

La trappola dei forfait per caso

Autor(en): **Rothweiler, Jörg**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): - **(2011)**

Heft 104: **Brennpunkt : Rehabilitation bei Parkinson = Point chaud : la réadaptation en cas de Parkinson = Tema scottante : la riabilitazione nel Parkinson**

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815459>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

La trappola dei forfait per caso

Il 1° gennaio 2012 entrerà in vigore il nuovo finanziamento ospedaliero approvato dal Parlamento nel dicembre 2007, che segna l'introduzione a livello nazionale del sistema dei forfait per caso denominato SwissDRG. Ciò potrebbe comportare svantaggi per i pazienti parkinsoniani. Ecco una sintesi dei principali cambiamenti.

Questa è una novità su cui tutti dovrebbero avere le idee in chiaro: dal 1° gennaio 2012 le prestazioni stazionarie fornite nei nostri ospedali saranno remunerate secondo un sistema di forfait per caso applicato uniformemente in tutta la Svizzera. Questo sistema prevede che ogni degenza ospedaliera sia classificata secondo raggruppamenti omogenei (DRG = *Diagnosis Related Groups*; in italiano: gruppi di casi riferiti alla diagnosi) e indennizzata sulla base di criteri definiti, quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, i trattamenti e il grado di gravità. A questo fine, i circa 1000 diversi gruppi di casi vengono messi in relazione tra di loro mediante i cosiddetti «cost-weights» (costi relativi). Moltiplicando il cost-weight per un prezzo di base, si ottiene il forfait per caso riferito alle prestazioni per ogni DRG. Il lavoro di elaborazione, adattamento e cura del sistema svizzero di forfait per caso è affidato alla SwissDRG SA, una società di utilità pubblica fondata nel 2008 in seno alla quale operano fornitori di prestazioni, assicuratori e Cantoni.

Perché un sistema di forfait per caso?

I nuovi DRG sono intesi a creare maggiore trasparenza nell'ambito dei trattamenti, consentire una remunerazione più equa delle prestazioni erogate da ospedali e cliniche, e accrescere l'efficienza dell'approvvigionamento ospedaliero. A tal fine, in futuro non si finanzieranno più gli ospedali stessi intesi come istituti, bensì le prestazioni da essi fornite al paziente. Gli ospedali non saranno quindi più pagati per le singole fasi di ciascun trattamento (come avviene adesso con il Tarmed) o per la durata di un trattamento (diarie giornaliere), bensì riceveranno un indennizzo stabilito per un trattamento nel suo insieme, cioè ad esempio per un intervento all'appendice o una colecistectomia. Anziché in funzione dei costi del singolo ospedale, le tariffe si orientano verso un'esecuzione efficiente dei trattamenti, il che a sua volta dovrebbe permettere di paragonare la qualità delle prestazioni.

Promuovendo la comparabilità, la Confederazione vuole garantire l'equità: pre-

stazioni uguali danno diritto a un indennizzo uguale, e le disparità cantonali registrate finora nelle remunerazioni dovranno appartenere al passato. Così facendo si vogliono indurre gli ospedali a sfruttare i potenziali di risparmio esistenti, a ottimizzare i processi e a operare in maniera più uniforme, contribuendo così anche a semplificare la pianificazione ospedaliera sovra-cantonale. Introducendo il nuovo sistema, la Confederazione intende inoltre incentivare la concorrenzialità fra i fornitori di prestazioni, grazie alla quale a lungo termine i pazienti beneficeranno di un incremento qualitativo dei trattamenti.

«Compiti a casa» per i Cantoni

Per i Cantoni, tutto questo comporta ingenti sforzi. Il più importante: dovranno essere stilati nuovi elenchi ospedalieri cantonali che tengano conto in primo luogo di criteri quali la qualità e l'efficienza. Con l'attuazione del nuovo finanziamento ospedaliero, i Cantoni saranno infatti obbligati a versare a tutti gli ospedali pubblici e privati figuranti nell'elenco un contributo cantonale ai trattamenti medici dispensati ai pazienti che vi sono ricoverati. Nello stesso tempo, sarà introdotta una nuova ripartizione dei costi: i Cantoni dovranno sopportarne almeno il 55%, gli assicuratori malattia al massimo il 45%.

Ma per i Cantoni ci sono anche vantaggi. Se sotto il regime attuale dei forfait per reparto e delle diarie giornaliere, oltre alla formazione e al perfezionamento nelle professioni non universitarie essi devono finanziare anche gli investimenti negli ospedali pubblici e sovvenzionati attingendo unicamente al gettito fiscale, in futuro questi ingenti oneri dovranno essere coperti mediante i prezzi praticati dagli ospedali. In altre parole: i costi relativi ai tavoli operatori, agli apparecchi, ai farmaci e agli immobili saranno calcolati nei prezzi degli interventi chirurgici, delle terapie e delle cure stazionarie presso ospedali e cliniche.

Si impongono riflessioni critiche

Tutto questo suona molto ragionevole, però è meglio restare vigili: le esperienze fatte all'estero con i forfait per caso dimostrano infatti che questo sistema presenta anche degli svantaggi, soprattutto per i malati cronici.

Certo, i rappresentanti della SwissDRG SA ripetono a mo' di litania che «l'introduzione dei forfait per caso avviene focalizzando l'attenzione soltanto sul bene dei pazienti, e come finora le decisioni riguardanti la necessità degli interventi medici saranno prese unicamente da esperti in materia di salute». Ma si tratta di luoghi comuni che non fanno più presa sul cittadino vaccinato dalla politica. Chi altro, se non gli specialisti, dovrebbe decidere in merito alla necessità e all'attuazione di un trattamento medico? Un politico? Un

esperto di statistica? I case-manager delle casse malati?

Una cosa è chiara: i forfait per caso dovrebbero far diminuire i costi. Altrettanto chiaro è che qualsiasi

«Qualsiasi programma di risparmio fa delle vittime: troppo spesso ci vanno di mezzo i malati cronici!»

programma di risparmio fa delle vittime! Nel caso del nuovo finanziamento ospedaliero potrebbe toccare in primo luogo ai malati cronici. In effetti, su nessun altro gruppo si può risparmiare di più che sulle persone costrette a usufruire regolarmente di prestazioni mediche, soprattutto se sono affette da una malattia degenerativa come il Parkinson. Un intervento all'appendice può magari costituire una «situazione standard» nella realtà ospedaliera, ma un trattamento stazionario efficiente dispensato a un paziente parkinsoniano – ad esempio per ricalibrare lo schema terapeutico – sicuramente no!

La malattia di Parkinson non è una situazione standard!

È lecito dubitare che i gruppi di casi elaborati dalla SwissDRG SA riproducano effettivamente i problemi medici che affliggono i malati di Parkinson. L'idea



In futuro, gli ospedali non saranno quindi più pagati per le singole fasi di ciascun trattamento o per la sua durata, bensì riceveranno un indennizzo stabilito per un trattamento nel suo insieme.

stessa di suddividere i pazienti in gruppi di casi standardizzati contraddice la marcata individualità che caratterizza il quadro sintomatico del Parkinson. È semplicemente illogico mettere nello stesso calderone pazienti che presentano sintomi tanto diversificati dal punto di vista del tipo e dell'intensità! Non pochi specialisti dubitano inoltre che i gruppi di casi possano tenere debito conto della progressione del Parkinson. Eppure ciò è indispensabile: dopotutto – e medici e pazienti ne sanno qualcosa – la terapia del Parkinson avanzato è ben più complessa e impegnativa di quella dispensata a chi è malato da pochi anni. Inoltre è poco verosimile che i DRG siano in grado di riprodurre correttamente le complicatissime sindromi parkinsoniane atipiche, come ad esempio l'atrofia multisistemica (MSA).

Gli esperti temono pertanto che il nuovo sistema SwissDRG possa avere conseguenze negative per i pazienti parkinsoniani. Parkinson Svizzera continuerà, insieme agli specialisti del Consiglio peritale, a seguirne da vicino l'evoluzione, per poi intervenire laddove necessario.

Un fatto ci infonde un po' di coraggio: i responsabili svizzeri sono consapevoli della complessità dell'intera operazione e hanno potuto trarre lezioni utili dalle esperienze compiute all'estero con i forfait per caso. Così essi hanno deciso sin dall'inizio di fre-

nare l'entusiasmo di alcuni direttori d'ospedale un po' troppo ambiziosi: l'incentivo economico rappresentato da una dimissione prematura viene soffocato sul nascere stabilendo che gli ospedali subiscono una riduzione dei loro forfait per caso se un paziente rimane ricoverato per una durata inferiore a quella prevista per la sua patologia. In aggiunta a ciò, gli ospedali non ottengono forfait per caso supplementari se un paziente deve essere riammesso entro un termine stabilito a causa della stessa patologia o di complicazioni. Fanno ovviamente eccezione i quadri clinici per i quali una riammissione periodica è giustificata da ragioni mediche.

Inoltre (almeno stando a quanto affermano gli enti responsabili) il sistema SwissDRG sarà «capace di imparare»: è infatti previsto che i gruppi di casi e le strutture tariffarie siano continuamente verificati sulla scorta del feedback degli ospedali e degli esperti, per poi essere adeguati alle condizioni effettive. Parkinson Svizzera terrà gli occhi bene aperti, e qualora dovessero nascere problemi in relazione alla terapia antiparkinsoniana richiederà i responsabili alle promesse fatte!

L'accesso alla riabilitazione sarà più facile?

Le esperienze compiute all'estero mostrano che in seguito all'introduzione dei forfait

per caso si effettuano più trattamenti ambulatoriali e i pazienti vengono dimessi prima dagli ospedali per essere trasferiti in centri di riabilitazione o case di cura. Questa evoluzione, spiega la SwissDRG SA, è «auspicata e di regola anche opportuna dal profilo medico. I forfait per caso favoriscono la collaborazione tra diversi fornitori di prestazioni e riducono i doppioni nel trattamento.»

Resta tuttavia da vedere se i malati di Parkinson trarranno davvero beneficio da procedure semplificate di invio a centri di neuroriabilitazione adatti, e a quali misure di risparmio ci troveremo confrontati prossimamente in questo ambito.

In effetti è da diverso tempo che – sempre sotto l'egida della SwissDRG SA – la cosiddetta «STM Reha CTM» sta lavorando a un sistema tariffario uniforme su piano nazionale per la riabilitazione stazionaria. Nei suoi tratti essenziali, questo sistema rispecchia lo SwissDRG elaborato per gli ospedali acuti, ma invece dei forfait per caso prevede forfait giornalieri riferiti alle prestazioni. Già oggi, per la riabilitazione neurologica e muscolo-scheletrica esiste il sistema di classificazione dei pazienti PCS Reha con quattro, rispettivamente tre, livelli tariffali. Ora esso dovrà essere sviluppato anche per tutti gli altri settori della riabilitazione, per essere messo in vigore presumibilmente già nel 2015. jro