

Il sistema di finanziamento: implicazioni gestionali

Prima dell'introduzione del sistema DRG: numero di giornate di degenza prodotte, numero di pazienti ricoverati nel periodo e rimborso a piè di lista dei costi sostenuti

Scopo iniziale dei DRG: misurare in modo adeguato l'attività di ricovero (e consentire una valutazione di efficienza produttiva)

Assegnazione di un peso relativo che indica quanto costa in media un ricovero appartenente a quel DRG rispetto alla media di tutti i ricoveri di tutti i DRG

Introduzione in Medicare di una remunerazione dei ricoveri basata su tariffe prefissate, calcolate sulla base dei DRG

La remunerazione a tariffe introduce l'idea di un «valore» economico associato a ogni ricovero, che viene assimilato a tutti gli altri beni e servizi scambiati sul mercato, dotati di un proprio prezzo (meglio tariffa)

Ad ogni ricovero è associato un peso relativo di complessità e un valore assoluto, monetario: nuovo modo di porsi di fronte alla valutazione

LA CLASSIFICAZIONE ICD9CM

Perché codificare?

"Misura ciò che è misurabile, e rendi misurabile ciò che non lo è"

Galileo Galilei - fisico e filosofo della scienza

"Non tutto è misurabile, ma è migliorabile solo ciò che è misurabile"

Thomas Samuel Kuhn - fisico e filosofo della scienza

La **classificazione ICD-9-CM** è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

E' un sistema sottoposto a revisione annuale (U.S.A.) che comporta inserimento, rivisitazione e cancellazione di uno o più codici. In Italia è in uso la versione 2007, associata alla versione DRG 24.

La classificazione ICD-9-CM si compone di:

- Parte 1: indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi
- Parte 2: elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi
- Parte 3: indice alfabetico degli interventi e delle procedure
- Parte 4: elenco sistematico degli interventi e delle procedure

Classificazioni supplementari:

- Codici V: fattori che influenzano lo stato di salute e determinano il contatto con i servizi sanitari
- Codici E: cause esterne di traumi ed avvelenamenti (obbligatorie, in Italia per tutti i dimessi dal 1° gennaio 2011 in poi)
- Codici M: morfologia dei tumori (non in uso in Italia)

ICD-9 Codes (International Classification of Diseases, 9th Revision): current procedure terminology (CPT) determines *what* you get paid. However, the diagnosis (ICD-9) codes determine *if* you get paid. ICD-9 codes describe the reason for the medical services to commercial and government payers in alpha/numeric codes¹.

Limiti della classificazione ICD-9-CM

- Classificazioni non condivise
- Severità: raramente il sistema dei codici è in grado di descrivere la severità clinica del caso
- Bilateralità della diagnosi: non è prevista la possibilità di scrivere due volte lo stesso codice: o si utilizzano codici diagnosi diversi per descrivere localizzazioni diverse, o si utilizza l'informazione «lateralità» presente nella nuova SDO 2017
- Bilateralità delle procedure: alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali. Se il sistema non prevede tale possibilità, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale oppure si utilizza l'informazione «lateralità» presente nella nuova SDO 2017

La regola ha senso se la descrizione della bilateralità riveste rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; non è appropriata nel caso di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

- Non fornisce il dettaglio informativo necessario / richiesto per la corretta descrizione delle condizioni cliniche e delle prestazioni erogate ai pazienti ricoverati
- Utilizza una terminologia obsoleta
- È alla base di elaborazioni ritenute inaccurate e limitate
- Non è allineato alla moderna pratica medica
- È inadeguato a descrivere la pratica medica del 21° secolo.

Secondo Assobiomedica²:

¹ Debra C. Cascardo: "Correct Coding Helps You Get Paid What You're Worth" Medscape Money & Medicine 2000. © 2000 Medscape Portals, Inc

² <http://www.assobiomedica.it/static/upload/agg/aggiornamento-dei-sistemi-di-classificazione-e-di->

- Derivazione per “traduzione” del sistema di codifica ICD9CM e di classificazione per DRG dalla versione USA CMS, senza particolari e specifici adattamenti e soprattutto non tenendo particolarmente conto del diverso mix tra le procedure erogate in regime di ricovero ordinario, rispetto alle forme alternative a ciclo diurno
 - Mancanza di specifici codici descrittivi relativi:
 - all’approccio chirurgico utilizzato (chirurgia aperta, approccio laparoscopico, approccio endoscopico, approccio per cutaneo, etc);
 - al materiale protesico utilizzato (descrizioni generiche obsolete);
 - all’utilizzo di nuove tecnologie, innovative ma ormai presenti nella pratica clinica da mesi o addirittura anni
 - Mancanza di un regolare sistema di aggiornamento dei codici di procedura e di un chiaro sistema “nazionale”, con frammentazione e possibili contraddizioni “informative” tra i diversi SSR;
 - Mancanza di un meccanismo idoneo a far avanzare la richiesta di inserimento di specifici codici di procedura per dispositivi innovativi che vengono utilizzati nella pratica clinica;
 - Mancanza di DRG sufficientemente specifici ed esaustivi nel recepire le caratteristiche di singoli casi clinici, anche complessi;
 - Mancanza di un sistema di discriminazione dei casi in funzione della severità del caso clinico
- "Aggiornamento dei sistemi di classificazione e di codifica e innovazione tecnologica"

The periodic revisions of ICD-9-CM mirror changes in the medical and health care field. The U.S. has been using ICD-9-CM since 1979, and it is not sufficiently robust to serve the health care needs of the future. The content is no longer clinically accurate and has limited data about patients’ medical conditions and hospital inpatient procedures, the number of available codes is limited, and the coding structure is too restrictive. The U.S. cannot directly compare morbidity diagnosis data to state and national mortality data, because mortality data have already transitioned to ICD-10 code sets. Further, most developed countries have already made the transition to ICD-10 code sets, so the U.S. cannot compare U.S. morbidity diagnosis data at the international level.

Perché non aggiornare il sistema? I nuovi sistemi di classificazione basati

sull'ICD10 rappresentano un miglioramento significativo delle attività di codifica dal momento che prevedono:

- un notevole arricchimento informativo grazie ad una dettagliata descrizione delle condizioni cliniche, degli interventi e delle procedure
- la possibilità di adattamento alle innovazioni tecnologiche e/o alle diverse esigenze informative in ambito clinico

Negli Stati Uniti, il sistema di classificazione ICD-10-CM/PCS è composta da due elementi:

- ICD-10-CM: sistema di classificazione delle diagnosi, sviluppato dal Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, utilizzato in tutte le strutture deputate alla gestione di problematiche sanitarie. Il sistema utilizza codici costituiti da 3-7 caratteri alfa-numeric
- ICD-10-PCS: sistema di classificazione delle diagnosi, sviluppato dal Centro per i Servizi Medicare & Medicaid (CMS), utilizzato in tutte le strutture di ricovero ospedaliero.

Il sistema utilizza codici costituiti da 7 caratteri alfa-numeric

In Italia è stato attivato il progetto *it.DRG*³, finalizzato alla definizione di un sistema italiano di classificazione dei ricoveri; il ritardo nella generazione dei prodotti, unito alla necessità di aggiornare il sistema di classificazione, potrebbe alimentare la richiesta di soluzioni alternative, non l'ultima l'allineamento alla realtà USA

LA SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

Principali riferimenti normativi:

- DM Sanità 28 dicembre 1991
- DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380
- DM Sanità 7 dicembre 2016, n. 261

Istituzione della SDO

DM Sanità 28/12/1991: «*Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera*»

Art. 1: È istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale <...>

Successivi aggiornamenti:

DM 27 ottobre 2000, n. 380: «*Regolamento recante norme concernenti*

³ si veda <http://drgit.agenas.it/anode.aspx?id=8> e le ultime pagine del presente documento

l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati».

DM 7 dicembre 2016 , n. 261: «Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera».

Obbligatorietà e valenza della SDO

DM Sanità 28/12/1991, articolo 1: <...> Entro il 30 giugno 1992 è fatto obbligo a tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul territorio nazionale di adottare la scheda di dimissione ospedaliera, quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale.

Ribadito nell'articolo 2 comma 2 del DM Sanità 27/10/2000, n° 380 e nell'articolo 3 comma 2 del DM Sanità 7/12/2016, n° 261

Il testo dell'art. 2, comma 2, del DM 380/2000, come modificato dal DM 261/2016, è il seguente:

2. Fermo restando che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e che tutte le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato, costituente parte integrante del presente decreto.*

* DGR 1706/2009, Allegato 3: gestione del rischio; compilazione della cartella clinica

* Linee Guida di codifica: identificazione delle diagnosi secondarie

Contenuto informativo della SDO

DM Sanità 28/12/1991, articolo 3:

<...> deve contenere almeno le sottoelencate informazioni:

<...> può altresì contenere informazioni relative a:

- situazione abitativa del paziente;
- eventuale necessità di assistenza domiciliare, ovvero di ricovero in

residenza sanitaria assistenziale.

DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 1:

Le regioni e le province autonome possono prevedere ulteriori informazioni da rilevare attraverso la scheda di dimissione ospedaliera, fermo restando il contenuto informativo minimo di cui al comma 1

DM 7 dicembre 2016, n. 261:

Aggiornamento *massivo* delle informazioni da rilevare e trasmettere con i flussi SDO

Compilazione della SDO

DM Sanità 28/12/1991 //

DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 2 comma 3 e DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 2 comma 3: La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione⁴, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso

Despite their tendency to avoid the subject, doctors must take the responsibility for coding seriously. After all, who other than the person treating the patient is best qualified to determine the correct code to use when submitting claims for reimbursement.

To ensure that a precise description of the level of service performed is submitted to the carrier, physicians should not fully delegate coding responsibilities to their staff because several different codes can be used to describe the same procedure. But only the physician knows how to fully and accurately describe what service has been performed and the level of medical decision-making involved.

And ultimately, you are the one who will take final responsibility for the level of payment that service generates, regardless of whether you selected how it would be coded⁵.

Firma della SDO

⁴ Il medico responsabile è quello che firma la lettera di dimissione? È il medico che ha operato il paziente? È il medico che lo ha seguito in sala di degenza?

⁵ Debra C. Cascardo: "Correct Coding Helps You Get Paid What You're Worth" Medscape Money & Medicine 2000. © 2000 Medscape Portals, Inc

DM Sanità 28/12/1991, articolo 2 comma 1: La scheda di dimissione ospedaliera deve recare la firma del medico curante, nonché quella del responsabile di divisione, il quale assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969.

DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 2, comma 3 e

DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 2 comma 3: <...> la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile* della dimissione.

Da "curante" a "responsabile" in virtù del nuovo inquadramento giuridico del medico

Codifica della SDO

DM Sanità 28/12/1991

//

DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 2, comma 3 e DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 2 comma 3: <...> La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.

Verifica della SDO

DM Sanità 28/12/1991, articolo 2: il <...> responsabile di divisione <...> assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969.

DM Sanità 28/12/1991, articolo 2 e DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 2 comma 2: Costituiscono compiti del direttore sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e la trasmissione delle stesse alla regione ed al Ministero della sanità.

DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 2 comma 3:

Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

SDO 2017: cronoprogramma Ministeriale e Regionale

22/09/2014: presentazione della bozza del Decreto Ministeriale [RER]

17/05/2016: presentazione della bozza della circolare SDO 2017 [RER]

07/07/2016: pubblicazione della Circolare Regionale n° 6 e dell'allegato tecnico

07/02/2017: pubblicazione in G.U. del D.M. Sanità 7/12/2016, n. 261, entrato in vigore il 22/02/2017, valido per tutti i dimessi dal 01/01/20107

Il sistema di classificazione DRG

Grouping methodologies were initially developed as a cost management tool to help clinicians and hospitals monitor quality of care and utilization of services. Today, groupers are utilized for a variety of purposes including epidemiological monitoring, clinical management, standardized comparison of hospital activity, hospital budgeting and program planning, hospital funding and reimbursement, and as a prospective payment system. However, no one grouper can be used to do all of these things well. In fact, most groupers have been designed for one purpose (i.e. to measure hospital performance), but then have been used by those who work in health care management to meet other needs (i.e. as payment/reimbursement/funding tool)⁶.

The fundamental problem which must be solved, if effective resource and cost control is to be achieved within hospitals, is to define in a precise and manageable way the services provided by hospitals. It is not a useful observation simply to say that hospitals provide "patient care".

What hospitals provide is patient care of various kinds and intensities over various durations based on the needs of the patients they treat.

The total patients treated can be classified, based on selected clinical and demographic characteristics, into patient classes which consume the resources of the hospital in a similar manner. This would provide a categorization of the services provided by a hospital and establish a product definition.

Such a definition of hospital services allows the resources utilized and the costs incurred to be related directly to the types of patients the hospital treats.

In other words, the relationship between the case mix of the hospital, the resources it consumes, and the costs it incurs, is established (*Fetter, 1978*).

Definizione: DRG (diagnosis related groups): sistema di classificazione isorisorse che determina gruppi di pazienti omogenei dal punto di vista delle

⁶ Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Groups Redevelopment

risorse consumate (mette in relazione la tipologia dei problemi con le risorse consumate dall'Ospedale per il loro trattamento).

Le diagnosi e le procedure sono descritte attraverso il sistema di classificazione ICD9CM

La combinazione di codici ICD9CM determina l'attribuzione del caso ad un DRG specifico

Le MDC raccolgono al loro interno una serie di DRG, alcuni medici, altri chirurgici, generalmente legati ad un determinato organo o apparato

Elementi di rilievo per il calcolo del DRG:

- Diagnosi principale (MDC, «*timone*»)
- Diagnosi secondarie (complicanze e comorbidità)
- Procedure (DRG «medico» vs DRG «chirurgico»)
- Tipo di dimissione (DRG specifici)
- Data anagrafici (DRG "*pediatrici*", congruenza dati per sesso ed età)

Regione di residenza, regime di ricovero e durata della degenza hanno significato per il calcolo della valorizzazione dell'episodio

Diagnosi principale

U.S.A.: A principal diagnosis is that "condition established after study to be chiefly responsible for occasioning the admission of the patient to the hospital for care" ... in other words, why the patient was admitted.

The most significant diagnosis is defined as the condition having the most impact on the patient's health, length of stay, resource consumption, and the like. The most significant diagnosis may or may not be the principal diagnosis

In Italia, la diagnosi principale viene definita come "la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche"

Diagnosi secondarie

Per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale, coesistente al momento del ricovero o sviluppatasi in seguito, che influenzi l'assistenza erogata in termini di:

- trattamento terapeutico
- procedure diagnostiche eseguite
- durata della degenza
- assistenza infermieristica

- monitoraggio clinico
- durata della degenza (DGR 354/2012 prevede stretta correlazione tra consumo risorse e prolungamento della degenza)

La dimensione della severità è calcolata sulle diagnosi secondarie (*registrate sulla SDO in numero variabile - sino a 5*); la loro presenza, generalmente, è associata a maggiore complessità e costo di gestione ospedaliera del paziente in esame.

La diagnosi secondaria descrive una comorbilità rilevante o una diagnosi complicante che nel 75% dei casi è [stata] in grado di prolungare la durata della degenza di almeno 1 giorno

Hospital-Acquired Condition (FY 2009)

According to a study by the Centers for Disease Control & Prevention (CDC), common medical errors total more than \$4.5 billion in additional health spending a year. Other studies have shown that hospitals only bear a small percentage of the total costs associated with preventable medical errors. Prompted by the landmark study by the Institute of Medicine titled “To Err is Human: Building a Safer Health System,” the NQF created a list of 28 Never Events. Current NQF Serious Reportable Adverse Events

Patient Protection Events

- Infant discharged to wrong person
- Death/disability due to patient elopement (*SDO 2017: tipo dim = allontanamento volontario*)
- Patient suicide or attempted suicide resulting in disability (*SDO 2017: tipo dim = suicidio*)

Care Management Events:

- Death/disability associated with medication error
- Death/disability associated with incompatible blood (*Hospital-Acquired Condition*)
- Maternal death/disability with low risk delivery (*SDO 2017: numero di diagnosi*)
- Death/disability associated with hypoglycemia (*Hospital-Acquired Condition*)
- Death/disability associated with hyperbilirubinemia in neonates
- Stage 3 or 4 pressure ulcers after admission (*Hospital-Acquired Condition*)
- Death/disability due to spinal manipulative therapy

- Hospital-Acquired Condition (FY 2009)
- Current NQF Serious Reportable Adverse Events
- Surgical Events:
 - Surgery on wrong body part
 - Surgery on wrong patient
 - Wrong surgery on a patient
 - Foreign object left in patient after surgery (*Hospital-Acquired Condition*)
 - Post-operative death in normal health patient (*indicatori PNE di mortalità*)
 - Implantation of wrong egg

Product or Device Events:

- Death/disability associated with use of contaminated drugs
- Death/disability associated with use of device other than as intended
- Death/disability associated with intravascular air embolism (*Hospital-Acquired Condition*)

Environment Events:

- Death/disability associated with electric shock (*Hospital-Acquired Condition*)
- Incident due to wrong oxygen or other gas
- Death/disability associated with a burn incurred within facility (*Hospital-Acquired Condition*)
- Death/disability associated with a fall within facility (*Hospital-Acquired Condition*)
- Death/disability associated with use of restraints within facility (*SDx demenza? delirium?*)

Criminal Events:

- Impersonating a health care provider (i.e., physician, nurse)
- Abduction of a patient
- Sexual assault of a patient within or on facility grounds

The CMS exercised its authority under section 5001(c) of the DRA by announcing that Medicare will no longer pay the extra cost of treating the following categories of conditions that occur while the patient is in the hospital.

- pressure ulcer stages III and IV;
- falls and trauma;
- surgical site infection after bariatric surgery for obesity, certain

- orthopedic procedures, and bypass surgery (mediastinitis);
- vascular-catheter associated infection;
- catheter-associated urinary tract infection;
- administration of incompatible blood;
- air embolism; and
- foreign object unintentionally retained after surgery.

Beginning October 1, 2008, Medicare will no longer pay the higher MS-DRG for these conditions

(<http://www.cms.hhs.gov/SMDL/downloads/SMD073108.pdf>)

The Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators (PSI) Measure are a set of indicators providing information on potential in hospital complications and adverse events following surgeries, procedures, and childbirth. The PSIs were developed after a comprehensive literature review, analysis of ICD-9-CM codes, review by a clinician panel, implementation of risk adjustment, and empirical analyses.

The PSIs can be used to help hospitals identify potential adverse events that might need further study; provide the opportunity to assess the incidence of adverse events and in hospital complications using administrative data found in the typical discharge record; include indicators for complications occurring in hospital that may represent patient safety events; and, indicators also have area level analogs designed to detect patient safety events on a regional level.

Patient Safety Indicators

Provider-Level Indicators

- PSI 02 - Death rate in low-mortality diagnosis related groups (DRGs)
- PSI 03 - Pressure ulcer rate
- PSI 04 - Death rate among surgical inpatients with serious treatable conditions
- PSI 05 - Retained surgical item or unretrieved device fragment count
- PSI 06 - Iatrogenic pneumothorax rate
- PSI 07 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- PSI 08 - Postoperative hip fracture rate
- PSI 09 - Perioperative hemorrhage or hematoma rate
- PSI 10 - Postoperative physiologic and metabolic derangement rate
- PSI 11 - Postoperative respiratory failure rate (*ICD9CM 518.5*)
- PSI 12 - Perioperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis rate
- PSI 13 - Postoperative sepsis rate
- PSI 14 - Postoperative wound dehiscence rate

- PSI 15 - Accidental puncture or laceration rate
- PSI 16 - Transfusion reaction count
- PSI 17 - Birth trauma rate - injury to neonate
- PSI 18 - Obstetric trauma rate - vaginal delivery with instrument
- PSI 19 - Obstetric trauma rate - vaginal delivery without instrument
- PSI 90 - Patient Safety for Selected Indicators

Area-Level Indicators

- PSI 21 - Retained surgical item or unretrieved device fragment rate
- PSI 22 - Iatrogenic pneumothorax rate
- PSI 23 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- PSI 24 - Postoperative wound dehiscence rate
- PSI 25 - Accidental puncture or laceration rate
- PSI 26 - Transfusion reaction rate
- PSI 27 - Postoperative hemorrhage or hematoma rate

Section 3008 of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) established the Hospital-Acquired Condition (HAC) Reduction Program to provide an incentive for hospitals to reduce HACs. Effective beginning Fiscal Year (FY) 2015 (discharges beginning on October 1, 2014), the HAC Reduction Program requires the Secretary of the Department of Health and Human Services to adjust payments to applicable hospitals that rank in the worst-performing quartile of all subsection (d) hospitals with respect to risk-adjusted HAC quality measures. These hospitals will have their **payments reduced to 99 percent** of what would otherwise have been paid for such discharges. In the FY 2017 HAC Reduction Program, hospitals with a Total HAC Score greater than 6.5700 are subject to a payment reduction. (<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/HAC-Reduction-Program.html>)

Valorizzazione dei ricoveri secondo il sistema DRG [RER]: DGR 1673/2014

Tariffa ≠ rimborso

- **rimbórso** s. m. [der. di *rimborsare*]. – 1. L'azione di rimborsare, il fatto di venire rimborsato di quanto si è speso, e la somma stessa rimborsata: *chiedere, avere il r. delle spese fatte* (o, con espressione ellittica, *il rimborso spese*); *per r. complessivo delle spese incontrate mi ha dato cento euro*; *r. del biglietto di un viaggio non effettuato, di uno spettacolo sospeso*. <...>
- **tariffa** s. f. [dall'arabo *ta'rīfa*, propr. «notificazione, informazione»]. – 1. a. Serie di prezzi di beni e soprattutto di servizi, qualitativamente o

quantitativamente differenziati, che non si formano liberamente sul mercato volta per volta, ma vengono fissati una volta per tutte da pubbliche imprese in condizioni di monopolio (per es., *t. ferroviarie, postali, dell'energia elettrica, del gas, dell'acqua potabile, ecc.*), da produttori vincolati da un cartello o da altra forma di accordo (per es., *t. d'incasso* di titoli e documenti per conto terzi e *t. di riporto* per le varie specie di titoli, praticate dalle banche; *t. di noli*, per tipo e unità di merce trasportata, ecc.), da un contratto collettivo (*t. salariali, t. di cottimo*, ecc.), da un ordine professionale (cosiddette *t. professionali* dei medici, degli avvocati, degli ingegneri, ecc.): *t. proporzionali o differenziali*, secondo che il prezzo unitario resti costante o decresca (oppure cresca) con l'aumentare del consumo; *t. unica o discriminata*, secondo che sia sempre uguale o differenziata in relazione al servizio richiesto (per es., le *t. ferroviarie*); *t. speciali o ridotte*. Nella pratica comm., *t. (o elenco) dei prezzi unitari*, allegato del contratto d'appalto su cui sono riportati i prezzi delle singole parti dell'opera da costruire, ragguagliati a una conveniente unità di misura, con i quali deve essere liquidato il compenso dell'appaltatore. <...>

- **tariffario**² s. m. [der. di *tariffa*]. – Serie, elenco dei prezzi, o dei compensi stabiliti per determinate prestazioni, che insieme costituiscono una tariffa.

Ospedali di fascia "A"

FASCIA A1: Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS sede del triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia e Ospedali con più di 300 Posti Letto con presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 2° livello e Ospedali privati accreditati per la fornitura di prestazioni di alta specialità

FASCIA A2: Ospedali con più di 300 Posti Letto con presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 2° livello e Ospedali privati accreditati per la fornitura di prestazioni di alta specialità

Ospedali di fascia "B"

Ospedali con Posti Letto 150-300 e presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 1° livello o Pronto Soccorso con Rianimazione /Terapia Intensiva

Ospedale del Delta

Ospedale Cento

Ospedali di fascia "C"

Ospedali con meno di 150 Posti Letto con Pronto Soccorso o Punti di

Primo Intervento:

Ospedale "Mazzolani Vandini" Argenta

Casa di cura Quisisana S.R.L.

Casa di cura Salus S.R.L.

Strutture a tariffa giornaliera

Ospedali a Remunerazione con tariffa giornaliera di € 130

Ospedale Comacchio (fino al 31 maggio 2014)

Ospedale Copparo (fino al 31 maggio 2014)

Strutture monospecialistiche di riabilitazione e lungodegenza

Corollario: la salute non ha prezzo, ma la sanità ha un costo ... che varia in relazione alla struttura all'interno della quale il paziente è ricoverato (collaborazione con l'Università, disponibilità di servizi, severità clinica e intensità assistenziale, expertise)

Regime di ricovero

Come regola generale, si distingue il regime di ricovero ordinario (con pernottamento) dal regime di ricovero diurno (day hospital o day service).

Per i ricoveri diurni è prevista una valorizzazione che si modifica in relazione al carattere medico o chirurgico del DRG ed al numero di accessi consumati;

Per i ricoveri ordinari è prevista una valorizzazione che si modifica in relazione alla durata della degenza e/o alla modalità di dimissione

Per i ricoveri di altro genere (Riabilitazione, Psichiatria, lungodegenza) è prevista una valorizzazione a giornata di degenza

Condizioni specifiche

- Sostituzione totale o parziale della spalla

Intervento 81.80 o 81.81---*tariffa aggiuntiva € 2.000,00*

Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

- Artrodesi vertebrale senza innesto osseo

Intervento da (81.04 a 81.08) associato alle diagnosi 754.2 o comprese tra (737.30 e 737.43) - *tariffa aggiuntiva € 2.324,06*

Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

- Artrodesi vertebrale con innesto osseo

Intervento da (81.04 a 81.08) + 78.09 associato alle diagnosi 754.2 o comprese tra (737.30 e 737.43) - *tariffa aggiuntiva € 2.685,58*

Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

- Artrodesi vertebrale senza innesto osseo
Intervento da (81.01 a 81.03) - *tariffa aggiuntiva € 774,69*
Per le sole strutture con disciplina 30 neurochirurgia.
- Artrodesi vertebrale con innesto osseo
Intervento da (81.01 a 81.03) + 78.09 - *tariffa aggiuntiva € 1.187,85*
Per le sole strutture con disciplina 30 neurochirurgia.
- Protesi metacarpale o metacarpofalangea
Intervento 81.71 o 81.74 - *tariffa aggiuntiva € 1.804,00 a protesi*
- Eviscerazione pelvica per patologia maligna ginecologica
Diagnosi principale 179 o 180._ o 182._ o 183._ o 184.4 o 195.3 , nel caso di intervento 68.8 e associato al DRG 353 - *tariffa aggiuntiva € 11.600*
Per le sole strutture con disciplina 49 Terapia intensiva.
- Ortopedia oncologica
Diagnosi per tumore maligno delle ossa da (170.1 a 170.9)
diagnosi per tumore maligno connettivo da (171.2 a 171.9) - *tariffa aggiuntiva € 7.633.23*
Per le sole strutture di fascia A e A1.
- Correzione piede torto
Intervento 83.84 - *tariffa aggiuntiva € 2.127,80.*
Nel caso di intervento bilaterale da individuare con la ripetizione del cod. 83.84 in scheda nosologica, la valorizzazione del caso deve essere incrementata complessivamente del 50% (sommatoria del valore del DRG 225 e della tariffa incrementale sopra prevista);
Per le sole strutture di fascia A e A1.
- Chirurgia della mano
Diagnosi principale il codice 728.85 "contrattura muscolare" e in diagnosi secondaria il codice 342.1_ "emiplegia spastica" o 344.0_ "tetraplegia non altrimenti classificata" in associazione con i seguenti codici di intervento, 82.57-trasposizione tendine mano o 82.56-altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19- tenotomia o miotomia e/o 83.85-allungamento tendineo, indipendentemente dal DRG di

dimissione, la tariffa aggiuntiva è pari a euro 3.553,50;

In considerazione del fatto che, tutti gli interventi di reimpianto vengono collocati nel DRG 441-interventi sulla mano per traumatismo, e in considerazione inoltre, dei costi rilevati per gli interventi di reimpianto microchirurgico, si stabilisce che in presenza dei codici di diagnosi principale 885.0 o 885.1 o 886.0 o 886.1 associati ai codici di intervento 84.21 o 84.22 la tariffa è pari a euro 5.047,00. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di 2.000,00 euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.

- Impianto di segmenti ossei

Si intende l'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni.

Diagnosi secondaria V42.4 "Osso sostituito da trapianto" e fra gli interventi principali del codice 78.0_ (ad esclusione delle sotto categorie 78.04, 78.06, 78.08) indipendentemente dal DRG che si viene ad originare *tariffa aggiuntiva € 1.797,27.*

- Protesi sfinteriche urinarie

Intervento 58.93 - *tariffa aggiuntiva € 4.131,65*

- Pompa per infusione intratecale

Intervento 86.06 - *tariffa aggiuntiva € 1.807,60*

Per le sole strutture pubbliche con disciplina 49 Terapia intensiva.

- Protesi biliare

Intervento 51.87- *tariffa aggiuntiva € 413,16*

- Neurostimolatore vagale

Intervento 04.92 associato ai DRG 7 e 8 con Diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51 - *tariffa aggiuntiva € 15.000,00*

Per le sole strutture AOSPU di Bologna, Bellaria di Bologna, S.Agostino Estense Modena.

- Stimolatore cerebrale

Intervento 02.93 associato alle diagnosi 332.0 o 333.1 o 333.6 o comprese tra (333.8 e 333.89) - *tariffa aggiuntiva € 16.010,16*

Per le sole strutture AOSPU di Ferrara, Bellaria di Bologna, Ospedale

Baggiovara.

- Protesi mammaria e inserzione di espansore
Intervento 85.95 o 85.53 - *tariffa aggiuntiva € 878,00*
Intervento 85.54 - *tariffa aggiuntiva € 1.317,00*

- Protesi cocleare
Intervento 20.96 o 20.97 o 20.98 ---- *tariffa aggiuntiva € 21.474,27 a protesi*
Per le sole strutture AOSP di Parma, AOSP di Ferrara, AOSP di Reggio Emilia, AOSP di Modena, Ospedale Maggiore di Bologna, Presidio Ospedaliero Modena AUSL, Ospedale di Piacenza, Ospedale di Rimini, Casa di Cura "Piacenza"

- Protesi endoaortiche
Intervento 39.71 o 39.73 associato alle diagnosi principali 441.xx- - *tariffa aggiuntiva € 5.254*

- Riparazione di difetto del setto interatriale
Intervento 35.52 o 37.90 associati al DRG 518 - *tariffa aggiuntiva € 7.236,00*

- Trapianto d'intestino:
tariffa € 169.160,29 con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino" per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna;

- Trapianto multiviscerale:
tariffa € 243.899,35 con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino", associato nella medesima scheda, ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna, indipendentemente dal DRG di dimissione;

- Trapianto di rene e cuore:
tariffa € 80.889,69 con codici intervento 55.69 + 37.51 associati ai DRG 103;

- Trapianto di rene e fegato:
tariffa € 100.652,90 con codici intervento 55.69 + 50.59 associati al DRG

480;

- Trapianto di fegato e cuore:
tariffa a € 110.966,10 con codici intervento 50.59 + 37.51 associati al DRG 103 o 480;
- Altri trapianti:
Le tariffe sopra fissate, così come le tariffe per i trapianti DRG 103 Trapianto di cuore, DRG 302 Trapianto di rene, DRG 480 Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino, DRG 481 Trapianto di midollo, DRG 495 Trapianto di polmone, DRG 512 Trapianto di rene e pancreas, DRG 513 Trapianto di pancreas presenti nell'allegato n. 3, sono quelle da porre in mobilità da parte dell'Azienda sede di intervento verso l'Azienda di residenza del paziente ricevente l'organo o il tessuto.
- DRG 42 "interventi intraoculari, eccetto retina, iride e cristallino" associato ai codici di intervento 11.6_
la tariffa viene fissata in € 2.800,00 (omnicomprensiva del costo del tessuto corneale pari a € 1.050,00). L'Azienda sede di Banca Cornee fattura all'Azienda sede di trapianto € 1.050 per ogni cornea trapiantata e tale valore è riconosciuto all'interno della tariffa DRG pagata dall'Azienda di residenza del paziente. Tale tariffa viene applicata sia ai ricoveri in regime ordinario che day hospital e prescinde dalla fascia tariffaria di appartenenza dell'ospedale
- Infusione di cellule dendritiche
Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno: DRG 481- Trapianto di midollo osseo- individuato dal codice intervento 41.04 "trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione" e associato al codice 99.59 "altre vaccinazioni ed inoculazioni". Tariffa per caso trattato € 25.000,00
- Prelievo di CSE midollari
Diagnosi ed interventi per attività di prelievo di midollo osseo. La tariffa DRG del trapianto di midollo osseo è comprensiva del prelievo, incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale, per cui tutte le SDO relative a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche avranno importo azzerato:
DRG 467 con diagnosi V593 "donatore di midollo osseo" associato a intervento 41.91 "aspirazione di midollo osseo da donatore per

trapianto”

DRG 467 con diagnosi V59.02 “donatore di sangue, cellule staminali”
associato a intervento 99.79 “altra aferesi terapeutica”

- Brachiterapia e terapia radiometabolica
Intervento 92.27(impianto o inserzione di elementi radioattivi) o 92.28
(iniezione o istillazione di radioisotopi) associato al codice diagnosi V
58.0: Tariffa per caso trattato € 8.500,00
- Neurostimolatore spinale o urologico
Impianto o sostituzione di elettrodo codice 03.93: Tariffa per caso
trattato € 4.000,00 indipendentemente dal DRG che si genera;
Impianto o sostituzione di generatore di impulsi (canale singolo, doppio,
ricaricabile) codice 86.96: Tariffa per caso trattato € 6.172,00
indipendentemente dal DRG che si genera;
- Termoablazione epatica per via percutanea
Codice intervento 50.24, associato al DRG 191 o 192: Tariffa per caso
trattato € 5.040,00
- Discolisi con tecnica laser, radiofrequenza o altra tecnica
Codice intervento 80.59 indipendentemente dal DRG: Tariffa per caso
trattato pari a € 500,00
- Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare
Diagnosi principale afferente alla categoria 454, associata al DRG 479:
Tariffa per caso trattato equiparabile alla tariffa del DRG 119 vedi
allegato tariffe
- Gamma knife
Codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che
individua l'utilizzo del casco
Tariffa per caso trattato pari a € 7.500,00
- Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare (TAVI)
Codice intervento 35.21 O 35.22 associato al codice intervento 38.91
Tariffa per caso trattato pari a € 30.634,00
- Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica transapicale (TAVI)
Codice intervento 35.21 + 37.11 associato al codice intervento 38.91

Tariffa per caso trattato pari a € 30.634,00

- DRG 323 M “Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni”

Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno: in presenza del codice procedura “98.51 Litotripsia rene uretere”, in qualsiasi posizione venga codificato: Tariffa per caso trattato € 550,00. In assenza di tale procedura, tariffa per caso trattato pari a € 184,00.

- Neonato

Per i neonati “sani” presso la stessa struttura e ospitati e dimessi dal nido (codice 31), indipendentemente dall'attribuzione al DRG: Tariffa massima pari a Euro 335,32

Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido alla nascita e dimesso dal nido perché trasferito ad altro presidio entro 0/1 giorno dalla nascita
Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido, di una struttura diversa da quella presso la quale è nato o della stessa struttura ma in una fase successiva alla dimissione, per mantenerlo vicino alla madre che sia stata trasferita ad una struttura diversa rispetto a quello nella quale ha avuto luogo il parto o sia stata nuovamente ricoverata presso la stessa struttura in una fase successiva.

- DRG 385 “Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale”: tariffa equivalente al DRG 386 per i casi con degenza > 3 giorni dimessi da Ospedali con la disciplina 73- Terapia intensiva neonatale

- Grandi ustionati (dimessi da disciplina 47)

L'analisi dei costi di tale funzione ha evidenziato una notevole discrepanza fra la valorizzazione dell'attività a tariffa DRG e i costi sostenuti. Pertanto, alla luce di tale situazione ed in considerazione del ruolo che i soli due centri regionali svolgono all'interno della rete dei servizi, si ritiene opportuno passare ad una valorizzazione dell'attività per tale disciplina a giornata di degenza in quanto la classificazione e la conseguente remunerazione a tariffa DRG specifica non coglie correttamente le peculiarità del profilo di assorbimento di risorse della casistica che afferisce a tale disciplina, fissando il valore a € 1.751,00 a giornata per i dimessi dal cod. disciplina 47;

- Tracheostomie

Indipendentemente dalla fascia di appartenenza dello stabilimento di

dimissione le tariffe per i seguenti DRG sono da considerarsi in base alla durata di degenza:

DRG 541 C-Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore”

Degenza <= 20 giorni	€ 35.551,00
Degenza tra 21 e 30 giorni	€ 41.726,00
Degenza > 30 giorni	€ 46.607,00

DRG 542 C-Tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore”

Degenza <= 20 giorni	€ 24.416,00
Degenza tra 21 e 30 giorni	€ 28.657,00
Degenza > 30 giorni	€ 32.009,00

- Day hospital oncologico

DRG 409 M-radioterapia € 310 ad accesso

DRG 410 “M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta” e DRG 492 “M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia”: le modalità di gestione e di valorizzazione del DH oncologico si uniformano alle seguenti indicazioni:

- gli accessi in DH nel corso dei quali vengono eseguite le seguenti procedure rilevanti, prima fra tutte la chemioterapia <...> Tali accessi denominati “pesanti” verranno valorizzati con una tariffa pari a € 400,00 per accesso;
- <...> gli accessi nel corso dei quali non verranno praticate procedure di cui all’elenco sopra riportato, [sono] definiti “leggeri” <...> Per gli accessi cosiddetti “leggeri”, qualora presenti in scheda nosologica, si prevede una tariffa pari a € 70,00 per accesso

Aggiornamento con Circolare Regionale 3/2016: «Flussi informativi ASA e FED: regole per la gestione del trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale»

- Attività libero professionale

Queste prestazioni (individuate con onere=5 e 6 riportato in SDO) dovranno avere una valorizzazione pari al 50% dell’importo.

Percentuale calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi.

- Ricoveri ripetuti

Per i ricoveri ordinari successivi di uno stesso paziente, dimesso da unità operative per acuti, di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Presidio e classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), le tariffe sono ridotte come di seguito specificato:

- INTERVALLO TEMPORALE 2-7 GIORNI: re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa;
- INTERVALLO TEMPORALE 8-30 GIORNI: abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa; tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero, ad eccezione dei casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257, 258, 259 e 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54;

Fatti salvi i casi in cui, a seguito di attività di controllo interna o esterna i singoli episodi di ricovero ripetuto si dimostrino essere legati a fenomeni di frammentazione o siano ricoveri attribuiti a DRG di tipo medico aventi natura di ricovero per accertamenti preoperatori, vengono esclusi dagli abbattimenti di cui ai punti 1 e 2 le seguenti categorie di ricoveri:

- ricoveri di pazienti neoplastici (diagnosi principale codificata con i codici compresi fra il codice 140.0 e il codice 208.91 o compresi fra il codice 230.0 e il codice 239.9 o codificate con i codici V58.0 o V58.11);
- ricoveri attribuiti ai DRG 488, 489 o 490;
- casi in cui il ricovero successivo sia stato attribuito ad un DRG di tipo chirurgico avente peso relativo superiore o uguale a 1,5.

INTERVALLO TEMPORALE 0-1 GIORNI: fattispecie non prevista nella delibera tariffaria ma descritta nella DGR 354/2012 e nei diversi Piani Annuali dei Controlli; sono oggetto di controllo obbligatorio interno, finalizzato ad evidenziare i casi nei quali si sia verificata una

frammentazione dell'episodio di ricovero, per i quali l'importo relativo ad uno dei due episodi deve essere annullato.
È richiesta la verifica del 100% dei casi rilevati.

DRG potenzialmente inappropriati (Delibera (DGR 1890/2010):

- di approvare i valori percentuali/soglia di ammissibilità regionali, calcolati per specifico DRG, dei DRG ad alto rischio di in appropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria maggiore di 1 giorno allegati alla presente, come parte integrante e sostanziale deliberazione;
- che al fine di ottemperare a quanto stabilito dall'art. 88 della L.n. 388/2000 così come modificato dal comma 1-septies dell'art. 79 del DL 112/2008, convertito con Legge 133/2008 che prevede che i "controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza individuate dalle regioni..", siano oggetto di controllo i casi attribuiti ai DRG di cui agli allegati alla presente deliberazione che esorbitano dalle soglie definite, per ciascun produttore e per ciascun DRG;
- che il numero di cartelle da controllare debba essere calcolato secondo la metodologia esplicitata nell'allegato n 2 alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale;
- che per l'anno 2010, in linea con quanto previsto dal Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009, i controlli di cui al comma 2 siano inclusi nel 10% dei controlli di cui al comma 2 dell'art. 88 della Legge n. 388/2000 e successive modificazioni, mentre a decorrere dall'anno 2011 devono considerarsi aggiuntivi;
- che, in considerazione del fatto che i controlli riferiti ai DRG potenzialmente inappropriati sono parte dei cosiddetti controlli esterni (come da deliberazione n. 1171/2009), i casi che, a seguito dei controlli effettuati, risultino non appropriatamente erogati in regime di degenza ordinaria, siano valorizzati con la tariffa prevista per il regime assistenziale ritenuto appropriato;

Monitoraggio griglia LEA 2012-2013 [Ministero Salute]

Nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono previsti una serie di adempimenti ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN. La verifica degli adempimenti, mediante un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero con il supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA, è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di

appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA).

Tra gli adempimenti rientra il "mantenimento nell'erogazione dei LEA", la cui verifica avviene attraverso l'utilizzo della "Griglia LEA"; essa prevede un set di indicatori, ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni, e consente sia di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza della stessa erogazione.

Per i dati relativi al monitoraggio LEA si veda la pagina http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea o l'allegato documento "Dati LEA 2013 Ministero.pdf"

La delibera tariffaria regionale

Valorizzazione ricoveri diurni

- Ricoveri con 1, 2 o 3 accessi, DRG medico → € 124,47
- Ricoveri con 4 o più accessi, DRG medico → tariffa specificata
- Ricoveri attribuiti a DRG chirurgico (indipendentemente dal numero di accessi) → tariffa specificata

La valorizzazione di un DRG chirurgico in DH è frequentemente la stessa prevista per un ricovero ordinario con 0/1 notte di degenza

Valorizzazione ricoveri ordinari

- Massimo 1 notte, DRG medico → € 220,00
- Massimo 1 notte, DRG medico, paziente deceduto o trasferito ad altro ospedale per acuti → tariffa specifica
- Massimo 1 notte, DRG chirurgico → tariffa specificata

Durata della degenza compresa tra 2 notti e il numero di giorni descritto nella colonna "Valore soglia" → tariffa specificata, non modificabile in relazione alla diversa durata della degenza

Durata della degenza eccedente il "valore soglia" descritto, specifico per ciascun DRG → tariffa specificata + una tariffa giornaliera integrativa per ciascun giorno che eccede il valore soglia.

Esempio:

DRG 127: Insufficienza cardiaca e shock

Peso = 1,0270

Valorizzazione = € 3.265,90
Soglia = 20 gg
Incremento pro die = € 204,80

Ricovero 1 notte, dimesso vivo € 220,00
Ricovero 1 notte, deceduto o trasferito a *Bologna* € 445,44
Ricovero con 2 notti in struttura € 3.265,90
Ricovero con 20 notti in struttura € 3.265,90
Ricovero con 21 notti in struttura € 3.470,70

*Tariffa DRG specifica € 3.265,90 + incremento pro die € 204,80 * 1*

giorno

Ricovero con 23 notti in struttura € 3.880,30

*Tariffa DRG specifica € 3.265,90 + incremento pro die € 204,80 * 3*

giorni

Valorizzazione DRG omologhi

In linea di massima, il DRG *con CC* prevede una valorizzazione superiore rispetto all'omologo *senza CC*. Tuttavia, per molti ricoveri di breve durata (max 1 notte) la valorizzazione non cambia (es: per il *DRG 310 Interventi per via transuretrale con CC* ed il *DRG 311 Interventi per via transuretrale senza CC* la valorizzazione è € 1.228,16)

Controlli sui ricoveri con CC (Determina 10449/2012)

Un'alta proporzione di DRG con complicanze può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica": un DRG complicato si ottiene, in genere, nei casi in cui una specifica diagnosi secondaria si mostra in grado di modificare la quantità di risorse assistenziali consumate durante il ricovero (allungamento di almeno un giorno della durata di degenza nel 75% dei casi).

I ricoveri a ciclo diurno, sempre programmati e finalizzati al trattamento della patologia descritta in diagnosi principale, non dovrebbero essere attribuiti a un DRG complicato, in quanto la presenza di condizioni complicanti non consentirebbe il trattamento in tale regime, così come i ricoveri ordinari di un giorno (con o senza pernottamento); per questo motivo tutti i DRG chirurgici complicati in regime diurno o ordinario 0-1 devono essere controllati.

I ricoveri ordinari superiori a 1 giorno attribuiti a DRG complicati con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata regionale delle strutture pubbliche e private (anno precedente rispetto al controllo)

dell'analogo DRG omologo non complicato, devono essere sottoposti a controllo su base campionaria per ogni specifico DRG.

I ricoveri in regime diurno attribuiti a DRG medici complicati superiori a 3 accessi sono sottoposti a controllo su base campionaria.

Copia della delibera tariffaria può essere scaricata dal sito regionale

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo/documentazione>

Tariffa come strumento di politica sanitaria

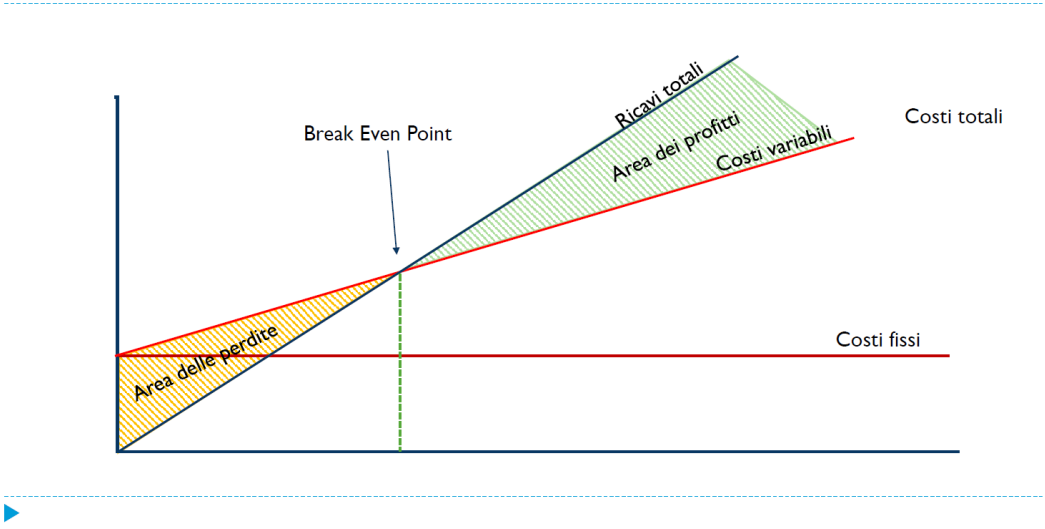
Economicità: In un determinato periodo t , la differenza tra la somma dei ricavi (R_t) e la somma dei costi (C_t) del periodo t formano il risultato economico dello stesso periodo Re_t : $R_t - C_t = Re_t$

Re_t positivo [>0] → utile (profitto)

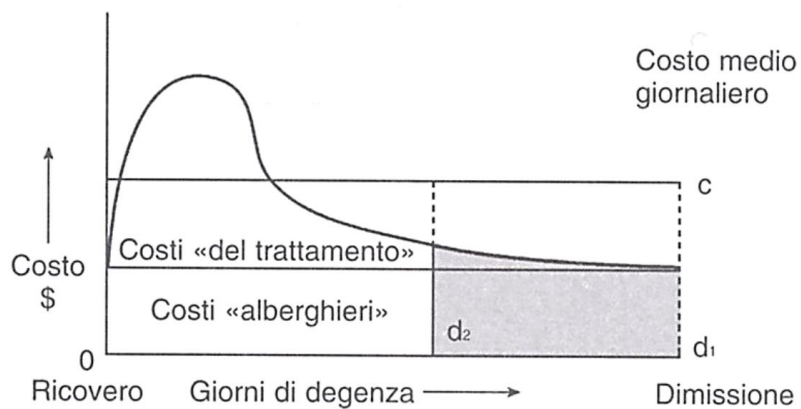
Re_t negativo [<0] → perdita

La condizione $Re_t = 0$ (ossia $R_t = C_t$) identifica il *Break Even Point*

Break Even Point

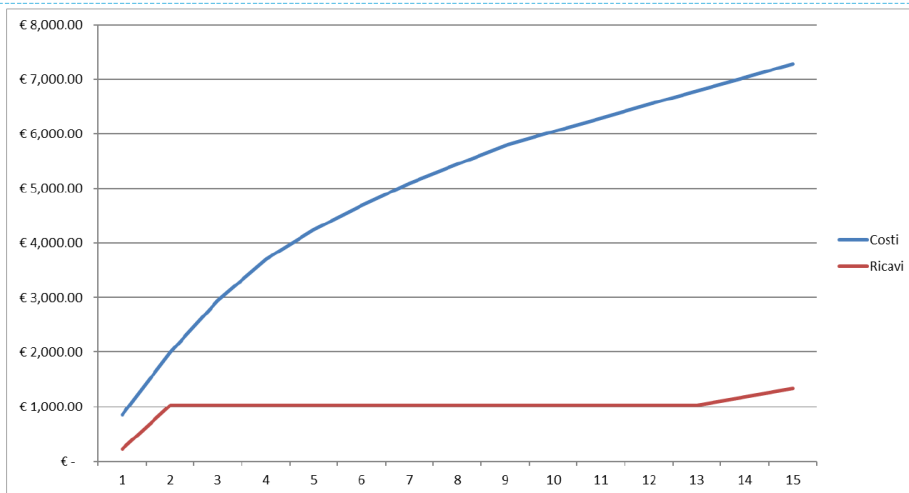


Costi fissi e variabili

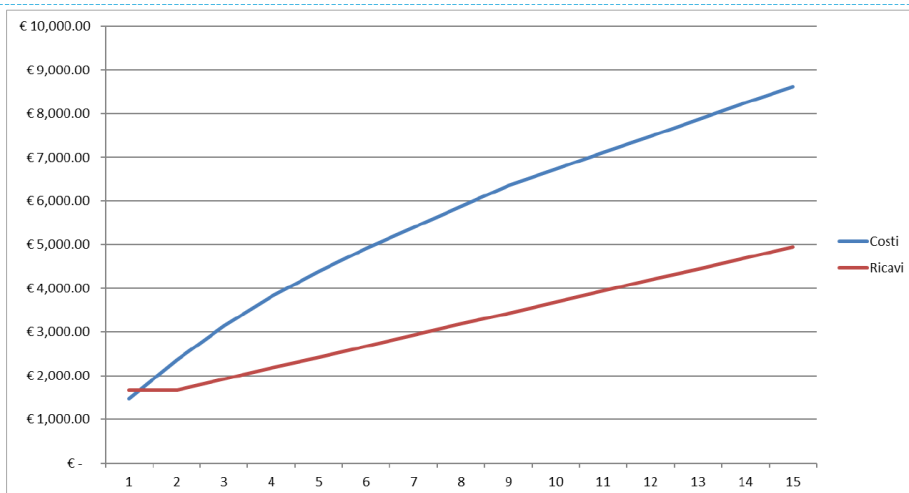


[Fonte: Drummond et AA, 2000, pagina 76]

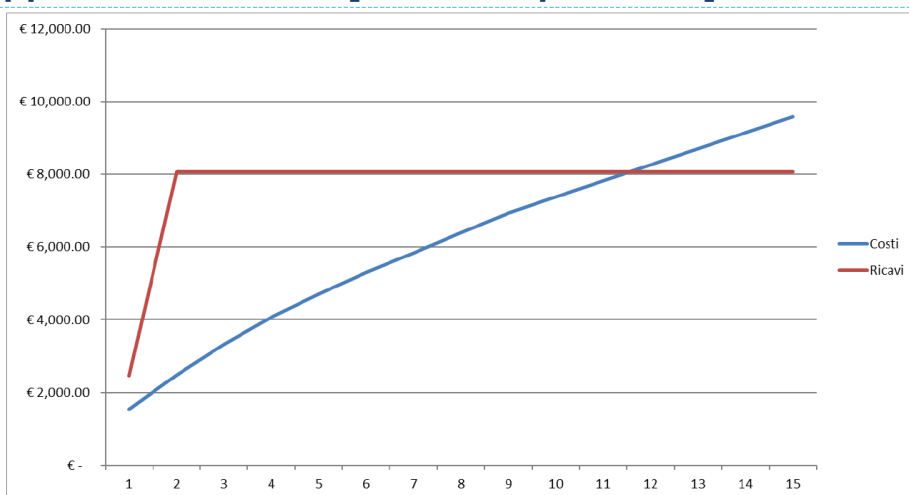
Rapporto costi-ricavi [dati esemplificativi]



Rapporto costi-ricavi [dati esemplificativi]



Rapporto costi-ricavi [dati esemplificativi]



Peso DRG

Il "Peso DRG" descrive il consumo relativo di risorse.

Riferimento: peso del *ricovero tipo* calcolato come rapporto tra somma dei costi sostenuti su numero complessivo dei casi trattati:

DRG 121 malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	Peso 1,5817
DRG 122 malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	Peso 1,2157
DRG 127 insufficienza cardiaca e shock	Peso 1,0270
DRG 128 tromboflebite delle vene profonde	Peso 0,7518

DRG 141 sincope e collasso con cc	Peso 0,7693
DRG 142 sincope e collasso senza cc	Peso 0,5969
DRG 143 dolore toracico	Peso 0,4879

In origine, la valorizzazione del ricovero era facilmente calcolabile come:

Peso DRG x valore del punto

Successivamente l'automatismo è stato abbandonato a favore di scelte reputate necessarie per influenzare alcune scelte strategiche

(*identificazione del setting di ricovero maggiormente appropriato*) → tariffe

DRG come strumento di politica sanitaria regionale

Il "Peso DRG" è una variabile ancora in uso, reperibile nelle specifiche tabelle regionali (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo/tabelle-di-riferimento>) e ministeriali (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1094_allegato.pdf); tuttavia, essendo stato abolito l'automatismo precedente, il dato non compare nella delibera tariffaria vigente.

Non esiste un rapporto univoco tra peso e valorizzazione del ricovero, ovvero non è possibile definire il valore del punto.

DRG 110: Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC

Peso 3,3918 Valorizzazione € 15.202,83

Valore teorico del punto € 4.482,23

DRG 119: Legatura e stripping di vene

Peso 0,7350 Valorizzazione € 1.998,60

Valore teorico del punto € 2.719,18

DRG 127: Insufficienza cardiaca e shock

Peso 1,0270 Valorizzazione € 3.265,90

Valore teorico del punto € 3.180,04

DRG 134: Ipertensione

Peso 0,6701 Valorizzazione € 1.030,80

Valore teorico del punto € 1.538,28

Non esiste linearità tra peso DRG e valorizzazione del ricovero

DRG 133: Aterosclerosi senza CC

Peso 0,6284 Valorizzazione € 1.059,39

DRG 143: Dolore toracico

Peso 0,4879 Valorizzazione € 1.496,48

Il sistema DRG ha funzionato?

- Durata media della degenza (*Valuta la funzionalità del sistema ospedaliero. È legata alla produttività dei servizi, alla casistica trattata, all'efficacia. Un valore basso potrebbe essere indice di un elevato grado di efficienza ma non di efficacia - intesa come qualità dell'assistenza*)
- Indice di rotazione (*numero dei pazienti che in un anno occupano un posto letto - valenza positiva se aumenta, negativa se diminuisce*)
- Intervallo di turn-over (*tempo medio - in giorni - tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro, cioè tempo medio durante il quale resta inutilizzato un PL. Rappresenta la capacità della struttura di far fronte alla domanda dell'utenza. Ad un valore più alto corrisponderebbe minore efficienza*)
- Occupazione posto letto (*rappresenta la quota parte dei PL mediamente occupati dai ricoverati. Fornisce il valore % di utilizzo dei PL. Il significato di tale indicatore è dato dal grado di avvicinamento al valore massimo del 100%, anche se è ipotizzabile un valore ideale attorno al 75%. Il complemento a 100 è l'indice di recettività residua, costituita dall'offerta di assistenza non fruita dall'utenza*)

Maggiore efficienza ma ...

- si partiva da un contesto in cui l'attività degli ospedali non era valutata dal punto di vista economico, mentre oggi esiste uno standard comune di riferimento
- gli *aggiustamenti* apportati al sistema di pagamento prospettico e il ricorso sistematico al ripianamento dei debiti hanno attenuato l'effetto teorico massimo ottenibile, ma hanno anche contribuito a limitare effetti negativi quali:
 - abbassamento dello standard di cura per ridurre i costi,
 - selezione della casistica
 - riduzioni improprie della durata della degenza
 - codifica opportunistica

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Per la documentazione relativa ai controlli della regione Emilia Romagna si veda: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/controlli-sanitari>

Il sistema è "influenzabile" ed è possibile manipolare le informazioni in modo opportunistico per rappresentare una realtà diversa e/o per raggiungere un fine economico

Riflessi medico-legali

- Codice Penale, art. 43: Elemento psicologico del reato. «Il delitto: è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione ...»
- Codice Penale, art. 323: Abuso d'ufficio. «... il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, nello svolgimento delle funzioni o del servizio ... intenzionalmente procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale ovvero arreca ad altri un danno ingiusto è punito ...»
- Codice Penale, art. 479: Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici «... che ... attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità»
- Codice Penale, art. 476: Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici. «... Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero ...»

Lombardia [ottobre-dicembre 1997]

- Cartelle verificate: 4.309
- Percentuale cartelle "errate": 72%
- DRG modificati: 1.062 [24,64%]
- Durata degenza modificata: 1.581 [36,69%]
- DRG e degenza modificata: 186 [4,32%]
- Variazione economica: lit. 13.834.676.000

Lit. 13.834.676.000 / 3.102 = Lit. 4.459.921, valore medio *recuperato* per ciascuna cartella «errata»

Esempi:

- [http://archiviostorico.corriere.it/2006/gennaio/12/Truffe nella sanita Anche false co 7 060112014.shtml](http://archiviostorico.corriere.it/2006/gennaio/12/Truffe_nella_sanita_Anche_false_co_7_060112014.shtml)
- <http://www.anaaoveneto.it/rassegna/corriere17-6-06.htm>
- [http://archiviostorico.corriere.it/2007/gennaio/25/Truffa sui rimborsi sanita privata co 7 070125008.shtml](http://archiviostorico.corriere.it/2007/gennaio/25/Truffa_sui_rimborsi_sanita_privata_co_7_070125008.shtml)
- [http://archiviostorico.corriere.it/2007/febbraio/19/Stesse diagnosi Rim](http://archiviostorico.corriere.it/2007/febbraio/19/Stesse_diagnosi_Rim)

[borsi_differenti_co_7_070219007.shtml](#)

- <http://www.ilgiornale.it/news/sanit-truffe-18-milioni-35-cliniche-nel-mirino.html>
- <http://www.ilgiornale.it/news/bufera-sul-galeazzi-32-medici-e-manager-indagati-truffa.html>
- http://www.corriere.it/cronache/14_gennaio_25/rimborsi-gonfiati-cartelle-cliniche-truccate-il-presidente-dell-inps-mastrapasqua-indagato-56081848-859f-11e3-97a7-e7402e9bb91d.shtml
- http://www.corriere.it/cronache/08_giugno_09/arresti_medici_milano_ebc4ff96-35ef-11dd-9226-00144f02aabc.shtml
- <http://milano.blogosfere.it/2010/10/clinica-santa-rita-pier-paolo-bregamassone-condannato-a-15-anni-e-sei-mesi-per-gli-interventi-inuti.html>
- <http://www.rovigooggi.it/articolo/2010-05-13/sospetti-per-i-rimborsi-gonfiati/>
- <http://www.estense.com/?p=327640>
- http://roma.corriere.it/roma/notizie/cronaca/13_luglio_20/20130720NAZ01_35-2222251729771.shtml
- http://torino.repubblica.it/cronaca/2013/07/01/news/truffa_delle_cliniche_private_70_indagati_dalla_corte_dei_conti-62158855/

Chirurgia vertebrale

DRG di interesse (tra parentesi valorizzazione per RO > 1 gg, DGR 525/2013):

- 496-Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato [€ 20.314,33]
- 497-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC [€ 15.521,30]
- 498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC [€ 12.474,01]
- 519-Artrodesi vertebrale cervicale con CC [€ 13.135,28]
- 520-Artrodesi vertebrale cervicale senza CC [€ 8.153,53]
- 546-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna [€ 20.131,07]
- 499-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC [€ 6.537,91]
- 500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC [€ 3.782,41]

Audit regionale (appropriatezza clinica e codifica SDO).

Criteri di selezione della casistica:

- Dimessi nel corso del 2013
- DRG 496, 497 e 498, esclusi i casi con PDX di frattura traumatica amielica

- Selezione obbligata di:
- Casistica gestita in DH (1 caso)
- Ricoveri di brevissima durata (0/1 giorno), esclusi deceduti e trasferiti ad altro ospedale per acuti
- Re-ricoveri sui medesimi DRG (con finestra temporale di osservazione allargata al 2012 e al 2014)

SDO 2017: flag controllo

- Flag controllo (B022):
i valori 1-scheda controllata con annullamento importo e 2-scheda controllata con modifica importo vanno compilati per i soli casi in cui c'è modifica/annullamento dell'importo senza alcuna variazione delle variabili sanitarie (patologie, interventi, DRG)
Il codice 3-scheda con importo aziendale < importo regionale per accordi deve essere utilizzato per inserire in banca dati regionale l'importo aziendale a seguito di accordi.
Per i controlli in corso utilizzare il codice 9-scheda controllata in corso di verifica

SDO 2017: documentazione sanitaria

Specificare se la documentazione sanitaria è stata sottoposta o meno a verifica interna, ex DGR 1706/2009 (B023)

Specificare se la documentazione sanitaria è stata sottoposta o meno a verifica esterna, ex DGR 1706/2009 (B024)

I campi sono obbligatori

SDO 2017: nodo controlli

Progressivo univoco di identificazione del controllo (F001)

Tipologia di controllo interno (*Valori ammessi:*

- 01=DRG maldefiniti;
- 02=DRG Chirurgico con CC in DH;
- 03=DRG Chirurgico con CC in ordinario 0-1 giorno;
- 04=DRG con CC in ordinario > 1 giorno;
- 05=DRG Medico con CC in DH > 3 accessi;
- 06=DRG Medico diagnostici in DH;
- 07=DRG Medico senza procedure;
- 08=DRG potenzialmente inappropriati;
- 09=Ricoveri ripetuti 0-1 giorno;
- 10=Ricoveri ripetuti 2-7 giorni;
- 11=Ricoveri ripetuti 8-30 giorni;

- 12=Onnicomprensività della tariffa;
 - 13=Controlli appropriatezza clinica;
 - 14=Interventi sulla colonna (DRG 496 497 498 520 546);
 - 15=Congruità SDO-Cartella;
 - 16=Errore di codifica;
 - 17=Prestazione erogabile in altra intensità di cura (eccetto i 108 DRG potenzialmente inappropriati);
 - 18=Ricoveri oltre soglia;
 - 19=Ricoveri ordinari con durata della degenza=2 oppure con durata di degenza=3; con DRG C con MPR in data <> ammissione;
 - 20=Documentazione clinica carente; 99=Altri controlli) (F002)
- Tipologia di controllo esterno (come sopra) (F003)

Ipotesi per l'it.DRG

Caratteristiche del prodotto finale:

- onnicomprensività della classificazione
- mutua esclusività delle categorie
- significatività clinica del sistema di classificazione
- omogeneità in termini di consumo di risorse ospedaliere
- utilizzo di informazioni reperibili attraverso la banca dati SDO
- nessuna significatività (ai fini dell'attribuzione dei casi alle singole categorie) all'ordine in cui diagnosi secondarie e procedure sono riportate sulla SDO
- gestibilità numerica

Principali novità del grouper it.DRG:

- Mantenimento dello schema classificatorio generale della versione 24° dei CMS-DRG
- Definizione di un numero ristretto di gruppi finali associato ad un sistema di pesatura modulare che consenta di leggere la severità dei casi e di misurarne il livello di assorbimento di risorse
- Eliminazione degli "split" relativi a complicanze/comorbidità, età del paziente, modalità di dimissione
- Eliminazione delle Pre-MDC e delle MDC 20, 24 e 25: nuova sistematizzazione dei DRG in MDC specifiche
- Eliminazione o modifica di DRG generati unicamente da procedure ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero e trasferibili in regime ambulatoriale
 - DRG 006-Decompressione del Tunnel Carpale,
 - DRG 232-Artroscopia,

- DRG 323-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
- Eliminazione dei DRG caratterizzati da particolari modalità di dimissione
 - DRG 123 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti
 - DRG 385 Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti
 - DRG 433 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci - dimesso contro il parere dei sanitari

Complicanze e comorbidità

Lo split tra ricoveri con o senza CC non consente una puntuale lettura della severità della casistica in quanto, anche per il frequente fenomeno della codifica opportunistica, non sempre al DRG complicato e associato un aumento significativo dell'assorbimento di risorse inteso come aumento della durata di degenza, rispetto all'omologo non complicato.

Si ritiene pertanto necessaria una revisione delle diagnosi complicanti che saranno associate a diversi coefficienti di modulazione del peso allo scopo di ottenere un sistema di misurazione più articolato della complessità che meglio interpreta il reale assorbimento di risorse

Altre variabili

La severità del paziente letta attraverso l'età può essere meglio articolata attraverso la definizione di un sistema di classi di età cui attribuire pesi differenti.

Gli odierni profili di trattamento della infezione da HIV e dei Traumi Multipli non giustificano, rispetto all'assorbimento di risorse atteso, una collocazione classificatoria al di fuori della normale logica della MDC. Pertanto i DRG afferenti alle MDC 25 e 24 possono trovare adeguata collocazione rispettivamente nelle MDC 18 (*malattie infettive*) e 21 (*traumatismi*).

I DRG 6, 232 e 323, potenzialmente inappropriati, si identificano con procedure tipicamente ambulatoriali che, pur erogabili in regime di degenza, non giustificano la presenza di una classe di ricovero dedicata e possono essere invece ricomprese in altro gruppo finale ed utilizzate per una specifica modulazione del peso standard.

La tipologia di dimissione del paziente (deceduto, trasferito o dimessosi volontariamente), è difficilmente associabile ad una significativa variazione del consumo di risorse atteso.

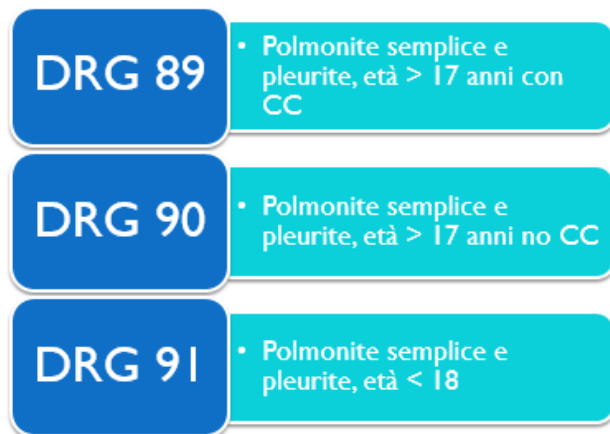
I raggruppamenti finali così ottenuti saranno caratterizzati da un peso

relativo standard che sarà modulato secondo un sistema che terra conto delle seguenti variabili:

- età del paziente
- peso alla nascita (per la sola MDC 15)
- trattamento di complicanze/comorbidità nel corso del ricovero
- esecuzione di procedure/interventi che influenzano l'assorbimento di risorse, incrementandolo o diminuendolo

Stratificazione della popolazione ospedaliera

Modello attuale



Modello it.DRG [ipotesi]

