

## • Cosa sono i DRG

DRG acronimo di “Diagnosis-Related Group” equivalente in italiano “Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi”(ROD) Si indica il sistema di retribuzione degli ospedali per l’attività di cura, introdotto in Italia nel 1995 Il sistema è stato creato dal prof. Fetter univ. Yale nel 1983

## • Il modello Fetter

Nel modello Fetter, l’ospedale è delineato come un’azienda multiprodotto che: A partire da input che sono le risorse a disposizione dell’azienda, sviluppa gli output o prodotti intermedi, indirizzati al paziente per ottenere un prodotto finale che è la valutazione e la eventuale variazione dello stato di salute del paziente (outcome)<sup>1</sup>

Ciascun paziente riceve un certo n. di output specifici della sua condizione, gli output sono tanti quanto il n. di pazienti trattati Tutto ciò rende arduo qualunque sistema di valutazione economica e tariffazione

Fetter ha avuto l’intuizione di sviluppare un sistema di classificazione di pazienti dimessi che individua sottogruppi di pazienti che usano un pacchetto di output sufficientemente simili tra di loro che si deducono non dagli output ricevuti, ma dalle loro caratteristiche cliniche<sup>2</sup>

## • Il sistema DRG

È un sistema isorisorse: descrive l’assistenza al paziente partendo dal principio che malattie simili, in reparti ospedalieri simili, comportano orientativamente lo stesso consumo di risorse materiali e umane (stessi input)

• DRG = STRUMENTO di POLITICA SANITARIA A cosa servono i DRG Classificare i ricoveri ospedalieri Calcolare le tariffe

• Fino al 1995 Attività ospedali descritte: numeri ricoveri, giornate degenza. Dopo il 1995 (DRG) Il prezzo dei ricoveri ospedalieri viene dichiarato (fissato) in anticipo. Si raggruppano tutti i ricoveri che assorbono le stesse risorse (stessi input)

## • Stesse risorse vuol dire “stesso costo di produzione”

Stesso costo di produzione da diritto allo stesso rimborso = STESSA TARIFFA Cosa significa STESSA TARIFFA: La tariffa è il costo rimborsabile -> Costo rimborsabile = costo medio necessario per curare i ricoveri di un certo tipo

## • Tariffa = costo rimborsabile

Il costo rimborsabile è quello standard di riferimento, ma il costo effettivo è di solito diverso dal costo medio, cioè dallo standard All’interno di ogni DRG i costi effettivi si distribuiscono intorno alla media Costo effettivo minore di Costo effettivo maggiore di quello medio € 1400 quello medio € 1800 Costo medio rimborso € 1600

## • SDO (scheda dimissione ospedaliera)

È uno strumento nel quale si raccolgono tutte le informazioni relative alla dimissione ospedaliera di ogni paziente Il medico che dimette il paziente compila la scheda di dimissione. Le informazioni così raccolte vengono codificate e trasmesse alle Regioni, quindi al Ministero della Salute

---

<sup>1</sup> Rodolfo Conenna AORN Santobono- Pausilipon- Napoli

<sup>2</sup> Id.

- **Quale normativa per la SDO**

Viene istituita dal DM sanità nel 1991 1993: vengono precisati analiticamente i contenuti e modalità di trasmissione 1995: la SDO sostituisce il vecchio modello di rilevazione (ISTAT/D10) Nuovo DM sanità nel 2000: aggiornamento regole generali per la codifica informazione

- **1/1/06 versione Nuova SDO:**

DM 380/2000 ha ICDM9CM aggiornato il sistema dei codici. ICD: classificazione Malattie ordinate, per internazionale malattie finalità statistiche in vari gruppi A ciascun termine è Riporta con precisione la associato 1 codice diagnosi, interventi chirurgici, numerico o procedure terapeutiche e alfanumerico diagnostiche divise per categorie

- **Quando è nata la ICD9CM**

Chicago 1893, Istituto int. Statistica: classificazione int cause di morte Italia la ha adottata 1924 Sottoposta periodicamente a revisione, nel 1948 fu adottata anche per rilevare le cause di morbilità 1975 OMS, Ginevra è stata approvata la nona revisione della classificazione. (ICD9)

- **Perché ICD9CM**

Negli Stati Uniti si è provveduto ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata del sistema ICD, la ICD9CM in vigore dal 1979, quindi il sistema ICD è diventato ICD9CM.

- **Differenze ICD-9:**

classificava soprattutto le cause di mortalità ICD9CM classifica anche le cause di morbilità.

- **La ICD9CM in Italia**

È utilizzata dal 1 gennaio 2001, predisposta dal ministero della salute. Codifica le informazioni contenute nella scheda di dimissioni ospedaliera (SDO) Oltre 11000 codici finali di diagnosi Oltre 3000 codici finali di procedure

- **Cosa è il Grouper (raggruppamento)**

Ad ogni dimissione corrisponde uno specifico DRG definito in base ad uno specifico algoritmo predefinito che viene gestito da un software DRG-Grouper

- **Come funziona il Grouper**

Il software individua la diagnosi principale dalla scheda nosologica e la assegna al grouper (raggruppamento) in maniera automatica. Dall'assegnazione al "grouper" sceglie la MCD appropriata (categorie diagnostiche principali)

- Successivamente i pazienti sono assegnati ad un sottogruppo medico o chirurgico Poi si considerano: I tipi di intervento (DRG Chirurgici); l'età del paziente; patologie secondarie e complicanze; lo stato alla dimissione.

- **Dalla cartella clinica al DRG**

Dalla cartella clinica si derivano le diagnosi e procedure rilevanti. Le diagnosi e le procedure codificate secondo la ICD9CM, sono riportate sullo SDO. Lo SDO viene sottoposto all'algoritmo del software "Grouper". Il software attribuisce il DRG. Un paziente/ un ricovero/ un DRG<sup>3</sup>

- **Calcolo della tariffa**

Assegnazione del peso Determinazione del punto Calcolo del rimborso

- **Assegnazione del peso**

Assegnazione al raggruppamento automatica tramite 1 software che combina le informazioni dello SDO. Ogni raggruppamento (DRG) ha un peso (valutazione) Consumo "relativo" di risorse, Complessità (media/alta/ bassa)

- **Determinazione del PUNTO DRG (valore economico)**

Ci sono moltissime difficoltà operative: Valore variabile nel tempo Come e quando aggiornare Dipende dalla Regione/zona

- **Calcolo della tariffa e del rimborso**

Avendo a disposizione "peso" e "punto" si può calcolare la tariffa esempio: DRG x: peso= 1,22; punto= 3500 Tariffa:  $1,22 \times 3500 = 4270$ <sup>4</sup>

- **Casi outlier (oltre la soglia)**

Il rimborso effettivo può essere maggiore della tariffa. Esempio: DRG x 20 gg valore soglia; rimborso aggiuntivo 160€ al giorno; se ricovero è durato 23 gg Rimborso : tariffa + 3 gg x 160 =  $4270 + 480 = 4750$ <sup>5</sup>

- **Criticità Scollamento tariffa- peso**

La tariffa non è quasi più il risultato del prodotto: peso x punto ma calcolata direttamente (si riadegua dopo..) Diversità tra regioni DRG tariffe usate come strumento di politica sanitaria regionale<sup>6</sup>

- **Aumento spesa ospedaliera**

Il sistema tariffario basato su DRG ha funzionato, in alcuni casi, troppo bene: l'ospedale ha trovato conveniente aumentare il numero dei ricoveri anche se INAPPROPRIATI. Spesa ospedaliera: costo storico x numero ricoveri Spesa ospedaliera: tariffa fissa x numero ricoveri<sup>7</sup>

- **DRG- tariffe = Strumento di politica sanitaria**

I DRG sono strumenti essenziali nelle attuali politiche sanitarie (perseguimento LEA con vincolo risorse) Definire obiettivi articolati (appropriatezza) Creare incentivi al loro raggiungimento (vincolo risorse) Monitorare (indicatori)

---

<sup>3</sup> Id.

<sup>4</sup> Angela Testi Facoltà di Economia, Genova

<sup>5</sup> Id.

<sup>6</sup> Id.

<sup>7</sup> Id.