



Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin  
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine  
Commissione nazionale d'etica per la medicina  
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

# **In merito all'introduzione negli ospedali svizzeri di importi forfetari basati sulle diagnosi**

**Presa di posizione n. 15/2008**

**Agosto 2008**

Commissione nazionale d'etica per la medicina  
Ufficio federale della sanità pubblica, CH-3003 Berna  
Tel.: +41 (0)31 324 02 36, Fax: +41 (0)31 322 62 33  
nek-cne@bag.admin.ch  
[www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch)

## Introduzione

Nei prossimi anni gli ospedali in Svizzera saranno confrontati con un cambiamento di sistema che avrà ampie ripercussioni. Infatti a seguito della revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), entro il 1° gennaio 2012 in tutta la Svizzera per le cure ospedaliere sarà introdotto il sistema degli importi forfetari in funzione delle prestazioni. Secondo tale soluzione, l'ospedale non potrà più fatturare un importo calcolato in base all'onere effettivo o a forfait giornalieri, ma riceverà per paziente un importo fisso stabilito in funzione della diagnosi (importi forfetari basati sulle diagnosi/DRG) e dovrà gestire autonomamente l'impiego di questa somma. La misura si applicherà alle cure stazionarie di malattie somatiche prestate negli ospedali, contabilizzate tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'obiettivo di tale nuova struttura tariffale nazionale non è in primo luogo quello di ridurre i costi del settore sanitario. Una simile riduzione non è del resto da attendersi, innanzitutto poiché l'introduzione dei DRG farà aumentare i costi amministrativi, in secondo luogo poiché aumenteranno i costi dei settori delle cure ambulatoriali (precedenti e successive alle cure stazionarie), della riabilitazione, delle cure a domicilio e degli istituti di cura. Gli argomenti principali a favore della nuova soluzione sono invece una maggiore trasparenza dei costi e l'ottenimento di una base standardizzata per misurare la qualità delle cure ospedaliere e paragonare le prestazioni degli ospedali, anche oltre i singoli confini cantonali. In futuro la concorrenza tra gli ospedali aumenterà da un lato poiché i pazienti potranno scegliere liberamente in quale ospedale farsi ricoverare e dall'altro a causa della prevista maggiore autonomia finanziaria degli ospedali. Alla base di questo approccio vi è la speranza che il rafforzamento della concorrenza possa migliorare l'efficienza e la qualità delle cure ospedaliere.

La nuova modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere comporta tuttavia un cambiamento di fondo delle condizioni di lavoro dei medici e del personale di cura impiegati negli ospedali. In futuro il loro margine di manovra sarà maggiormente limitato da fattori economici. Occorre esaminare in modo approfondito, anche dal punto di vista etico, le ripercussioni che questa modifica di fondo avrà sul trattamento dei pazienti. Verosimilmente, a medio e lungo termine ne deriverà un cambiamento del ruolo funzionale e delle prestazioni degli ospedali come anche un riassetto del sistema ospedaliero in generale. Sebbene manchi ormai poco fino alla prevista introduzione nel 2012 in tutta la Svizzera del nuovo sistema, fino ad oggi non vi è stato nessun dibattito pubblico su questa tematica. La Commissione presenta pertanto qui un primo parere con cui intende attirare l'attenzione sui

problemi legati al nuovo sistema e avviare una discussione costruttiva in merito, sia tra gli specialisti del settore medico che a livello di opinione pubblica generale.

## **I. Retrosceca**

### **1. Cosa sono gli importi forfetari basati sulle diagnosi o DRG?**

Il DRG («diagnosis related groups», o «gruppi di diagnosi») è un sistema che serve a classificare i pazienti in cura stazionaria in gruppi omogenei dal punto di vista medico e che comportano un onere di cure simile. Il criterio per l'attribuzione a un gruppo è la diagnosi principale al momento del ricovero in ospedale; questa diagnosi può essere completata con diagnosi secondarie. Ogni paziente può essere attribuito a una sola categoria DRG. L'identificazione e l'attribuzione di una DRG viene fatta da un «codificatore» in base a una procedura gerarchica.

Il sistema DRG può, come già avviene sistematicamente in Germania, essere usato per il calcolo della remunerazione della cura ospedaliera. Secondo tale soluzione, i costi di ogni singola categoria DRG sono ponderati in funzione della gravità delle malattie incluse nella categoria. La somma dei costi ponderati permette di ottenere il cosiddetto «Case Mix», la cui media («Case Mix Index») funge da base per il calcolo della remunerazione delle cure stazionarie in un ospedale. La remunerazione non viene quindi calcolata in funzione delle prestazioni di cura effettivamente fornite dall'ospedale e della durata del ricovero del paziente ma solo forfetariamente in funzione della DRG attribuita e della sua ponderazione. In pratica questo significa che l'ospedale può aumentare il proprio utile riducendo la durata della cura stazionaria o le prestazioni mediche e di cura; viceversa, se le prestazioni superano il budget a disposizione, per l'ospedale risulterà una perdita.

### **2. La decisione politica di adottare il sistema SwissDRG**

Nel 2007 il Parlamento ha adottato la riforma della LAMal e un modello di finanziamento degli ospedali che per le degenze ospedaliere prevede una struttura tariffaria nazionale uniforme basata sulle prestazioni. La riforma della struttura tariffaria è già stata preparata negli anni 2004–2007 mediante un progetto di SwissDRG, un'associazione i cui membri erano Santésuisse, la Commissione delle tariffe mediche LAINF e LAM/LAI (CTM), H+ Ospedali Svizzeri, FMH e la Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS); inoltre vi erano ammessi come osservatori l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI), l'Ufficio federale di statistica e l'Ufficio federale della sanità pubblica. Già alla fine del 2005 i partner nazionali in materia di tariffe decisero di introdurre in Svizzera il sistema tedesco G-

DRG, adeguandolo alle esigenze svizzere. Dopo la decisione del Parlamento, alla fine del 2007, di introdurre entro il gennaio del 2012 in tutta la Svizzera il sistema degli importi forfetari basati sulle prestazioni, l'associazione SwissDRG è stata trasformata a inizio 2008 in una società anonima di utilità pubblica denominata SwissDRG SA, il cui Consiglio di amministrazione si compone dei rappresentanti dei precedenti membri dell'associazione (ma non degli osservatori). I compiti di questa società anonima sono l'adeguamento e la gestione della nuova struttura tariffale; la responsabilità operativa per questi compiti è stata delegata a un centro di competenze, denominato Case Mix Office. La Confederazione continua a partecipare come osservatore alle trattative tariffali.

## **II. Ripercussioni degli importi forfetari basati sulla diagnosi**

### **1. Maggiore incidenza di fattori economico-finanziari sul lavoro quotidiano negli ospedali**

Di per sé, l'etica professionale in ambito terapeutico e l'efficienza economica non si escludono a vicenda. Infatti un impiego possibilmente efficiente delle risorse disponibili non solo corrisponde all'orientamento di entrambi i principi ma, di fronte all'esigenza di rendere disponibili in modo equo risorse limitate, si impone anche dal punto di vista etico. Tuttavia si deve evitare che l'approccio tradizionale dell'intervento terapeutico, orientato al bene del paziente e alla limitazione dei danni, sia corrotto o addirittura sostituito da un principio d'azione puramente economico. In linea con una tendenza globale, l'introduzione del sistema DRG rafforza in modo massiccio l'influsso dei fattori economico-finanziari sulle decisioni in ambito clinico e pertanto sul lavoro quotidiano negli ospedali. Questo effetto si riscontra in altri Paesi (ad esempio la Germania) che applicano il sistema DRG. Dato che l'ospedale può realizzare un utile applicando una terapia meno costosa e di durata più breve – per un ospedale in regime di concorrenza con altri istituti la realizzazione di utili diventa una necessità – il bilancio degli interessi si sposta a scapito dei pazienti. Questi non possono più avere la certezza che le misure terapeutiche siano scelte e configurate in modo da rispondere «il meglio possibile» al loro interesse. Sia l'intervento del personale medico e di cura, sia il paziente medesimo corrono il rischio di venire strumentalizzati per gli scopi della gestione delle risorse dell'ospedale.

L'introduzione del sistema DRG non rischia solo di ripercuotersi sul rapporto tra paziente e medico ma potrebbe portare a cambiamenti significativi anche per quel che concerne il ruolo degli ospedali nel sistema sanitario svizzero. In futuro l'attenzione si concentrerà meno sulla realizzazione di un'offerta di cure ampia e orientata al paziente quanto piuttosto sulle esigenze di una gestione dei singoli ospedali proficua dal punto di vista economico. Inoltre

per l'ospedale sarà più difficile svolgere funzioni sociali. Sia il personale medico che quello di cura saranno confrontati con il problema risultante dal fatto che il sistema DRG non tiene conto delle prestazioni di natura psicosociale e quindi non le remunera. Questa lacuna potrebbe indurre a risparmiare tempo a livello di comunicazione interpersonale (anche con i parenti dei pazienti), di colloqui informativi e di accompagnamento psicosociale, ad esempio nel caso di pazienti gravi e in fase terminale.

Tali mutamenti sono parzialmente in contrasto con l'attuale etica professionale dei settori coinvolti e possono portare a conflitti tra da un lato l'imperativo terapeutico dell'aiuto al paziente e dall'altro il nuovo compito di documentare i valori delle malattie e di adeguare di conseguenza le attività mediche e di cura. Se le decisioni concernenti la cura del paziente sono influenzate in modo sempre più massiccio da fattori economici che non hanno nessun legame con il bene del paziente, si potranno avere situazioni in cui si sceglierà (o si dovrà scegliere) di agire contro i dettami della «coscienza terapeutica». Una simile evoluzione non solo è in contrasto con l'obiettivo di un'offerta ottimale per i pazienti, ma potrebbe anche essere causa di frustrazione e rassegnazione presso il personale sanitario; si rischia inoltre una perdita di fiducia dei pazienti verso il personale clinico.

## **2. Deterioramento della qualità delle cure mediche?**

Il sistema DRG crea esplicitamente incentivi volti ad abbassare i prezzi delle prestazioni, a migliorare l'efficienza e l'economicità delle misure e a ridurre i costi di determinate prestazioni. Tuttavia, oltre a raggiungere i risultati prefissi, il nuovo sistema rischia di causare anche effetti problematici. Da un punto di vista etico, per gli aspetti concernenti il settore medico e quello delle cure ospedaliere occorre discutere i punti seguenti:

- abbassare i prezzi delle prestazioni significa anche ridurre la durata del soggiorno dei pazienti in ospedale. Considerato che in Svizzera, nel confronto europeo, la durata media dei soggiorni ospedalieri è lunga, questo effetto non implica necessariamente un peggioramento della qualità delle cure. È significativo però che il sistema DRG non preveda misure adeguate per evitare dimissioni anticipate dei pazienti non giustificate dal punto di vista medico.
- Una durata più breve del soggiorno può anche portare a un aumento del tasso di riospedalizzazione.
- Il fatto che il paziente possa essere di volta in volta attribuito a una sola categoria DRG comporta il rischio che si rinunci a chiarire il suo stato di salute globale o che altre malattie, diagnosticate solo dopo il ricovero in ospedale, non siano curate in modo adeguato: infatti in questi casi secondo la logica del sistema DRG il paziente

dovrebbe essere dimesso e riammesso con un'altra diagnosi principale. In tal modo si ostacola l'applicazione di terapie orientate alle esigenze del paziente.

- Inoltre il quadro e il decorso di molte malattie sono di una complessità difficilmente descrivibile con le matrici DRG o descrivibile solo in modo approssimativo: in questi casi vi è da temere che il paziente riceva un trattamento terapeutico non ottimale.
- Con l'attribuzione del paziente a una categoria DRG non si definiscono in dettaglio le prestazioni mediche e di cura che la persona ha ottenuto o potrà ottenere. In assenza di linee guida o standard vincolanti, le misure di risparmio potrebbero comportare un deterioramento della qualità delle prestazioni terapeutiche.
- Per il modo in cui è concepito, il sistema DRG contiene incentivi che possono indurre ad attribuire i pazienti a categorie di diagnosi più «redditizie» per l'ospedale («Upcoding»). Una possibile conseguenza è la predilezione di metodi di cura oltremodo invasivi, anche in contrasto con il bene del paziente. L'orientamento al sistema DRG potrebbe inoltre portare a distorsioni del quadro clinico nella documentazione relativa al paziente.
- Un altro problema è la velocità con cui il sistema DRG potrà essere adeguato alle innovazioni mediche. In tale ambito per gli ospedali risulterà certamente un deficit poiché le innovazioni avvengono a ritmi relativamente serrati mentre i costi per caso potranno essere adeguati soltanto con un certo ritardo. Inoltre è previsto che in futuro gli investimenti degli ospedali pubblici vengano finanziati dagli ospedali medesimi mediante gli importi forfetari percepiti, senza copertura dei deficit da parte dei poteri pubblici: questa soluzione potrebbe causare difficoltà di finanziamento e accentuare così la problematica della «medicina a due velocità».
- Una frammentazione delle cure tra ospedale e istituti di assistenza postcura meno costosi potrebbe infine causare un peggioramento dell'efficienza medica.

### **3. Ripartizione delle risorse mediche e accesso alle cure meno equi**

Il sistema DRG permette di distinguere, in termini di gestione aziendale, tra pazienti «redditizi» e «non redditizi» per un ospedale: i primi sono i pazienti che possono essere trattati sotto il limite di costi definito per il relativo gruppo, i secondi sono invece i pazienti le cui cure causano costi superiori al forfait. Il gruppo dei pazienti «non redditizi» può comprendere i malati cronici, i pazienti affetti da multimorbilità, quelli curati nei reparti geriatrici, i pazienti che soffrono di menomazioni psichiche e fisiche e i malati in fase terminale. I pazienti senza diagnosi specifica non sono nemmeno contemplati dalla matrice DRG.

È lecito attendersi che le offerte cliniche si concentreranno e specializzeranno in linea di massima sui gruppi di pazienti «redditizi» e che gli ospedali tenderanno a dimettere anticipatamente i pazienti «non redditizi» ovvero a trasferirli in istituzioni transitorie di cura, meno costose. La tendenza a concentrarsi sui gruppi di pazienti «redditizi» è contraria al principio etico della *distribuzione equa* delle risorse mediche. Sarebbe quindi necessario un maggiore intervento delle autorità per garantire un'offerta ottimale su tutto il territorio. In un'ottica di politica di ordine pubblico, lo Stato ha la responsabilità sociale di assicurare un'adeguata equità delle cure anche in condizioni di precarietà delle risorse.

Inoltre sono ipotizzabili conflitti tra gli operatori dei singoli settori delle cure mediche per l'aggiudicazione degli importi forfetari, ad esempio nel caso in cui un ospedale dimetta anticipatamente un paziente a carico delle cure domiciliari o della riabilitazione oppure lo trasferisca in un altro ospedale. Se aumenta la quantità di cure nel settore non ospedaliero, una parte dei costi viene trasferita verso i pazienti.

Un altro aspetto che concerne l'equità è legato alla maggiore responsabilità individuale del paziente. Per motivi legati all'istruzione, all'età, alla malattia o per altre ragioni, non tutte le persone sono in grado di informarsi sulle prestazioni dei singoli ospedali e di scegliere tra essi con cognizione di causa. Dato che da un punto di vista etico gli ammalati vanno sempre visti come un gruppo di persone *vulnerabile* che necessita di una protezione particolare, appare discutibile trasporre nel contesto clinico il modello di un «consumatore» informato e in grado di decidere razionalmente.

#### **4. Protezione dei dati**

Per fatturare le prestazioni ospedaliere con il sistema DRG, a seconda dei casi sarà necessario comunicare agli assicuratori informazioni dettagliate concernenti le diagnosi. A queste condizioni occorre chiedersi se sarà possibile tutelare efficacemente il segreto medico. La comunicazione di dati confidenziali dei pazienti agli assicuratori potrebbe costituire un'ingerenza nei diritti della personalità del paziente.

### **III. Conclusioni e raccomandazioni**

L'introduzione di importi forfetari in funzione delle prestazioni è un dato di fatto deciso dal legislatore. Tuttavia il previsto adeguamento del nuovo sistema, ripreso dalla Germania, alla realtà svizzera offre un certo margine di manovra quanto alla sua configurazione e attuazione concrete. È possibile dunque identificare in anticipo le possibili tendenze negative sia per evitarle, per quanto possibile, sia per integrarle con misure collaterali che permettano

di attenuarne l'impatto. Tali tendenze negative sono: il peggioramento della qualità dell'assistenza medica, curativa e psicosociale negli ospedali, il venir meno delle funzioni di medicina sociale degli ospedali, la perdita di un approccio terapeutico incentrato sul bene del paziente, il trattamento sfavorevole di determinati gruppi di pazienti e i rischi in ambito di protezione dei dati. Occorre che la Confederazione si assuma la propria responsabilità direttiva ai fini della garanzia della qualità.

In base a questi elementi, la NEK-CNE formula le seguenti raccomandazioni:

1. Occorre svolgere un **dibattito senza pregiudizi** non solo sui lati positivi ma anche su quelli potenzialmente negativi e discutere tempestivamente dei correttivi necessari.
2. Tale dibattito dovrà coinvolgere non solo gli addetti ai lavori ma anche **l'opinione pubblica**: infatti il riassetto radicale che probabilmente risulterà dall'introduzione del sistema DRG è ancora sconosciuto ad ampie cerchie della popolazione.
3. Occorre valutare le **esperienze fatte in altri Paesi**, che possono fornire informazioni preziose.
4. In vista dell'**introduzione del nuovo sistema** è importante che il personale ospedaliero (inclusi i medici e il personale di cura) siano sufficientemente informati e preparati.
5. Per assicurare un controllo della qualità attendibile occorre avviare urgentemente una **ricerca empirica d'accompagnamento** su questo tema, provvedendo a un approccio possibilmente ampio e includendo discipline diverse. Per permettere il paragone con la situazione precedente all'introduzione del nuovo sistema (e poter quindi esaminare gli effetti legati all'introduzione), è necessario che la ricerca sia avviata già prima di tale cambiamento. La ricerca dovrà essere indipendente e dotata di sufficienti mezzi finanziari. Le tematiche analizzate dovrebbero includere segnatamente l'analisi delle ripercussioni del sistema DRG sulla qualità delle cure ospedaliere, sui loro costi e soprattutto sullo stato di salute dei singoli gruppi di pazienti; inoltre si dovrebbero esaminare le modifiche dei flussi di pazienti all'interno dei singoli fornitori di prestazioni e tra gli stessi, come anche le caratteristiche dei pazienti di ogni istituzione. La ricerca dovrebbe peraltro esaminare dal punto di vista qualitativo e quantitativo quali sono i cambiamenti delle situazioni di lavoro per le varie categorie professionali nel settore sanitario, segnatamente per il corpo medico e per il personale di cura: questi cambiamenti possono potenzialmente ripercuotersi in modo diretto sulla qualità delle cure dei malati a ogni livello.