livelli regionale e aziendale, risultata efficace e da ripercorrere. Dall'altra, la collaborazione pluriennale con l'OCSE in tema di sistemi di classificazione e di valorizzazione delle prestazioni ospedaliere, portata avanti dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, ha permesso di disporre di approfondimenti molto utili delle conoscenze su innovazioni già introdotte a livello internazionale e sui percorsi adottati per svilupparle e implementarle.

Da questo contesto è emerso il Progetto It.DRG, con l'obiettivo di sviluppare e di sperimentare un percorso che consenta:

a) la definizione, prima, e la manutenzione, in prospettiva, di un nuovo sistema di misurazione e di valorizzazione dei ricoveri ospedalieri per acuti (ordinari e diurni), tarato sulle caratteristiche della casistica trat-

tata negli ospedali italiani e sui rispettivi profili assistenziali;

b) la predisposizione degli strumenti, informativi analitici e formativi, che consentiranno, in prospettiva, di utilizzare in modo completo e corretto tale nuovo sistema, in autonomia rispetto a sistemi sviluppati all'estero.

L'ambito di riferimento del Progetto It.DRG è definito dall'area delle acuzie nei *setting* del ricovero ordinario, del ricovero diurno e dell'assistenza ambulatoriale, limitatamente alla parte complessa, ovvero quella che è stata trasferita dal *setting* del ricovero.

Oggetto delle attività previste e in corso di svolgimento è la revisione e l'adattamento al contesto italiano di tutte le componenti del sistema di classificazione e valorizzazione di prodotti ospedalieri, quindi dei sistemi di classificazione delle diagnosi, delle procedure e degli interventi e dei ricoveri (DRG), parallelamente allo sviluppo di un sistema italiano di pesi relativi dei ricoveri, sempre sulla base di evidenze italiane.

Partendo dalla classificazione dei ricoveri, la linea di attività coordinata dalla regione Emilia Romagna, sta lavorando per sviluppare un sistema che integri e modifichi la 24esima versione dei DRG attualmente in uso, per renderla più rispondente alle caratteristiche della casistica trattata negli ospedali italiani. Un elemento importante di cambiamento sul quale si sta lavorando è rivolto a semplificarne la struttura, essenzialmente prevedendo dei gruppi simili a quelli che conosciamo adesso, di numerosità simile, ma che siano centrati sulla descrizione da un pun-

to di vista clinico della casistica trattata, mentre il compito di migliorare la capacità predittiva del consumo di risorse associato a questi gruppi viene prioritariamente assegnato al sistema di pesatura.

Questa scelta è legata all'esigenza di riuscire a garantire una manutenzione del sistema più regolare di quanto non siamo stati in grado di fare in questi primi vent'anni di uso di DRG e, quindi, di semplificare la struttura della classificazione, per facilitarne un aggiornamento sistematico. Aggiornamento, in particolare, della componente predittiva della complessità assistenziale, quindi del livello di consumo di risorse associato alle classi di ricoveri.

L'altro prodotto atteso da questo progetto è quindi, per l'appunto, la definizione di un percorso per produrre il nuovo sistema di pesi relativi, dotato di specifici fattori di correzione che consentano di modulare la valorizzazione dei nuovi It.DRG in funzione di predeterminate caratteristiche (del paziente, dell'episodio di ricovero) individuate come rilevanti fattori di variabilità dei costi, sulla base delle informazioni su attività e costi osservate nella realtà ospedaliera italiana. Questo è il compito della linea di attività coordinata dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute. Per quanto riguarda la linea di attività dedicata alla revisione del sistema di classificazione e di codifica delle procedure e degli interventi, coordinata dalla regione Lombardia, la scelta è stata quella di mantenere una continuità rispetto alla classificazione ICD-9-CM, che i codificatori delle SDO conoscono bene, prevedendone un sostanziale miglioramento della capacità descrittiva. Il lavoro in corso, quindi, riguarda l'impostazione di un percorso dedicato ad un'integrazione sistematica della ICD-9-CM, che consenta non solo di ampliarne la copertura sul *setting* ambulatoriale, ma anche e soprattutto di migliorarne la capacità descrittiva in termini, ad esempio, di vie di accesso, di sede dell'intervento o della procedura, ma anche e soprattutto – forse questa è la parte più stimolante e più difficile di questa linea di attività – delle tecnologie utilizzate.

Relativamente alle diagnosi, infine, la linea di attività coordinata dalla regione Friuli Venezia Giulia (che gestisce il Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali) sta preparando il passaggio dal sistema ICD-9-CM, usato dalla metà degli anni '90 per codificare le diagnosi

nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), al sistema ICD 10, allineando in tal modo l'Italia alla soluzione già adottata dalla maggioranza dei Paesi occidentali e agevolandone in tal modo la confrontabilità a livello internazionale.

Alla produzione dei percorsi e dei primi prodotti prototipali di queste quattro linee di attività del Progetto, si affianca evidentemente anche la produzione degli strumenti informativi, metodologici, organizzativi e formativi che serviranno per rendere utilizzabili i prodotti finali del Progetto, quali le versioni in formato elettronico delle nuove classificazioni, le strutture dei nuovi modelli di rilevazione dati, le rispettive linee guida, gli strumenti per la formazione degli utilizzatori, etc..

La cosa importante da sottolineare è che tutti questi prodotti saranno di proprietà del Ministero della Salute.

Innovativi e ambiziosi, quindi, perché si sta lavorando per dotarsi di un sistema italiano di classificazione delle prestazioni ospedaliere, che consenta di avere una misurazione della realtà ospedaliera italiana più affinata e più solida; ma che consenta anche di lavorare in maniera più sistematica, per garantire l'aggiornamento più tempestivo di queste classificazioni e che quindi risponda meglio, speriamo, alle esigenze di governo di sistema del Servizio sanitario nazionale.

Abbiamo cominciato a lavorare da molto tempo e credo che, guardando le date, appaia immediata la complessità di questo progetto. Abbiamo iniziato nel 2011 e per due anni abbiamo lavorato in quella che abbiamo chiamato "fase di avvio", che è servita a fare degli studi propedeutici e a mettere a punto le modalità organizzative interne al progetto. A partire dalla metà del 2013, con la "fase sperimentale", sono partiti i quattro gruppi di lavoro, che hanno iniziato a lavorare e a produrre i primi elementi di questi sistemi innovativi; a tal fine si sta lavorando in stretta collaborazione con le strutture ospedaliere e con i professionisti e quando saranno disponibili i primi prodotti prototipali, è previsto anche il confronto con le società scientifiche. Contiamo di finire e di produrre la prima *release* di questo sistema per la fine del 2016.

Ma tutto questo lavoro, così impegnativo, non avrebbe senso se non fosse già prevista una fase di lavoro successiva. Tale fase, definita "a sistema", richiede la creazione di una nuova funzione dedicata, che attualmente in Italia non esiste, impegnata a consentire l'utilizzo degli strumenti che si stanno mettendo a punto e ad affinarli progressivamente, sulla base delle evidenze e delle esigenze osservate all'interno degli ospedali italiani, pubblici e privati, per continuare la manutenzione dei sistemi di classificazione delle prestazioni. Come si sta lavorando? Il grafico dell'organizzazione credo renda conto della complessità, ma anche della portata sfidante, di questo Progetto. Esistono quattro gruppi di lavoro, coordinati dalle tre regioni già richiamate e dal Ministero della Salute, ciascuno dedicato a realizzare uno dei quattro prodotti attesi elencati in precedenza. Il Coordinamento tecnico ha il compito di garantire il costante raccordo tra le attività dei singoli gruppi. Ai lavori dei Gruppi contribuiscono un insieme di ospedali-pilota, che rappresentano un apporto di esperienze e conoscenze operative, oltre che di informazioni quantitative, fondamentale per lavoro da fare.

Esistono due Comitati di Progetto:

- il Comitato Strategico, che dà le linee di in-





dirizzo e segue le attività, per verificare che si stia rispondendo alle esigenze di *governance*, e che avrà il compito delicato di definire come verranno trasferiti i prodotti del Progetto nell'ambito del SSN;

- il Comitato Scientifico, che dà un supporto metodologico e verifica in corso d'opera tutti i documenti che si producono, a garanzia della necessaria solidità metodologica dei prodotti del Progetto.

Il Coordinamento generale del Progetto è responsabilità congiunta della Direzione della programmazione sanitaria del Ministero della salute e della regione Emilia-Romagna capofila.

Prima di chiudere, propongo un veloce e molto sintetico approfondimento sul Gruppo di lavoro coordinato dal Ministero della salute, quello che deve assicurare i prodotti più "vicini" al titolo della sessione odierna. Obiettivo della linea di attività ministeriale, infatti, è contribuire alla produzione della prima *release* del nuovo sistema di classificazione e valorizzazione dei ricoveri ospedalieri, sia fornendo le prime versioni dei costi e dei pesi relativi associati alla nuova classificazione IT-DRG sui quali potranno basarsi la definizione dei prossimi modelli di remunerazione, sia sviluppando e sperimentando il percorso, tutto italiano, per arrivare a questi risultati, da proporre per i successivi loro aggiornamenti.

Com'è stato detto, in Italia è stato importato dagli Stati Uniti il sistema di classificazione DRG e, con esso, anche il modello per il calcolo dei costi associati ai DRG sui quali si è basata la determinazione delle tariffe nazionali dei ricoveri ospedalieri per acuti. Il ricorso ad un modello importato da un contesto tanto diverso ha notoriamente comportato delle forzature, nel suo utilizzo con dati di costo e di attività osservati negli ospedali italiani, limitando la robustezza dei risultati ottenuti. Anche per questo motivo, si sta ora lavorando alla sperimentazione di un modello tutto italiano per la definizione dei costi dei ricoveri, classificati in It.DRG.

Il modello It.cost è modulare. Il modulo *bottom-up* coinvolge un grup-

po di ospedali limitato (Il gruppo ristretto di 20 ospedali è stato scelto con molta attenzione perché, oltre ad assicurare la disponibilità a contribuire a questo lavoro sperimentale e quindi ad impegnarsi, devono anche assicurare la capacità di produrre le informazioni necessarie per la ricostruzione dei profili di costo individuali. Sono stati scelti anche in funzione della loro dimensione, in termini di volumi e di *case mix* trattato, con una attenzione anche alla copertura a livello geografico.) perché è impegnativo e richiede un contributo informativo importante; mi fa piacere poter dire che ci saranno due strutture dell'AIOP coinvolte in queste rilevazioni. L'approccio *bottom-up* è molto analitico e ricostruisce il percorso assistenziale e i costi dei singoli casi trattati. I risultati della rilevazione *bottom-up*, nel consentire di calcolare i costi diretti per singolo caso trattato, che potranno essere aggregati per classe It.DRG, produrranno anche le informazioni per definire, in relazione a caratteristiche specifiche dei casi trattati, i fattori di correzione dei pesi relativi citati in precedenza.

Il modulo *top-down*, invece, lavora su dati molto meno analitici, per produrre stime dei costi diretti medi per classe It.DRG, usando i risultati del modulo *bottom-up*. Per questo motivo verrà utilizzato sui dati forniti da un gruppo allargato di almeno 40-50 ospedali, anche in questo caso pubblici e privati, che potranno assicurare una migliore rappresentazione della variabilità della composizione della rete ospedaliera italiana.

Chiudo ringraziando per l'attenzione; poiché lo sforzo di sintesi ha necessariamente limitato la descrizione dei contenuti e della rilevanza strategica del Progetto It.DRG, invito a visitarne il sito per avere maggiori informazioni: <http://drgit.agenas.it/>

Ravizza:

Grazie, dottoressa Arcangeli. Prima di continuare con le relazioni, vorrei innescare un veloce scambio di opinioni tra il professor



Pellisero e il dottor Botti. La dottoressa Arcangeli ci ha spiegato che i DRG non sono solo tariffe e noi però sappiamo che concretamente, nella vita di tutti i giorni negli ospedali, si traducono in remunerazioni. In questo momento si avverte quindi la necessità di una revisione, partendo proprio dal progetto IT-DRG.

Vorrei capire dal professor Pellissero se siamo su una buona strada.

Pellisero:

È una domanda piuttosto impegnativa. Sicuramente sono entusiasta dell'idea che il tema delle tariffe, del pagamento a prestazione e dell'aggiornamento dei sistemi sia un punto importantissimo nell'agenda del Ministero. Lo ritengo un fatto epocale, anche perché se vado indietro con la memoria agli ultimi vent'anni, a parte il momento di partenza, su questo tema è calata una cortina.

Il sistema è partito molto precocemente nel '95, e ricordo molto bene le fasi di aggiornamento tecnologico messe in atto degli anni '96-97 per consentire alla rete di rispondere al meglio. Poi nel '98-99, quando si è cominciato a vederne gli effetti, si diffuse il terrore nella rete degli ospedali pubblici, perché ci si rese conto che adottando questo sistema avrebbero chiuso tutti, dal primo all'ultimo.

Lo dico un po' grossolanamente, ma nella sequenza temporale di ciò che è avvenuto in Italia dalla fine degli anni '90, con la 229 viene di fatto sterilizzato il sistema di pagamento a prestazione che, se ricordo bene il testo, per il comparto pubblico diventa parametro di riferimento statistico. Quando il Direttore generale della programmazione ci dice che nel pubblico non si parla di ricavi, dice una cosa che sappiamo anche noi, ma che detta da lui ha un peso diverso. Dice che probabilmente è impossibile, questo lo credo anch'io, dettagliare analiticamente i ricavi di tutti gli erogatori pubblici, in tutto il Paese, e dice che da questo punto di vista il treno è completamente deragliato, negli anni passati. Il fatto che ritorni ad essere un tema di questa importanza e che possa diventare uno strumento determinante di governo del sistema forse è una delle pochissime cose che possono dare una prospettiva positiva a chi, come noi, rappresenta l'unica realtà che vive con un sistema DRG completamente applicato. Mi riprometto poi di tornare sull'argomen-

to, perché vorrei agganciarlo alla più grossa delle provocazioni che ha proposto il dottor Botti, ovvero quello della mancanza di competizione. Ha detto che non solo il pubblico, ma anche il privato si è cementato dentro a una situazione protetta. Ha perfettamente ragione su questo, è il tema dei temi.

Ravizza:

Dottor Botti, l'ho vista scuotere un pochino la testa, a un certo punto.

Botti:

Due o tre considerazioni: la prima è che bisogna certificare che è un tema che è in corso di ripresa e che stiamo ricostituendo la commissione in modo da poter partire con i lavori per la revisione delle tariffe. Tra l'altro tutto ciò sarà coerente e conforme anche alle esigenze che abbiamo, sperando di superare il periodo critico della manovra e di riprendere la discussione sui nuovi Livelli essenziali del-

l'assistenza. I nuovi LEA, o dispongono di tariffe correlate o rimangono un titolo vuoto e c'è quindi un'esigenza importante di riprendere questa tematica.

Un'altra cosa che dico con grande chiarezza è che non è intenzione del Ministero di utilizzare nuovamente le tariffe per fare spending review. Il tema, che ritengo sia molto chiaro a tutti, è che le tariffe sono state spesso utilizzate come un'ulteriore leva, visto che erano rivolte solo gli erogatori di diritto privato, da utilizzare per la riduzione complessiva dei costi. La tariffa è una cosa, la spending review è un'altra. Nessuno mi può accusare di avere pregiudizi verso il mondo privato, posso dire quindi che a questo livello siamo anche tutti consapevoli che, in realtà, ci sono profonde differenze nella gestione e nei conti economici tra un'azienda pubblica e un'azienda privata. I fattori produttivi, in particolare il costo del personale, hanno diversi livelli e gradi di libertà o di vincoli.

Tutto questo, però, è discutibile, oggettivabile e misurabile. D'altra parte siamo in un Paese in cui non abbiamo dei requisiti di accreditamento uniformi su tutto il territorio; ogni Regione ha stabilito i suoi criteri di accreditamento e i vincoli che, effettivamente, la contrattualistica nazionale impone sono differenziati; c'è quindi un consumo di risorse diverso, ma anche questo misurabile.

Credo che di queste cose si debba tenere conto per la corretta definizione di un sistema di remunerazione che consenta il giusto riconoscimento dei fattori produttivi ed anche di un corretto margine di guadagno da poter reinvestire.

Sono concetti per me piuttosto chiari, poi, però, dal concetto all'implementazione spesso nel nostro Paese ci perdiamo. Sarà la coerenza dell'azione di tutti a consentire il raggiungimento di questo traguardo.

Ravizza:

Grazie. Ora Marino Nonis ci illustra l'esperienza italiana dei DRG, partendo però dal quadro internazionale.

MARINO NONIS

*Direttore sanitario Ospedale Cristo RE,
componente GdL Classificazioni It-DRG*

Vi è stata già distribuita la relazione sul quadro internazionale del dottor Lorenzoni, io ho integrato la mia con una prima parte che riguarderà l'esperienza statunitense, la parte dell'OCSE ed europea, e una seconda parte, invece, più italiana.

(n.d.r.: la relazione del dott. Lorenzoni è pubblicata integralmente a pag.27)

Preliminarmente vorrei anche dire che sono veramente onorato ed emozionato di essere qui oggi. Non è tanto o solo per il consenso, l'importanza e la numerosità dei partecipanti, ma per diversi elementi specifici che rendono speciale questo momento.

Io sono un medico di direzione sanitaria, oramai impegnato nel Servizio sanitario nazionale da più di un quarto di secolo, vuoi in strutture accreditate private, vuoi pubbliche, con responsabilità, in passato, di direzione generale, nell'azienda Roma G di Tivoli, dal 1999, o in IR-CCS di diritto pubblico, come gli IFO Regina Elena e San Gallicano, a partire dal 2006.

Il fil rouge della mia carriera è stato comunque negli ospedali privati classificati, ospedali detenuti da enti ecclesiastici: prima il Fatebenefratelli e poi il Cristo Re, dove sono dal 2009, con significative esperienze in agenzie nazionali, come l'ASSR prima maniera, diretta da Guzzanti, e poi regionali nel Lazio.

Proprio nel Cristo Re, dove sono dal 2009, ho vissuto la stagione della crisi, giunta sino all'incertezza circa l'esistenza stessa della struttura. C'è stato poi il concordato preventivo, il primo per un ente ecclesiastico, e la nuova stagione con uno dei protagonisti della vostra associazione, il gruppo Giomi della famiglia Miraglia.

Ai 31 ottobre del 2014, con il decreto n. 360, il mio ospedale è stato il primo dei classificati ad accreditarsi e siamo quindi pienamente impegnati con il nuovo corso nel Servizio sanitario regionale, all'interno del quale il tema trattato oggi è particolarmente importante.

Inizio con la patria dei DRG, in particolare con un articolo. Mi interessava mostrare che l'articolo era sull'*Annals of Internal Medicine*, che è il giornale American College of Physician, dell'associazione medica americana. Gli Stati Uniti nell'ottobre 2013 hanno festeggiato il 30° anniversario dei DRG, da che Medicare ha cominciato a pagare gli ospedali attraverso i DRG, Diagnosis Related Group, e nell'articolo si afferma che probabilmente si tratta della più importante innovazione nella storia del finanziamento dell'assistenza sanitaria, in particolare degli ospedali.

Vorrei riprendere l'affermazione di Laura Arcangeli, confermando che le tariffe sono solo l'epifenomeno e la conclusione del progetto It-DRG. Sono, piuttosto, una lettura del lavoro ospedaliero, essendo stati inizialmente sviluppati come uno strumento per la gestione e per il management dell'ospedale, dopodiché sono diventati la base di quello che viene chiamato IPPS, vale a dire il sistema di pagamento prospettico per i ricoveri, che Medicare ha implementato dal 1983.

Questi incentivi erano veramente rivoluzionari, nel loro impatto, e tutto prese le mosse dalla lettura del prodotto ospedaliero che fece Fetter, un ingegnere gestionale che lavorava a Yale, a partire dagli anni '60 e dagli anni '70.

Prima di Fetter ci si fermava ai primi due blocchi, affermando che il lavoro dell'ospedale non era altro, così come in tutte le altre aziende di produzione, che la trasformazione, operata da medici e strutture, dei prodotti iniziali o delle materie. I pazienti, il lavoro, gli strumenti, il capitale, le risorse umane, trasformate in un output rappresentato da esami di laboratorio, visite, interventi chirurgici, parti, eccetera.

Quello che Fetter ha sostenuto e che è risultato talmente vero che poi abbiamo assistito a una sorta di pandemia dei DRG a partire dagli anni '80, è che in realtà la funzione principale dell'ospedale è di allocazione di questi prodotti, che a questo punto diventano prodotti intermedi, secondo una logica che sia clinica – io opero di cataratta il paziente che ha bisogno dell'operazione di cataratta e non lo opero ai reni – ma dall'altra parte anche organizzativa, vale a dire che la mia strategia organizzativa dipende esattamente da come è fatto l'ospedale e dalle risorse presenti al suo interno.

Abbiamo così una rappresentazione di tutti i ricoveri, tra gli 8 e i 10 milioni ogni anno nel nostro Paese, mentre sono circa cinque volte di più negli Stati Uniti, che è simile al quadro astratto di questa slide. Se su un'ascissa mettiamo la diagnosi dei nostri pazienti e su un'altra as-



cissa mettiamo i costi o comunque qualcosa che misuri l'impegno delle risorse come la durata della degenza, i nostri ricoveri li vediamo così: riuscendo a distinguere la laparoscopia per la colecistectomia, anziché l'intervento per via aperta, e magari non riusciamo, invece, a distinguere molti interventi per malattie rare o per neoplasie, di carattere medico.

In pratica da lì si sono ritrovati i fondamenti e le caratteristiche principali dei sistemi di pagamento prospettico. Il primo caposaldo è che il credito o il debito informativo dei DRG è molto basso, perché ne pensiamo noi, rispetto alla complicazione dei codici, o altro. Pensate a quello che doveva essere il lavoro delle assicurazioni americane, calcolando che il lavoro amministrativo per poter fatturare il lavoro dei medici negli ospedali, ammonta a circa un quarto dell'intera produzione.

I DRG hanno abbattuto in maniera drastica e hanno portato a una sola cifra percentuale il costo amministrativo, perché a quel punto era sufficiente riportare la diagnosi, l'età, il sesso, lo stato alla dimissione e gli eventuali interventi chirurgici, per poter attribuire il caso.

Il secondo punto è che devono essere gruppi clinicamente significativi ed è, ovviamente, un'annotazione statistica. Non so quanti di voi siano medici, ma avere un DRG che parla di interventi sull'ipofisi o il surrene ha una validazione clinica praticamente prossima allo zero. Ci sono inoltre anche una serie di DRG che sono magari più raffazzonati rispetto ad altri che, invece, effettivamente rappresentano un problema.

La seconda notazione, di metodo ma che è diventata invece fondamentale per la filosofia e la gestione dei ricoveri, è: "mutualmente esclusive ed esaustive". Da una parte, mutualmente esclusive, vuol dire che ci si ricovera fondamentalmente per un problema, anche se noi sappiamo che non è vero perché la gran parte dei pazienti ha più patologie. Noi banalmente utilizziamo un sistema che prevede circa 538 gruppi in Italia e utilizziamo una sola diagnosi principale. Se utilizzassimo due diagnosi principali avremmo, per una semplice trasmutazione statistica, 25.000 gruppi, che non è esattamente la stessa cosa.

L'altro aspetto è che sono mutualmente esclusive ed esaustive di tutti i ricoveri ospedalieri. Anche qui nulla si dice rispetto all'efficacia e all'effettiva necessità del ricovero, semplicemente si dice che tutti i ricoveri che vengono fatti possono avere una corretta descrizione, che è una cosa ben diversa. In altre parole, se ho un paziente che si ricovera per una colecistectomia, se avesse dovuto o meno fare la colecistectomia non lo dice il sistema dei DRG che indica semplicemente come è stata fatta la colecistectomia che era stata proposta al paziente.

La figura che ora vedete è nota; è la struttura tipica di una categoria diagnostica principale: ci dice che partendo dalla diagnosi principale e, quindi, secondo una sequenza che prevede l'esclusione o l'inclusione, a seconda del tipo di intervento e del tipo di codice di diagnosi che abbiamo, avremo i DRG medici o i DRG chirurgici.

Le due ultime caratteristiche sono contenute in un numero sufficientemente ridotto perché sia gestibile e i gruppi sono mediamente omogenei. Dire "mediamente omogenei" significa che in una popolazione di mille pazienti probabilmente nessuno è costato tanto quanto la tariffa che è stata attribuita, ma vuol dire che probabilmente 500 pazienti, se i calcoli erano giusti, sono stati pagati un po' di più di quelli che sono



costati e 500 pazienti sono stati pagati un po' di meno di quello che sono costati.

Quelli rappresentati in questa slide sono semplicemente i componenti essenziali del sistema DRG: nel primo quadrato in alto a sinistra avete la scheda di dimissione ospedaliera, che poi porta all'attribuzione di un DRG, giungendo ad una sorta di equazione in basso, che dice semplicemente che la tariffa è uguale al peso relativo del DRG moltiplicato per l'unità elementare, più eventuali fattori di aggiustamento.

Quali sono i key points dei sistemi di remunerazione? Essenzialmente l'avventura dei DRG ha insegnato che i sistemi di remunerazione sono ormai diventati uno strumento essenziale di policy, di governo del sistema, per il miglioramento della qualità ed efficienza dell'assistenza, ma che hanno importanti limitazioni e bisogna saperli usare.

La seconda cosa è che: *one size does not fit all*, il che vuol dire che non vanno bene per tutto. Questa considerazione è particolarmente significativa quando si voglia orientare la sfida del miglioramento dell'assistenza, in pazienti complessi e nel contesto di modelli integrati di welfare e cura, che non sono rappresentati, evidentemente, solo dal-

l'ospedale ma anche da una serie di altri ambiti. Il focus va posto nella combinazione dei diversi incentivi; un sistema che è misto, giocoforza, deve tener conto sia degli esiti – la qualità dell'assistenza e i risultati in termini di salute – sia della sostenibilità complessiva degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Altra considerazione, fatta dopo il 2007, è che i DRG non hanno continuato come avevano cominciato per le prime 24 versioni, ma sono andati ad una revisione, con un cambio del sistema americano, a partire dal 2008. Sostanzialmente la stessa CMS, ovvero Medicare e Medicaid e l'amministrazione pubblica americana, dicono: "Attenzione, non usateli più se non usate anche una serie di altri cambi, che noi abbiamo fatto nel frattempo, e se non vi riferite a una popolazione simile alla nostra".

Il passaggio agli MS DRG e, per di più, al *pay per performance* e *quality results*, pone problemi tecnici con il passaggio a ICD-10-CM e all'uso di ICD-10-BCS, che non è quello che abbiamo scelto noi per le procedure; inoltre pone anche dei problemi di sistema, e quindi la versione 24 è l'ultima che potevamo utilizzare per l'Italia. Oggi negli Stati Uniti è in uso la versione 32.

Parlando, invece, di DRG in Europa e in area OCSE, integrando il contributo di Luca Lorenzoni, la prima nota è elaborata da Gilardi, un economista svizzero che nel 2008 dice essenzialmente "Imparare dagli altri. La diffusione delle riforme del finanziamento degli ospedali in Europa".

Effettivamente il caso dei DRG, per certi versi, è anche abbastanza inspiegabile. Oggi abbiamo una diffusione del sistema pandemica. Se guardate su Google o se vedete che cosa è successo subito dopo la caduta del muro di Berlino, dal punto di vista sanitario, i Paesi dell'est come prima cosa hanno adottato i DRG. Perché in ogni caso il sistema fornisce la possibilità di conoscere qualcosa di più sull'ambito più importante e complesso dell'attività sanitaria, che è l'ambito ospedaliero. Sono diventati l'effettivo paradigma di conoscenza del case mix degli ospedali e sono ormai la norma nel contesto dell'area OCSE. In questa slide avete la rappresentazione dell'albero genealogico a partire dal 2006: oggi siamo di fronte già alla terza o quarta generazione. In quest'altra potete osservare le principali caratteristiche dei sistemi di codifica delle diagnosi e molti di questi schemi sono riportati nella citata relazione di Luca Lorenzoni. Qui avete le principali caratteristiche dei sistemi di misurazione della casistica, di alcuni Paesi OCSE, e quindi il tipo di DRG che si utilizza nei diversi Paesi.

Quali sono stati gli stili di implementazione dei DRG nell'area OCSE? Essenzialmente sono riconducibili a tre modalità: una è la copiatura, l'adozione di un sistema diverso, come è avvenuto in Italia. La localizzazione vuol dire essenzialmente aver dato degli importanti adattamenti a un sistema che era pur sempre straniero ed eterogeneo.

Le due ultime colonne mostrano invece le esperienze di sviluppo interno, che è quello avvenuto in Australia, negli Stati Uniti, in Olanda, nel Regno Unito, Paesi che hanno implementato in proprio dei sistemi.

C'è poi un altro tema oltre a quello della eterogeneità dei sistemi di codifica e di classificazione in uso – qui avete alcuni particolari in più, riguardo a quattro Paesi, che sono l'Australia, l'Inghilterra, la Francia e la Germania – che è ben sviluppato nella relazione Lorenzoni; come si gestisce il sistema di finanziamento.

In Italia c'è un altro aspetto che abbiamo sofferto: parliamo di esperienza italiana dei DRG ma

dovremmo parlare al plurale, perché in realtà ci sono state diverse esperienze nelle Regioni ed è faticoso, anche semplicemente dal punto di vista didattico, andare a riprendere un filo conduttore dei comportamenti dettati soprattutto dalle politiche tariffarie messe in atto.

Ultima considerazione: l'implementazione del sistema italiano evidentemente non può prescindere, proprio nel momento in cui abbiamo una diffusione così vasta, dalle relazioni con gli altri sistemi europei e dell'area OCSE. Ci potrebbero essere problemi di comunicazione e inter-operabilità intra-UE, per le diverse classificazioni. Una attenzione dettata soprattutto dall'applicazione della direttiva n. 24 del 2011.

Ravizza:

Dottor Botti, ci può dire qualcosa per rispondere a Nonis, sul fatto che ci potrebbero essere dei problemi di comunicazioni e di inter-operabilità intra-UE?

Botti:

L'osservazione è corretta, però in questo momento non me ne farei un cruccio.

Anche questo ricade tra le competenze della Direzione generale della programmazione; stiamo implementando la direttiva n. 24 ma il problema della trans-frontaliera è molto complesso ed abbiamo ben altri problemi da risolvere in materia di libera circolazione dei pazienti, prima di poter pensare addirittura all'integrazione tra i sistemi di classificazione e codifica. Adesso avremo anche il problema di definire le cosiddette IRN, cioè la rete degli istituti di eccellenza. Il Ministero dovrà giocare un ruolo importante, come organismo di coordinamento a livello nazionale, per discutere con le Regioni e individuare in Europa i criteri che ci sono stati attribuiti. Indubbiamente, però, è un tema da tener presente in una logica generale.

Condivido, invece, il tema su cui c'è stato un passaggio veloce della dottoressa Arcangeli: nel momento in cui siamo tutti consapevoli che è un sistema che andrà mantenuto e revisionato, e non una volta ogni dieci o vent'anni, è chiaro che dovremo darci un'organizzazione forte e dedicata, cosa che finora nel nostro Paese non è stata fatta.

Pellisero:

Propongo soltanto un tema sul problema della manutenzione e dell'utilizzo del sistema. Noi oggi in Italia abbiamo 21 sistemi di remunerazione



azione a DRG, tutti diversi l'uno dall'altro e che vanno mutando con una frequenza molto differenziata; perché ogni tanto in qualche Regione qualcuno modifica un gruppo di DRG, nel modo giusto o sbagliato, ma sempre nell'ambito della sua piena autonomia.

Il progetto It.Drg ci porterà a qualcosa di diverso, da questo punto di vista? È una domanda che tutti, in questa sala si sentono di rivolgere al Ministero. Verso che cosa stiamo andando?

Faccio poi un brevissimo inciso, un promemoria per tutti noi: guardiamo la situazione europea, oltretutto mondiale, e ricordiamoci



sempre quale straordinaria occasione, purtroppo, il nostro Paese ha perso quando non è andato avanti sulla strada del pagamento a prestazione alla fine degli anni '90. Lo dico non per aprire delle polemiche, che ormai sono sopite, ma perché è un qualcosa che colpisce veramente, anche nel confronto con gli amici degli altri Paesi europei. In ultimo, Laura Arcangeli aveva detto una cosa molto giusta: il solo fatto di avere comunque un sistema nazionale che può contare su di una straordinaria banca dati, costituisce nel confronto con i colleghi degli altri Paesi europei, una grossa opportunità che per ora, forse, non riusciamo a cogliere pienamente; ma siamo qui per migliorare. Quale sarà, quindi, il futuro del sistema?

Botti:

Non ho la capacità di prevedere il futuro ma sono convinto, in tutta questa discussione tra centro e Regioni, che molto sarà demandato alla qualità dei conduttori: se quello nazionale sarà in grado di essere autorevole e i lavori saranno di qualità, io non credo che le Regioni tireranno su le barricate per poter realizzare i propri sistemi sanitari. Io ricordo molto bene, insieme a te, che quando la regione Lombardia creò il suo modello lo fece anche perché, francamente, a livello nazionale c'erano molte risposte su tanti temi.

Per primi abbiamo fatto la norma sull'accreditamento, per primi abbiamo rivisto una serie di sistemi tariffari e contrattuali.

In che modo si gioca l'equilibrio dipende sempre da come gli attori saranno in grado di interagire e quale sarà la qualità del lavoro che si mette in campo. È chiaro che su queste cose una maggiore regia è necessaria, è evidente a tutti, però poi dipende dalla qualità del regista e dalla qualità degli attori in campo.

Nonis:

Riprendo per descrivere ora l'esperienza italiana sui DRG, dividendola in due parti, di cui la prima dedicata all'evoluzione della normativa e ad alla sua applicazione, in gran parte già accennata dagli altri relatori. Quella che state vedendo è la versione iniziale dell'articolo 8, comma 5, del 502, così come era stato scritto e inteso, e che porta anche ad una serie di conseguenze e di considerazioni; se poi cambiano i presupposti e cambiano le ipotesi che sono alla base di queste considerazioni, anche il risultato sarà ben diverso.

Quello che è successo e che è stato definito come un'occasione perduta parlandone in questa prospettiva, ha preso le mosse dal 229, perché quello che era il comma 5 dell'articolo 8 è diventato l'intero articolo 8-sexies, in cui c'è semplicemente la rappresentazione dei primi quattro commi. Tanto per capire come è diventato il sistema, inizialmente chiaro nella sua definizione di pagamento per tariffe e per prestazione, ci troviamo oggi di fronte ad una tipologia mista di pagamento, che poi a livello regionale ha diverse interpretazioni nei confronti dei soggetti pubblici e privati. Tant'è che oggi parliamo, più correttamente, di 21 servizi sanitari regionali. E il punto di svolta, dopo il 229, è stata la legge costituzionale n. 3 del 2001 e la modifica del Titolo V, dell'articolo 117. Oggi ci troviamo in una fase di ripensamento, se vogliamo, anche piuttosto favorevole, poiché al di là dei disegni di revisione del Titolo V c'è anche il D.M. del 18 ottobre 2012, citato da Laura Arcangeli nella prima slide e che in qualche maniera ha imposto una sorta di stop e di ritorno al passato, obbligando in linea di principio ad un unico tariffario nazionale.

Una frase di Taroni serve per operare un importante distinguo. Il pagamento a prestazione per DRG, in quan-

to modalità di remunerazione, non è lo strumento adeguato per definire l'ammontare del finanziamento per l'assistenza ospedaliera, ovvero il budget. Questa resta, di necessità, una scelta di politica sanitaria e quindi assolutamente indipendente dal sistema di remunerazione. Nell'applicazione reale dei DRG, in ogni caso, non è che definendo le relative tariffe impongo anche un budget; scelgo dei DRG e, dopodiché, determino anche un budget. Sono due decisioni autonome e indipendenti.

La slide che state osservando è semplicemente la sinossi del confronto fra l'Italia e gli Stati Uniti. Vedete che, mentre nel periodo 1995-2009 abbiamo effettuato tre revisioni dell'ICD-9-CM e due revisioni sostanziali del sistema per DRG, gli Stati Uniti ne hanno fatta una all'anno. Noi abbiamo avuto, per quanto riguarda i sistemi di classificazione, un aggiornamento in media ogni sei-sette anni, mentre, per quanto riguarda gli aggiornamenti dei DRG, uno ogni dieci anni.

Abbiamo registrato però un consolidamento del flusso informativo SDO a tutti i livelli: aziendale, regionale e nazionale.

La prima considerazione è che, nonostante le previsioni di aggiornamento biennale entro il 2011 contenute nel citato DM del 18.12.2008, siamo in realtà ancora fermi e stiamo parlando oggi del Progetto IT-DRG. Anzi, è attualmente in vigore quanto previsto dalla legge di spending review con il D.M. del 18 ottobre 2012.

L'applicazione del Progetto IT-DRG dovrà tenere conto, come detto, del nuovo assetto del Titolo V e dell'equilibrio dei poteri tra Stato e Regioni, a seguito della riforma costituzionale in corso.

Il secondo tema riguardo all'esperienza italiana è la delimitazione del DRG ai soli ospedali. Attenzione: la modalità del finanziamento per DRG riguarda solo una parte delle attività del Servizio sanitario

nazionale. In questa slide c'è un riassunto che vi dice che, oltre all'attività di ricovero, esistono l'attività ambulatoriale, le cosiddette funzioni e poi altre formule di finanziamento.

Oggi le tipologie di assistenza ospedaliera, oltre alle prestazioni specialistiche, oltre alle prestazioni di assistenza farmaceutica, oltre a tutte le prestazioni sperimentali, di telemedicina o ADI, sono diversificate anche in base alla tipologia delle prestazioni dell'ospedale, che vanno dal day-service/day-hospital, al ricovero ordinario per acuti e ad altre forme di ricovero.

State osservando ora una rappresentazione dei setting assistenziali per in-patient nel 2008. Vedete che, quando parliamo di ospedale parliamo solo di una parte delle attività di ricovero, perché esistono anche quelle che noi definiremmo le RSA nelle diverse tipologie di assistenza residenziale, i centri di riabilitazione, i centri di lungodegenza, gli hospice e le altre forme di assistenza residenziale. In realtà io ho evidenziato i primi punti di tutte le linee tranne l'ultima: l'ospedale effettua anche tutte queste attività, che sono tipicamente per out-patient. Se intendiamo quindi l'ospedale come luogo fisico, esso occupa molto di più dell'ospedale come luogo logico in termini di assistenza per ricoveri.

In realtà poi gli episodi di cura, tra cui i ricoveri e, in generale, le prestazioni sanitarie, sono solo parte di un percorso assistenziale. È ovvio, è un'annotazione frequente, che si fa semplicemente seguendo il tempo, la cronologia e la storia naturale delle malattie: ogni persona ha una serie di episodi di cura che richiedono l'assistenza del sistema; ma quand'è che questi episodi di cura diventano percorso? Un altro problema è costituito dai finanziamenti ai soggetti che erogano episodi di cura, che andrebbero inseriti in un contesto più ampio. La slide precedente che rappresentava la storia della malattia di una persona, ci dice che la storia degli episodi assistenziali effettuati, magari in ambiti pubblici o privati, in ambiti ospedalieri o extra-ospedalieri, e che hanno anche, guarda caso, dei sistemi di remunerazione diversa, genera quantomeno delle contraddizioni o degli sprechi. Ciò in quanto sono possibili dei doppioni, se la mia logica è volta semplicemente all'episodio di cura e non all'economia e all'essenzialità di un percorso.

La modalità di finanziamento e la continuità assistenziale sono un tema assolutamente fondamentale nell'esame della problematica degli IT-DRG, tant'è che quando è stato presentato il progetto lo scorso 11 marzo, si mostrò questa slide, che rappresenta i diversi flussi informativi, l'impatto nazionale e il contesto in cui ci troviamo. Se la osservate, potrete vedere i DRG che sono solo nella prima riga che ho provveduto a evidenziare.

Per concludere, due decenni di DRG in Italia ci hanno senz'altro educato a un uso diffuso e routinario della SDO, con adozione di un linguaggio comune per conoscenza e comparazione del case mix di ospedali e/o specialità, ovvero singole unità operative.

Ci ha educato a disporre di dati quali-quantitativi uniformi ed omogenei, standard, per la programmazione e gestione dell'assistenza ospedaliera nei sistemi sanitari nazionali e regionali.

Ci ha educato a un confronto e a una valutazione meno autoreferenziale o, perlomeno, mediamente più omogenea delle performance produttive dei diversi attori.

Aspettiamo di vedere anche, con il Progetto IT-DRG, dove andremo. Grazie.

Ravizza:

Io vorrei un po' riannodare i fili della discussione.

Dottor Botti, mi corregga se sbaglio, mi pare di aver capito, da quello che ha spiegato, che nessuno in questo momento può vivere di rendita, sia nel pubblico che nel privato, e che i DRG non saranno utilizzati per operare una ulteriore spending review per punire i privati. Ma anche che la struttura pubblica sostiene dei costi, soprattutto di personale, che vanno tenuti presenti e che forse vanno al di là del DRG.

Vorrei dunque capire, partendo dalla frase di Taroni, verso dove stiamo



andando, cioè se alla fine il sistema di remunerazione dei DRG rimarrà applicato in questo modo un po' diversificato, tra pubblico e privato, o se invece ci saranno dei cambiamenti.

Botti:

Ho detto una cosa leggermente diversa: credo che il sistema di remunerazione a prestazione vada applicato su tutti gli erogatori. Credo che nell'analisi di questa valutazione dobbiamo tener conto non delle situazioni di inefficienza ma, a parità di condizioni di efficienza teorica, del fatto che alcuni fattori produttivi hanno oggettivamente delle considerazioni diverse.

Credo che di questo si debba tener conto nel calcolo, altrimenti il rischio è che facciamo, come hanno fatto molte Regioni, un calcolo della tariffa di un certo tipo e che poi si applichino i quartili più bassi perché in qualche modo la perdita del pubblico viene coperta dal suo azionista. Su questo punto non è mai chiaro qual è la responsabilità dell'organizzazione pubblica e dell'azienda pubblica. Il privato si prende la sua tariffa, discute e negozia ma poi deve avere il suo ritorno economico, altrimenti rischia di uscire dal sistema; nel pubblico è giusto invece che ci sia trasparenza, sia nell'ambito delle aziende ospedaliere che dei cosiddetti presidi ospedalieri Asl, affinché sia chiaro a tutti quali sono le risultanze contabili.

D'altra parte credo che in questa valorizzazione si debba tener conto di valutazioni oggettive diverse, ma solo di queste. Nel privato mediamente il personale medico, perlomeno in Lombardia, era assunto in una percentuale che poteva essere attorno al 25-30%; nel pubblico è molto diverso, abbiamo esattamente la proporzione inversa: il 75% del

personale medico è assunto e un 25% è a collaborazione. Questo cambia radicalmente la struttura dei costi.

Ravizza:
Professor Pellissero.

Pellissero:
Avrei tante riflessioni su questi temi. Prima di tutto, però, permettetemi di ricordare, essendo qui in sede AIOP, che noi abbiamo proposto tutti insieme un memorabile ricorso contro il sistema tariffario prodotto dal precedente governo. Ricorso memorabile perché, leggendo l'imbarazzo del giudice e una serie di temi che sono emersi, rappresenta qualcosa di esemplare, ma noi l'abbiamo messo in atto perché il decreto sulle tariffe oggi in vigore, che è stato attuato a seguito della spending review del Ministero Balduzzi, è stato costruito espressamente allo scopo di governare la spesa con una riduzione del privato. Dico espressamente perché era evidenziato anche nella Relazione tecnica, dove si affermava in modo chiaro che si operava sulle tariffe perché queste riguardavano solo il privato e lì si poteva far cassa. Quanto al pubblico, non c'era nessun motivo di intervenire, perché le risorse ad esso destinate costituivano un mero trasferimento finanziario interno alla pubblica amministrazione.

Il Direttore Botti non ha avuto alcun ruolo in questa vicenda, ma visto che è una legge dello Stato, citarne la produzione tecnica non è certo un'offesa: è il prodotto di una linea di pensiero che noi, nel linguaggio quotidiano, chiamiamo "Massicci-Palumbo", tanto per capirci, forse con qualche epigone in qualche Regione italiana.

Se è vero quello che riportava il dotto Botti in merito al recente convegno di Torino, e cioè che il problema della sanità italiana è la presenza del privato, allora facciamo veramente ridere, a livello europeo.

Ricordiamo queste cose, prendendo atto con viva soddisfazione delle affermazioni del più autorevole rappresentante della struttura ministeriale.

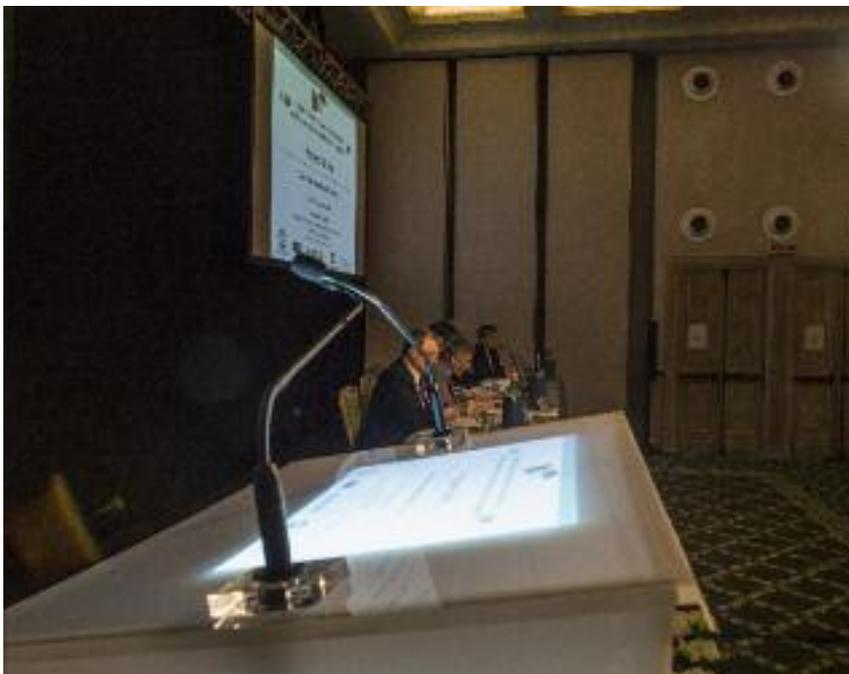
Secondo punto: con rispetto reciproco, io da sempre sono su una posizione di pensiero che definirei quasi praticamente contraria a quella di Taroni e del gruppo di ricercatori e di persone che hanno lavorato con lui, per cui non mi riconosco in quel modello.

E non è che non mi ci riconosca per ragioni ideologiche, ma perché non riesco a capire il vero significato di quelle affermazioni. Quando si scrive che il pagamento a prestazione per DRG non è uno strumento per definire l'ammontare del finanziamento della degenza ospedaliera, si ritiene che l'assistenza ospedaliera vada pagata a costi, a piè di lista. È una posizione legittima, d'accordo, ma io ho un po' di anni e ho visto cosa succede seguendo certe impostazioni.

Afferma poi che: "...resta la necessità di una scelta di politica sanitaria che deve considerare le efficienze allocative della ripartizione del finanziamento totale fra i diversi livelli...". E a questo punto mi pare che ci sia una certa confusione mentale, a mio giudizio. Se è fatta da una persona intelligente e preparata, potrebbe voler dire che è voluta.

Io invece voglio rifarmi ad una considerazione, che era la provocazione più interessante e più forte che ha proposto Renato Botti all'inizio, quando ha detto una cosa vera. Ha detto che nel sistema che si è costituito oggi in Italia non c'è competizione.

Perché non c'è competizione? Perché lavoriamo tutti a budget e quan-



do si lavora a budget precostituito non può esserci competizione. Se io ho un limite e il mio competitor ha un limite, entrambi tarati per coprire solo una parte della domanda, abbiamo finito, da questo punto di vista.

La differenza di fondo è fra lavorare a budget e lavorare, invece, su modelli competitivi.

Nel fare questa affermazione e per sgombrare il terreno dalla critica che mi potrebbe subito essere rivolta, dicendo: "non si può pensare che la spesa sanitaria possa andare all'infinito", dico che è vero e che nessuno di noi lo pensa. Non è interesse di AIOP di inflazionare la spesa sanitaria, però dobbiamo dircelo: se abbattiamo il muro del protezionismo deve valere per tutti e mettiamo assieme un unico grande budget. Tutto ciò che si spende, nel pubblico e nel privato, definiamolo come un tetto di sistema, all'interno del quale andiamo ad operare. Questa sfida noi la cogliamo immediatamente, non è vero?

Lo dico così, con questa enfasi, perché ricordo una delibera Botti che in Lombardia aveva fatto proprio questo, per cui gioco in casa.

Qual è allora l'origine dei problemi che riscontriamo? Nascono evi-

dentamente dalla mancata aziendalizzazione del comparto nella sua unicità, perché è del tutto evidente che il comparto pubblico, così come è fatto, di fronte a una sfida di questo tipo soccombe immediatamente. Se vogliamo dargli qualche ragione, perché non siamo certo estremisti su questo, il pubblico muore ma ha ragione di lamentarsi, sostenendo di avere le mani legate. Benissimo, allora sleghiamo le mani anche al pubblico.

Riprendiamo davvero questa grande riforma, dal principio. Mettiamo tutte le aziende sullo stesso piano, con gli stessi diritti, gli stessi doveri, dentro un budget comune. Se avremo questa forza, ricominceremo tutti a correre. Io ho simpatia per i colleghi che fanno i direttori generali e gli amministratori di aziende pubbliche, perché capisco che lavorano davvero con le mani legate. Diamo pari opportunità e pari responsabilità a tutti; è la proposta di AIOIP, da sempre: natura giuridica civilistica, bilancio civilistico, proprietà pubblica per quelle di proprietà pubblica, proprietà privata per quelle private e chi va fuori bilancio dopo tre anni consegna i libri in tribunale.

Ravizza:

Dottor Botti, un suo pensiero su queste riflessioni.

Botti:

Io ho applicato, come ha detto Gabriele Pellissero, un tetto di sistema regionale, quindi non posso che condividere la provocazione. Capisco bene però che il Paese non è la Lombardia, i sistemi di governo sono stati molto diversi, quindi credo sia un percorso anche graduale, ma da rimettere in pista con il giusto equilibrio e con la giusta ragionevolezza.

Io credo che i meccanismi competitivi, in un quadro regolato e consapevole, siano da riattivare, assolutamente.

Ricordo anche al professor Pellissero, però, che quando Botti andò via dalla Lombardia l'anno dopo furono fatti i budget e, da quello che mi risulta, AIOIP accettò i budget in quel momento, perché non c'è sempre la medicina che va bene per tutti, per tutti i contesti. Il punto è che in funzione del momento e del territorio ci possono essere situazioni differenziate.

L'importante certo è ricreare un meccanismo che premi la qualità e che premi la crescita e i comportamenti virtuosi. Purtroppo devo dire che tagli lineari e modalità di questo genere alla fine non hanno suscitato comportamenti virtuosi negli operatori, pubblici o privati che siano, professionisti e attori del sistema.

Occorre quindi mettere in moto la macchina, in modo che ci sia un sistema premiante per chi, invece, adotta determinati comportamenti.

Ravizza:

Adesso Nadio Delai ha il compito di fare un po' il punto sul quello che si è configurato come il tema dei temi: le criticità che si sono sviluppate nel tempo sui DRG e sulla loro applicazione.

NADIO DELAI

presidente istituto di ricerca Ermeneia – Studi e strategie di sistema

Di fronte all'iniziativa del Ministero della Salute, destinata a costruire un nuovo sistema di misurazione e di valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere, non si può che essere d'accordo per molte ragioni.

La prima è che una metodologia "dal basso" risulta opportuna e necessaria se si tiene conto che:

- si è partiti "dall'alto" all'inizio, come forse era inevitabile (ispirandosi direttamente all'esperienza americana di Medicare);

- in questi anni tuttavia si è maturata una certa esperienza, anche se essa non risulta pienamente compiuta, visto che l'applicazione dei DRG ha finito con l'interessare sostanzialmente le strutture private accreditate ma non quelle pubbliche come inizialmente si era previsto;

- che la specificità del Paese è senz'altro importante al fine di raggiungere l'obiettivo del progetto IT-DRG e cioè pervenire ad un sistema di codifica e di classificazione delle malattie, degli interventi, delle procedure e del modello di raggruppamento delle prestazioni ospedaliere, completato da un sistema opportuno di pesatura delle prestazioni stesse al fine di conferire loro un adeguato ammontare di risorse.

Ma esiste anche un'altra ragione, legata alla grande "mutazione" che il Paese sta vivendo (sollecitata dalla crisi, ma non solo) che non può non investire anche il sistema pubblico e, nella fattispecie, il sistema ospedaliero.

Si ricordi a tale proposito che le aziende italiane hanno affrontato il lungo processo di crisi ancora in corso con un impegno straordinario sul fronte della *revisione dei costi*, seguito da processi importanti di ristrutturazione, riorganizzazione e riposizionamento delle imprese. Ma ad un certo punto hanno cominciato seriamente a *pensare ai ricavi* e cioè a riconsiderare i propri modelli di business, in modo da rispondere alle esigenze più evolute della domanda interna e internazionale.

Un analogo processo di mutazione risulta necessario per la Pubblica Amministrazione, con una relativa razionalizzazione dei costi ed una opportuna riorganizzazione e riposizionamento che riguardi in primo luogo i propri utenti (più che i propri dipendenti...).

Se poi, nel caso specifico delle strutture ospedaliere italiane, si tiene presente che l'86% della spesa ospedaliera pubblica complessiva viene indirizzata alle diverse tipologie di ospedali pubblici, si comprende come la declinazione del processo di mutazione sopra richiamato non possa non coinvolgere in maniera significativa tali ospedali e non solo quelli di tipo privato accreditato.

Infine va tenuta presente l'esigenza di rendere trasparenti i bilanci degli ospedali pubblici, in modo da poter effettuare gli opportuni confronti tra strutture pubbliche e strutture private accreditate. La trasparenza costituisce uno strumento basilare della razionalizzazione del sistema pubblico, che rende possibile mettere in relazione efficienza della gestione ed efficacia degli interventi di cura (e del resto il Decreto Legislativo n. 118 del 23.06.2011 dovrebbe aver aperto una stagione orientata alla certificazione che va proprio in questa direzione).

Costruire dunque un nuovo sistema di DRG in chiave nazionale diventa un'operazione importante (e dovuta), ma a tre condizioni che è bene ricordare e cioè:

- a condizione che alla fine dell'operazione si arrivi effettivamente ad un'applicazione generalizzata dei nuovi DRG a tutte le strutture pubbliche e private accreditate, senza eccezione alcuna: il che non significa che non si debba tener conto dell'insieme delle funzioni che gli ospedali pubblici – siano essi Aziende Ospedaliere od Ospedali a gestione diretta – svolgono sul fronte dell'attività specialistica, delle attività a funzione, delle attività di "file f" e così via;

- a condizione che l'applicazione dei DRG alle strutture pubbliche possa dar luogo ad un'esplicitazione dei livelli di efficienza (o di inefficienza), al fine di impostare un processo di efficientamento che consenta di liberare risorse da reinvestire al meglio in funzione di migliori servizi per i pazienti e le loro famiglie;

- e a condizione, infine, che tutto ciò possa aiutare alla costruzione di un Neo-Welfare, in cui sempre di più sarà necessario far confluire la protezione pubblica insieme alla protezione di tipo privato, non solo

in termini di ospedalità in senso stretto ma anche in termini di risposte socioassistenziali, su cui dovranno convergere sforzi assicurativi individuali, familiari, di categoria nonché modalità mutualistico-cooperative e volontariato in senso stretto.

Da tredici anni ormai il Rapporto Ospedali & Salute fa il punto sulle esperienze di ospedalità da parte degli italiani (stante il fatto che più di 12 milioni di persone varcano le porte di una struttura pubblica o privata nel corso dei dodici mesi), sull'offerta di servizi ospedalieri e sulle relative distorsioni che pesano in ultima analisi sugli utenti.

Infatti non si fa che ribadire in ogni sede la "centralità del paziente" come pure la necessità di perseguire l'efficienza nell'impiego delle risorse e tuttavia il Rapporto Ospedali & Salute ha messo in evidenza nel corso degli ultimi anni l'esistenza di un "meccanismo di rimbalzo", in base al quale si finisce per trasferire impegni ed oneri da un soggetto all'altro, con riferimento ai tre protagonisti-chiave dell'ospedalità:

- il sistema ospedaliero pubblico che rappresenta l'86% della spesa procede – come ben si sa – con estrema difficoltà e lentezza al proprio necessario efficientamento a causa delle note rigidità organizzative e di personale;
- i soggetti privati accreditati – che rappresentano il restante 14% della spesa – unitamente al settore del farmaco vengono di solito chiamati a dare un contributo più che proporzionale rispetto al loro costo (ma certo non è ragionevole pensare che col 14% dell'impegno pubblico si possa compensare l'inefficienza dell'86% rimanente!);
- ed infine i pazienti e le loro famiglie finiscono col trovarsi in ultima istanza a dover sostenere minori servizi e maggiori costi nel corso del tempo, con un fenomeno dunque di "rimbalzo" inappropriato che si scarica sulle loro spalle (e questo avviene ancora di più nelle Regioni sottoposte a commissariamento che si trovano ad aumentare anno per anno le addizionali Irpef).

Ed è proprio sull'inefficienza irrisolta delle strutture pubbliche che il Rapporto Ospedali & Salute ha lavorato più volte, nel cui ambito si ricordano due esempi.

Il primo esempio riguarda la stima di quella che è stata definita come "inefficienza implicita" degli ospedali pubblici. A tale proposito si è proceduto con gradualità, prendendo in considerazione:

- nel 2009, 6 Regioni italiane;
- nel 2010, 15 Regioni italiane;
- e nel 2011, 15 Regioni a Statuto ordinario più le Regioni e le Province a Statuto speciale.

Per essere più esatti si è proceduto nel modo seguente:

- 1) sono stati individuati i valori dei ricavi della produzione ospedaliera dell'insieme degli ospedali pubblici, Regione per Regione, calcolati sulla base delle tariffe DRG: si tenga conto che i suddetti DRG sono stati raggruppati per discipline e corretti in base al case-mix medio delle prestazioni fornite (cfr. prima colonna);
- 2) sono stati valutati i valori afferenti alle prestazioni specialistiche per ogni singola Regione, come quota aggiuntiva per i costi teoricamente riconoscibili alle strutture pubbliche a tale proposito;
- 3) è stata riconosciuta alle strutture pubbliche anche un'ulteriore posta stimata, derivante dalle prestazioni "a funzione" e non a DRG, come Pronto Soccorso, terapia intensiva, presidio territoriale per tossicodipendenti, trapiantati, pazienti oncologici, terapia domiciliare, ecc.;
- 4) si è così ottenuto il valore totale dei ricavi teoricamente attribuibili alle strutture pubbliche delle Regioni considerate;
- 5) ed infine si è calcolata la differenza tra i costi reali (corretti attraverso una ponderazione dei costi del personale con l'Indice di case-mix e cioè con il livello di complessità delle prestazioni fornite e i ricavi teorici precedentemente calcolati secondo quanto appena ricordato.

A questo punto si è effettuato il rapporto tra il valore in milioni di euro della quota di inefficienza in valori assoluti così ottenuta (e interpretabile come un vero e proprio "sovracosto") e il valore dei costi totali corretti, pervenendo alla percentuale di inefficienza implicita per ciascuna Regione considerata, sulla base dei dati consuntivi 2009. Il risultato variava all'epoca da un minimo del 17,2% per la Regione Veneto ad un massimo del 46,4% per la Regione Calabria e inoltre veniva messa in evidenza una differenza del livello medio di inefficienza tra Regioni del Nord (21,8%), Regioni del Centro e del Sud (32,8% e 34,9%, rispettivamente).

Fermo restando che l'approfondimento di tale processo di simulazione si trova all'interno del Rapporto Ospedali & Salute/2011 (da pag. 15 a pag. 28), il risultato complessivo tradotto in miliardi di euro 2009 era valutabile in 12,8 mld di euro complessivi su 51,3 mld di spesa ospedaliera pubblica, pari al 25,5%.

La simulazione qui richiamata – è bene ricordarlo – rappresenta un calcolo aggregato su base regionale e ricostruito attraverso le stime calcolate come sopra si è ricordato. E tuttavia non si sono registrate contestazioni sostanziali da parte delle singole Regioni ed anzi più di una ha riconosciuto che il calcolo è stato effettuato in maniera "generosa" nei confronti delle strutture pubbliche.

Il secondo esempio riguarda la stima del disavanzo "reale" complessivo delle Aziende Ospedaliere e degli Ospedali a gestione diretta, calcolato attraverso un'altra simulazione che ha preso come base di riferimento i relativi Conti Economici 2013, con riferimento alle attività di produzione ospedaliera in senso stretto.

In questo caso si è proceduto nel modo che segue:

- 1) sono state scelte 24 Aziende Ospedaliere, distribuite tra Nord, Centro e Sud e aventi indicatore di case-mix e numeri di ricoveri abbastanza articolati al loro interno: per ciascuna Azienda sono stati riportati i dati afferenti alle diverse tipologie di Ricavi da produzione ospedaliera in senso stretto relativi all'anno 2013. E analogamente si è operato sui Costi di produzione ospedaliera in senso stretto;
- 2) sono stati successivamente posti a confronto i Ricavi con i Costi totali così come emergono dai Conti Economici delle singole Aziende Ospedaliere analizzate, pervenendo al calcolo del disavanzo "reale" complessivo (che comprende anche l'eventuale disavanzo dichiarato formalmente all'interno del Conto Economico come pure una parte restante, attribuibile ad un ulteriore disavanzo che risulta coperto dai contributi di ripianamento stimati da parte dei diversi Sistemi Sanitari Regionali;
- 3) si è quindi calcolato il disavanzo "reale" medio per singolo ricovero, rispettivamente per le Aziende Ospedaliere del Nord, del Centro e del Sud del Paese e quindi si è moltiplicato il tutto per il numero dei ricoveri totali per le tre circoscrizioni geografiche;
- 4) si è infine compiuto un ulteriore passo, quello della simulazione del disavanzo "reale" complessivo relativo agli Ospedali a gestione diretta secondo un ulteriore processo di una certa complessità, per il quale si rimanda a quanto contenuto nel Rapporto Ospedali & Salute/2014 (pagg. 53-65).

Il risultato cui si è pervenuti è che le Aziende Ospedaliere e gli Ospedali a gestione diretta presenterebbero a livello nazionale un disavanzo "reale" complessivo valutabile tra il 13,2% e il 20,1% della spesa sostenuta (per le prime) e tra il 12,6% e il 14,0% della spesa (per i secondi). Anche scegliendo l'ipotesi più prudentiale di stima (rispettivamente il 13,2% e il 12,6%) si sarebbe comunque davanti a cifre dell'ordine di 3,3 mld di euro di disavanzo effettivo per le Aziende Ospedaliere e di 2,7 mld di euro di disavanzo effettivo per gli Ospedali a gestione diretta. Tali dati sono a tutti gli effetti "prudentziali", anche perché ci si è limitati a valutare i disavanzi dichiarati nei Conti Economici a cui sono stati aggiunti i contributi di ripianamento esplicitamente attribuiti in



Conto Gestione Ordinaria: ma ad essi andrebbero anche sommati i contributi straordinari in Conto Gestione come pure le spese in Conto Capitale (per fabbricati, attrezzature ed immobilizzazioni immateriali) che in linea di principio dovrebbero essere coperte dai DRG così come avviene per le strutture private accreditate (le quali debbono provvedere agli opportuni ammortamenti, utilizzando per l'appunto le tariffe a DRG).

Sulla base dei due esempi richiamati, oltre che di altre attività di analisi via via svolte all'interno del Rapporto Ospedali & Salute, si possono avanzare le osservazioni che seguono:

- a) spesso i dati contenuti nei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere evidenziano delle palesi incongruenze, tanto che un anno si è provveduto ad illustrare una trentina di esemplificazioni che sottolineano come la trasparenza dei bilanci sia ancora ben lontana dall'essere raggiunta;
- b) nei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere i Costi per ammortamento e immobilizzazioni di tipo materiale e immateriale non sono presenti se non in piccola parte (e, in parallelo, gli Stati Patrimoniali allo stato dei fatti non sono documenti credibili);
- c) i Costi di personale possono risultare di non facile identificazione in quanto risultano talvolta collocati in poste di bilancio diverse (a partire dai costi di servizi acquistati da privati che possono riguardare ad esempio infermieri in cooperativa o simili);
- d) è il caso di tener presente la differenza tra standard di costo e costi standard: i primi sono il risultato statistico dei comportamenti di fatto delle singole Aziende Ospedaliere, calcolati sulla base di rapporti per posto letto o, possibilmente, per numero di ricoveri; mentre i secondi richiedono una procedura analitica come quella che viene effettuata in azienda, volta a definire l'equo costo riconosci-

bile calcolato analiticamente per le singole voci di costo;

- e) i contributi pubblici di ripianamento non sono facilmente individuabili, in quanto vicino alla voce esplicita ci sono alcune poste presenti all'interno della voce "Altri Ricavi"; e inoltre contributi di vario tipo possono filtrare anche attraverso maggiori Ricavi riconosciuti ad attività "a funzione" o ad attività di "file f", tanto per fare un paio di esempi.

Se dall'ottica dell'offerta si passa a quella della domanda è bene ricordare che arrivare a definire un sistema di DRG appropriati (ed effettivamente applicati alle strutture pubbliche e a quelle private accreditate) riconoscerebbe – dal punto di vista della valorizzazione delle prestazioni – il sistema misto oggi vigente nei fatti e percepito come tale anche dai cittadini. È bene ricordare infatti come:

- gli ospedali privati accreditati nel loro complesso forniscano nell'anno 2012 il 27,4% delle giornate di degenza a fronte del 14,0% della spesa pubblica a loro destinata;
- l'indice di peso medio cresca sia per gli istituti pubblici che per quelli privati nel corso del tempo, anche se le strutture accreditate si collocano costantemente su valori più consistenti;
- anche il livello di apprezzamento da parte degli utenti effettivi degli ospedali italiani risulti sostanzialmente elevato, ma più pronunciato per gli ospedali privati accreditati rispetto a quelli pubblici (94,3% contro 86,3% nell'anno 2014);
- e tutto ciò avvenga con un'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL che per l'Italia è costantemente più bassa rispetto alla media dei Paesi OCSE mentre la corrispondente incidenza della spesa ospedaliera pubblica, sempre sul PIL, sia in linea con la media totale dei Paesi OCSE;
- ma soprattutto è bene ricordare come gli stessi cittadini italiani ri-

conoscano in gran parte l'esistenza di un sistema misto e pratichino un utilizzo del medesimo in maniera del tutto "laica".

Peraltro è interessante anche verificare come l'opinione dei care-giver italiani risulti significativamente favorevole nei confronti di una parità di trattamento pubblico/privato accreditato, con in più un'apertura di credito significativo per un eventuale Ente Terzo che sia in grado di valutare i livelli di efficienza e di efficacia terapeutica sia delle strutture pubbliche che di quelle private.

In conclusione si può affermare che esiste un significativo comune interesse da perseguire per il sistema ospedaliero italiano: quello di alzare costantemente l'asticella dell'efficienza e dell'efficacia terapeutica sia per il pubblico che per il privato accreditato.

Costruire un meccanismo condiviso di DRG a misura del nostro Paese significherebbe perciò predisporre le condizioni per un vero e proprio leverage quality out, destinato a migliorare l'intero sistema: ne risulterebbero investiti infatti – secondo quanto previsto dal Progetto del Ministero – la codifica e la classificazione delle malattie, gli interventi e le procedure, il modello di raggruppamento delle prestazioni, il sistema di pesatura e quindi il riconoscimento economico delle prestazioni stesse nonché l'adeguamento degli strumenti informativi e formativi.

È questa una condizione fondamentale per consolidare un sistema misto che sia più trasparente e confrontabile al suo interno tra i diversi operatori, magari con annesso un Ente Terzo indipendente: uscendo così da un confronto "povero" – come quello che abbiamo vissuto in questi anni di crisi della spesa pubblica – che ha contribuito a far vincere la sanità "finanziaria" (cioè quella del taglio della spesa) invece che la sanità "reale", quella dei pazienti e delle loro famiglie, degli operatori e della ricerca, insomma quella della sanità come investimento e non come costo destinata a migliorare la nostra convivenza collettiva.

Ravizza:

Ringraziamo Nadio Delai.

Professor Pellissero, un'ultima provocazione al dottor Botti?

Pellisero:

Non è una provocazione, è un appunto mentale, su un tema su cui vorrei avere la possibilità di discutere. Finora abbiamo trascurato un aspetto importantissimo, che solo Nonis per un attimo ha citato, ovvero il problema del percorso di cura. Un tema sul quale noi, come AIO, dobbiamo fare un investimento in termini di tempo e di attenzione, perché è una delle problematiche del futuro alla quale forse dovremo dedicare qualche momento.

Noi adesso pensiamo a noi stessi come operatori ospedalieri che svolgono attività per acuti, di riabilitazione, di specialistica ambulatoriale, ma certamente il tema dei percorsi di cura è importantissimo.

Lascio qui un appunto: la gestione dei percorsi di cura e la tematica della cronicità, da tenere concettualmente distinta da quella della disabilità con cui viene certe volte confusa. Sono due settori importantissimi ma che, dal punto di vista medico, non si identificano; questo tema deve essere chiarito e portato all'attenzione.

Esistono due approcci fondamentali e contrapposti. Uno mette il baricentro della gestione di percorsi di cura e cronicità nell'assistenza di base; un altro vede il baricentro di questo in una proiezione dell'attività specialistica.

Io ho una tesi su questo, al di là dell'opinione personale che può essere giusta o sbagliata; penso che serva una discussione, un approfondimento molto serio. È certamente un tema cruciale del futuro, ma già presente. Dobbiamo occuparci di queste cose, non possiamo non farlo. Tutto il sistema se ne deve occupare. In che modo, però? Con quali

modelli organizzativi, con quali livelli di responsabilità, con quali principi di governance? Aggiungerei, anche, con quali modalità di finanziamento?

Botti:

Prima vorrei fare un'osservazione rispetto ai temi toccati da Delai e anche dal rapporto Aiop. È vero che si possono fare molte critiche e molte osservazioni, supportate da una serie di analisi documentali, a un percorso che sicuramente ha visto in questi ultimi anni una guida molto forte del MEF; però ricordiamoci che qualche anno fa in qualche ragione eravamo in presenza di una contabilità cosiddetta omerica, cioè non c'erano neanche i bilanci e i conti.

Il percorso dei piani di rientro, il percorso di analisi, con un taglio che oggi va certamente rimodulato, è stato molto importante per questo Paese e credo che, anche nell'osservare e nel criticare, bisogna essere consapevoli che si partiva da situazioni regionali come quella della Campania, con 800 milioni di disavanzo e che oggi è in equilibrio. Così come per il Lazio, con tutti i difetti e anche con alcune ricadute. Ci tengo però a sottolinearlo, perché c'è stato uno sforzo gigantesco per cercare di far emergere alcune situazioni.

L'altro tema che propone Pellissero è assolutamente centrale. Avendo lavorato anche sul versante della telemedicina dei CReG (Cronic Related Group) in Lombardia, sono profondamente convinto che sul tema dei percorsi di cura e della cronicità, sia fondamentale ripensare il tutto in un'ottica di sistema.

Voi sapete che il Patto della salute prevedeva il primo piano nazionale di cronicità e la Direzione generale della programmazione ha già un testo nel quale sono considerati centrali i percorsi di cura e la presa in carico del paziente.

La partita è gigantesca ed è straordinariamente interessante. Mi auguro quindi che tutti la colgano, nella sua pienezza, anche le imprese private di erogazione. Per le imprese private produttrici di beni già è tempo, ma credo che anche gli erogatori debbano riflettere bene su questi nuovi modelli e spero che il nostro Paese giochi un ruolo all'avanguardia su questo.

Sulla definizione di baricentro, c'è sicuramente una discussione da aprire, ma una prima risposta che si può dare è che se non ci si interessa della cronicità, della presa in carico del paziente, allora l'assistenza primaria cosa fa? Se la medicina di base non si preoccupa in primis di questo problema e non segue il suo paziente in questo percorso, io vedo certamente un ruolo importante dell'ambito specialistico e dell'ambito ospedaliero. Ma non si può certo prescindere da un ruolo forte dell'assistenza primaria su questa vicenda.

Credo che sia fondamentale ragionare sui protocolli, sui percorsi. Qui non abbiamo 21 regioni, ma ogni Asl fa i suoi protocolli. Cercheremo di giocare un ruolo nazionale importante, perché altrimenti ripetiamo modelli di diffusione e di parcellizzazione in cui ciascuno si fa il suo percorso, la sua tariffa, la sua modalità operativa. E questo, dal mio punto di vista, non è condivisibile, pur rispettando tutte le articolazioni territoriali del caso.

Linee guida per i percorsi e, dall'altra parte, sistemi di remunerazione. Questa è l'altra frontiera: come riusciamo a ripensare e a incentivare, perché poi alla fine i soldi fanno muovere le cose e influenzano i comportamenti. Lo specialista deve parlare con il medico di famiglia, la struttura ospedaliera con l'assistenza domiciliare, in un percorso effettivamente integrato in cui tutti abbiano un profitto, in primis i pazienti. Grazie.

Pellisero:

Credo che potremmo anche considerare di portarci verso la conclusione di questa mattinata, che mi è sembrata molto intensa.



Quando abbiamo pensato di affrontare questo tema, mi chiedevo se sarebbe stato interessante, e devo dire che mi è sembrato di vedere una grande attenzione da parte di tutti.

In effetti su questi problemi si gioca una parte importante del nostro futuro, una parte grossissima. È ovvio che, per chi lavora in sanità, le grandi decisioni di politica sanitaria, di investimento, di modelli organizzativi, poi si confrontano o si scontrano con una serie di problemi tecnici che sembrano marginali ma che cambiano tutto.

Io credo che il segnale che possiamo trarre dai lavori di questa mattina, grazie al contributo di tutti i relatori, ma soprattutto di quelli di provenienza ministeriale che, visto l'argomento, hanno una rilevanza particolare perché ci mettono in collegamento con un processo istituzionale che è importante, è che sicuramente emerge un cambio di clima. Non so se sarà un cambio di politiche concrete, ma è certamente un cambio di clima.

Un cambio di clima che va in due direzioni. La prima speriamo sia quella del superamento di un interesse verso la sanità centrato sui problemi della spesa pubblica e del bilancio dello Stato, subito negli ultimi cinque anni e che ha rappresentato per il settore un gravissimo problema. La gravità del problema è di fronte a noi per la quantità e l'ammontare dei tagli; che essendo, tra l'altro lineari, hanno evidenziato tutta la loro iniquità.

Capisco l'argomento di un Direttore generale della programmazione che dice che la visione che il Ministero dell'economia ha portato in questi anni ha creato molti problemi, però bisogna anche ammettere che si è impattato su una gestione pessima messa in atto da molte Regioni. Diciamo, con il rispetto assoluto nei confronti dei dirigenti, dei funzionari, di tutti quelli che hanno attuato questo percorso, che a nostro giudizio si sarebbe potuto far meglio, soprattutto sul tema della mancata selettività dei tagli. Bisognava affrontare quelle disconomie che con Nadio Delai, con il rapporto Ospedale salute e con tutta una serie di nostre iniziative, per anni ormai, abbiamo chiaramente documentato.

Noi l'abbiamo detto e scritto, l'abbiamo denunciato in un'epoca non sospetta, per cui a maggior ragione lo possiamo ribadire oggi, in un contesto che ci sembra più ricettivo. Il metodo che è stato avviato cinque anni fa si è rivelato profondamente sbagliato perché, partendo

dall'ipotesi che nel settore ci fosse una spesa improduttiva, si è passati immediatamente a tagliare, e prevalentemente su quella quota che era più produttiva, quella che erogavamo noi. Al di là di ogni considerazione, questo è stato un grave errore tecnico, sostenuto evidentemente da una volontà, una decisione, che corrisponde ad una visione della sanità.

Anche questo noi l'abbiamo detto e lo ribadiamo tutte le volte: la vicenda della spending review, della crisi economica e dei cinque anni di tagli, mostrano in modo chiarissimo che nel Paese, nelle forze politiche, nella struttura del governo che è diventata molto attiva in questo periodo, si scontrano e si confrontano due visioni che oggi sono più chiare che cinque anni fa. Sono più identificabili, qualcuno lo ha dichiarato più chiaramente e sappiamo anche meglio quali sono gli interlocutori.

Di fronte alla crisi c'è una visione che afferma: "Riportiamo tutta la sanità dentro a un modello burocratico, impossessandoci come burocrazie nazionali e regionali del governo e della titolarità di tutta la sanità. Chiudiamo il privato, recuperiamo molte risorse e le gestiamo noi. È una visione, che nella storia ha una tradizione, ricchissima, abbondante, documentata, secolare, che corrisponde pienamente all'intuizione di Max Weber sull'intrinseca natura delle burocrazie, quella cioè di un soggetto autoreferenziale. Rispetto a questa visione, noi che siamo parte non neutrale (e non vogliamo esserlo) in questo discorso, ci uniamo a quell'altra corrente di pensiero che dice che bisogna fare esattamente l'opposto, cioè che bisogna introdurre competizione, che bisogna introdurre pluralismo, che bisogna costruire dei meccanismi oggettivi che abbiano, come centro e come perno, soprattutto la soddisfazione della domanda di salute.

Non ha importanza chi gestisce; gestisca chi lo fa meglio, purché si risponda adeguatamente alla domanda di salute.

Il vero compito dello Stato, e la storia di AIOP ha sempre confermato questa convinzione, è quello di governare e non gestire il modello. Un progetto DRG italiano non serve a nulla se c'è una burocrazia che ritiene che i soldi girano per trasferimento interno agli organi allo Stato. Non dev'essere affare di una casta, dev'essere una cosa che riguarda il Paese e la salute dei cittadini, che devono poter scegliere dentro un sistema plurale e competitivo, dove noi non difendiamo nessuna po-



sizione di rendita, anzi vogliamo metterci in discussione. Non è certo il privato che vuole rinchiudersi in un'area protetta, però ci vogliono regole che valgano per tutti; non si può affermare che ci vuole competizione per poi riservarla ai privati, mentre il monopolio pubblico non si tocca.

A questa impostazione noi diciamo di no. Sicuramente, se andiamo verso un sistema che si apre, siamo molto contenti di raccogliere la sfida e crediamo che questo faccia bene a molte delle nostre aziende. Non tutte forse, perché nella competizione ci si mette in gioco e si rischia, ma sicuramente fa bene al Paese. Non c'è il minimo dubbio, perché dove il cittadino ha diritto di scegliere, sicuramente non andrà a selezionare i peggiori.

Io credo che il progetto dei DRG italiani dovrà essere seguito con grande attenzione da AIO. Abbiamo persone che ci lavorano professionalmente, con grande competenza, come Nonis, e questo è un bellissimo segnale della capacità della nostra rete operativa di essere presente e di dare sostegno allo sforzo che fa il governo. Abbiamo nostre aziende che partecipano al progetto, come contributo operativo, e questo è un altro segnale buono, anche di non discriminazione nei confronti del privato, di cui voglio dare merito al Direttore Botti, che ha voluto fortemente che anche la rete AIO fosse presente.

Speriamo che questa e altre cose che verranno in futuro, possano rappresentare davvero uno snodo importante.

Io sono stato preoccupato per tutti questi anni, fin dalla prima volta che il rapporto Ospedali e salute ha quantificato, economicamente, il livello di disavanzo, perché ho sempre temuto che si mettesse in atto il solito gioco di alcune strutture governative: "È vero, nella sanità si spreca, allora taglio togliendo risorse al privato". Negli ultimi mesi, come Presidente nazionale di AIO, ho scritto due volte al Presidente del Consiglio dei ministri quando, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni per la chiusura del Patto della salute, si è tornati al tavolo a dire "codifichiamo una serie di tagli al privato". Ho scritto al Presidente del Consiglio dicendogli: "Caro Presidente, tu hai un disavanzo all'interno, è vero, noi l'abbiamo documentato. Secondo noi vale 6 miliardi, ma è tutto nelle aziende pubbliche. Vallo a togliere lì".

Devo dire che su questo punto la discussione e il confronto si sono attestati in modo talmente forte, per cui il Patto per la salute non è ancora uscito. Non è ancora uscito non certamente soltanto per questa considerazione, ci mancherebbe altro, ma noi, come AIO, leggiamo anche in questo un segnale positivo, non tanto nei nostri confronti, anche se ci fa piacere, ma per la capacità del governo di leggere le criticità del Servizio sanitario nazionale e di intervenire correttamente. Se questo avverrà, tutti insieme avremo un futuro, se questo non avverrà il futuro per la sanità italiana non c'è.

Poi però viene fuori l'idea prospettata nel rapporto Cottarelli, secondo cui la spesa pubblica sanitaria finale, già prevista nella prima spending review, dovrebbe essere pari al 5,25% del Pil. Diciamocelo chiaramente: con il 5,25% del Pil nessun Paese al mondo, mai, ha avuto un Servizio sanitario nazionale. Non è possibile.

Oggi, l'obiettivo dei Paesi dell'est che sono entrati nell'Unione europea, quello dei Paesi del Mediterraneo, del Maghreb, dell'Algeria, è quello di andare da una spesa pubblica sanitaria attestata fra il 4 e il 5%, verso un 7%. È inconcepibile che l'obiettivo dell'Italia sia di fare il contrario. Devo dire con orgoglio che AIO è in primissima linea su questa battaglia, tant'è che noi stiamo diventando i difensori del sistema pubblico italiano. È una cosa che mi sembra perfettamente corretta e conforme con l'idea di essere imprenditori della sanità, in Italia e in Europa, perché l'imprenditorialità sanitaria in Europa ha questo compito, fra gli altri. Il compito di un'azienda prima di tutto è di esistere e di fare utili, senza i quali non può vivere e non può investire, ma è anche quello di assumersi una responsabilità nei confronti della collettività, come dice la nostra Costituzione e come dice anche il buon senso di tutti gli imprenditori.

Noi non ci separiamo quindi da un'idea di futuro e di qualità della vita complessiva del nostro Paese. Anzi, poiché per fortuna o per disgrazia siamo finiti proprio nel settore più esposto in prima linea, quello del welfare sanitario, vorrà dire che è su questi principi che fonderemo le nostre battaglie, avendo anche la soddisfazione di farlo perché siamo convinti che sia veramente nell'interesse generale.

Vi ringrazio e arrivederci. ■

► Il sistema di finanziamento dell'attività degli ospedali basato sui DRG: analisi del contesto internazionale

di Luca Lorenzoni

OCSE
Organizzazione per la Co-operazione
e lo Sviluppo Economico, Parigi *

** Le opinioni espresse in questo articolo sono responsabilità dell'Autore e non necessariamente riflettono il punto di vista ufficiale dell'OCSE o dei suoi Paesi membri*

Relazione elaborata dall'autore per la diffusione nel corso del convegno
“Progetto IT DRG. Torna ad essere il modo per finanziare il SSN?”
organizzato nell'ambito della 51^a Assemblea Generale AIOP

Roma, 29 maggio 2015

Il sistema di finanziamento dell'attività degli ospedali basato sui DRG: analisi del contesto internazionale

Questo contributo propone un approfondimento sul tema del finanziamento degli ospedali alla luce delle esperienze internazionali¹. Sulla base di una ricognizione delle varie realtà esistenti nei Paesi membri dell'Organizzazione per la Co-operazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), si mettono in evidenza le principali criticità che caratterizzano la gestione di un sistema di finanziamento "a prestazione".

Un'analisi comparativa svolta con riferimento ai sistemi di classificazione e misurazione dell'attività degli ospedali mostra che, tra i trentaquattro Paesi membri dell'OCSE, solamente il Lussemburgo non utilizza un sistema di classificazione e misurazione dell'attività degli ospedali basato sui *Diagnosis Related Groups* (DRG). Tutti gli altri Paesi hanno adottato un sistema di classificazione, o adattato/localizzato un sistema già disponibile o sviluppato un proprio sistema. Da notare come l'Italia sia fra i dodici paesi che hanno adottato un sistema sviluppato in un contesto

differente che, nel caso italiano, è rappresentato dal programma federale statunitense Medicare².

Nella maggior parte dei paesi OCSE, i DRG sono utilizzati quale unità di misurazione dell'attività degli ospedali per il finanziamento "a prestazione" e/o per definire un budget. Solo in Canada, Messico e Turchia il sistema è utilizzato principalmente per la valutazione di performance.

La tabella 1 riporta le principali caratteristiche dei sistemi DRG in uso nei paesi OCSE, e qualifica il sistema come "adottato", "localizzato" o "sviluppato". Da notare come la maggior parte dei Paesi abbia adattato/localizzato il sistema di classificazione dei DRG Medicare statunitense, per poi eventualmente svilupparne uno proprio.

¹ Questo contributo si basa sulla relazione "Il contesto internazionale" presentata al convegno "Progetto di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere - Progetto IT-DRG" tenutosi a Roma presso il Ministero della Salute il 13 Marzo 2015.

² Medicare è il programma assicurativo pubblico federale statunitense per gli anziani (età > 65 anni), i soggetti con specifiche disabilità ed i soggetti con malattie renali allo stato terminale.

Tabella 1. Principali caratteristiche del sistema DRG. Paesi membri OCSE

Paese	Sistema	Adottato, localizzato o sviluppato?	Basato su:	Caratteristiche
Australia	AR-DRG	Sviluppato		Prima versione degli AN-DRG – sistema precursore degli AR-DRG - basata sui CMS-DRG
Austria	LFK	Sviluppato		
Belgio	APR-DRG	Adottato		
Canada	CMG +	Sviluppato		Prima versione dei CMG, sistema precursore dei CMG +, basata sui CMS-DRG
Cile	IR-DRG	Adottato		
Corea	K-DRG	Sviluppato		Prima versione basata sui CMS-DRG
Danimarca	Dk-DRG	Localizzato	Nord-DRG	
Estonia	Nord-DRG	Localizzato	CMS-DRG	
Finlandia	Nord-DRG	Localizzato	CMS-DRG	
Francia	GHM	Sviluppato		Prima versione basata sui CMS-DRG
Germania	G-DRG	Localizzato	AN-DRG	
Giappone	DPC	Sviluppato		
Grecia	G-DRG	Adottato		Studio pilota
Irlanda	AR-DRG	Adottato		
Islanda	Nord-DRG	Localizzato	CMS-DRG	
Israele	PRG	Sviluppato		Solo per casi chirurgici
Italia	CMS-DRG	Adottato		
Messico	CMS-DRG	Adottato		
Norvegia	Nord-DRG	Localizzato	CMS-DRG	
Nuova Zelanda	AR-DRG	Adottato		
Olanda	DBC	Sviluppato		
Polonia	JPG	Localizzato	HRG	
Portogallo	AP-DRG	Adottato		
Regno Unito	HRG	Sviluppato		
Repubblica ceca	IR-DRG	Adottato		
Slovacchia	SL-DRG	Localizzato	G-DRG	
Slovenia	AR-DRG	Adottato		
Spagna	AP-DRG	Adottato		CMS-DRG in Catalogna
Stati Uniti (Medicare)	MS-DRG	Sviluppato		Anche CMS-DRG, AP-DRG e APR-DRG in ambito Medicaid ¹
Svezia	Nord-DRG	Localizzato	CMS-DRG	
Svizzera	Swiss-DRG	Localizzato	G-DRG	
Turchia	AR-DRG	Adottato		
Ungheria	HBCS	Localizzato	CMS-DRG	

¹ Medicaid è un programma assicurativo pubblico gestito dai singoli Stati e rivolto ad alcune fasce di popolazione a basso reddito.

AP-DRG: All-patient DRG; APR-DRG: All-patient Refined DRG; AR-DRG: Australian Refined DRG; CMG: Casemix Groups; CMS-DRG: Centre for Medicare and Medicaid services DRG; DBC: Diagnose Behandelnde Combinaties; Dk-DRG: Denmark DRG; DPC: Diagnostic Procedure Combinations; G-DRG: German DRG; GHM: Groupes Homogenes de Malades; HBCS: Homogén Betétségcsoporthok; HRG: Healthcare Resource Groups; IR-DRG: international Refined DRG; JPG: Jednorodné Grupy Pacjentow; K-DRG: Korean DRG; LFK: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung; PRG: Procedure Related Groups; Sk-DRG: Slovakian DRG.

Gli sviluppi in ambito Medicare statunitense

L'Italia ha adottato nel corso degli anni diverse versioni del sistema DRG Medicare statunitense – dalla versione 10 nel 1995 alla versione 24 nel 2012. Pertanto, di particolare interesse sono gli sviluppi nell'uso dei sistemi di codifica e classificazione dell'attività ospedaliera in ambito Medicare. Dal 1 ottobre 2015 (anno fiscale 2016), gli ospedali che erogano prestazioni per i beneficiari di Medicare dovranno utilizzare la *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification* (ICD-10-CM) per la codifica delle diagnosi e la classificazione ICD-10 *Procedure Coding System* (ICD-10-PCS) per la codifica degli interventi chirurgici e procedure nelle schede di dimissione (*discharge abstract*).

La ICD-10-PCS prevede un numero di codici di interventi/procedure circa 20 volte maggiore del numero di codici della ICD-9-CM (71.924 codici rispetto a 3.824), mentre il numero di codici di diagnosi è moltiplicato per 5 (69.823 rispetto a 14.025). Entrambe le nuove classificazioni presentano una struttura di codici a 7 caratteri. I codici di diagnosi possono essere di lunghezza variabile da 3 a 7 caratteri, il primo alfanumerico, il secondo numerico e dal terzo al settimo numerico o alfanumerico. I codici di intervento/procedure sono lunghi 7 caratteri, ognuno dei quali può essere numerico o alfanumerico (*Centre for Disease Control*, www.cdc.gov).

Dal 1 ottobre 2007 (anno fiscale 2008),

Medicare utilizza il sistema dei *Medicare Severity DRG* (MS-DRG) per misurare l'attività degli ospedali. Al posto dell'eventuale suddivisione dei gruppi di base in due gruppi finali – con o senza patologie concomitanti e/o complicanze – prevista dal sistema dei DRG utilizzato in Italia, la logica classificatoria degli MS-DRG prevede la possibile distinzione di tre livelli di severità per un gruppo di base: "con patologie concomitanti e/o complicanze maggiori" (MCC), "con patologie concomitanti e/o complicanze" (CC) e "senza patologie concomitanti e/o complicanze" (non-CC). La versione valida per l'anno fiscale 2015 prevede 753 gruppi finali (*Centers for Medicare and Medicaid Services*, www.cms.gov).

Tali sviluppi, insieme all'invito di Medicare "incoraggiamo gli utilizzatori del sistema dei DRG ad adattare il sistema se utilizzato per popolazioni non-Medicare" (*Federal Register* 2007), confermano l'importanza di un progetto di localizzazione del sistema DRG in Italia.

I sistemi di codifica di diagnosi, di interventi/procedure, e di classificazione in DRG

La tabella 2 mostra i sistemi di codifica e classificazione utilizzati in alcuni paesi OCSE selezionati: Australia, Francia, Germania e Inghilterra. Tali paesi sono stati scelti poiché possono fornire esperienze utili al processo di localizzazione del sistema dei DRG in Italia.

Tabella 2. Principali caratteristiche dei sistemi di codifica e classificazione. Paesi OCSE selezionati:

<i>Paese</i>	<i>Codifica diagnosi</i>	<i>Codifica interventi / procedure</i>	<i>Classificazione DRG</i>	<i>Scopo dei DRG (attività finanziata)</i>	<i>Numero di DRG</i>
<i>Australia</i>	ICD-10-AM	Australian Classification of Health Intervention (ACHI)	Australian Ref nec DRG (AR-DRG)	Inpatient e day care	771 (versione 7.0)
<i>Francia</i>	ICD-10	Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)	Groupes Homogènes de Malades (GHM)	Inpatient, day care e out-patient	2.590 (versione 11.6)
<i>Germania</i>	ICD-10-GM	Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS)	German DRG (G-DRG)	Inpatient	1.153 (versione 2015)
<i>Inghilterra</i>	ICD-10	Office of Population, Censuses and Surveys Classification of Interventions and Procedures (OPCS)	Healthcare Resource Groups (HRG)	Inpatient, day care ed interventi e procedure out-patient	1.236 (versione 4)

AM: Australian modification
GM: German modification

Si osserva una variabilità nei sistemi in uso per la codifica degli interventi e la classificazione in DRG, mentre i sistemi di codifica delle diagnosi presentano una base comune rappresentata dalla ICD-10 (Jetté et al 2010). Il numero dei gruppi finali varia significativamente, soprattutto in funzione dell'uso della variabile "severità" nell'attribuzione dei gruppi finali e l'inclusione dell'attività di *day care* e chirurgica ambulatoriale. In Francia, ad esempio, ogni DRG di base è suddiviso in quattro livelli di severità. Da notare che non esiste una regola che permetta di individuare un numero

ideale di gruppi finali: più il numero aumenta, più ci si avvicina ad un sistema "fee-for-service" ed aumenta la probabilità di generare gruppi cui è attribuito un basso numero di casi⁴.

Caratteristiche del sistema di finanziamento degli ospedali

La tabella 3 riporta le caratteristiche principali dei sistemi di finanziamento degli ospedali in Paesi OCSE selezionati. I paesi

Tabella 3. Principali caratteristiche del sistema di finanziamento "a DRG". Paesi OCSE selezionati

Faese	% del finanziamento basato sui DRG	Principali componenti di finanziamento aggiuntivo	Tetto di finanziamento?	Spese in conto capitale incluse nel finanziamento "a DRG"?
Australia	83	Attività di didattica e ricerca	Si	No
Francia	56	Attività di didattica e ricerca; sanità pubblica; trapianto di organi; pronto soccorso; farmaci e dispositivi ad alto costo	Si	Si
Germania	80	Farmaci ad alto costo	Si	No
Inghilterra	60	Farmaci e dispositivi ad alto costo	Si	Si

possono escludere dal finanziamento a prestazione specifici tipi di ospedale – come i piccoli ospedali localizzati in aree rurali in Australia⁵ - o specifiche funzioni – riabilitazione e salute mentale in Francia – o specifici item – farmaci ad alto costo in Germania. Per confronto, in Italia il sistema di remunerazione a prestazione si

applica nei confronti del 55-60% delle attività di ricovero ospedaliero per acuti erogate nel Ssn (Arcangeli 2010). Tutti i Paesi oggetto di studio prevedono un tetto al volume o spesa per erogatore, mentre in Germania ed Australia le spese in conto capitale non sono finanziate tramite il sistema DRG.

⁴ Significativo a questo proposito il caso olandese, dove il sistema DRG prevede circa 30.000 gruppi finali basati su combinazioni diagnosi-procedure.

⁵ In Australia, 285 ospedali sono finanziati sulla base dell'attività, mentre 413 piccoli ospedali localizzati in aree rurali sono finanziati "a blocco".

La tabella 4 riporta le organizzazioni responsabili della gestione delle quattro funzioni principali di un sistema di classificazione e finanziamento dell'attività degli ospedali: aggiornamento/manutenzione dei sistemi di codifica di diagnosi ed interventi/procedure, aggiornamento/manutenzione del sistema DRG, raccolta di dati di costo delle prestazioni e determinazione delle tariffe⁵. Si osserva una notevole

variabilità negli approcci seguiti. In Francia, una sola organizzazione – l'*Agence Technique pour l'Information Hospitalière* (ATIH) – è responsabile per queste quattro funzioni, mentre in Australia le funzioni sono di responsabilità di un'organizzazione – la *Independent Hospital Pricing Authority* (IHPA) - che stipula un contratto di appalto per l'aggiornamento/manutenzione dei sistemi di codifica di dia-

Tabella 4. Organizzazioni responsabili delle principali funzioni di un sistema di finanziamento "a DRG". Paesi OCSE selezionati

Paese	Diagnosi ed interventi/ procedure	DRG	Costing	Pricing
Australia	IHPA – contratto di appalto con il Australian Consortium for Classification Development (ACCD)	IHPA – contratto di appalto con ACCD	Independent Hospital Pricing Authority (IHPA)	IHPA
Francia	Agence Technique pour l'Information Hospitalière (ATIH)	ATIH	ATIH	ATIH
Germania	German Institute of Medical Documentation and Information (DIMDI)	Institute for the Hospital Remuneration System (INeK)	INeK	INeK (stima dei pesi relativi)
Inghilterra	Health and Social Care Information Centre – Clinical Classifications Service	Health and Social Care Information Centre – National Casemix Office	Monitor	NHS England / Monitor

⁵ Gli strumenti ed i meccanismi utilizzati per il monitoraggio e la valutazione dell'attività degli ospedali non sono oggetto di questa nota.

gnosi/interventi e di classificazione in DRG. In Germania, diagnosi/interventi sono di responsabilità di un'organizzazione – il *German Institute of Medical Documentation and Information (DIMDI)* – mentre le altre funzioni sono responsabilità del *Institute for the Hospital Remuneration System (INEK)*. In Inghilterra, ogni funzione ha un suo soggetto responsabile.

Caratteristiche dei soggetti che gestiscono i sistemi di classificazione e finanziamento

Le organizzazioni australiana, francese e tedesca sono descritte nella tabella 5 in termini di natura, costi di gestione e modalità di finanziamento⁷.

Tabella 5. Principali caratteristiche dei soggetti che gestiscono la raccolta dei dati di costo ed il processo di determinazione delle tariffe. Paesi OCSE selezionati.

Organizzazione	Natura	Costi di gestione	Finanziamento	Altre
<i>IHPA (Australia)</i>	Organo amministrativo prossimo al governo, ma indipendente (<i>at arm's length</i>)	7 milioni di Euro (2014)	Pubblico: parte del budget sanità – appropriazione annuale per i servizi ordinari	0.3 milioni di Euro di entrate dalla vendita ad altri Paesi di licenze d'uso del sistema di classificazione AR-DRG
<i>ATH (Francia)</i>	Ente pubblico di tipo amministrativo sotto l'egida dello Stato	13 milioni di Euro (2013), dei quali 4 milioni utilizzati per finanziare la raccolta dei dati di costo da parte degli ospedali	Pubblico: contratto di obiettivi e performance 2014-2016	Anche la raccolta di dati in ambito di prestazioni/servizi di salute mentale ed assistenza domiciliare e sociale è oggetto del contratto
<i>INeK (Germania)</i>	Società a responsabilità limitata detenuta dalle assicurazioni sanitarie e dall'associazione degli ospedali	19 milioni di Euro (2012), dei quali 15 milioni utilizzati per finanziare la raccolta dei dati di costo da parte degli ospedali	Tassa per SDO: 1,13 Euro per dimissione. Il 20% dell'importo è utilizzato per finanziare i costi di gestione di INeK (2015)	In fase di sviluppo un sistema di classificazione delle prestazioni/servizi di salute mentale

⁷ Altre responsabilità di Monitor includono il miglioramento dell'integrazione e del coordinamento dei servizi assistenziali, e la salvaguardia della libertà di scelta

da parte del paziente e della competizione fra strutture erogatrici. Pertanto l'organizzazione non è oggetto di analisi in questa sezione.

Di particolare interesse sono l'esperienza francese e tedesca, dove una parte del budget delle organizzazioni è utilizzato per finanziare la raccolta dei dati di costo degli ospedali. In Francia, ogni ospedale che partecipa alla rilevazione dei costi riceve – in media – 50.000 € per anno, mentre in Germania – in media – 60.000 €. In Francia nel 2011 settantatré ospedali hanno partecipato alla rilevazione, di cui 51 pubblici e 22 privati. Tali ospedali rappresentavano il 30% delle dimissioni. In Germania, 250 ospedali (30% degli ospedali per acuti) partecipano volontariamente alla raccolta dati. Da notare che in Germania esiste anche un *Data Centre* che raccoglie dati di attività trasmessi dagli ospedali, ne verifica la validità e li rende anonimi, e questo spiega in parte il costo di gestione più basso di INEK rispetto ad ATIH. In Australia, una stima dei costi di produzione degli ospedali "a cascata" (*top-down*) è richiesta da IHPA agli ospedali, anche se non sono previste penalizzazioni in caso di mancato rispetto del debito informativo. Gli ospedali partecipano su base volontaria ad una raccolta di dati di costo "a livello paziente" (*bottom-up*).

Discussione

La ricognizione delle varie realtà esistenti nel contesto internazionale permette di individuare alcuni principi-guida di un sistema di finanziamento degli ospedali basato sui DRG:

- garantire equità nella distribuzione delle risorse finanziarie fra erogatori;
- attenzione posta al miglioramento continuo dell'accuratezza dei dati di attività e di costo utilizzati per determinare le tariffe;
- previsione di una sistematicità nell'aggiornamento delle classificazioni e delle tariffe, anche per rispondere tempestivamente alla introduzione di innovazioni tecnologiche efficaci e basate su evidenze;
- dare trasparenza e stabilità al processo di determinazione delle tariffe e delle regole per la remunerazione degli erogatori;
- previsione di una consultazione e coinvolgimento attivo degli *stakeholders* nel processo di revisione delle classificazioni.

Particolarmente interessante appare inoltre la creazione di un soggetto terzo, rispetto alle istituzioni responsabili del governo del Ssn, dedicato alla predisposizione degli strumenti necessari per la determinazione delle politiche tariffarie, ai diversi livelli di governo (Arcangeli *et al* 2012).

Un approccio da promuovere dovrebbe prevedere anche un finanziamento degli erogatori orientato al miglioramento della qualità delle prestazioni e dei risultati ottenuti in termini di salute dagli utenti (Burwell 2015; Or *et al* 2011). La remunerazione può essere direttamente collegata

alla qualità osservata negli ospedali – ad esempio, il modello di finanziamento utilizzato in ambito Medicare statunitense prevede la riduzione della tariffa per tassi di ricoveri ripetuti superiori alla norma per infarto acuto del miocardio, bypass e polmonite – alla qualità dell'assistenza erogata ai pazienti - ad esempio, Medicare prevede che gli ospedali non siano finanziati per l'assistenza erogata per specifiche condizioni sviluppate durante il ricovero e non presenti all'ammissione quali ulcere

da pressione, infezioni delle vie urinarie – o all'utilizzo di pratiche assistenziali efficaci – quali le *"best practice tariffs"* inglesi (Monitor 2015).

Le esperienze internazionali confermano che la tecnologia DRG rappresenta solamente uno strumento da utilizzare nell'ambito del governo e della gestione di un sistema di finanziamento degli ospedali "a prestazione" orientato a migliorare il valore dei soldi spesi (*value for money*).



Bibliografia

Arcangeli L (2010). La remunerazione delle prestazioni. In De Vincenti C, Finocchi Ghersi R e Tardiola A (a cura di) *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*. Società Editrice Il Mulino.

Arcangeli L e Lorenzoni L (2012). Sulla necessità di gestire un sistema di remunerazione a prestazione: nuovi soggetti e ruoli in Australia ed Inghilterra. *Politiche sanitarie* 13 (3): 181-183.

Burwell SM (2015). Setting Value-Based Payment Goals – HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. *New England Journal of Medicine* 372 (10): 897-899.

Federal Register (2007). Medicare Program; Proposed Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Fiscal Year 2008 Rates.

Jetté et al (2010). The Development, Evolution, and Modifications of ICD-10. Challenges to the International Comparability of Morbidity Data. *Medical Care* 48 (12): 1105-1110.

Monitor (2015). 2015/16 National Tariff Payment System: Engagement on national prices. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/332217/NationalTariff2015-16_EngagementNationalPrices.pdf

Or Z e Hakkinen U (2010). DRGs and quality: For better or worse? In Busse R, Geissler A, Quentin W e Willey M (a cura di) *Diagnosis-Related Groups in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. McGraw-Hill.



GIOVEDÌ 28 MAGGIO



ORE 15:00 - CONVEGNO AIOP GIOVANI

LA SANITÀ PRIVATA OGGI CRESCERE IN RETE NEL FUTURO

Il tema nasce con l'obiettivo di fornire un inquadramento generale sul posizionamento delle strutture sanitarie accreditate, evidenziando i punti di forza e di debolezza, sia del sistema nel suo complesso sia delle singole aziende, in base alla loro dimensione, alla localizzazione geografica, all'assegnazione del budget e all'appartenenza o meno ad un gruppo economico.

Saluti istituzionali del Sottosegretario al Ministero della Salute
Vito De Filippo

Saluti del Presidente Aiop Giovani Lazio
Lorenzo Miraglia

Relatori:
Emanuele Padovani
professore dell'Università degli Studi di Bologna

Clara Carbone
SDA Professor dell'Università Bocconi di Milano

Sonia Gallozzi
giuslavorista e consulente AIOP

Stefano Puecher
dottore commercialista

Erika Mallarini
SDA Professor dell'Università Bocconi di Milano

Vanessa Rossi
dottoranda dello Spin Off dell'Università di Perugia NetValue

Moderatore del convegno
Domenico Musumeci
Presidente Aiop Giovani

ORE 20:30 - CENA DI BENVENUTO

A seguire concerto della band "Affetti Collaterali"

VENERDÌ 29 MAGGIO

ORE 10:00 - CONVEGNO NAZIONALE

PROGETTO IT-DRG TORNA AD ESSERE IL MODO PER FINANZIARE IL SSN?

Renato Botti, *Direttore Generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute* e **Gabriele Pelissero**, *Presidente nazionale Aiop*, si confrontano sugli aspetti incompiuti del disegno di razionalizzazione della spesa ospedaliera affidata al sistema di finanziamento a prestazione introdotto negli anni '90.

Il dialogo tra Ministero della salute e AIOP si innesterà sulle seguenti aree tematiche sviluppate dai protagonisti del dibattito:

1. l'esperienza italiana nel quadro internazionale, curata da **Marino Nonis**, *Direttore sanitario Ospedale Cristo RE*, componente GdL Classificazioni It-DRG;

2. le distorsioni in termini di allocazione delle risorse originate dall'attuale sistema di finanziamento, illustrate da **Nadio Delai**, *presidente istituto di ricerca Ermeneia - Studi e strategie di sistema*

3. architettura, punti qualificanti e timing del Progetto It-Drg, esaminati da **Laura Arcangeli**, *del Ministero della salute*, coordinatrice GdL sistema Pesi relativi It-DRG.

Moderatrice del Convegno sarà **Simona Ravizza**, *giornalista del Corriere della Sera*.

ORE 13:30 - COLAZIONE DI LAVORO

Partner 2015

SAMSUNG
BUSINESS

Unogas
... la libertà di scegliere

BravoSolution

RICOH
imagine. change.

COP
AG SpA

aconet
... la libertà di scegliere

HÖLNLYCKE
HEALTH CARE

fontTer

VENERDÌ 29 MAGGIO

ORE 14:30

Elezione Presidenza nazionale Aiop Giovani

ORE 15:00

Sponsorship 2015 - Estrazione premi

ORE 15:30 - TAVOLA ROTONDA

**A.I.O.P. INCONTRA LE SUE SOCIETÀ SCIENTIFICHE
QUALE SINERGIA?**

Interverranno:

Massimiliano Iannuzzi Mungo - **FISOPA**
Federazione Italiana Società Scientifiche Ospedalità Privata Accreditata

Sandro Iannaccone - **ARSOP**
Associazione Medici Riabilitatori Specialisti Ospedalità Privata

Roberto Rea - **SICOP**
Società Italiana di Chirurgia dell'Ospedalità Privata

Maurizio Parisi - **SIAP**
Società Italiana per l'Assistenza Psichiatrica

Fabrizio Proietti - **SICOA**
Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata

Aldo Spallone - **SINSPA**
Società Italiana di Neuroscienze presso Strutture Private Accreditate

Guido Lesnoni - **OPI**
Oculisti Ospedalità Privata Accreditata

Andrea Grasso - **SICOOP**
Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata

ORE 20:30 - PALAZZO VENEZIA

CENA SOCIALE (riservata a Soci Aiop ed Ospiti)

SABATO 30 MAGGIO

ore 10:00 Apertura della

51^a Assemblea generale Aiop

10:30

Intervento in videoconferenza
del Ministro della Salute
Beatrice Lorenzin

Relazione del Presidente nazionale

Gabriele Pelissero

Presentazione e approvazione dei Bilanci
Consuntivo 2014 e Preventivo 2015

Discussione

12.30 Elezione cariche sociali

ORE 13:30 - COLAZIONE DI LAVORO

ORE 20:30 - VILLA D'ESTE (TIVOLI)

CENA DI ARRIVEDERCI



TAVOLA ROTONDA

Aiop incontra le sue Società Scientifiche

Quale sinergia?



L'incontro di Aiop con le società scientifiche, inserito nelle giornate assembleari, ha costituito un momento di grande interesse, poiché ha messo in rilievo il loro ruolo strategico a fianco dell'Associazione. Il Presidente Pelissero, aprendo la riunione, ha sottolineato l'importanza dell'iniziativa, a suo tempo assunta da Aiop, di valorizzare le competenze dei medici in attività nelle istituzioni sanitarie private. Dopo aver raccomandato loro di mantenere costantemente un forte rapporto di scambio e di comunicazione, a tutela della qualità delle prestazioni specialistiche, Pelissero ha auspicato che il lavoro comune possa divenire sempre più produttivo, assicurando la piena disponibilità di AIOP nel sostenere il radicamento delle società scientifiche all'interno del sistema aziendale associativo.

Il Presidente uscente della FISOPA **Masimiliano Mungo Iannuzzi** (nella stessa giornata si sono tenute le elezioni che hanno Fabrizio Proietti alla presidenza della Federazione), concordando pienamente con tale punto di vista, ha rilevato con soddisfazione che per la prima volta l'incontro con le società scientifiche si svolge nell'ambito di un importante evento congressuale di AIOP ed ha condiviso la convinzione che l'attività di medici ed imprenditori della sanità sia inscindibile, nel momento del confronto istituzionale e soprattutto nell'interesse del paziente. Dopo aver ripercorso la storia della formazione delle società scientifiche, che raccolgono ormai molte specialità (oculistica, psichiatria, cardiologia, chirurgia generale e ortopedica, urologia, neuroscienze), Mungo Iannuzzi ha rilevato la mancanza di alcuni settori rilevanti, chiedendo il supporto di AIOP per acquisire anche la loro partecipazione. In tal modo si rafforzerebbe ulteriormente il ruolo e il peso dei medici delle Case di cura, che non hanno ancora ottenuto il pieno riconoscimento della loro professionalità e l'equiparazione delle carriere con quelli del settore pubblico. Non si tratta, peraltro, di una pura rivendicazione di principio, dato che sulle riviste scientifi-

che internazionali si registra una crescita consistente delle pubblicazioni dei medici delle Case di cura. Il fine della FISOPA e delle singole società scientifiche è, infatti, quello di promuovere la ricerca all'interno delle strutture accreditate e di ottimizzare il livello di assistenza e di terapia. Per quanto concerne l'aspetto fondamentale dell'eccellenza delle cure, il Presidente della FISOPA ha segnalato che nelle graduatorie del Ministero della salute per l'oncologia, le strutture private accreditate risultano ai primi posti, anche in Regioni come il Lazio dove esistono cinque policlinici universitari, e che alcune di esse hanno ottenuto il bollino verde di eccellenza. Naturalmente tutto è migliorabile ed è necessario un costante aggiornamento per essere al passo con l'evoluzione delle alte tecnologie, per garantire la sicurezza e qualità delle cure e per la gestione delle emergenze interne. Sul piano delle possibili collaborazioni da sviluppare con AIOP, Mungo Iannuzzi ha introdotto due temi di attualità: la copertura assicurativa dei medici e l'inserimento dei giovani, per il quale la FISOPA ha sottoscritto un protocollo d'intesa con il Segretariato italiano giovani medici. Al termine della sua relazione, il Presidente della Federazione ha pre-

ORE 15:30 - TAVOLA ROTONDA

A.I.O.P. INCONTRA LE SUE SOCIETÀ SCIENTIFICHE
QUALE SINERGIA?

Interverranno:

Massimiliano Iannuzzi Mungo - **FISOPA**
Federazione Italiana Società Scientifiche Ospedalità Privata Accreditata

Sandro Iannaccone - **ARSOP**
Associazione Medici Riabilitatori Specialisti Ospedalità Privata

Roberto Rea - **SICOP**
Società Italiana di Chirurgia dell'Ospedalità Privata

Maurizio Parisi - **SIAP**
Società Italiana per l'Assistenza Psichiatrica

Fabrizio Proietti - **SICOA**
Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata

Aldo Spallone - **SINSPA**
Società Italiana di Neuroscienze presso Strutture Private Accreditate

Guido Lesnoni - **OPI**
Oculisti Ospedalità Privata Accreditata

Andrea Grasso - **SICOOP**
Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata



sentato i membri del nuovo Consiglio direttivo: Fabrizio Proietti, Presidente, Michele Capozzi, Vicepresidente, Andrea Grasso, Segretario nazionale, Sandro Iannaccone, Guido Lesnoni, Roberto Rea e Raffaele Nudo, Tesoriere.

Ha quindi preso la parola **Sandro Iannaccone**, in qualità di Presidente ARSOP, Associazione Riabilitatori Specialisti Ospedalità Privata, sottolineando come l'organizzazione sia nata per un motivo culturale e sanitario importante. Il settore della riabilitazione, infatti, non è più legato esclusivamente alla figura del fisiatra e del fisioterapista, poiché partecipano all'attività riabilitativa specialità quali la neurologia, la cardiologia, la pneumologia, la psichiatria e altre ancora, con un consistente incremento non solo delle specialità stesse, ma anche del numero degli operatori sanitari non medici, come gli psicologi ed i terapisti occupazionali, aprendo nuove problematiche, ad esempio per la definizione dei ruoli del logopedista e del neuropsicologo. La necessità di mettere insieme tutte queste figure, di creare un terreno fertile per discutere i temi riabilitativi, ha fatto nascere l'associazione, che ha raccolto in Lombardia quasi trecento medici, diventando la prima associazione della riabi-

litazione della Regione. L'attività aggregante per più unità di riabilitazione si impernia attualmente su tre protocolli, relativi all'Alzheimer, alla sclerosi multipla e alla SLA. Per quanto concerne poi il punto chiave dell'aggiornamento professionale e dell'attività di ricerca, Iannaccone ha preso spunto da un articolo pubblicato su *Repubblica* - in merito ad una terapia per l'Alzheimer con anticorpi monoclonali ritenuta promettente - per precisare che in realtà tale terapia verrà introdotta in alcune strutture private già nel prossimo settembre. Un altro capitolo innovativo della ricerca, illustrato da Iannaccone, è quello della neuro-stimolazione, destinata a migliorare la plasticità neuronale attraverso stimolazioni magnetiche ed elettriche, dopo un danno acquisito da pazienti post neuro-chirurgici, spesso molto giovani. Nell'ambito della neuro-riabilitazione si sta attualmente costituendo una rete, RNA, che sostanzialmente condivide tutti i protocolli diagnostici e terapeutici, concepita come un'unica unità di lavoro distribuita in più sedi geografiche. Si tratta di una impostazione data dall'ARSOP, grazie anche alla sua struttura multidisciplinare, che consente di sviluppare l'attività dell'ospedalità privata in questo settore, utilizzando le modalità

omogenee per accedere a ricerche e trial internazionali in modo rapido ed efficace.

Non meno importante è risultata l'attività della società degli oculisti dell'ospedalità privata (OPI), nelle cui centoventotto strutture di chirurgia oculistica, si eseguono circa duecentocinquanta interventi annui, molti dei quali ad elevato contenuto tecnologico. L'attività OPI consiste nell'organizzazione di tre eventi scientifici annuali, con una partecipazione di pubblico elevata, nella collaborazione con strutture straniere e nell'aggiornamento professionale. Il prossimo Congresso nazionale si terrà a Roma il 19 settembre. **Guido Lesnoni**, presidente del gruppo italiano della chirurgia della retina, ha sottolineato che OPI persegue lo scopo di sviluppare il proprio patrimonio di professionalità, creando sinergie con gli imprenditori privati nell'interesse dei pazienti. Per quest'ultimo aspetto, Lesnoni ha citato come esempio il fatto che nel nostro Paese circa due milioni di pazienti sono affetti da degenerazione maculare, trattata con anticorpi monoclonali, ma la richiesta delle autorizzazioni regionali per eseguire queste terapie nelle istituzioni private accreditate non ha mai ricevuto risposta per motivi puramente ideologici.



Maurizio Parisi



Aldo Spallone

Un'iniziativa più recente, la costituzione nel dicembre 2014 della Società italiana per l'assistenza psichiatrica, SIAP, è stata poi illustrata da **Maurizio Parisi**, il quale ha analizzato alcune difficoltà nello svolgimento di tale attività a livello regionale. Al riguardo, Parisi si è soffermato in particolare sulla situazione critica del Lazio, dove l'accesso alle strutture residenziali può avvenire solo attraverso un complicatissimo iter burocratico, mentre in altre regioni è richiesta una semplice impegnativa del medico di base. Facendo poi riferimento alle società scientifiche del servizio pubblico, Parisi ha osservato che nessuna di esse ha coinvolto tutte le figure professionali attive a livello assistenziale, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, sottolineando che nell'ambito della salute mentale è, invece, indispensabile un lavoro d'equipe, che associ anche psicologi, tecnici della riabilitazione, infermieri, assistenti sociali, la cui fusione può avvenire all'interno di una società scientifica come la

SIAP. La forza dell'ospedalità privata in questo settore consiste quindi nel fatto che le diverse figure professionali si integrano in aree di intervento differenziate per patologie, in base ai dati della letteratura scientifica. Il carico assistenziale, inoltre, è maggiore nelle strutture psichiatriche accreditate e ciò costituisce un punto di partenza di fondamentale importanza anche per la ricerca, nel rapporto con il mondo universitario. Dal problema del modello organizzativo dell'assistenza psichiatrica si è passati ad un'altra importantissima realtà, quella della SICOA, la Società italiana di cardiologia dell'ospedalità accreditata, nelle cui strutture, che offrono più di millecinquecento posti letto, sono stati ricoverati nel 2014 centomila malati, per un totale di circa quattrocentomila giornate di degenza, con una degenza media allineata con quella del Nord America e del Paesi del Nord Europa. Il Presidente della SICOA, **Enrico Pusineri**, ha rilevato l'importanza che l'azione della socie-

tà si adegui costantemente all'evoluzione del settore. Nel caso specifico della cardiologia, ad esempio, una delle problematiche emergenti è quella dell'unità coronarica, poiché il nuovo modello costruito in base all'intensità di cure è in realtà un'utopistica convergenza culturale, che mina l'identità degli specialisti in malattie cardiache. In questa prospettiva, il ruolo della SICOA è difendere la qualità e sicurezza delle cure erogate ai pazienti, identificando un interlocutore istituzionale forte con cui interagire. Sul fronte della comunicazione interna, la società ha programmato la revisione del proprio sito, individuando anche una sorta di *clinical forum* per potersi interfacciare con i propri membri. La coesione interna è, infatti, essenziale in un periodo di grande crisi del Paese, che impatta pesantemente sulla diffusione della cultura scientifica e sulla difesa della cardiologia dalle nuove logiche organizzative ospedaliere. Le priorità individuate dalla SICOA sono state così individuate dal



Massimiliano Iannuzzi Mungo



Andrea Grasso



Guido Lesnoni



Roberto Rea

relatore: condividere gli obiettivi, garantire potenzialità di crescita, sviluppare rapporti istituzionali ed inter-societari, produrre ricerca, creare servizi e generare formazione. Pusineri ha quindi ricordato i principali eventi del 2015: convegni regionali e inter-regionali, seminari, un corso superiore di cardiologia a Milano e il congresso nazionale a Taormina, che ha registrato la partecipazione di circa cinquecento delegati e di più di cento relatori e moderatori. A tali iniziative si aggiunge il fiore all'occhiello della SICOA, il centro studi nato nel 2009 per sviluppare le seguenti azioni: gestire progetti di ricerca, operare nell'ambito dell'epidemiologia delle malattie cardio-vascolari, valutare l'appropriatezza delle cure, svolgere indagini sui percorsi diagnostici, organizzare e gestire i trial clinici, censire le strutture cardiologiche dell'ospedale privata accreditata in Italia ed erogare formazione, un impegno che si configura sempre più come uno dei cardini dell'attività di indirizzo e tutela

della base associativa. L'ultima iniziativa, di grande attualità ed importanza, è stata, infine, la costituzione di una task force medico-legale, un organo di supporto in caso di contenzioso giudiziario, costituito con l'obiettivo di offrire i numeri certi degli errori medici in cardiologia, ridurre la spesa sanitaria in campo assicurativo, restituire al cittadino fiducia nella classe medica, europeizzare la gestione del contenzioso in ambito sanitario e limitare il ricorso allo strumento penale. In tale prospettiva, SICOA si farà promotrice presso le istituzioni, Ministero della salute e Ministero di Grazia e Giustizia, di un progetto di legge per l'effettiva depenalizzazione della colpa medica. Un'altra società di grande rilievo in AIOP è la SICOOP, Società italiana di ortopedia dell'ospedale privata, una specialità largamente diffusa nel network associativo, la cui intensa attività è stata presentata da **Andrea Grasso**. Questi ha ricordato il fondatore, prof. Pasquale Lasagni, e ringraziato Emma-

nuel Miraglia per il supporto essenziale dato alla nascita ed allo sviluppo dell'associazione. I punti fondamentali per gli ortopedici dell'ospedale privata - che si considerano non semplicemente affiliati, ma parte costitutiva di AIOP - consiste nell'aggiornamento tecnico-scientifico, nella formazione dei giovani medici, nella produzione scientifica e nell'interazione con altre società. Il limite con il quale ci si scontra è però, secondo Grasso, quello della difficoltà di rapporti con i rappresentanti istituzionali e politici. Per sviluppare meglio questo confronto è necessario, a suo parere, una rafforzamento delle relazioni con AIOP, in vista del quale è stato creato un comitato nazionale per i rapporti tra le due associazioni. Di questa tendenza è stato un segno concreto la concessione di uno spazio nella Sede Lazio, per cui Grasso ha ringraziato la Presidente Jessica Faroni. In quest'ottica di reciproca sinergia, egli ha citato infine le tavole rotonde istituzionali sulle problematiche del rappor-



Enrico Pusineri



Sandro Iannaccone



to pubblico-privato, realizzate sia a livello nazionale, con l'intervento di Gabriele Pelissero, sia in collaborazione con AIOP Lazio. Alla manifestazione hanno partecipato, tra gli altri, il Presidente dell'ordine dei medici di Roma, il Presidente del fondo integrativo FASI, il responsabile del Ministero della salute per l'area ricerca, Giovanni Leonardini, ed il Presidente di Assobiomedica Roma, organizzazione con cui la SICOOP è riuscita a sottoscrivere un accordo per l'organizzazione dei congressi.

Il tema dell'interazione delle società scientifiche dell'ospedale privata con AIOP è stato quindi ripreso sia dal Presidente Pelissero, che ha messo a disposizione il sistema di comunicazione interna di AIOP per diffondere l'annuncio dei convegni, sia dal successivo relatore, **Roberto Rea**, in rappresentanza della SICOP, Società italiana di chirurgia dell'ospedale privata. Quest'ultimo ha messo in evidenza le difficoltà incontrate dai chirurghi rispetto ad altre categorie mediche, a causa della molteplicità di funzioni - ricerca, ambulatori, sale operatorie - che lasciano poco tempo ad ulteriori attività. L'interazione con AIOP è stata giudicata da Rea di fondamentale rilievo, perché la qualificazione della struttura e quella del professionista sono interdipendenti: la struttura che

si qualifica, infatti, cerca il miglior professionista e questi, a sua volta, cerca le condizioni ideali per fornire la migliore prestazione, stimolando gli altri collaboratori ed innalzando così il livello generale della qualità. In tale ottica, è indispensabile l'interazione con AIOP per il riconoscimento delle carriere, con particolare attenzione per la valorizzazione dei giovani medici. Rea ha concluso il proprio intervento con l'invito a partecipare al prossimo congresso, in cui saranno presentati risultati innovativi nell'ambito della robotica e, si spera, emergerà un modello propositivo di professionalità degli ortopedici dell'ospedale privata, professionisti tra i professionisti, senza indebite barriere.

L'ultimo intervento è stato affidato ad **Aldo Spallone** della SINSPA, Società italiana di neuroscienze presso strutture accreditate sanitarie, il quale, dopo aver espresso apprezzamento per la possibilità di confronto offerta ai rappresentanti delle società mediche dell'ospedale privata, ne ha riassunto gli scopi istituzionali in tre punti: fotografare l'esistente, certificare la qualità, educare e presentare nuove proposte, sia in senso scientifico sia nell'ottica delle linee-guida, anche a tutela delle insidie medico-legali. Spallone ha quindi sottolineato che la neu-

rochirurgia, come alta specialità, presenta vantaggi e svantaggi: costituire un potenziale fiore all'occhiello, ma anche essere scarsamente rappresentata sul piano numerico. Certamente i reparti di neurochirurgia privati accreditati in Italia, una quindicina su più di centoventi centri, non sono pochi, costituendo una presenza più o meno paragonabile ad altre specialità, ma i professionisti del settore hanno un'autocoscienza in via di formazione, testimoniata dalle strategie preferenziali di rapporto con il mondo universitario, nonché dall'attuale assenza degli IRCCS. Per attrarre nuovi soci è necessario, ad avviso di Spallone, sviluppare valori di rappresentanza e di tutela, perché l'attività puramente scientifica, come la definizione di linee guida e la prassi del risk management, pur essendo un must non può costituire la regola in tutti i casi, restando per alcuni un lusso,

a causa della molteplicità degli impegni professionali. E' necessaria una chiara scelta imprenditoriale per rendere la neurochirurgia, come già la cardiologia, una specialità di punta dell'ospedale privata, anche attraverso la diffusione di percorsi condivisi e progetti qualificanti, come la "wake surgery" (che in alcuni casi consente di operare il paziente da sveglio, valutandone la funzionalità), la creazione in tutte le regioni di unità di trattamento neuro-vascolare anche nelle strutture private accreditate, la certificazione delle neurochirurgie vertebrali, l'elaborazione di linee-guida in base alla revisione critica delle casistiche in alcune patologie. Un impulso ai compiti di carattere educativo-scientifico richiede dunque al settore privato, ha concluso Spallone, una disamina della propria progettualità per sviluppare l'alta specialità della neurochirurgia e le neuroscienze cliniche in generale.

Chiudendo la riunione, il Presidente Pelissero ha ringraziato tutti i colleghi, che hanno dato vita ad un incontro pieno di stimoli, riflessioni e ipotesi di lavoro, offrendo la collaborazione della sede nazionale AIOP come interlocutore di riferimento, per fare crescere la presenza delle società scientifiche e la qualità complessiva dell'ospedale privata italiana. ■



La convenzione AIOP

offre le migliori condizioni
di mercato per la

RESPONSABILITÀ CIVILE
con Primarie Compagnie
di Assicurazione



VERDE

848 789901

CHIAMATA GRATUITA



GEAS

Insurance Broker



Sistemi Informativi
Ospedalieri

Contabilità e logistica

Laboratori
e servizi diagnostici

RIS-PACS

Sistemi di Reparto
e Cartella Clinica

Sale Operatorie
e percorsi di cura

www.dedalus.eu

**la vita scorre nei
nostri software**

Dedalus
SOFTWARE FOR HEALTHCARE