

Il sistema di rimborso secondo DRG e gli accessi venosi centrali a lungo termine

C. CAMPISI¹, S. SANDRUCCI², R. BIFFI³, A. VANNUCCI⁴, T. GIULIANI¹

¹CNR, Istituto Tecnologie Biomediche, Roma

²Dip. Discipline Medico-Chirurgiche, Sez. Chirurgia Oncologica, Università degli Studi di Torino

³Divisione di Chirurgia Generale, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

⁴Direzione Sanitaria, Casa di Cura "Villa Fiorita", Prato

A cura del Gruppo Aperto di Studio sugli Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine (GAVeCeLT): P. Bagolan (Roma), R. Biffi (Milano), G. Bonciarelli (Legnago), R. Bruni (Roma), C. Campisi (Roma), L. Carbonari (Ancona), B. Damascelli (Milano), F. De Bernardi (Torino), M. De Cicco (Aviano), M. Gentili (Ancona), M. Pittiruti (Roma), P. Poli (Pisa), S. Sandrucci (Torino)

INTRODUZIONE

Il processo di riordino previsto dai D.Lgs. 502/92 e 517/93 pone le basi per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale attraverso l'introduzione di meccanismi di responsabilizzazione sull'attività svolta.

Uno degli elementi più forti dell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie è quindi rappresentato dal concetto di "responsabilizzazione sui risultati", in particolare inteso come coerenza e appropriatezza tra risultati conseguiti e risorse impiegate.

Primo tra i meccanismi di responsabilizzazione è il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali, imperniato sul pagamento prospettico delle prestazioni rese, a loro volta calcolate sulla base di tariffe predeterminate e parzialmente corrette tenendo conto delle risorse assorbite durante il processo assistenziale.

Il nuovo modello di azienda sanitaria è pertanto chiamato ad assicurare ai cittadini l'erogazione dei servizi, ovviamente garantendo un adeguato livello di qualità delle prestazioni, ma per la prima volta introducendo il limite delle risorse disponibili. In compenso, queste devono essere gestite necessariamente secondo criteri manageriali riconducibili al rispetto di opportuni parametri di efficienza e di efficacia.

In particolare, le nuove norme prevedono che i trasferimenti remunerativi delle Regioni alle aziende sanitarie ospedaliere non tengano più conto del numero dei giorni di degenza né delle risorse comunque impegnate, ma più semplicemente che il rimborso avvenga in base al numero e al tipo di prestazioni effettuate. In altre parole, lo Stato finanzia le aziende sanitarie attra-

verso una tariffa fissata *ex ante* per ogni prestazione resa e questa non può variare in funzione dei costi di volta in volta sostenuti per la produzione della prestazione (1).

In questo modo il rischio economico e finanziario, rappresentato dall'eventuale eccedenza o perdita del costo della prestazione rispetto alla tariffa, viene trasferito dallo Stato, attraverso le Regioni, alle aziende sanitarie, le quali necessariamente vengono incentivate a perseguire obiettivi di efficienza. Ciascun ospedale pertanto deve far fronte agli eventuali margini negativi risultanti da uno squilibrio fra costi di produzione e ricavi, ma allo stesso tempo può trattenere gli eventuali margini positivi, che possono essere destinati ad ulteriori investimenti (1-3).

Risulta evidente che, rispetto al precedente sistema di finanziamento basato sul rimborso dei costi sostenuti a consuntivo (e cioè a "più di lista") che ha portato per lunghi anni a gravi disavanzi di bilancio per le aziende sanitarie, si è voluto promuovere alcuni incentivi che privilegino le strutture più efficienti.

In particolare, il nuovo sistema di finanziamento prospettico è stato promosso con l'intento di perseguire alcuni obiettivi prioritari quali quelli di fornire alle aziende sanitarie i seguenti prodotti (4):

1) gli incentivi necessari per promuovere criteri di gestione manageriale, che siano in grado di privilegiare la programmazione delle attività e il controllo della spesa;

2) un modello gestionale in grado di fornire le informazioni necessarie per promuovere tali attività;

3) un modello decisionale, motivato dalla conoscenza dei dati e dalla valutazione critica delle attività svolte,

in grado di produrre un risparmio delle risorse globali impiegate.

Il sistema di rimborso attuale prevede il riconoscimento di tariffe diversificate a seconda che le prestazioni vengano erogate in regime ambulatoriale, in ricovero diurno o breve, e in ricovero ordinario.

Il rimborso delle prestazioni ambulatoriali avviene secondo un rimborso forfettario, definito da un tariffario regionale e aggiornato periodicamente sulla base di un tariffario nazionale di riferimento.

Per le prestazioni in regime di ricovero, invece, la fonte informativa primaria per la classificazione della singola prestazione è rappresentata dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che costituisce di conseguenza il documento fondamentale per la individuazione della tariffa corrisposta. Nella compilazione dello SDO il medico ospedaliero deve necessariamente convertire, al momento della dimissione del malato e nella maniera più congrua, ogni possibile patologia o sintomo nell'ambito di una delle oltre 4000 diverse voci previste nella 9ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9 - *International Classification of Diseases*, 9ª Edizione), che viene utilizzata in Italia come riferimento (5, 6).

I codici prescelti dal medico ospedaliero nell'ambito dell'ICD-9 vengono fatti confluire, a seconda della tipologia e della complessità del percorso diagnostico-terapeutico, nel sistema di classificazione definito *Diagnosis Related Groups* (DRGs), tradotto in italiano come *Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi* (ROD), che prevede 492 voci diverse (7-9).

Ai fini pratici del rimborso, tutte queste voci vengono successivamente a loro volta raggruppate in ulteriori 25 Categorie Diagnostiche Principali (MDC, *Major Diagnostic Categories*), tra quelle indicate dalla 10ª versione HCFA del 1993.

In base alle singole voci previste dal MDC, il sistema riconosce procedure prevalentemente mediche o chirurgiche e, in virtù di legittime e presunte diverse risorse impiegate, necessariamente attribuisce tariffe differenziate.

Dal punto di vista pratico, tali operazioni vengono effettuate mediante uno strumento informatico, chiamato *DRG-Grouper*: inserendo all'interno di questo programma i dati relativi alla SDO, questo è in grado di attribuire un DRG medico (*Non-Operating Room Procedure*, NOR Proc.) o chirurgico (*Operating Room Procedure*, OR Proc.), quest'ultimo generalmente accreditato di entità di rimborso maggiore, a parità di diagnosi (10).

In definitiva, il *Grouper* attribuisce ad ogni DRG una tariffa specifica, che rappresenta la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori sulla base dell'attività svolta in regime di ricovero. In particola-

re, la tariffa non tiene conto dell'effettivo costo sostenuto, ma viene stabilita in base alle prestazioni prevalenti, se di tipo medico o chirurgico.

Nel caso della coesistenza di diagnosi o di interventi complessi o multipli, mentre per le categorie assegnate al sottogruppo medico acquista rilevanza preminente la diagnosi principale rispetto a quelle secondarie, per le categorie chirurgiche viene preso in considerazione l'intervento che ha richiesto l'impiego di maggiori risorse.

Nell'ambito delle tariffe massime previste, a quelle che sono prestate in regime di (*One*) *Day Surgery*, che comprendono quelle prestazioni chirurgiche erogate a pazienti ricoverati per una sola notte, viene riconosciuta una quota percentuale della voce corrispondente al ricovero ordinario. Questa è stata indicata da Ministero della Sanità nella misura del 75%, ma ogni regione ha recepito tale valore percentuale in maniera diversa a seconda della politica sanitaria locale, per cui sussistono realtà diverse: ad esempio la Regione Veneto ha portato tale percentuale all'80% e la Regione Umbria al 100%. In altre regioni, addirittura, tale realtà deve ancora trovare applicazione.

Le prestazioni erogate secondo Ricovero Diurno (*Day Hospital*) vengono riconosciute invece secondo una tariffa predefinita e forfettaria che fa riferimento alla voce di MDC specifica.

A completamento di quanto detto, è bene tenere presente che le tariffe relative a ciascuna classe di ricoveri tengono conto delle risorse normalmente assorbite durante il processo assistenziale e che il Ministero della Sanità ha scelto di fare riferimento alla media dei costi di produzione sostenuti per ogni singolo DRG da un campione di ospedali simili ed omogenei per caratteristiche (ad esempio ospedali ad alta specializzazione, regionali o di zona, case di cura convenzionate, ecc): tale sistema viene definito *costo standard specifico*.

La tariffa stabilita a livello ministeriale può essere poi modificata, ma solo in senso riduttivo, dalle singole regioni sulla base di rilevamenti locali, ma prevede che sia modificata nel tempo a seconda delle diversità che le novità organizzative o tecnologiche saranno in grado di apportare alla routine clinica.

I problemi applicativi derivano dal fatto che, essendo il *Grouper* un prodotto importato dal modello sanitario statunitense che prevede criteri di classificazione delle malattie diversi e molto più amplificati (adottando l'ICD-9 CM - *International Classification of Diseases - 9th Revision, Clinical Modification*) rispetto al sistema di riferimento in Italia (che adotta invece l'ICD-9), nel programma è stato aggiunto un traduttore (*mapping*) per adattare lo stesso al sistema ICD-9 impiegato dal nostro medico ospedaliero (11, 12).

Da questa distorsione concettuale derivano alcune

conseguenti (e per molti versi inevitabili) distorsioni operative, nonostante il *Medicare Code Editor* (MCE), annesso al grouper, provveda ad un controllo di qualità delle procedure.

La adozione del sistema con rimborso a prestazione consente sicuramente con maggiore efficacia di controllare la spesa sostenuta per le prestazioni erogate, e soprattutto di prevederne l'entità (13). Ma allo stesso tempo conviene riflettere bene sulla possibilità che esso possa generare nell'ambito della struttura ospedaliera alcune tendenze contrarie all'efficienza della prestazione, attuando il trasferimento di alcune distorsioni applicative nei piani di assistenza sanitaria.

In questo contesto, la procedura di impianto dell'accesso venoso centrale a lungo termine può rappresentare un caso per molti versi emblematico.

L'accesso venoso centrale a lungo termine

I primi cateteri per uso intravascolare sono stati impiegati nei primi anni cinquanta ma sono stati introdotti nella routine clinica solo negli anni settanta, quando l'adozione di elastomeri di silicone caratterizzati da maggiori doti di elasticità e morbidezza ha finalmente consentito di ridurre drasticamente l'incidenza di tromboflebiti venose centrali.

Lo sviluppo della via transcutanea quale strategia tecnica per il posizionamento, in affiancamento alla tradizionale tecnica a cielo aperto, ha poi allargato le competenze ad altre figure professionali anche non direttamente afferenti all'area chirurgica, e quindi l'ulteriore diffusione del presidio.

Nel campo dei sistemi di accesso venoso centrale a lungo termine, negli anni settanta sono stati elaborati, e negli anni ottanta ulteriormente perfezionati, cateteri a una e due vie, con valvola o senza, tunnellizzabili nel tessuto sottocutaneo o meno, e i cateteri di Hohn, di Broviac, di Leonard, di Groshong e le camere di accesso sono entrate nell'uso abituale di molti centri clinici specializzati: i primi ad esserne interessati sono stati i centri di oncologia.

Negli anni novanta, infine, sono stati sviluppati i cateteri venosi centrali ad impianto periferico (PICC), sono state raffinate le metodiche costruttive grazie all'impiego di materiali diversi (elastomeri di poliuretano per i cateteri, titanio, polisulfone, altri materiali plastici per le porte di accesso) e di metodiche di impianto, fino a costituire oggi per le aziende un settore autonomo di sviluppo, per i sanitari un campo applicativo specifico e per il paziente una opportunità precisa per molte patologie.

Con l'evolversi dei materiali e delle tecniche di impianto, l'attenzione della classe medica nei confronti dei

sistemi di infusione venosa da un vaso centrale si è andata tramutando dapprima in interesse e, negli ultimi anni, in attenta considerazione, collocando gli iniziali pregiudizi nel giusto ruolo di una valutazione del rapporto costo-beneficio.

Attualmente il sistema di accesso venoso centrale a lungo termine costituisce una opzione metodologica indispensabile per poter attuare alcuni regimi terapeutici insostituibili e per poter rendere sicura e agevole la gestione clinica di pazienti affetti da molte patologie croniche (tumori, AIDS, enteropatie croniche, patologie congenite di interesse ematologico, deficit neurologici ecc) (14).

La relativa diffusione della metodica viene rimessa però in discussione dal nuovo regime di rimborso secondo DRG, che rendendo economicamente non remunerativa la metodica appare realisticamente in grado di rappresentare una grave interferenza nelle attività specificamente medico-professionali.

Il sistema attuale di rimborso nell'accesso venoso centrale a lungo termine

Da quanto brevemente descritto, appare subito chiaro che il punto di vista della collettività (il cui interesse è massimizzare il proprio benessere contenendo i costi è rappresentato dalla Regione) potrebbe non coincidere con quello dell'Azienda Ospedaliera, il cui interesse invece è quello di massimizzare il profitto (15).

Vogliamo quindi adesso tentare di calzare queste osservazioni nell'ambito specifico della metodica in esame, e per fare questo conviene fare alcune premesse.

Da tempo sono segnalate da molti istituti e reparti di cura alcune difformità nel sistema di rimborso relativo all'impianto dell'accesso venoso centrale a lungo termine, apparentemente non giustificabili.

Abbiamo quindi proceduto ad incroci simulati con il *Grouper* e abbiamo potuto facilmente constatare il fatto che il codice secondo ICD-9 corrispondente al posizionamento di un sistema di accesso venoso centrale a lungo termine totalmente impiantabile (cod. 86.07) non produce alcun tipo di DRG chirurgico, tranne che per "i melanomi della cute" (cod. 172.0/4), per i "tumori della cute" (cod. 173.0/4) e per i "tumori della mammella" (cod. 174.0/9). Un ulteriore motivo di paradosso è quello relativo al fatto che il posizionamento di un catetere tunnellizzato tipo Hickman, che costituisce una procedura del tutto analoga ma che viene codificata come ICD-9 = 38.93, non produce in nessun caso un DRG, nemmeno di tipo chirurgico, e tanto meno per i tumori della cute o della mammella.

Non tenendo pure conto che la tariffa cambia legger-

mente in base alla Regione e al tipo di struttura sanitaria di riferimento (ospedale, ospedale ad alta specializzazione, casa di cura convenzionata, ecc), sulla base di quanto prima premesso può essere ora chiaro che, in assenza di altre procedure chirurgiche prevalenti, il rimborso viene attualmente riconosciuto secondo le tre diverse modalità sotto elencate.

1) Se il paziente è in *ricovero ordinario*, la tariffa corrisposta è quella relativa al DRG medico della patologia di dimissione, indipendentemente dalle procedure diagnostiche e terapeutiche adottate (e quindi anche dell'impianto del presidio). Solo ed esclusivamente nel caso in cui l'impianto del presidio preveda l'adozione di un port (ma non di un catetere tunnellizzato) e la cura di pazienti affetti da tumore della cute e della mammella, viene invece riconosciuto un rimborso corrispondente al DRG chirurgico.

2) Analogamente, può essere adoperato il ricovero in *(One) Day Surgery*, e anche in questo caso verrà corrisposto il rimborso relativo al DRG chirurgico corrispondente (e pari ad una percentuale variabile ma agganciata alla tariffa del ricovero ordinario), ma esclusivamente nel caso in cui è stato impiegato il port e in pazienti affetti da tumori della cute o della mammella. Un ulteriore motivo di discriminazione grave deriva dal fatto che non tutte le regioni riconoscono tale modalità di ricovero (per esempio la Regione Lazio), mentre nella migliore delle ipotesi la tariffa corrisposta è geograficamente del tutto difforme anche in relazione a quella percentuale (il 75% della tariffa corrispondente al ricovero ordinario) indicata dal Ministero della Sanità.

3) Nel caso in cui il paziente usufruisce del ricovero di *day-hospital* il rimborso è dato dalla somma della tariffa medica relativa alla diagnosi di dimissione moltiplicata per il numero di giorni di ricovero necessari per l'impianto del presidio, indipendentemente dal tipo di presidio impiegato (port o catetere tunnellizzato).

Da quanto finora detto risulta evidente che, se la metodica non risultasse sufficientemente e opportunamente remunerata, le decisioni cliniche del sanitario potrebbero essere prevaricate o fortemente influenzate dalle esigenze di bilancio dell'amministratore, e ciò sarebbe particolarmente grave nell'ambito di strutture ad alta specializzazione nella cura di malati cronici o portatori di patologie complesse.

Una tale condotta penalizzerebbe:

a) gli interessi dell'ente finanziatore regionale, in quanto potrebbe rimborsare un numero di ricoveri ordinari giustificati in maniera forzata (ma non lecita) per prestazioni altrimenti ritenute, dall'amministratore dell'ospedale, non remunerative;

b) la qualità dell'assistenza per l'ente erogatore, che altrimenti viene portato (per esclusive motivazioni eco-

nomiche) a ridurre il numero delle prestazioni inerenti la metodica e costretto ad utilizzare procedure cliniche alternative;

c) il personale sanitario, che verrebbe esposto a scelte e rischi professionali non congrui per modalità di ricovero non idonee;

d) il paziente-cliente, che non potrebbe godere dei vantaggi inerenti la metodica, e in particolare quelli inerenti la qualità di vita e la possibilità di accedere a servizi e programmi di assistenza esclusivi (infusione continua di farmaci, nutrizione parenterale ecc).

Modalità attuative del meccanismo di rimborso

Qualunque ipotesi di lavoro, per essere valida ai fini propositivi, non può prescindere da quanto sopra descritto.

È d'altronde doveroso da parte di società scientifiche o gruppi di lavoro qualificati produrre contributi utili per fornire indicazioni propositive sulla base di osservazioni scaturite dalla applicazione quotidiana delle regole legislative: ciò per fornire indicatori di qualità anche alternativi rispetto a quelli già previsti (16).

Volendo procedere ad una analisi riassuntiva, la prima osservazione è che all'ente ospedaliero vengono riconosciute tariffe diversificate per la medesima procedura soltanto sulla base di diagnosi diverse, esercitando quindi di fatto una sorta di discriminazione tra categorie diverse di pazienti e portando a privilegiare quelli acriticamente ritenuti più remunerativi (tumori della cute e della mammella).

Un ulteriore motivo di discriminazione, nell'ambito di queste classi di soggetti con diagnosi "economicamente privilegiate", è quello relativo al fatto che due procedure analoghe di posizionamento di presidi analoghi (port e cateteri tunnellizzati) possono produrre DRG diversi.

Oltre a ciò, viene a determinarsi una sorta di discriminazione di tipo geografico, anche questa inaccettabile da qualunque punto di vista, essendo privilegiati i soggetti che usufruiscono di strutture sanitarie in cui la Regione ha attivato la remunerazione del *(One) Day-Surgery*.

Un ultimo aspetto è quello ovvio e relativo al fatto che si tratta di una procedura indubbiamente chirurgica, che richiede di norma l'uso della sala operatoria, per la quale però non viene riconosciuto un regime di rimborso adeguato. Per avanzare un solo esempio-paradosso, è sufficiente evidenziare il fatto che un ricovero in *day-hospital* viene reso economicamente vantaggioso solo in presenza di eventuali complicanze là dove queste richiedono il ricovero ordinario.

In definitiva, il regime tariffario appare in grado di portare un evidente conflitto di interesse tra classi diverse di pazienti e tra medici, pazienti e *manager* ospedaliero.

Ma dal punto di vista finanziario, sorge conflitto di interesse anche tra l'azienda ospedaliera (ente erogatore), che coerentemente alle strategie aziendali deve perseguire la massimizzazione del profitto, e la regione (ente finanziatore) che, portavoce degli interessi della collettività, deve minimizzare i costi. Tale conflitto di interesse, entro certi limiti ricercato dal meccanismo di funzionamento, in realtà rischia di scaricare la soluzione dei problemi sull'operatore portandolo a scelte incongrue sul piano sanitario, e a trasferire disagi e rischi sul cliente-paziente.

D'altro canto, l'estrema disinvoltura con cui può essere impiegato il sistema di erogazione del servizio (ricovero ordinario, *day hospital*, *day surgery*, ambulatorio) e in assenza di ogni regolamentazione in merito, rende agli occhi di molti operatori sanitari giustificabile ogni tipo di decisione, questa volta assoggettando in maniera illegittima l'indipendenza della scelta clinica alle necessità di bilancio.

Anche volendo ammettere che alcuni strumenti impiegati dagli economisti devono venire acquisiti anche dal medico per influenzarne le scelte, calibrandole anche su aspetti di tipo gestionale, dovrebbe essere considerato unanimemente auspicabile per il bene comune (come la legislazione corrente d'altronde ritiene) non assoggettare la decisione medica a motivazioni che non siano esclusivamente di tipo clinico.

Per risolvere il problema applicativo correlato all'accesso venoso centrale a lungo termine, possono essere di fatto configurate diverse possibilità.

1) Ricorrere al regime ordinario, caratterizzato da almeno due giorni di degenza e comunque dalla migliore resa economica. Nel caso in cui l'impianto venga effettuato nell'ambito di altre procedure diagnostico-terapeutiche, questo non incrementa l'entità del rimborso e rappresenta invece un aumento di spesa (tranne che per le neoplasie della cute e della mammella), ma è quasi sempre possibile trovare elementi di guadagno economico dalla formulazione di diagnosi quasi sempre di malattie di tipo cronico ad alta remunerazione.

Tale procedura viene spesso adottata dai reparti clinici, anche se alcune regioni stanno effettuando controlli sulle attività degli enti erogatori con il fine di scoraggiare il ricorso a ricoveri impropri che determinano incrementi di spesa non giustificati.

2) Con modalità analoghe una soluzione intermedia, e forse quella da consigliare in molti casi, è quella di adottare il ricovero in (*One Day-Surgery*): ma tale scelta è possibile esclusivamente nelle regioni in cui tale opzione è operativa.

3) Adottare in maniera illegittima il ricovero in *day-hospital*: ma in questo caso per pareggiare i costi, e senza prevedere guadagno per l'azienda ospedaliera, dovrebbero essere previsti almeno 4 diversi accessi. Uno di essi potrebbe coincidere con l'atto operatorio vero e proprio, e gli altri tre dovrebbero essere previsti per controlli diagnostici pre- e post-operatori o per altri tipi di intervento medico che dovrebbero essere invece legittimamente prestati in regime ambulatoriale.

4) Sensibilizzare l'Ente Ospedaliero o la Azienda Sanitaria Locale a promuovere un iter procedurale presso la regione competente di appartenenza in base a quanto previsto dal D.M. 15/4/94, secondo il quale "le regioni e le province autonome possono incrementare il costo standard di produzione di una prestazione di una quota percentuale proporzionale ai costi attribuiti a tale attività". Perseguendo tale strada, che prevede specificamente il finanziamento "a budget" di attività per cui non esiste tariffa, è necessario che l'ente erogatore debba preventivamente fornirsi dei dati contabili relativi alle spese effettivamente sostenute per l'impianto di un accesso venoso centrale a lungo termine secondo le procedure normalmente impiegate. In altri termini, dovrebbe essere in grado di individuare la tariffa basata sui costi standard desunta dalla analisi delle risorse mediamente impiegate da centri di provata efficienza e dal numero di prestazioni effettuate in rapporto ai pazienti potenzialmente interessati alla metodica.

Una alternativa a ciò sarebbe quella di sensibilizzare l'ente ospedaliero o l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento a riconoscere la necessità dell'atto medico nell'interesse del cliente-paziente, individuando poi in altre voci la possibilità di trarre guadagno. In tal modo verrebbe esaltata la figura professionale sia del medico che dell'amministratore-manager (17), ma l'esperienza quotidiana insegna che la strada risulta obiettivamente perseguibile solo in poche realtà locali.

5) Esercitare parte attiva presso l'ordine professionale e le società scientifiche del settore, per operare una azione di pressione nei confronti degli organi centrali (Ministero della Sanità), perché venga riconosciuta l'incongruenza del trattamento e perché vengano apportate le necessarie modifiche del DRG in base a precise linee-guida scientificamente provate. Tale azione di *feed-back* e di controllo è prevista dal sistema di rimborso, ma richiede modalità macchinose e tempi attuativi piuttosto lunghi anche se sarebbero auspicabili attuarsi sinergie utili con quanto previsto nel punto precedente.

In definitiva allo stato attuale i disavanzi derivanti da una attività comunque effettuata e non remunerata in maniera adeguata sono a carico delle risorse aziendali o dell'ente ospedaliero interessato.

Per evitare che la metodica dell'accesso venoso cen-

trale a lungo termine, che rappresenta attualmente un reale beneficio per oltre 25.000 cittadini affetti da patologia cronica nel nostro Paese, venga presto penalizzata dal sistema di rimborso a prestazione; al fine di scoraggiare il ricorso del ricovero ordinario o alla assunzione di rischi professionali incongrui del personale sanitario; per impedire il trasferimento di rischi sanitari eccessivi o per mancate prestazioni (attraverso il razionamento delle stesse) sul cittadino-utente; per tutto ciò è necessario che le categorie professionali promuovano una politica di documentazione e di sensibilizzazione alla problematica, indicandone le soluzioni più idonee.

In questa direzione questo documento costituisce

uno dei contributi da parte del Gruppo Aperto di Studio sugli Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine, che si prefigge lo scopo di promuovere lo studio, la ricerca e la diffusione della metodica secondo i criteri professionalmente più corretti.

Indirizzo degli Autori:
Dr. Costantino Campisi
CNR – Istituto Tecnologie Biomediche
Via Morgagni 30/E
00161 ROMA
e-mail: <campisi@itbm.rm.cnr.it>

BIBLIOGRAFIA

1. Brotzu G. Il sistema DRG per il controllo e la gestione di un ospedale. Torino, Edizioni Minerva Medica, 1997.
2. Bruzzi S. Finanziamento e Gestione delle Aziende Ospedaliere. Milano, Giuffrè Editore, 1997.
3. Mazzucconi R, Micossi P, Zoppei G. Il sistema DRG. Uno strumento di programmazione e valutazione dell'efficienza produttiva ospedaliera. Edizione Il Corriere Medico, 1992.
4. Di Lisio G, Di Ciommo V. Effetti sulle strutture ospedaliere del sistema di rimborso a prestazione. Difesa Sociale, 1997; 1: 87-95.
5. Ministero della Sanità. Linee guida: la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera. (Luglio 1992).
6. Corvino G, Fortino A, Nonis M. La Scheda di Dimissione Ospedaliera. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
7. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case-Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. Med Care, Philadelphia, Ed. Lippincott Company, febbraio 1980; 18: 2.
8. Vanara F. Il nuovo sistema di finanziamento nel servizio sanitario nazionale. Tariffe e raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD/DRG). Roma, Aracne, 1995.
9. Taroni F. DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1996.
10. Vichi MC. Alcune note operative sull'applicazione del DRG. In Mecosan, 1996; 20: 79-84.
11. Averill RF. Development. In Fetter R.B. et al. DRGs. Their Design and Development, Michigan, Health Administration Press Ann Arbor, 1991; 30-40.
12. Fetter RB, Brand DA, Gamache D. DRGs: Their Design and Development. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1991.
13. Taroni F, Curcio Rubertini B. I Diagnosis Related Groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera. Bologna, CLUEB, 1991.
14. Campisi C, Zappalà A, Terenzi S. I Sistemi di Accesso Venoso Centrale in Oncologia. In: Medicina Oncologica, Estratto integrale dal Cecil, edizione italiana a cura di P. Marchei. Verduci Editore, 1999.
15. Istituto di Economia Sanitaria. Manuale di Economia Sanitaria per non economisti. Milano, F. Angeli Editore, 1995.
16. Vanni L. Riordino del Sistema Sanitario Nazionale: accreditamento e indicatori di qualità. Roma, Documenti di lavoro ISPE, 1997; 58.
17. Fortino A, Zoppei G. Il pagamento a prestazione ed il ruolo dei dirigenti ospedalieri. Organizzazione Sanitaria, 1995; 5.