



Agostino Scardamaglio




**PROGRAMMA DELL'EVENTO
APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI E METODOLOGIA PRUO –
ESPERIENZE A CONFRONTO
CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE DI PIZZO 28/29 GIUGNO 2011**

Martedì 28 Giugno 2011

Ore 8,30/9,30 – La politica Nazionale per l'appropriatezza dei ricoveri: I.LEA
(**Dott. M. Tarabbo**)

Ore 9,30/10,30 – Politica per l'appropriatezza dei ricoveri nella Regione Calabria: normativa e dati (**Dott. R. Barone**)

Ore 10,30/11,00 – Il modello di sistema dei controlli dell'attività ospedaliera e la verifica di appropriatezza nell'Azienda Sanitaria di Vibo Valentia (**Dott. A. M. Renda**)

Ore 11,20/11,45 – La prevenzione dell'inappropriatezza in ospedale: il ruolo del Medico di Medicina Generale (**Dott. A. Maglia**)

Ore 11,45/12,10 – La prevenzione dell'inappropriatezza in ospedale: il ruolo dello specialista territoriale (**Dott. B. Risoleo**)

Ore 12,15/13,15 – I sistemi di classificazione dei pazienti: non solo DRG
(**Dott. A. Scardamaglio**)

Ore 13,15 discussione e pausa pranzo

Ore 14,30/15,30 – Valutazione dell'Appropriatezza Organizzativa: il P.R.U.O.
(**Prof. A. Bianco**)

Ore 15,30/16,30 – Il PruO nell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia
(**Dott. V. Teti**)

Ore 16,30/18,00 – L'appropriatezza PER e DAL Pronto Soccorso
(**Dott. V. Natale**)

Ore 18,00 discussione e test

Mercoledì 29 Giugno 2011

Ore 8,30/9,30 – La corretta compilazione della documentazione sanitaria: la cartella clinica e la cartella infermieristica (**D.ssa S. Fiorillo**)

Ore 9,30/10,00 – Il Tracciato SDO e il DRG: il software di gestione nell'ASP di Vibo Valentia
(**Dr. G. Caligiuri**)

Ore 10,00/11,00 – Misura dell'appropriatezza: il sistema APR DRG
(**Dott.ssa V. Teti**)

Ore 11,00/13,30 – Esercitazione guidata sull'applicazione del PRUO e sulla corretta compilazione delle cartelle cliniche (i partecipanti saranno divisi in gruppi e ciascun gruppo dovrà valutare la documentazione sanitaria consegnata e fare una breve relazione sull'appropriatezza di compilazione e sull'appropriatezza del regime di ricovero)
Tutor: Dott.ssa A.M. Renda - Dott.ssa L. Barberio - Dott. D. Montoro

Ore 14,30/18,00 – Presentazione lavori e discussione con tutor

Ore 18,00 – consegna questionari ECM e chiusura lavori.

N.B.: L'evento in fase di accreditamento ha ottenuto **11 crediti ECM**
Segreteria scientifica: **Dott.ssa A.M. Renda**
Iscrizioni: Sig.ra Russo tel. 0963.962984 C. F. A. (max 45 medici + 35 infermieri)

Un po' di terminologia

Dati: simboli con cui si rappresenta la realtà (numeri, date, caratteri, intere parole).

Codifica: è la rappresentazione sintetica del dato (alfabetica, numerica, alfa-numerica)

Elaborazione: è il processo di trasformazione del dato (input) in informazione (output).

Avviene oggi attraverso l'utilizzo di sistemi digitali di elaborazione (Computers)

Informazione: risultato dell'elaborazione del dato (ad es. assegnazione del DRG)

Base di dati: sistema composto da un insieme di archivi collegati secondo un modello logico tale da consentire la gestione dei dati in essi contenuti.

Scardamaglio A.

Perchè si codifica?

- Per sintetizzare i dati rilevati in una forma compatibile con l'analisi computerizzata
- Per veicolare grosse quantità di dati sui supporti offerti dalla costituzione della Base dei dati (tracciato record)
- Per consentire l'elaborazione della stessa in un contesto relazionale (Data base relazionale)
- Per consentire la conservazione del dato in un ambito standardizzato e predefinito (Datawarehouse)

Why code?



Scardamaglio A.

Perchè si classifica?

- Per avere una descrizione per classi di un insieme di tipo esaustivo e mutuamente esclusivo nei confronti degli elementi che lo compongono
- Per conferire al nostro sistema una gerarchia funzionale e/o strutturale
- Per consentire la discriminazione simultanea degli elementi che costituiscono un insieme
- Per analizzare e/o sintetizzare le informazioni attraverso la loro collocazione in sottoinsiemi logici.

Why classify?



Scardamaglio A.

Come si classifica

- Disporre le informazioni in un dato dominio esaustivo di conoscenze
- Suddividere il suddetto dominio in opportuni contenitori di conoscenza (classi, categorie, sezioni, gruppi, fasce, specie, ecc.)
- Stabilire il modello logico del collegamento tra i contenitori (relazionale, gerarchico, reticolare)
- Verificare l'unicità e la mutua esclusività dell'unità informativa inserita nei singoli contenitori.

How classify?



Scardamaglio A.

Tipologie

Modello lineare. Collocazione delle entità in una gerarchia lineare di classi collegate da una relazione esprimibile come **meglio di** ovvero **superiore a** la cui opposta si esprime con **peggio di** o **inferiore a**.

Modello ad albero o tassonomie. Ripartizione delle entità da esaminare in sottoinsiemi che raccolgono entità che presentano valori uguali o simili per qualche attributo considerato importante e significativo.

In tal caso il termine "classificazione" viene spesso accompagnato da aggettivi come "articolata", "gerarchica", "linneana", "multi-level".

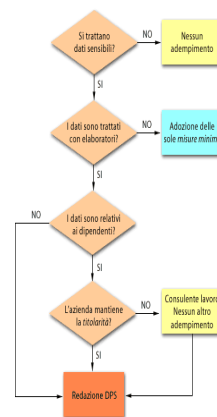


Scardamaglio A.

Tecniche

La presentazione di ogni classificazione comporta la identificazione dei contenitori e la precisazione dei collegamenti fra i contenitori.

Per descrivere le classificazioni, può essere utile servirsi delle nozioni e del linguaggio della **teoria dei grafi**. Tale tecnica permette di illustrare visivamente molti aspetti delle classificazioni più complesse.



Scardamaglio A.

Sistematica

Le classificazioni, nelle loro varie tipologie, possono dare origine ad un'unità sistematica più o meno coerente.

una **sistematica** è il prodotto dell'attività classificatoria ed è definibile come la realizzazione concreta della distinzione uno/molti parti/tutto.

La coerenza sistematica costituisce un indice della coesione di una classificazione

I problemi di fondo di ogni sistematica sono:

- 1) le somiglianze e le differenze fra le parti;
- 2) la loro dipendenza dall'insieme;
- 3) la dipendenza del tutto dalla parti.



Scardamaglio A.

Classificazioni in sanità

a) *Classificazioni destinate all'inquadramento delle malattie:*

- **ICD** (International Classification of Disease, ICD9CM, ICD10);
- **ICPC** (International Classification of Primary Care)



a) *Classificazioni destinate all'inquadramento dei pazienti:*

- **DRG** (Diagnosis related group),
- **APR-DRG** (All Patient Refined DRG),
- **Disease Staging**,
- **ICF** (International Classification of Functioning, Disability),
- **RUG** (Resource Utilization Groups)

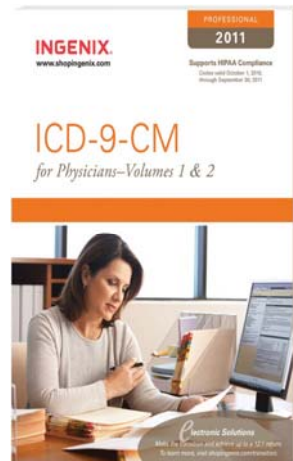
Scardamaglio A.

a) Le malattie

Le malattie e i traumatismi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati.

Negli Stati Uniti, un Comitato ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata del sistema ICD:

la **ICD-9-CM** ("International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification"), che viene utilizzata dal 1979.

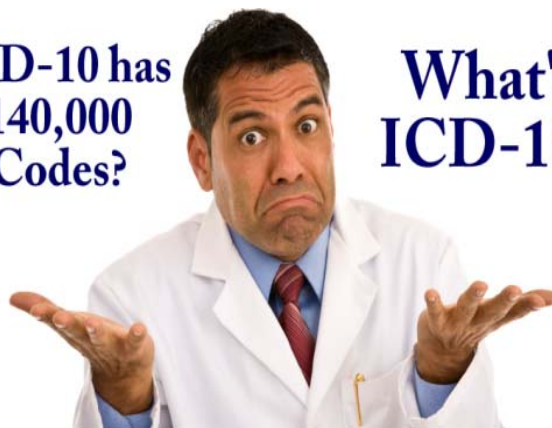


Scardamaglio A.

L'ICD e le malattie

ICD-10 has
140,000
Codes?

What's
ICD-10?

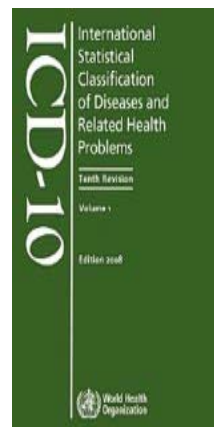


Scardamaglio A.

L'ICD 10

La strategia generale, alla base della ICD-10, è di sviluppare una **"famiglia di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute"**, costituita da una classificazione principale propriamente detta e da una rete di classificazioni satellite, relative ad aspetti specifici quali:

- **Adattamenti specialistici**
- **Supporto per l'assistenza sanitaria di base;**
- **Altre classificazioni correlate alla salute** (Menomazioni, Disabilità, procedure, ecc.).

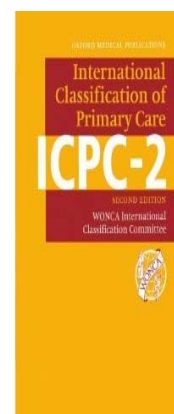


Scardamaglio A.

L'ICPC

Dalla sua apparizione sulla scena mondiale l'ICPC (International Classification of Primary Care) ha ricevuto crescenti consensi e il diffuso riconoscimento di **classificazione adatta alla codifica delle cure primarie da parte del medico di base.**

La prima pubblicazione con tale denominazione avviene nel 1987 (ICPC-1). Nel 1998 il WONCA pubblica l'ICPC-2, versione che da tale data riscuote consensi, oltre che in Australia e nel Nord America, anche in Europa.



Scardamaglio A.

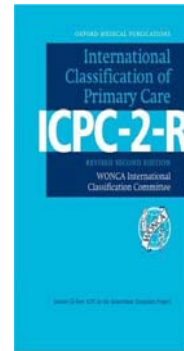
L'ICPC

La classificazione trae origine dalla **discrepanza, in termini di coerenza classificatoria**, dell'ICD che si articola su tre assi non omogenei per le categorie descritte:

- 1) patologia segmentaria: capitoli III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XIII e XIV;
- 2) eziologia: capitoli I,II,XVII,XIX,XX;
- 3) altri criteri: capitoli XV,XVI,XVIII,XXI

Questa **commistione di assi** fa sì che entità diagnostiche differenti possono essere classificate con uguale logica in più di un capitolo.

Ad es. l'influenza può essere classificata sia nel capitolo delle infezioni che in quello delle malattie respiratorie.



Scardamaglio A.

L'ICPC2

L'ICPC-2, articolata su due assi, si compone di **17 capitoli** identificati da un codice alfanumerico composto da due cifre precedute dalla lettera che definisce ogni capitolo.

Si distinguono **7 componenti** che, facendo anch'esse parte dei capitoli, sono definite da due cifre precedute da una lettera dell'alfabeto. Rappresentano i tre elementi essenziali della cura medica: il motivo del ricorso alle cure mediche, diagnosi o problemi, procedure terapeutiche.

La struttura prevede la **priorità del criterio di classificazione anatomico su quello etiologico** e un numero abbastanza ristretto di codici (1.271 contro i circa 15.000 dell'ICD9-CM).



Scardamaglio A.

L'ICPC2

Punti di forza:

- 1) Diffusa utilizzazione in molte nazioni
- 2) Centralità del malato nella codifica;
- 3) Facilità d'impiego;
- 4) Concetto di comorbidità e di episodio terapeutico supportato;
- 5) Priorità del motivo di richiesta di assistenza medica;
- 6) Considerazione degli aspetti sociali dell'assistenza medica

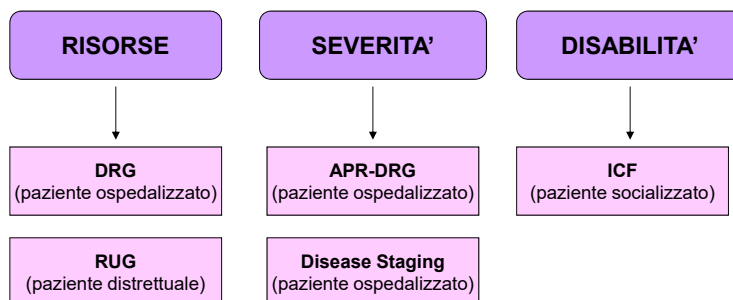


Punti di criticità:

- 1) Non è ben collegata con l'evoluzione della malattia e della sua diagnosi;
- 2) Lista molto ristretta e scarso livello di dettaglio;
- 3) La codifica è carente per gli usi epidemiologici e amministrativi;
- 4) Facile ricorso a codifica di tipo residuale con utilizzo di codici omnicomprensivi tipo "99".

Scardamaglio A.

b) I pazienti



Scardamaglio A.

Sistemi

S. Iso-risorse: Assegnano ad ogni paziente dimesso ad una specifica categoria che necessita di un'eguale quantità di risorse fisiche ed economiche che pazienti assorbono per la loro cura.

S. iso-severità: Assegnano i pazienti ai vari gruppi in base alla severità clinica della malattia. Pazienti con uguale patologia e uguale severità sono assegnati allo stesso gruppo

S. iso-disabilità: Assegnano i pazienti ai vari gruppi in base alla severità del disagio sociale procurato dalla disabilità.



Scardamaglio A.

Il case-mix

Una definizione omnicomprensiva

Rapporto tra un prefissato indice di performance di una struttura sanitaria e lo stesso indice calcolato per la struttura di riferimento che costituisce lo standard (Ospedale, Azienda, Regione, Nazione). Rappresenta un **indicatore di complessità della casistica trattata**.

Applicazioni

Purchè si disponga di uno standard di riferimento, può essere applicato in ogni settore assistenziale per la **misura della performance in termini di confronto**.



Scardamaglio A.

Il case-mix

La valutazione del case-mix diventa sempre più importante anche in ragione della complessità delle problematiche medico-sociali emergenti e del progressivo aggravamento delle condizioni cliniche dei pazienti assistiti non solo nelle strutture ospedaliere, ma soprattutto nei servizi residenziali e domiciliari.

Un approccio sistematico a questi problemi impone l'utilizzo di strumenti di **analisi del case-mix assistenziale** per la valutazione del:

- **carico assistenziale**
- **corretta allocazione dei pazienti,**
- **organizzazione del lavoro.**



Scardamaglio A.

Il case-mix

• La **variabilità clinico assistenziale** dei pazienti geriatrici appare molto forte sia in termini generali, che di problematicità (problemi respiratori, lesioni da decubito, problemi comportamentali ecc.)

• Al variare dei pazienti – o delle loro condizioni cliniche – si delineano situazioni di **carico di lavoro imprevisto** o necessità di competenze professionali non preordinate.

• La **variabilità dei pazienti** impone il loro inserimento in strutture in grado di offrire adeguati livelli di assistenza, ed il giusto riconoscimento dei loro costi.

• La **complessità** derivante da tale “variabilità” può essere affrontata con l’adozione di idonei strumenti standardizzati di analisi del **case-mix assistenziale**.



Scardamaglio A.

DRGs

- Il **DRG (Diagnosis Related Group)** è un sistema di classificazione dei pazienti ospedalieri creato verso la fine degli anni settanta in USA e adottato in Italia a partire dal gennaio 1995 (DM 15 maggio 1994) quale base di calcolo per il finanziamento ospedaliero;
- **L'obiettivo del sistema** è quello di attribuire a ciascun gruppo una tariffa che rappresenta il rimborso che l'ospedale riceverà a copertura dei costi sostenuti.



Descrizione delle principali modificazioni tra la versione 19.0 e la versione 24.0 del sistema di classificazione Medico DRG.

Scardamaglio A.

DRGs

- Gli input principali di un sistema DRG sono le informazioni contenute nella **Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)** attraverso i codici ICD-9-CM di diagnosi e procedure;
- Le informazioni contenute nella SDO vengono poi elaborate dal **software Grouper DRG** che assegna i pazienti ad uno dei gruppi di DRGs a cui viene associata una tariffa ministeriale (la **versione 24.0** prevede 538 gruppi validi, numerati da 1 a 579).



Scardamaglio A.

DRGs

- **La caratteristica principale** di ogni DRG è quella di rappresentare un gruppo di pazienti omogeneo quanto a consumo di risorse e caratteristiche cliniche.
- **Il limite** principale di un simile sistema di classificazione è quello di non tener conto della eventuale differente gravità clinica di una determinata patologia.



Scardamaglio A.

DRGs

- Tale limite ha prodotto negli USA numerose segnalazioni relative ad importanti criticità del sistema nella valutazione di **pazienti geriatrici ad elevata comorbidità e disabilità**.
- La pratica assistenziale quotidiana ha confermato anche nel nostro Paese la presenza di consistenti limiti del sistema DRG nel descrivere e remunerare la **casistica dei pazienti anziani a comorbidità più elevata**.



Scardamaglio A.

APR-DRG

All Patients Refined – Diagnosis Related Groups (APR – DRG)

È un sistema basato sui dati provenienti dalle SDO.

Ogni ricovero viene analizzato dal software di raggruppamento ed è classificato in uno dei 956 gruppi APR-DRG (APR Grouper ver. 24).

Tiene conto delle differenze nella composizione della casistica dovute al diverso grado di severità.

Le valutazioni della qualità vengono pesate almeno per la severità clinica (risk adjusted o severity adjusted)

Una classificazione
più affinata
aiuta a fare valutazioni più accurate



Scardamaglio A.

APR-DRG

- Il sistema 3M™ APR-DRG si propone come strumento di misurazione affinato della casistica ospedaliera per **l'analisi degli esiti del percorso assistenziale**.
- Gli APR-DRGs sono articolati in **sottoclassi** che differenziano i pazienti in relazione alla severità della malattia e al rischio di morte.
- Tali sottoclassi descrivono **l'impatto della gravità clinica sull'intensità di assorbimento di risorse** nel processo assistenziale.
- Per ciascuna sottoclasse è disponibile un **peso relativo** che esprime la **costosità media di un caso** rispetto alla **costosità del caso medio non differenziato** in una popolazione di riferimento.

Scardamaglio A.

APR-DRG

Ciascun APR si articola in 4 sottoclassi omogenee:

- 1 = Lieve,
- 2 = Moderato
- 3 = Grave
- 4 = Estremo



Tali classi differenziano i casi in relazione:

- alla **severità della malattia (SM)**, in termini di entità dello scompenso fisiologico o di perdita di funzionalità di organo;
- al **rischio di morte (RM)**, inteso come probabilità di decesso.

Scardamaglio A.

APR-DRG - Descrittori

Il sistema APR assegna i suoi descrittori (APR, SM, RM) utilizzando la base dati della SDO. Si intuisce quindi l'importanza della qualità della codifica.

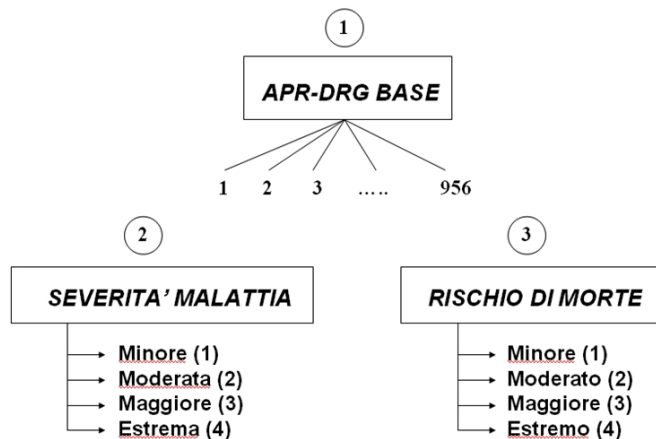
Tanto più sarà specifica, completa e corretta la SDO, tanto più si possono effettuare valutazioni appropriate sulla casistica analizzata.

I migliori risultati si ottengono introducendo nella SDO almeno 3 diagnosi secondarie

Scardamaglio A.

APR-DRG - Descrittori

PRINCIPALI DESCRITTORI DEL SISTEMA APR-DRG



Scardamaglio A.

APR-DRG - Utilizzo

- Con l'apporto delle informazioni aggiuntive circa la "severità della malattia" ed il "rischio di morte", la classificazione risulta più fine rendendo possibile la valutazione dell'**appropriatezza organizzativa** dei ricoveri ospedalieri.
- Permette una valutazione in senso qualitativo e quantitativo della disabilità e della severità clinica (fragilità) specialmente negli anziani ricoverati in reparti per acuti (**valutazione multidimensionale -VMD**).
- Permette il riconoscimento delle risorse assorbite nei suddetti campi anche al fine di una sua più **equa remunerazione**.



Scardamaglio A.

Disease Staging

Generalità

E' un sistema di classificazione dei pazienti **basato sulla severità clinica**, che sviluppa il "concetto di stadiazione".

In particolare, il Disease Staging considera circa 600 categorie diagnostiche definite in base alla localizzazione, alla eziologia e al grado di diffusione della patologia.



Disease Staging

Classificazione dei pazienti

Il Sistema

L'algoritmo automatico per la definizione degli stadi e delle "scale" (degenza, consumo di risorse e mortalità) utilizza i codici ICD-9-CM e le variabili della schede nosologiche (SDO)



Disease Staging

La classificazione

Uno dei risultati ricavabili dalle procedure contenute nel **software Disease Staging** (ver. 5.24) è la possibilità di attribuire, a ciascuna delle **596 categorie diagnostiche**, **4 livelli di gravità**, gerarchicamente ordinati, basati sulla severità fisiopatologia delle manifestazioni della malattia . Tali livelli di gravità sono classificabili come segue:

- **Stadio 1**: condizioni senza complicanze o con problemi di gravità minima, limitati alla sede di insorgenza della malattia;
- **Stadio 2**: condizioni a diffusione locale o loco-regionale, con rischio di complicanze maggiore rispetto allo stadio 1;
- **Stadio 3**: condizioni con interessamento di più organi o con complicanze sistemiche, a prognosi molto grave;
- **Stadio 4**: morte.

Scardamaglio A.

Disease Staging

L'appropriatezza

I casi attribuibili ai più bassi livelli di gravità sono quelli che comportano il maggior rischio di inappropriately del ricovero ordinario.



Scardamaglio A.

Disease Staging

Applicazioni

I campi di applicazione variano dalla ricerca clinica ed epidemiologica alla gestione della sanità pubblica.

L'utilizzo più interessante per le aziende sanitarie sono quelle legate al campo dell'**appropriatezza delle prestazioni**:

- condizioni suscettibili di trattamento in regimi assistenziali alternativi alla degenza ordinaria
- categorie di ricoveri che dovrebbero diventare oggetto di attività di revisione interna (Audit clinico)



Scardamaglio A.

Sistema RUG

Generalità

Tra gli **strumenti di case-mix** delle strutture per l'assistenza post-acuta e residenziale, adottati in altri paesi il più diffuso è il sistema RUG (Resource Utilization Groups) algoritmo che opera attraverso la classificazione dei pazienti in gruppi a **diverso assorbimento di risorse**.

Il sistema RUG viene utilizzato negli Stati Uniti per la remunerazione delle Nursing Home.



Scardamaglio A.

Sistema RUG

Il Sistema

Il sistema RUG è stato costruito utilizzando come base informativa il **Resident Assessment Instrument (RAI)**, strumento di valutazione multidimensionale che attraverso il **Minimum Data Set (MDS)** indaga le principali aree problematiche dei pazienti inseriti in programmi di assistenza a lungo termine.

Il sistema è stato in questi anni introdotto e sperimentato anche in Canada, in Giappone e in diversi stati Europei.



Scardamaglio A.

Sistema RUG

La classificazione

La più recente versione del sistema, il RUG III, è strutturato in 44 classi assistenziali.

L'architettura del RUG III prevede la distinzione di **7 raggruppamenti principali**:

- **Riabilitazione**
- **Assistenza intensiva**
- **Assistenza specialistica**
- **Polipatologia**
- **Deficit cognitivi**
- **Deficit comportamentali**
- **Riduzione funzione fisica**



Scardamaglio A.

Sistema RUG

Assegnazione dei pazienti

Nell'ambito dei 7 raggruppamenti principali, vengono individuati sottogruppi con criteri identificativi a scalare definiti sulla base di:

- a) alcuni criteri generali clinico-assistenziali
e/o
- b) il punteggio ottenuto nella **scala ADL** (Activities of Daily Living) per l'assegnazione ai 44 gruppi RUG
- c) Il punteggio del **Minimum Data Set** per l'assegnazione allo specifico RUG

Scardamaglio A.

Sistema RUG

Caratteristiche del sistema

- **L'attribuzione ai RUG** tiene conto solo marginalmente delle diagnosi di malattie in corso (9 items su 109). Si fonda essenzialmente sulle problematiche di maggior impegno assistenziale e le incrocia con la scala di disabilità basata sulle ADL.
- L'attribuzione al RUG (Software **RUG-Grouper**) segue una logica a "cascata": il paziente che non possiede le caratteristiche minime per essere inserito nel primo raggruppamento scatta a quello successivo e così via fino all'ultimo, ove sono inseriti i pazienti che presentano solo problemi di non autosufficienza e limitazione delle funzioni motorie.

Scardamaglio A.

Sistema RUG

Applicazioni

- Attraverso il sistema RUG è possibile individuare e quantificare **le principali criticità assistenziali** ripartendone il peso per le diverse figure professionali e quindi **“pesare” il singolo paziente** sia in una ottica remunerativa che di corretta allocazione.
- **I minuti di assistenza** sono rilevati su ampi campioni di strutture erogatrici direttamente al letto dei pazienti attraverso la registrazione dei singoli atti assistenziali.



Scardamaglio A.

ICF - Classificazione

Generalità

L'**ICD** è una classificazione causale che focalizza l'attenzione sull'aspetto eziologico della patologia. Le diagnosi delle malattie vengono tradotte in codici numerici che rendono possibile la memorizzazione, la ricerca e l'analisi dei dati.

L'**ICDH** una nuova classificazione, in grado di concentrare l'attenzione non solo sulla causa delle patologie, ma anche sulle loro conseguenze.

Non si parte più dal concetto di **malattia** inteso come **menomazione**, ma dal concetto di **salute**, inteso come **benessere fisico**, mentale, relazionale e sociale che riguarda l'individuo, la sua globalità e l'interazione con l'ambiente.

Scardamaglio A.

ICF - Classificazione

Strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare e dall'approccio universale: "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute", denominato ICF.

Il termine "handicap" è stato abbandonato.

L'ICF descrive lo stato di salute delle persone in relazione ai loro **ambiti esistenziali** (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità.

L'ICF utilizza il termine "**disabilità**" per indicare un **fenomeno multidimensionale** risultante dall'interazione tra la persona e l'ambiente fisico e sociale.

Scardamaglio A.

ICF - Classificazione



L'ICF è organizzato secondo uno schema gerarchico.

Al fine di rispondere alle necessità degli utilizzatori, è disponibile in due versioni, la **versione completa** che fornisce una classificazione a quattro livelli di approfondimento, e la **versione ridotta** che include i domini in un unico secondo livello.

Si utilizza il programma *WHO ICF Disability and Health*, sia per la selezione delle categorie che per l'uso avanzato delle funzioni.

Scardamaglio A.

ICF - Classificazione

Il Sistema

I **domini contenuti nell'ICF** (funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti, o aree di vita correlate) sono visti come *domini della salute e domini ad essa correlati*.

I **domini** sono descritti in due elenchi principali, suddivisi ciascuno da due **componenti**:

Funzionamento e Disabilità

- a) Funzioni e strutture corporee;
- b) Attività e Partecipazione.

Fattori Contestuali

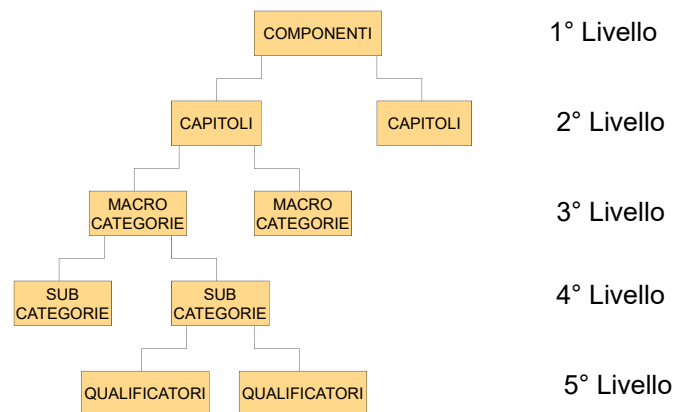
- a) Fattori ambientali;
- b) Fattori personali.



Scardamaglio A.

ICF - Classificazione

Classificazione di tipo gerarchica (rappresent. ad albero)



Scardamaglio A.

ICF - Classificazione

La codifica

Il prefisso alfabetico delle **componenti** è seguito da un codice numerico.

La prima cifra fa riferimento al numero del **capitolo** e indica il primo livello, le seguenti due cifre costituiscono la **macro-categoria** ed indicano il secondo livello, la quarta e la quinta cifra costituiscono la **sub-categoria** ed indicano rispettivamente il terzo e il quarto livello.

Segue un punto e successivamente fino a tre cifre numeriche che costituiscono i **qualificatori** che indicano il grado del livello di salute o la gravità del problema.

Scardamaglio A.

ICF - Classificazione

Esempio di codifica

b	2	10	03	.	2
componente	capitolo	macro-categoria	sub-categoria		qualificatore



Scardamaglio A.

Il sistema CReG

Il **CReG (Cronic Related Group)** rappresenta un modello organizzativo che puntando, a livello del territorio su una gestione unitaria dei pazienti cronici, garantisce la continuità di tutti i servizi ospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare)

L'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che rientrano nel pacchetto CReG sono le stesse previste e finanziate dai LEA.

Il sistema è in sperimentazione nella **Regione Lombardia**.

Scardamaglio A.

Il sistema CReG

Rimborso prospettico

Viene definito con modalità analoghe a quelle utilizzate per pagare le attività erogate in acuzie (DRG).

Ad ogni **raggruppamento omogeneo di patologia (codice CReG)** viene assegnata una tariffa che comprende i consumi per le componenti: ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno e protesica minore.



Scardamaglio A.

Il sistema CReG

I pilastri tecnico-organizzativi:



BDA (banca dati assistito)

Permette di individuare e classificare tutti i soggetti affetti da patologie croniche.

PDT (processi diagnostico terapeutici di cura) e linee guida

Identificano gli appropriati fabbisogni di cura di ogni cronicità. Vengono formalizzate e condivise procedure diagnostiche e terapeutiche regionali per le principali patologie croniche (ipertensione, diabete, BPCO, etc.)

Criterio di remunerazione del servizio

Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia è assegnata una tariffa che comprende i consumi.

Scardamaglio A.

Il sistema CReG

Il criterio di classificazione dei pazienti si basa sul livello di gravità e/o evoluzione della patologia.

- La **tabella A** identifica la popolazione reclutata con il criterio dell'esenzione
- La **tabella B** identifica le regole per l'identificazione della popolazione sui cui calcolare il valore del CReG
- La **tabella C** consente di classificare le categorie omogenee delle patologie.

Il **codice CReG** è composto delle 2 cifre indicate nella tabella C con l'aggiunta di una terza cifra indicante il numero totale delle patologie che si riscontrano nel caso considerato.

Scardamaglio A.

Attuale panorama

La transizione demografica ed epidemiologica

1) Passaggio (transizione) da un regime demografico tradizionale, caratterizzato da alta natalità ed alta mortalità, ad uno moderno dove a bassi tassi di natalità corrispondono contenuti tassi di mortalità (**transizione demografica**).

2) Passaggio da un'alta prevalenza nella popolazione delle malattie infettive ad una situazione caratterizzata da un'elevata prevalenza delle malattie cronico-degenerative o non infettive (**transizione epidemiologica**).



Scardamaglio A.

Nuovi bisogni

I prossimi due decenni vedranno dei cambiamenti drammatici nei bisogni di salute delle popolazioni mondiali

- Nei **paesi in via di sviluppo** le malattie non trasmissibili (cardiopatie, diabeti, malattie psichiche) aumenteranno considerevolmente aggiungendosi alle patologie tradizionali come la malnutrizione, le malattie infettive e la disabilità.

- Nei **paesi sviluppati** si verificherà, per fenomeni di migrazione, un ritorno delle malattie trasmissibili, segnaletiche della transizione epidemiologica, diffuse ancora oggi nei Paesi in via di sviluppo.



Scardamaglio A.

Crisi del welfare

- A causa del fenomeno di **invecchiamento della popolazione** nei paesi sviluppati ed anche in alcuni paesi in via di sviluppo, cresce esponenzialmente la domanda sociale ed individuale di tutela delle malattie.
- E' divenuto pertanto impossibile **garantire tutto a tutti**, come era ambizione dei sistemi di **welfare-state** fino alla svolta degli anni settanta.
- Le risorse a disposizione, un tempo assunte come variabile indipendente, debbono oramai essere contenute all'interno di **dimensioni sostenibili** da parte delle economie nazionali.



Scardamaglio A.

La cronicità

Il riparto del fondo sanitario nazionale e regionale assegna all'assistenza extra-ospedaliera la massima quota di risorse economiche.

Le **problematiche multidimensionali** post-acute e croniche, appaiono in forte e progressiva crescita, ed interessano una vasta e variegata gamma di tipologie di pazienti, dai disabili (anziani e non), ai comatosi, ai malati di Alzheimer, agli oncologici.

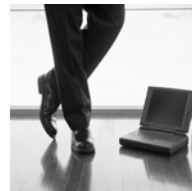
L'adozione di un sistema di **valutazione del case-mix** anche in questo campo è quanto mai urgente.



Scardamaglio A.

Classificazione e valore

- **La classificazione nella sanità pubblica** assume oltre al valore di sistematicità della conoscenza anche il valore di strumento regolatore nell'utilizzo delle risorse comuni.
- **Il sistema di remunerazione a prestazione** dei ricoveri presenta aspetti criticabili per i limiti intrinseci alla struttura dei DRGs, ma costituisce comunque un punto di non ritorno, rispetto a cui ulteriori interventi potranno essere di miglioramento ed adattamento, ma non di abbandono.
- Questi sistemi hanno il difetto di "incentivare" il ricovero di pazienti a più **basso carico assistenziale**.



Scardamaglio A.

L'innovazione

Lo sviluppo e l'utilizzo di **innovativi sistemi di classificazione** dei pazienti permetterà di valutare il sistema assistenziale extra-ospedaliero al fine:

- di creare una **banca dati** che consenta di valutare l'attività delle strutture e la progressione delle condizioni cliniche dei pazienti;
- di riconoscere la **giusta remunerazione** alle strutture che si fanno carico dell'assistenza a pazienti più impegnativi e complessi



Scardamaglio A.

Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

Grazie

Agostino Scardamaglio