

## La tariffa come espressione di inadeguatezza del sistema: il paradosso dei DRG oncologici nei centri di eccellenza.

A. VANNELLI, E. LEO, G. SCARAMELLINI<sup>1</sup>, G. CANTÙ<sup>2</sup>, A. RAMPA<sup>3</sup>,  
L. BATTAGLIA, E. POIASINA, R. ACETO, A. AIELLO<sup>4</sup>, G. MANENTI<sup>5</sup>,

*L'attualità e il profondo interesse dell'argomento e l'eccellenza dell'Istituzione ci hanno convinto dell'opportunità di pubblicare come Editoriale questo contributo proposto da più autori.*

La Redazione

### Premessa

Il sistema di pagamento degli erogatori delle prestazioni sanitarie e in particolare di quelle ospedaliere introdotto nel Servizio Sanitario Nazionale da più dieci anni, è stato indicato come strumento di previsione e di controllo della spesa sanitaria, oltre che come sistema di una distribuzione più equa delle risorse o input (1). L'introduzione del sistema dei DRG si colloca come il provvedimento probabilmente destinato ad avere il maggiore impatto. Attraverso il rimborso delle prestazioni (output) con tariffe predeterminate, in base alle quali l'azienda e i servizi sono esposti ad un rischio finanziario, il legislatore intende aumentare l'efficienza operativa e il livello di qualità tra i produttori cercando di mantenere una regolazione centrale di tipo programmatico. Un'azienda pertanto, non ricevendo più un finanziamento determinato sulla base della spesa storica dovrebbe essere incentivata a ridurre i costi di produzione, le inefficienze organizzative e gestionali per far fronte ai ricavi derivanti dall'assistenza ai pazienti, attualmente misurata con il sistema dei DRG.

Nonostante il tempo trascorso, non esiste in letteratura una valida documentazione sui risultati o outcome ottenuti e sugli effetti prodotti nel rapporto tra la tariffa riconosciuta e i costi reali sostenuti nei centri di eccellenza in relazione alla patologia oncologica (2-6).

### Casistica e risultati

All'interno della casistica della Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei tumori" di Milano (INT), in un periodo compreso tra il gennaio e il dicembre 2005 in una popolazione di 172 pazienti sottoposti a procedura chirurgica, abbiamo preso in considerazione tre divisioni e due interventi afferenti rispettivamente al DRG 382 ovvero intervento di chirurgia maggiore su capo e collo con tracheotomia e 148, resezione del retto con stomia. All'interno di branche specialistiche della chirurgia oncologica abbiamo considerato due interventi che definiscono il livello di cosiddetta "eccellenza": ricostruzione con lembo rivascolarizzato e la resezione totale del retto con anastomosi colo-endo anale; questi interventi per i quali non esiste un DRG specifico, vengono

Division of General Surgery B Foundation IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori" Milan Italy

<sup>1</sup> Division of Otorhinolaryngology Foundation IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori" Milan Italy

<sup>2</sup> Division of Cranio-Maxillo-Facial Surgery Foundation IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori" Milan Italy

<sup>3</sup> Health Manager Foundation IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori" Milan Italy

<sup>4</sup> Department control of mangement Foundation IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori" Milan Italy

<sup>5</sup> Department of Experimental Oncology and Laboratories Foundation IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori" Milan Italy

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

comunemente abbinati all'interno di due macro DRG: il 382 e il 148, appunto. La scelta di due procedure chirurgiche considerate di eccellenza ha permesso di ottenere elementi di tipo quantitativo e qualitativo: il DRG 382, scorporato nelle sue parti, è stato infatti riferito alla struttura complessa di chirurgia maxillo-faciale (OCF) 70 pazienti, cervico-faciale (CCF) 54 pazienti, così da poter evidenziare eventuali differenze di costi per unità. Il DRG 148 è stato riferito alla struttura complessa di chirurgia coloretale (CCR) 48 pazienti.

Partendo dal valore del DRG abbiamo ricostruito quello attribuito in Lombardia nel 2005 tenuto conto delle tre tipologie di incremento/decremento tariffario previsto secondo il codice ICD IX versione 19. Appartenendo l'INT alla categoria senza DEA/EAS o PS, è stato possibile determinare il valore che costituisce il ricavo sottraendo allo stesso il 3% come deciso dal Nomenclatore.

A questo è stato sottratto il valore dei costi suddivisi nelle specifiche voci ottenendo così il risultato operativo netto. Per verificare la significatività delle differenze tra le medie aritmetiche dei vari gruppi si è condotta l'analisi della varianza (ANOVA).

I risultati sono schematizzati nella tabella 1. Il DRG 382 mostra fin da subito un'importante sproporzione fra le risorse consumate e il valore riconosciuto. Indipendentemente dal reparto considerato OCF e CCF, il costo è ben superiore al valore attribuito: rispettivamente € 859.800,57 contro € 627.727,95 per la CCF e € 1.137.465,69 contro € 817.489,40 per la OCF. Nel modello della CCR per contro nonostante il ricavo di ? 396.186,19 grazie a costi più contenuti: € 455.220,54, il risultato operativo è di -€ 59.034,35: nettamente migliore rispetto ai precedenti modelli ( $P < 0,001$ ).

Le tariffe corrispondenti alle categorie di ricoveri che definiscono l'unità di prestazione elementare hanno l'obiettivo di coprire i costi complessivi sostenuti dall'azienda per l'assistenza a tutti i pazienti ricoverati attribuiti ad una determinata categoria di prestazione, così come è definita dal sistema di classificazione dei DRG. Da questi punti emerge in maniera inequivocabile la difficoltà per alcune strutture come le aziende monotematiche a carattere oncologico di vedere riconosciuta la loro prestazione anche dal punto di vista qualitativo.

Il rischio finanziario, implicitamente imposto all'azienda da questa definizione, riguarda quindi sia il volume che il tipo di risorse utilizzate durante il ricovero - che dipende dall'appropriatezza dei profili di cura adottati dai clinici per l'assistenza ai pazienti ricoverati - sia il loro costo sanitario, in parte legato all'efficienza economica dell'azienda (7).

Poiché, come abbiamo visto, tutti i reparti in esame presentano uno squilibrio tra i costi e i ricavi seppure con minore incidenza per la CCR, per affrontare adeguatamente il nuovo rischio finanziario cui è esposto l'azienda, si devono pertanto controllare tutte le componenti del processo di produzione dell'assistenza e intervenire sulle relative aree di responsabilità che variano dalle strategie di acquisizione dei fattori produttivi, all'efficienza economica dei processi di trasformazione, all'appropriata utilizzazione delle risorse assistenziali.

Nel caso della OCR i costi diretti rappresentano la cifra di € 561.761,20 mentre i costi indiretti € 428.556,40, la restante quota è costituita dai costi comuni € 147.148,09; nel CCF per contro € 427.753,95 sono costituiti dai costi diretti mentre € 319.055,59 quelli indiretti e € 112.991,03 i generali.

Come si vede a fronte di valori assoluti differenti i rapporti tra le singole voci risultano grossomodo sovrapponibili ( $P = 0,187$ ). Discorso diverso se confrontiamo questi dati con quelli della CCR in cui i costi diretti sono di ? 196.372,84 mentre i costi indiretti sono di € 187.534,18 e quelli generali di € 71.313,52 ( $P < 0,001$ ). In questo caso un consumo minore nei costi diretti determina a un maggior impegno nei costi indiretti e generali.

La scelta del ricovero come unità elementare di riferimento del nuovo sistema di finanziamento determina quindi un valore di inflazione intrinsecamente minore sui volumi e operativamente più gestibile (8). I limiti principali della definizione di prestazione derivano dalle caratteristiche cliniche, dalla storia naturale e assistenziale delle condizioni che determinano il ricovero. Nel nostro caso il ruolo di un centro di eccellenza come l'INT nella qualità dell'offerta sotto l'aspetto scientifico non trova un adeguato riconoscimento (9).

Il rapporto tra ricavo e risultato nell'OCR e in minor percentuale anche nell'OCF è vincolato all'alto costo diretto e in particolare al costo del personale: rispettivamente € 412.119,40 e € 330.516,99, infatti nel CCR dove questa voce si riduce sensibilmente: € 123.459,58, il risultato finale seppur negativo è di molto migliore ai precedenti - € 59.034,35 ( $P < 0,001$ ).

	Ricostruzione con lembo rivascularizzato				Resezione totale del retto con ACEA		
	Chirurgia cervico facciale		Chirurgia maxillo facciale		Chirurgia coloretta		
<b>CASI TRATTATI</b>	54		70		48		
Casi intraregione	33	(61,1 %)	25	(35,7 %)	22	(45,8 %)	
Casi extraregione	21	(38,9 %)	45	(64,3 %)	26	(54,2 %)	
<b>DEGENZA MEDIA (GIORNI)</b>	23		22		13,7		
degenza media pre-operatoria	3	(13 %)	3,5	(15,9 %)	5,7	(41,6 %)	
degenza media post-operatoria	20	(87 %)	18,5	(84,1 %)	8	(58,4 %)	
<b>ORE SALA OPERATORIA PER CASO</b>	4		6,30		3,13		
						<b>Valore P</b>	
<b>RICAVO TOTALE DRG</b>	<b>€ 627.727,95</b>		<b>€ 817.489,40</b>		<b>€ 396.186,19</b>		<b>&lt; 0.001</b>
<b>COSTI DIRETTI</b>							
Personale	€ 330.516,99	(77,2 %)	€ 412.119,4	(73,5 %)	€ 123.459,58	(62,8%)	<b>&lt; 0.001</b>
Materiale sanitario e farmaci	€ 26.196,45	(6,1 %)	€ 31.092,6	(5,5 %)	€ 14.732,62	(7,5 %)	<b>&lt; 0.001</b>
Diagnostica pre/postoperatoria	€ 31.396,14	(7,4 %)	€ 49.249,2	(8,7 %)	€ 42.336,00	(21,6 %)	<b>&lt; 0.001</b>
Presidi medico-chirurgici	€ 28.540,02	(6,7 %)	€ 53.114,6	(9,4 %)	€ 12.113,78	(6,2 %)	<b>&lt; 0.001</b>
Altri costi diretti	€ 11.104,35	(2,6 %)	€ 16.185,4	(2,9 %)	€ 3.730,86	(1,9 %)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>SUBTOTALE</b>	<b>€ 427.753,95</b>		<b>€ 561.761,20</b>		<b>€ 196.372,84</b>		<b>&lt; 0.001</b>
<b>COSTI INDIRETTI</b>							
Sala Operatoria	€ 141.484,15	(44,4 %)	€ 299.966,4	(70 %)	€ 107.420,40	(57,3 %)	<b>&lt; 0.001</b>
Servizi Alberghieri	€ 68.994,21	(21,6 %)	€ 75.845	(17,7 %)	€ 32.944,40	(17,6 %)	<b>&lt; 0.001</b>
Servizi di Supporto Sanitario	€ 108.577,23	(34, %)	€ 52.745,0	(12,3 %)	€ 47.119,38	(25,1 %)	<b>&lt; 0.001</b>
<b>SUBTOTALE</b>	<b>€ 319.055,59</b>		<b>€ 428.556,40</b>		<b>€ 187.534,18</b>		<b>&lt; 0.001</b>
<b>COSTI COMUNI</b>	<b>€ 112.991,03</b>		<b>€ 147.148,09</b>		<b>€ 71.313,52</b>		<b>&lt; 0.001</b>
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>€ 859.800,57</b>		<b>€ 1.137.465,69</b>		<b>€ 455.220,54</b>		<b>&lt; 0.001</b>
<b>RISULTATO OPERATIVO</b>	<b>€ - 232.072,62</b>		<b>€ - 319.976,29</b>		<b>€ - 59.034,35</b>		<b>&lt; 0.001</b>

## Discussione

Malgrado l'acronimo DRG sia diventato - in Italia e altrove - sinonimo di sistema di pagamento, esso rappresenta semplicemente lo strumento per identificare categorie di ricoveri omogenei per consumo di risorse utilizzato assieme a numerosi altri fattori, per determinare l'ammontare del finanziamento da destinare a ciascuna azienda. L'analisi condotta evidenzia la necessità e l'importanza di distinguere fra sistema di classificazione dei ricoveri e sistema di finanziamento (10). Il SSN definisce i criteri generali di determinazione delle tariffe, indica che i costi di produzione devono essere calcolati sul gruppo di aziende regionali che presentano la maggiore efficienza tecnica, ma nessun riferimento è fatto rispetto ad analoghi criteri di appropriatezza clinica per quanto riguarda i profili di cura rendendo la tariffa dei DRG oncologici nei centri di eccellenza espressione di inadeguatezza.

Un sistema di finanziamento basato sull'episodio di malattia pone il rischio finanziario non solo per la quantità totale di servizi offerti al paziente, ma anche per la combinazione dei livelli di assistenza cui sono erogati (11). Un sistema di finanziamento per episodio di assistenza invece si avvicinerrebbe a sistemi di programmazione o a quota capitolaria, con l'importante differenza di essere riferito a una specifica condizione clinica e quindi trovare un riconoscimento implicito nel modello offerto.

L'arco delle scelte relativamente a quali componenti dei costi debbano trovare remunerazione nelle tariffe, varia tra due estremi che comprendono tutte le componenti di costo che gravano sulla struttura (il cosiddetto costo pieno aziendale) oppure i soli costi variabili della prestazione (costo marginale). L'impatto del sistema di finanziamento sull'equilibrio del sistema sanitario e le sue conseguenze economiche sono significativamente diversi nei due casi.

A parità di altre condizioni, tanto più le tariffe si avvicinano al costo pieno aziendale tanto più accentuato è il rischio finanziario cui sono sottoposti i vari soggetti, e tanto minore risulterà lo spazio lasciato alla programmazione.

Effetti di segno contrario si hanno nel caso in cui si scelgano tariffe che includono il solo costo marginale. Queste considerazioni generali valgono anche nei confronti di alcuni fattori di costo appartenenti alla categoria dei costi generali di struttura, come ad esempio quello dei beni immobili. Un servizio sanitario pubblico che intenda continuare a svolgere la funzione di governo generale del sistema dovrebbe vedere riconosciuti dal sistema tariffario i costi relativi ad attività, sanitarie e non (quali la didattica, la ricerca e tutti quei servizi che la programmazione sanitaria riconosce di prevalente interesse collettivo).

Il carattere strategico della patologia oncologica suggerisce l'opportunità di un suo governo centralizzato in quanto in questo ambito le ragioni di efficienza produttiva rivestono priorità superiore rispetto a quelle di equità e di efficienza allocativa. La decisione di sottrarre una parte dell'attività di assistenza ospedaliera al finanziamento per tariffe non soddisfa criteri di equità distributiva e di efficienza allocativa, ma crea ulteriori problemi di gestione del sistema di finanziamento soprattutto nei centri di eccellenza.

Per agevolare il trasferimento di costi da attività finanziate a tariffe predeterminate ad altre finanziate a programmazione è infatti necessario che il sistema esponga a un ugual rischio finanziario tutti i produttori per tutte le loro attività. In caso contrario, il sistema di finanziamento risulterebbe squilibrato a danno di quelle aziende che, pur disponendo di funzioni regionali o di attività finanziate a programma, sarebbero esposti ad un rischio finanziario più elevato. È quindi necessario che le attività a finanziamento diretto rappresentino una parte rilevante dell'attività ospedaliera e che i loro criteri di finanziamento comprendano anche misure di attività e di efficienza tecnica.

Il nostro tariffario basato sui costi di produzione effettivamente osservati incorpora inevitabilmente l'inefficienza gestionale e l'inappropriatezza assistenziale presenti nel sistema, e tende a ricondurre i costi della singola azienda verso i valori medi esistenti, piuttosto che indirizzarli verso costi e processi di produzione efficienti. Da qui la necessità particolarmente impellente per sistemi di finanziamento definiti su queste basi di un aggiornamento periodico delle tariffe, per tener conto dell'evoluzione dei costi di produzione in conseguenza degli incentivi all'efficienza tecnica imposti dallo stesso sistema di finanziamento.

## **Conclusioni**

Dall'analisi dei costi che l'INT sostiene per i vari tipi di patologia, risulta evidente la macroscopica sproporzione fra l'impegno economico per la singola patologia nelle tre divisioni soprattutto nei casi che richiedono un trattamento preoperatorio impegnativo.

Analizzando allo stesso tempo la quantità di patologia nelle varie fasce si evince chiaramente che la media dei casi è spostata numericamente verso quelli a maggiore complessità (e impegno), a conferma che la realtà dell'INT (come di altri centri italiani "di eccellenza") è quella di una struttura dove si affrontano, in media, patologie a impegno maggiore che altrove (12). Come è noto il SSN italiano è tra i migliori al mondo. Questo livello è stato reso possibile a fronte di enormi investimenti economici sostenuti come è ovvio da quei produttori capaci di sostenere il più alto livello di tecnologia. Le aziende a indirizzo oncologico rappresentano in modo paradigmatico queste realtà dove la caratteristica di eccellenza intrinsecamente contenuta nei suoi obiettivi, non trova il minimo riconoscimento nel campo economico. La necessità nell'immediato di trovare una soluzione a questa problematica sarà un imperativo categorico per non compromettere il livello di prestazione se non addirittura la prestazione stessa.

## **Bibliografia**

1. Rossi F. Regolazione degli scambi nel nuovo sistema sanitario italiano. In: France G, ed. Concorrenza e servizi sanitari. Quaderni per la ricerca, Serie Snrdi/33. Istituto di Studi sulle Regioni CNR Roma 1994.
2. Schott AM, Hajri T, Gelas-Dore B, Couris CM, Couray-Targe S, Trillet-Lenoir V, et al. Analysis of the medical activity related to cancer in a network of multidisciplinary hospitals using claims databases, the reseau Concorde Oncology Network. *Bull Cancer*. 2005;92(2):169-78.
3. De Zeeuw J, Baberg HT. Pitfalls of DRG coding in oncology. *Med Klin* 2004 15;99(9):540.
4. Laurent JF. Update in medical informatics in oncology. *Bull Cancer*. 2002;89(1):139-45.
5. Munoz E, Chalfin D, Rosner F, Cohen JR, Mulloy K, Wise L. Hospital costs, cancer patients and medical diagnosis-related groups. *Oncology*. 1988;45(5):401-4.
6. Barni S, Mandala M, Gambera M. Costs, disease management and DRG Tumori. 2001 87;(1 Suppl 1):S59.
7. Epstein AM, Stem RS, Tognetti J, et al. The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within Diagnosis- Related Groups. *N Engl J Med* 1988; 318: 1679-85.
8. Leardi S, Altília F, Pietroletti R, Risetti A, Schietroma M, Simi M. DRG and gastrointestinal surgery. *Ann Ital Chir*. 1999 70(1):45-9.
9. Ramponi C. DRG classification system and administrative innovations in Servizio Sanitario Nazionale: future implications for professionals, managers and patients. *Ann Ital Chir*. 1997 68(1):3-19.
10. Corbara F. Not only DRG (without new "Quality" the recently introduced hospital financing system risk failure). *G Ital Cardiol*. 1996;26(4):455-8
11. No authors listed. Characteristics of hospitalization of aged patients before and after introduction of the prospective payment (DRG-ROD system). Researchers of the Italian Group of Pharmaco-epidemiology in the Aged (GI-FA). *Ann Ital Med Int*. 1996;11(3):220-7.
12. D'Andrea G, Capalbo G, Volpe M, Marchetti M, Vicentini F, Capelli G, et al. Evaluation of the appropriateness of hospital admissions using the iso-gravity classification systems APR-DRG and Disease Staging and the Italian version of Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). *Ann Ig*. 2006;18(1):49-62.

**M.G. Balzanelli**

# MANUALE DI MEDICINA DI EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO

Il edizione aggiornata  
con le Linee Guida  
ILCOR 2005-2006  
per la Rianimazione  
Cardiopulmonare

Volume brossurato  
di 1.536 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 80,00

per acquisti online  
[www.gruppocic.com](http://www.gruppocic.com)



**CIC** Edizioni Internazionali

