

L'attività di Day Surgery nelle Regioni

2° Supplemento al n. 15 di Monitor

**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute
Bimestrale dell'Agenzia
per i servizi sanitari regionali
Anno IV Numero 15 - 2005**

Direttore

Laura Pellegrini

Direttore responsabile

Maria Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Giovanna Baraldi, Lucio Capurso,
Giovanni Costa, Franco Cuccurullo,
Francesco Di Stanislao,
Gian Franco Gensini, Renato Guarini,
Rocco Mangia, Maurizio Mauri,
Ubaldo Montaguti, Filippo Palumbo,
Bruno Rusticali, Erasmo Santesso, Irinus Serafin,
Federico Spandonaro, Alberto Spanò

Editore

ASSR
Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
Via Puglie, 23 - 00187 Roma
Tel. 06.427491
www.assr.it

Coordinamento editoriale e redazionale

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING
Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06.6465031 Fax 06.64650328
www.ie-p.it

Stampa

AgenziaD, Roma
Union Printing Srl, Viterbo

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di gennaio 2006

L'ATTIVITÀ DI DAY SURGERY NELLE REGIONI

Lo sviluppo della Day Surgery in Italia: un sistema che stenta a decollare <i>di Laura Pellegrini</i>	5
L'attività di Day Surgery nel contesto istituzionale <i>di Filippo Palumbo</i>	8
Evoluzione della Day Surgery in Italia <i>di Marsilio Francucci</i>	11
Seminario di studio ed approfondimento sulla programmazione e l'attività di Day Surgery nelle Regioni e Province Autonome - Scheda partecipanti	26
La Day Surgery nella normativa nazionale	27
Alcuni dati di attività	39
IL SISTEMA PREVISTO DALLE NORMATIVE REGIONALI	50
Regione Piemonte	53
Regione Valle d'Aosta	56
Regione Lombardia	59
Provincia Autonoma di Bolzano	63
Provincia Autonoma di Trento	66
Regione Veneto	69
Regione Friuli Venezia Giulia	73
Regione Liguria	76
Regione Emilia Romagna	81
Regione Toscana	86
Regione Umbria	89
Regione Marche	93
Regione Lazio	97

Regione Abruzzo	101
Regione Molise	104
Regione Campania	107
Regione Puglia	110
Regione Basilicata	113
Regione Calabria	116
Regione Sicilia	120
Regione Sardegna	124

LO SVILUPPO DELLA DAY SURGERY IN ITALIA: UN SISTEMA CHE STENTA A DECOLLARE

di **Laura Pellegrini**

Direttore ASSR – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

L'ARTICOLAZIONE DELLE PRESENTAZIONI

Questo numero dei Supplementi di Monitor presenta il risultato di uno studio sulla day surgery effettuato nell'anno 2005 dall'ASSR con il supporto di alcuni esperti in materia e la collaborazione di rappresentanti del Ministero della Salute, del mondo professionale e di ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

Un lavoro nato dall'elaborazione di schede di sintesi sulle normative regionali e da un seminario di approfondimento effettuato presso l'Agenzia il 24 e 25 ottobre 2005, che ha costituito un'occasione di confronto di particolare interesse in ragione del coinvolgimento di professionalità appartenenti a differenti livelli istituzionali, nazionale, regionale e professionale.

Si è avviato così un interessante scambio di idee, proposte e riflessioni con i diversi punti di vista sull'argomento. Come primo esito dell'incontro si sono individuate alcune tematiche sulle quali si riterrebbe utile un lavoro di approfondimento comune, che si riportano nel decalogo allegato come proposta per un successivo lavoro di approfondimento (Tabella 1).

Come ulteriore risultato, si è aggiornato il quadro conoscitivo sulla chirurgia di giorno, essenzialmente sugli aspetti programmatori nazionali e regionali, ma anche con alcuni spunti sull'attività, sulle esperienze concrete e sulle prospettive di sviluppo della stessa nell'ambito del complesso rapporto tra ospedale, territorio e persona. Il lavoro viene articolato in diversi contributi.

Il primo è del Ministero della Salute e riguarda il contesto istituzionale in cui si inserisce questa modalità di assistenza, e in particolare l'importanza di portare elementi di approfondimento sul contenuto del livello di assistenza ospedaliera relativamente al ricovero diurno, tenendo conto delle esigenze di governo clinico, dell'appropriatezza organizzativa e del rapporto qualità/costo delle prestazioni. Il secondo si sofferma sui dati di attività, evidenziando non solo quanto si conosce sulla day surgery attraverso il sistema informativo sanitario del Ministero della Salute, ma anche quanto si potrebbe conoscere con l'uso di alcuni ulteriori indicatori, elaborati e sperimentati dalla Regione Umbria in collaborazione con l'ASSR in un'apposita ricerca effettuata nell'anno 2002.

Un ulteriore contributo riguarda la normativa nazionale, per evidenziarne i diversi passaggi e le indicazioni vigenti. Un'evoluzione che riflette l'iniziale atteggiamento del legislatore, ma anche dei professionisti, di grande cautela e incertezza sull'ambito di utilizzo della day surgery e le modalità di tutela dei pazienti, per arrivare solo nel 2002 ad una più chiara definizione del quadro di riferimento, mentre la fase attuale è volta a fornire indicazioni anche sullo sviluppo della chirurgia ambulatoriale.

Segue una sintesi delle norme adottate in ciascuna Regione, accompagnate da un box che riporta alcuni dati fondamentali di contesto e di struttura, come popolazione, ospedali pubblici e privati accreditati, posti letto di ricovero ordinario e

di ricovero diurno (non distinti tra day hospital e day surgery, in quanto manca questo livello di rilevazione nel sistema informativo sanitario nazionale). Le schede normative dettagliate saranno disponibili da febbraio 2006 sul sito internet dell'Agenzia www.assr.it

PERCHÉ IL SISTEMA STENTA A DECOLLARE

La riforma del SSN prevista dal D.Lgs. 502/92 e modificazioni ha introdotto in sanità concetti nuovi, quali economicità, attenzione alla qualità, soddisfazione dell'utente, nell'obiettivo di realizzare un sistema sanitario in grado di coniugare l'efficacia clinica con l'efficienza operativa.

In quest'ambito, già dagli anni '90, il ricovero diurno viene considerato un'importante modalità assistenziale da sviluppare nei processi di riorganizzazione e qualificazione della rete ospedaliera, nell'intento di offrire al cittadino modalità semplici di accesso ai servizi, garantendo alti standard di prestazioni in un tempo ristretto con evidenti vantaggi sia sociali sia economici, in quanto diminuisce i rischi della permanenza in ospedale e al contempo riduce in modo significativo i costi dell'ospedalizzazione.

Il day hospital trova una sua disciplina già nel 1992, e nello stesso periodo viene fissato l'ancora vigente standard di riconversione del 10% dei posti letto ordinari in posti letto di ricovero diurno. La day surgery utilizza gli stessi riferimenti generali, mentre a lungo manca una normativa specifica, a causa di timori del mondo professionale, prima ancora di quello legislativo, sui rischi della chirurgia di giorno per la sicurezza dei pazienti e per la responsabilità degli stessi operatori, di fronte ad una allarmante crescita della cosiddetta "medicina difensiva".

Queste cautele, unite agli scarsi riferimenti presenti nelle norme (il riferimento principale rimane il DPR 14 gennaio 1997 sui requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie), sono sicuramente elementi importanti per capire la lentezza nello sviluppo delle attività di day surgery

registrato in Italia fino agli anni 2000-2001. Tutti elementi che, aggiunti alla difficoltà dell'ospedale di assumere un diverso ruolo nel contesto di un sistema in rapida trasformazione, hanno portato ad una diffusione non omogenea sul territorio della day surgery, con alcune esperienze ospedaliere molto avanzate, ma anche con molti centri dove la chirurgia di giorno è rimasta del tutto marginale.

Inoltre la maggior parte degli ospedali ha scelto la modalità organizzativa più semplice di attuazione della day surgery, optando per l'utilizzo di posti letto dedicati all'interno del reparto ospedaliero, che non necessariamente sono correlati con un rinnovamento della modalità di effettuare l'attività chirurgica.

Solo in epoca più recente il cambiamento del quadro epidemiologico, con progressivo invecchiamento della popolazione e aumento delle patologie cronico-degenerative e di origine sociale, ha portato ad un ripensamento del ruolo dell'ospedale, ponendo l'accento sugli aspetti di appropriatezza organizzativa, sul ricovero breve e sulla deospedalizzazione.

Una tendenza che si traduce anche in un diverso equilibrio delle risorse finanziarie destinate ai livelli di assistenza ospedaliera, territoriale e di prevenzione, per la necessaria sostenibilità del sistema sanitario.

Il DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei LEA ha dato un forte impulso a questa tendenza, individuando 43 DRG ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario, attribuendo a ciascuna Regione la definizione dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari e delle sanzioni o correttivi per i ricoveri extra soglia.

In questo quadro nasce l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 di approvazione delle Linee guida per le attività di day surgery, che fornisce il primo quadro di riferimento complessivo in materia e approva anche un elenco orientativo delle prestazioni che sono erogabili in questo regime assistenziale.

Questi orientamenti verso una maggiore attenzione all'appropriatezza organizzativa hanno direttamente influito sull'attività di day surgery, determinando un andamento crescente, anche se lento, dell'attività in tutte le Regioni, ed ora si affaccia anche la tendenza allo spostamento di alcune attività in ambito ambulatoriale.

Se questo trend crescente è relativamente omogeneo, risulta invece una significativa differenza nei provvedimenti regionali che sostengono questi processi, sia nella determinazione dei valori so-

glia sui 43 DRG inclusi nel provvedimento sui LEA, sia sulle indicazioni programmatiche.

Le scelte fondamentali in materia di day surgery sono attribuite alle Regioni, chiamate a definire l'insieme dei servizi sanitari per la tutela della popolazione. Per tale ragione si è ritenuto opportuno proporre un quadro conoscitivo, il più possibile aggiornato, delle indicazioni regionali e ricercare nelle diverse esperienze alcuni elementi comuni e di condivisione per uno sviluppo corretto delle attività di day surgery.

TABELLA I - Decalogo day surgery

1. Aggiornare, in una visione sistemica dell'offerta chirurgica, le liste di riferimento (day surgery, chirurgia ambulatoriale) sulla base dei dati di attività chirurgica, delle evidenze scientifiche e delle competenze professionali.
2. Promuovere lo sviluppo della day surgery come opportunità per favorire un generale riassetto dell'offerta chirurgica (tipologie assistenziali differenziate secondo il criterio della gradualità delle cure e dell'intensità terapeutica) funzionale alla riorganizzazione della rete ospedaliera.
3. Sviluppare l'appropriatezza del setting assistenziale (soglie di ammissibilità e criteri condivisi per la valutazione di appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario).
4. Condividere un set di requisiti specifici per qualificare il processo assistenziale di day surgery, utile al fine dell'accreditamento.
5. Monitorare i modelli organizzativi adottati nelle realtà regionali e condividere indicatori di processo e di esito rappresentativi.
6. Sviluppare il raccordo tra ospedale e territorio, favorendo il coinvolgimento dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta per garantire la continuità assistenziale (l'informazione, la valutazione preoperatoria e la fase della dimissione).
7. Favorire lo sviluppo di programmi di formazione dei professionisti coinvolti.
8. Monitorare le attività con le modalità previste dall'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 "Regolamentazione dell'attività di day surgery".
9. Promuovere il superamento del modello "posti letto dedicati" e lo sviluppo di modelli organizzativi intra ed extra ospedalieri che facilitino l'integrazione dei professionisti e la riorganizzazione delle strutture sanitarie.
10. Sostenere il processo di sviluppo della day surgery e della chirurgia ambulatoriale con politiche sanitarie regionali e aziendali e anche con adeguate politiche tariffarie.

L'ATTIVITÀ DI DAY SURGERY NEL CONTESTO ISTITUZIONALE

di Filippo Palumbo

Direttore Generale della Programmazione Sanitaria e LEA del Ministero della Salute

8

i Supplementi di **monitor**

La day surgery è una materia che ha vari aspetti, clinici e organizzativi, e ne ha uno che mi sta particolarmente a cuore, che è quello di una linea di razionalizzazione dell'offerta sanitaria nel nostro Paese.

Questo è molto importante, perché non siamo in un momento qualsiasi della storia del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Nel corso degli ultimi cinque anni si è accentuata in maniera forte la percezione di un problema fondamentale, che è quello della rincorsa tra l'incremento dei finanziamenti destinati al SSN e l'incremento dei costi del Servizio stesso.

Nel corso degli ultimi anni, dal 2001 ad oggi, c'è stato un aumento assai rilevante di risorse per il SSN: da un livello di finanziamento che nel 2000 era ancora di 66 miliardi di euro si è pervenuti, nell'anno 2006, a 91 miliardi di euro.

Non c'è nessun settore della spesa pubblica in Italia che nel corso degli ultimi 5 anni abbia avuto un incremento di finanziamento così imponente. Eppure chi è concretamente impegnato nell'attività dei servizi non sembra averlo recepito. Probabilmente la difficoltà a percepire la crescita finanziaria è giustificata parzialmente dal fatto che le risorse aggiuntive sono state in parte utilizzate per colmare una precedente sottostima del fondo e in parte anche assorbite da due grandi tematiche assistenziali.

La prima è costituita dalla non autosufficienza: il nostro Paese vive, con circa 10-15 anni di anticipo – secondo alcuni anche 20 anni di anticipo – una situazione demografica che solo fra un paio di decenni riguarderà il resto d'Europa. Pertanto

nel nostro sistema sanitario il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti già oggi pesa molto di più che in altre realtà e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente socio-sanitario.

L'altro elemento di spesa molto forte, anche questo storicamente dominante, riguarda il consolidamento di aree e gruppi di popolazione caratterizzati dall'essere portatori di particolari patologie o di particolari condizioni di vita che comportano interventi assistenziali ad alto impatto di costi. L'evoluzione della scienza medica ha messo a disposizione un nuovo strumentario diagnostico e soprattutto terapeutico, che forse non è in grado di guarire ma certamente è capace di curare, molto più che nel passato, queste fasce di popolazione. Tutto ciò richiede però un cospicuo utilizzo di risorse.

Questi due sottoinsiemi assistenziali, la non autosufficienza e i gruppi di popolazione ad alto impatto di costo per il trattamento, di fatto segnano un fattore di svolta epocale che assorbe un'ampia parte delle risorse aggiuntive.

La conseguenza è che tutto ciò che noi siamo abituati a realizzare in sanità, che si pone per la maggior parte al di fuori di questi due sottoinsiemi, dovrà imparare a rapportarsi prevalentemente con le risorse che storicamente si sono consolidate.

A partire dall'incontro nazionale del "Forum Sanità Futura" di Cernobbio dell'aprile 2004, si è sviluppato un dibattito molto forte tra Stato e Regioni su come utilizzare in modo più efficiente le risorse sanitarie e sono stati individuati alcuni grandi campi strategici per ottenere questo risultato.

Un grande campo strategico è costituito da un forte rilancio della prevenzione, in quanto la prevenzione viene ritenuta un'area applicativa nella quale il rapporto costo-beneficio è più alto. C'è, quindi, un alto ritorno in termini di vantaggio di salute e anche di economie con le risorse impiegate.

L'altro grosso campo è costituito dalla riorganizzazione delle cure primarie; un'area che ruota intorno alla figura del Medico di medicina generale e sul rapporto tra questi e i distretti socio-sanitari.

L'ulteriore obiettivo prioritario individuato è lo sviluppo di una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza che, come già evidenziato, rappresenta una tematica di importanza crescente nel nostro Paese.

Altro campo strategico è quello dello sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza, con una specifica attenzione ai tempi di attesa che devono essere adeguati rispetto alla necessità del cittadino, un tema che si collega all'appropriatezza e al governo della domanda. Un ambito questo in cui la riorganizzazione della rete ospedaliera e una maggiore e più attenta ridefinizione del setting assistenziale può dare un contributo notevole.

Un'ulteriore area strategica evidenziata a Cernobbio, che è in gran parte coincidente con molti degli argomenti inerenti l'attività di day surgery, riguarda il miglioramento qualitativo dei percorsi di diagnosi e terapia in ambito specialistico, ambulatoriale e ospedaliero. È la grande tematica del governo clinico o perlomeno questa è la traduzione che sarà fatta nel nostro Paese dell'esperienza anglosassone.

Da questi presupposti si rileva l'attualità del tema della day surgery, che analizza la capacità di trattare patologie chirurgiche in una maniera innovativa rispetto al passato, in modo da ottenere un medesimo risultato di salute con minori risorse impiegate o, viceversa, a parità di risorse impegnate una maggiore quantità di prestazioni per i cittadini italiani. Parlare di day surgery significa

prendere atto che oggi si può fare chirurgia in una maniera diversa da come la si faceva fino a 5-10 anni fa e in questo c'è un interesse fortissimo da parte dello Stato per due motivazioni.

La prima è legata ai costi dell'attività. Se vi è una parte della pratica chirurgica che può essere garantita in condizioni di massima sicurezza al di fuori del setting tradizionale (la classica sezione o reparto di chirurgia con annessa camera operatoria) in regime di ricovero diurno, o andando ancora più avanti in ambiente ambulatoriale, il livello centrale è fortemente interessato a promuovere una rapida implementazione di questo modo nuovo di fare chirurgia.

L'altro aspetto, anche questo molto attinente alla tematica delle competenze dello Stato, riguarda la necessità di capire quale è il livello essenziale di assistenza che si deve garantire mediamente ai cittadini italiani su questo versante. Da questo punto di vista il complesso dell'assistenza ospedaliera ha una peculiarità rispetto agli altri livelli assistenziali. Gli altri livelli sono descritti puntualmente, ad esempio la specialistica è un livello complessivo descritto molto analiticamente nel Nomenclatore tariffario. L'assistenza ospedaliera non è invece puntualmente definita e c'è una definizione per certi aspetti tautologica del corrispondente concetto di livello (che comprende, sostanzialmente, tutto ciò che viene svolto in ospedale). Occorre fare uno sforzo per scomporre questo concetto generico di livello da garantire uniformemente sul territorio nazionale in vari sottoinsiemi, e certamente il sottolivello "day hospital e day surgery" sarà un sottoinsieme che si consoliderà.

Da questo punto di vista, le informazioni su cosa sta effettivamente accadendo nel Paese sono sicuramente utili e saranno valutate insieme agli altri strumenti di riflessione che gli organismi ministeriali stanno predisponendo sui LEA e che coinvolgono, in particolare, il Consiglio Superiore di Sanità e la Commissione Nazionale che è stata recentemente istituita e si occupa della "manutenzione" dei livelli essenziali di assistenza, per

migliorare il profilo descrittivo di questo sottoinsieme del livello di assistenza ospedaliero che è costituito dalle attività di day surgery.

Questo lavoro sarà utile anche per la definizione di standard qualitativi e quantitativi per i livelli essenziali di assistenza, nel momento in cui offre spunti su quali tipologie di chirurgia di giorno, o anche quali modalità di realizzare la chirurgia di giorno, sia meglio implementare.

L'altro elemento di interfaccia con la tematica dei LEA è costituito dalla possibilità di utilizzare quanto emerge da questi lavori per definire meglio la tipologia di assistenza "day surgery", fornendo indicazioni sui servizi indispensabili per garantire tale modalità assistenziale. È questo un ulteriore

elemento di approfondimento, che consentirebbe di passare dall'elencazione delle prestazioni eseguibili in day surgery ad una prospettazione di quei servizi e tipologie assistenziali che possono ritenersi intimamente connesse al concetto di livello essenziale di assistenza.

Da tutti questi punti di vista, poter fare una valutazione comparata del quadro programmatico regionale e delle esperienze che si stanno realizzando nel Paese sulla chirurgia di giorno, è sicuramente utile per affrontare il tema del corretto sviluppo della tipologia di assistenza "day surgery" in rapporto alle scelte strategiche del nostro Paese sui livelli di garanzia che devono essere assicurati a tutti i cittadini.

EVOLUZIONE DELLA DAY SURGERY IN ITALIA

di **Marsilio Francucci**

Direttore S. C. Chirurgia Generale e Degenza Breve – “Unità di day surgery” – Azienda ospedaliera “S. Maria” – Terni

Negli ultimi anni si è registrata una significativa evoluzione della day surgery in Italia, considerata fino a qualche anno fa fanalino di coda nel mondo, mentre dal 1998 ad oggi l'incremento annuale di interventi effettuati in day surgery è stato quasi costante. Nella Figura 1 si evidenzia un incremento medio del 4% con una percentuale di attività di day surgery effettuata nel 2003 del 32,9%.

Rispetto a tale valore si registra un diverso comportamento tra le Regioni (Fig. 2), alcune delle quali dimostrano un forte dinamismo. Ad esempio la P.A. di Trento nel 2003 risulta aver effettuato in day surgery il 49% della casistica chirurgica, avvicinandosi molto al valore dell'indice di trasferibilità teorico che, come vedremo in seguito, può essere stimato del 54,9%.

Il confronto tra il 2002 e il 2003 evidenzia in tutte le Regioni, ad eccezione della Regione Emilia Romagna, un aumento significativo della percentuale di day surgery (Fig. 3).

Il tasso di incremento medio nazionale è del 4,2% e la maggior parte delle Regioni registra questo valore medio, mentre altre, come la Liguria, le Marche, la Sicilia e la P.A. di Trento, hanno avuto uno sviluppo maggiore, molto significativo. L'unica Regione controcorrente è l'Emilia Romagna, che registra un calo della percentuale di day surgery del 2,8% (Fig. 4).

Se concentriamo l'attenzione sui 17 DRG chirurgici dei LEA (estrapolati dall'elenco dei 43 DRG considerati “ad elevata inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario”, di cui

all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) si rileva una maggiore attenzione all'appropriatezza. La percentuale di day surgery presenta un andamento analogo e la percentuale di interventi effettuati in day surgery limitatamente ai 17 DRG è del 56,2%.

Il confronto con il 2002 (47,1%) evidenzia un incremento del 9,1% (Tab.1). Ciò dimostra che l'elenco dei DRG è stato individuato in maniera corretta e che tali procedure stanno transitando dal ricovero ordinario al day surgery con un maggiore dinamismo.

L'andamento nel 2002-03 sui 17 DRG chirurgici presenta un incremento in tutte le Regioni ad eccezione dell'Emilia Romagna, nella quale c'è una variazione negativa del 4,85%, un valore ancora più elevato rispetto alla valutazione rilevata nella casistica complessiva.

AGGIORNAMENTO DELLE LISTE DI RIFERIMENTO

Un problema da affrontare, evidenziato anche da Palumbo nella relazione introduttiva, è la definizione delle procedure trasferibili in day surgery nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di sicurezza dei pazienti. In quest'ambito va prima di tutto definita la metodologia per giungere alla condivisione di un set di procedure fattibili in day surgery o in chirurgia ambulatoriale, tenendo conto del punto di vista dei clinici (tecniche chirurgiche e anestesologiche), dell'organizzazione e dei pazienti, ai quali si dovrà garantire la qualità e la sicurezza del processo assistenziale.

Come punto di partenza, è necessario verificare se le Regioni hanno individuato ulteriori DRG da trasferire in day surgery o in regime ambulatoriale, oltre ai 17 previsti dal DPCM 29 novembre 2001.

Per quanto riguarda la chirurgia ambulatoriale, oltre a valutare quali prestazioni sia possibile effettuare in tale setting assistenziale, è necessario definire i requisiti e le caratteristiche del processo assistenziale per garantire idonei livelli di sicurezza per il paziente.

In entrambi i casi riteniamo opportuno sviluppare un percorso che porti alla condivisione di liste di riferimento, ossia elenchi non vincolanti ma orientativi di prestazioni eseguibili in un determinato setting assistenziale.

In tal senso ha operato la Commissione istituita dall'allora Ministro della Salute Veronesi nell'anno 2000, che ha individuato una lista di procedure diventate l'allegato dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002.

La Commissione aveva ipotizzato che la lista di riferimento, sulla base delle esperienze acquisite dai professionisti, dello sviluppo di nuove tecnologie e di modelli organizzativi sempre più articolati sarebbe stata oggetto di aggiornamenti periodici, con la possibilità di inserire ulteriori procedure trasferibili ed eventualmente eliminare quelle che, sulla base di esperienze consolidate o prospettate potrebbero essere effettuate in regime ambulatoriale.

Sarebbe pertanto opportuno costituire un apposito Gruppo di lavoro con l'obiettivo di condividere le proposte esistenti a partire da quella elaborata dal Consiglio Superiore di Sanità e aggiornare le liste di riferimento.

SVILUPPO DEGLI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

La possibilità di poter disporre di liste di riferimento ha consentito di sviluppare indicatori di appropriatezza specifici. A tale proposito l'Azienda Ospedaliera di Terni, nell'ambito di un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Sa-

lute, ex art. 12 del D.Lgs. 502/92, dal titolo "Implementazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery) per qualificare la rete ospedaliera regionale. Individuazione di strumenti per la programmazione dei servizi e il miglioramento continuo della qualità", coordinato dalla Regione Umbria e realizzato in collaborazione con l'ASSR, ha sviluppato alcuni indicatori di appropriatezza.

Il calcolo degli indicatori viene effettuato analizzando la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), un database amministrativo largamente utilizzato.

Il percorso metodologico prevede:

- l'estrapolazione dei ricoveri effettuati in elezione selezionando il campo relativo al tipo di ricovero "intervento programmato", escludendo le procedure effettuate in pazienti di età < 30 giorni;
- selezione dei DRG che nel campo "procedura principale" contengono un codice ICD9-CM compreso nell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002;
- verifica della tipologia del DRG (chirurgico/medico);
- per i DRG chirurgici vengono selezionati i casi ricompresi in un elenco di DRG effettuabili in day surgery che esclude i DRG complicati e quelli sicuramente non effettuabili in day surgery;
- per i DRG medici si estrapolano i casi con procedura ricompresa nell'elenco, durata della degenza < 3 giorni con l'esclusione dei pazienti deceduti.

La metodologia proposta prende in considerazione le SDO che contengono una delle procedure incluse nella lista dell'Accordo, esclude i casi trattati in urgenza e i DRG complicati e sulla base di queste informazioni viene stimata l'entità delle procedure trasferibili in day surgery (indice di trasferibilità), che costituisce la base per calcolare l'indice di trasferimento (procedure effettivamente trasferite in day surgery).

Questa modalità di rilevazione permette di cal-

colare i seguenti indici:

Indice di Copertura: rapporto tra il numero di pazienti trattati in day surgery (ATDS) e il numero di pazienti dimessi con DRG chirurgico (CHIR), con la formula $ATDS / CHIR \times 100$.

Esprime l'attività di day surgery effettuata e misura la percentuale di pazienti effettivamente trattati in day surgery rispetto alla totalità dei pazienti con DRG chirurgico.

Indice di Trasferibilità: rapporto tra il numero di pazienti trattabili in day surgery (DS) compresi nelle liste di procedure aggiornate dal gruppo di lavoro e il numero di pazienti dimessi con DRG chirurgico (CHIR), con la formula $DS / CHIR \times 100$.

Descrive l'attività di day surgery potenziale e misura la percentuale di pazienti chirurgici che potrebbero essere trattati in day surgery.

Indice di Trasferimento: rapporto tra il numero di pazienti trattati in day surgery (ATDS) e il numero di pazienti trattabili in day surgery (DS), con la formula $ATDS / DS \times 100$.

Descrive la percentuale di procedure effettivamente trasferite rispetto a quelle trasferibili e misura la percentuale di pazienti effettivamente trattati in day surgery rispetto a quelli trattabili.

Indice di Trasferimento Ridefinito: rapporto tra il numero di pazienti trattati in day surgery (ATDS) + ricoveri in degenza ordinaria < 24h, che comprendono almeno una delle procedure trasferibili/totalità dei ricoveri con procedure trasferibili in day surgery/ numero pazienti trattabili in day surgery (DS).

Descrive l'attività ospedaliera assimilabile alla day surgery, anche se effettuata in regime di ricovero ordinario di un giorno.

Il progetto di ricerca ha consentito l'applicazione di questi indicatori in ambito nazionale utilizzando le SDO dell'anno 2002 e ha messo in evidenza due aspetti di particolare interesse:

■ l'indice di trasferibilità è risultato omogeneo in tutte le Regioni, variando dal 51,3% della P.A. di Bolzano al 57,5% della Calabria, dimostrando una complessità della casistica trattata

non significativamente diversa nelle varie Regioni. Il valore dell'indice di trasferibilità potrebbe essere utilizzato come punto di riferimento e come obiettivo tendenziale da raggiungere per garantire l'appropriatezza del setting assistenziale (Fig. 5);

■ l'indice di trasferimento ha mostrato differenze significative tra le varie Regioni (Fig. 6).

Ipotizzando un comportamento virtuoso ai fini dell'appropriatezza dei regimi assistenziali, la trasferibilità dovrebbe coincidere con l'indice di copertura e contestualmente l'indice di trasferimento raggiungerebbe il 100%.

La proposta che potremmo fare al Ministero della Salute è di utilizzare questi indicatori in ambito nazionale e di promuovere il loro monitoraggio nel tempo per comprendere meglio come evolve l'appropriatezza del setting assistenziale. L'applicazione sistematica degli indicatori proposti consentirebbe, infatti, di disporre di informazioni molto interessanti sia sugli obiettivi da attribuire alle strutture, sia sulla valutazione dello stato di raggiungimento degli obiettivi.

RUOLO DEL PERNOTTAMENTO

L'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 afferma che "per coprire particolari necessità assistenziali di ricoveri che richiedono un pernottamento e, comunque, per gli interventi e le procedure contrassegnati con l'asterisco nell'elenco incluso nelle presenti Linee guida, le Regioni possono avvalersi, secondo proprie esigenze e modalità organizzative, o del ricovero ordinario di un giorno o della day surgery seguita da pernottamento".

Le Regioni, concretamente, hanno risolto tale problematica con due diverse modalità: formalizzando la one day surgery oppure ricorrendo al ricovero in regime ordinario di un giorno.

Nella Tabella 2 viene analizzato il setting assistenziale utilizzato per effettuare le procedure ricomprese nei 17 DRG dei LEA, analizzando separatamente gli interventi effettuati in day surgery e quelli con ricovero ordinario di un giorno.

La percentuale del ricorso al ricovero ordinario di un giorno per trattare i DRG dei LEA è del 14,26% nel 2003, con una lieve riduzione rispetto al 2002 (14,55%). Tale percentuale varia notevolmente tra le Regioni. La Regione che ricorre con più elevata frequenza al ricovero ordinario di un giorno è la Lombardia (30,97%), seguita dalla Calabria (27,38%) e dal Friuli Venezia Giulia (24,96%) (Fig. 7).

Per offrire ulteriori elementi di riflessione vengono analizzati alcuni DRG specifici quali il DRG 55, 119, 158, 162, 232 (Tab. 3, 4, 5, 6, 7).

Regioni come la Lombardia, che storicamente non prevedono il day surgery con pernottamento (one day surgery), evidenziano una difficoltà a trasferire in questo ambito assistenziale una serie di pazienti. Ad esempio in Lombardia solo il 25% dell'intervento di stripping viene effettuato in day surgery, mentre la percentuale sale all'85% se consideriamo complessivamente il day surgery con il ricovero ordinario di un giorno, evidenziando che il DRG 119 "Legatura e stripping di vene" nel 60% dei casi è stato trattato in regime ordinario con un ricovero inferiore di un giorno.

I dati analizzati dimostrano che nella pratica clinica non c'è un abuso di ricorso al pernottamento: il confronto dei dati 2002/2003 relativamente ai 17 DRG dei LEA evidenziano un incremento del day surgery del 9,1% ed una lieve riduzione del ricovero ordinario di un giorno (-0,29%).

Le uniche Regioni che hanno incrementato la percentuale del ricovero ordinario di un giorno sono la Calabria (9,7%), l'Abruzzo (3,7%), la Puglia (3,3%), l'Emilia Romagna (3,15%), la Lombardia (1,6%) e la Valle d'Aosta (1,3%), come si può vedere nella Tabella 2.

È interessante analizzare i dati dell'Emilia Romagna, che rappresenta l'unica Regione in controtendenza per lo sviluppo della day surgery tra il 2002 e il 2003 (Tab. 8).

L'analisi dei dati evidenzia:

- una riduzione del numero dei ricoveri per i 17 DRG LEA (11.350 casi), quasi tutti a carico dei DRG 6 (Decompressione del tunnel carpale) e

39 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), per i quali è stato avviato il trasferimento dalla day surgery al regime ambulatoriale. Per entrambi i DRG la percentuale tra il 2002 e il 2003 non cambia, a dimostrazione che si è realizzato un progressivo trasferimento dal ricovero ordinario alla day surgery e dalla day surgery all'ambulatoriale, senza modificare le rispettive percentuali;

- un significativo incremento del ricovero ordinario di un giorno (2.170 casi);
- un decremento del 3,4% dei ricoveri effettuati in day surgery che non sembra giustificato dal trasferimento dei DRG 6 e 39 in regime ambulatoriale poiché la diminuzione della percentuale riguarda altri DRG come: 40 (Interventi extraoculari escl. orbita, età >17), 41 (Int. extraoculari escl. orbita, età < 18), 119 (Legatura e stripping di vene), 158 (Interventi su ano e stomaco senza cc), 163 (Interventi per ernia, età < 18), 267 (Interventi perianali e pilonidali), considerati DRG "pesanti" non facilmente trasferibili in regime ambulatoriale (fig. 8);
- un incremento della percentuale di ricoveri in regime ordinario di un giorno (3,15%).

Per offrire un contributo ai successivi approfondimenti, sarebbe interessante capire, nell'ambito delle varie Regioni, quali siano stati gli strumenti che hanno favorito il trasferimento e conseguentemente il livello di appropriatezza e quali siano, invece, gli elementi che hanno ostacolato o ridotto tale tendenza.

La riflessione dovrebbe concentrarsi sui seguenti aspetti:

- la regolamentazione delle attività di day surgery in ambito regionale, con particolare riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002, indispensabile per favorire l'utilizzo dei modelli organizzativi più complessi. Ciò è in linea con quanto indicato da Palumbo anticipando che la Legge Finanziaria 2006 ragionerà non solo di dati e risorse ma anche di modelli organizzativi o di servizi funzionali a questi modelli;
- l'adozione di adeguate politiche tariffarie in am-

bito regionale. La remunerazione varia dal 70% al 120%, evidenziando una notevole variabilità sul territorio nazionale; ciò evidenzia l'opportunità di ridurre tale variabilità e soprattutto condividere tra le Regioni un valore tariffario che possa favorire il cambiamento culturale e quindi il progressivo trasferimento dal ricovero ordinario alla day surgery;

- sviluppare l'appropriatezza del setting assistenziale individuando quali provvedimenti in ambito regionale possano favorire l'utilizzo dei regimi assistenziali più appropriati, considerando sia la day surgery che la chirurgia ambulatoriale e la condivisione di modalità per valutare l'appropriatezza dei ricoveri. In quest'ambito vi sono alcuni riferimenti: i protocolli dell'elective surgery che ha sviluppato la Regione Lombardia; il disease staging applicato dall'ASSR sui dati dell'anno 2002 e pubblicato sulla rivista Monitor n. 7 del 2003, che ha evidenziato una percentuale di inappropriata che raggiunge il 71% per il DRG 119 trattato in ricovero ordinario;
- modalità adeguata di programmare i livelli di appropriatezza, come ad esempio nel definire i valori soglia per i 17 DRG LEA. L'individuazione delle soglie di ammissibilità non può prescindere dalla percentuale di trasferimento in day surgery dei vari DRG dei LEA. La Figura 9 presenta l'analisi dei singoli DRG ed evidenzia che non tutti hanno la stessa possibilità di essere trasferiti in day surgery. Il confronto dei dati 2002 e 2003 mostra un incremento graduale della day surgery, pur permanendo differenze significative tra i vari DRG, a conferma che per alcune procedure il passaggio in day surgery è più facile (percentuali più elevate), mentre per altri, come il DRG 160 (int. ernia escl. inguin. e femor., età > 17 senza cc), non sempre l'intervento è fattibile in day surgery (percentuale più bassa).

Le soglie di ammissibilità definite in ambito regionale devono tener conto di tale dato, mentre nella maggior parte dei casi si osserva che le so-

glie individuate non hanno nessuna correlazione con la reale trasferibilità. Tutto ciò sollecita una riflessione sulle modalità di individuazione delle soglie, aspetto che può essere definito solo in una sede mista, dove si uniscono professionisti del mondo clinico e dell'organizzazione dei servizi. Considerazione che avvalorata la richiesta di attivazione di un gruppo di lavoro misto composto da clinici e rappresentanti delle Regioni, per dare valore aggiunto al lavoro;

- l'inserimento della day surgery nei Piani Sanitari Regionali, poiché la day surgery non rappresenta un valore di per sé ma in quanto fattore determinante per la riorganizzazione della rete ospedaliera. È importante che a livello regionale la day surgery sia inserita in un progetto di riorganizzazione che veda come aspetto prevalente la diversificazione dei livelli di assistenza per intensità e gradualità delle cure. Quindi un Piano che preveda una differenziazione dell'offerta tra chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery e chirurgia ordinaria.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Nel momento in cui le Regioni andranno a stabilire i requisiti ulteriori, ai fini dell'accREDITAMENTO istituzionale, in attuazione del D.Lgs. n. 229 del 1999, sarebbe importante che vi fosse un forte livello di condivisione nella definizione dei requisiti per la day surgery. Nella Tabella 9 vengono riportati alcuni requisiti ricavati dall'analisi dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002. Come primo elemento, la day surgery dovrebbe configurarsi come un "pacchetto di prestazioni" e come un "regime alternativo al ricovero ordinario". Non è ipotizzabile garantire un regime alternativo quando si opera all'interno della stessa unità operativa o meglio nell'ambito di due processi assistenziali (ricovero ordinario e day surgery), che per forza si sovrappongono se si realizzano nella stessa sede, con lo stesso personale e con la stessa modalità di lavoro.

L'analisi dei modelli organizzativi evidenzia, invece, che non tutte le strutture che erogano pre-

stazioni codificate come day surgery offrono un pacchetto di prestazioni. Il più delle volte viene offerta una prestazione singola (intervento chirurgico e dimissione effettuata nello stesso giorno) senza garantire alcuni aspetti fondamentali del percorso, quali:

- definizione e adozione di procedure clinico-organizzative per le varie fasi del processo assistenziale, compresa l'esplicitazione dei criteri di selezione;
- garanzia del diritto all'informazione;
- rapporto con i medici di medicina generale;
- garanzia della continuità assistenziale.

I suddetti punti sono indispensabili per garantire la qualità del processo e la sicurezza del paziente in un percorso che, per quanto sia concentrato nel tempo, si realizza in momenti diversi. Per tale motivo è necessario separare nettamente i flussi e disporre di spazi e di personale esclusivamente dedicati.

Per quanto riguarda l'adeguata formazione del personale è auspicabile creare una sensibilità delle Università, all'interno delle Facoltà di Medicina e delle Facoltà di Scienze Infermieristiche, per inserire specifici moduli di "organizzazione di day surgery" nell'ambito del corso di laurea, poiché se la day surgery non è tanto una diversa tecnica, ma è soprattutto una diversa modalità di affrontare gli aspetti gestionali e organizzativi, è neces-

sario fornire strumenti formativi adeguati.

A tale proposito, sarebbe opportuno che nei protocolli d'intesa tra Regioni e Università si cominciasse a ragionare di questa possibilità, perché gli aspetti organizzativi e gestionali meritano un peso significativo nella formazione sia dei medici sia degli infermieri.

In conclusione si ritiene che le attività di chirurgia di giorno meritino un'attenzione specifica nel Servizio Sanitario Nazionale, per il contributo che possono dare nella riorganizzazione dell'offerta chirurgica all'interno dell'ospedale e nell'analisi degli aspetti di "appropriatezza organizzativa", che portano a dare una maggiore certezza sul contenuto dei livelli essenziali di assistenza.

La day surgery si iscrive, infatti, a pieno titolo negli ambiti di attività che riescono a coniugare, per un ambito di patologie piuttosto ampio, aspetti di efficacia clinica, soddisfazione del cittadino e razionalizzazione dei costi delle attività sanitarie. Vantaggi che possono essere conseguiti solo attraverso una più ampia condivisione da parte del mondo organizzativo e professionale di obiettivi, strumenti di orientamento e indicatori di attività e risultato, come quelli che sono qui proposti come spunti per avviare un confronto ed un più ampio approfondimento della materia.

Si ringrazia per la collaborazione Domenico Palumbo.

FIGURA 1 - Interventi chirurgici effettuati in day surgery - Periodo 1998 - 2003

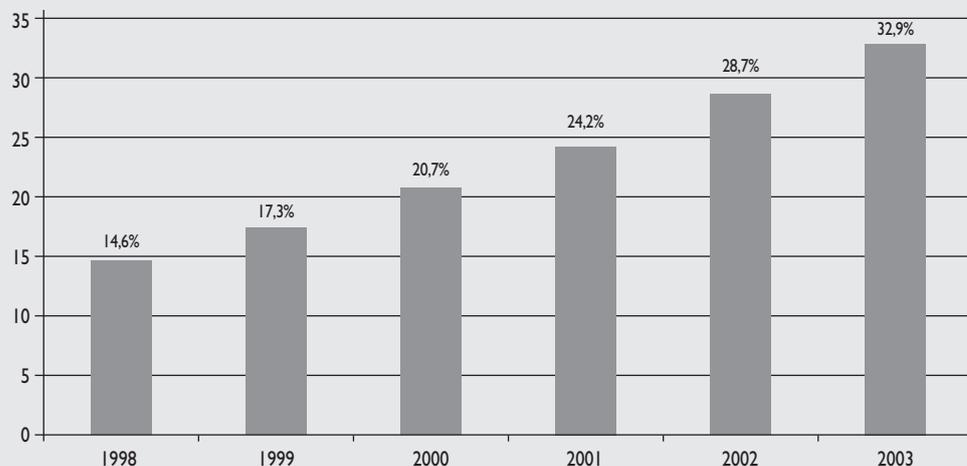


FIGURA 2 - Percentuale interventi effettuati in day surgery per Regione - Anno 2003

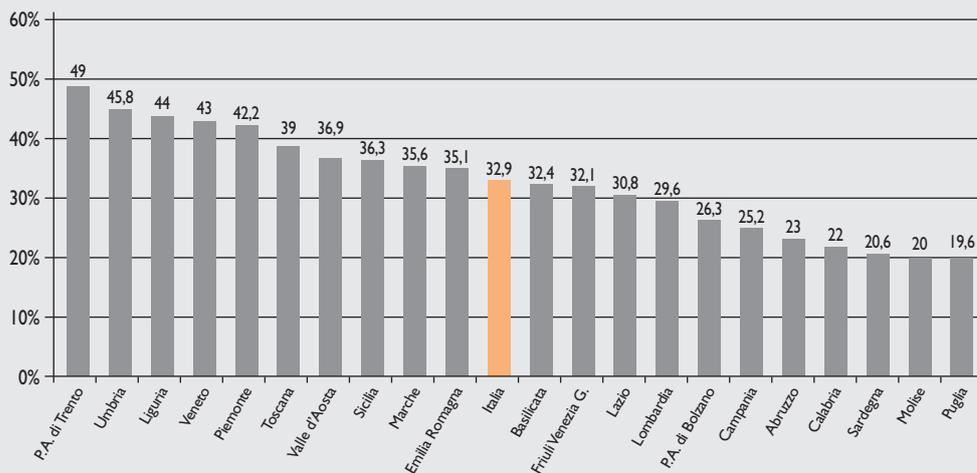


FIGURA 3 - Percentuale interventi effettuati in day surgery - Andamento 2002-2003

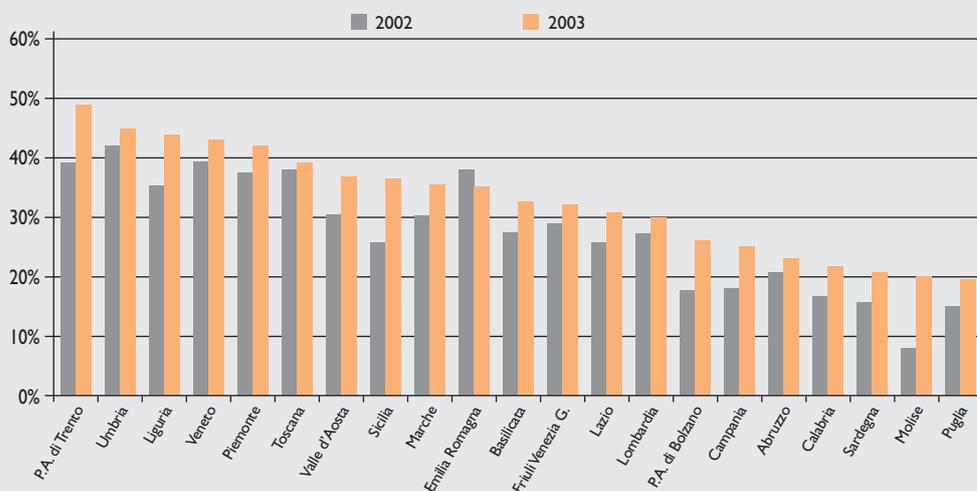


FIGURA 4 - Incremento della percentuale di interventi effettuati in day surgery - Anno 2003

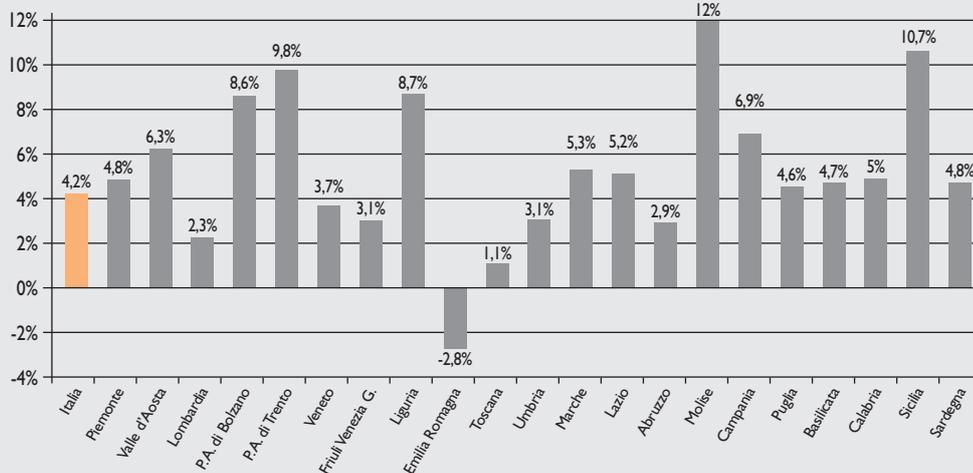


FIGURA 5 - Indice di trasferibilità per Regione - Anno 2002

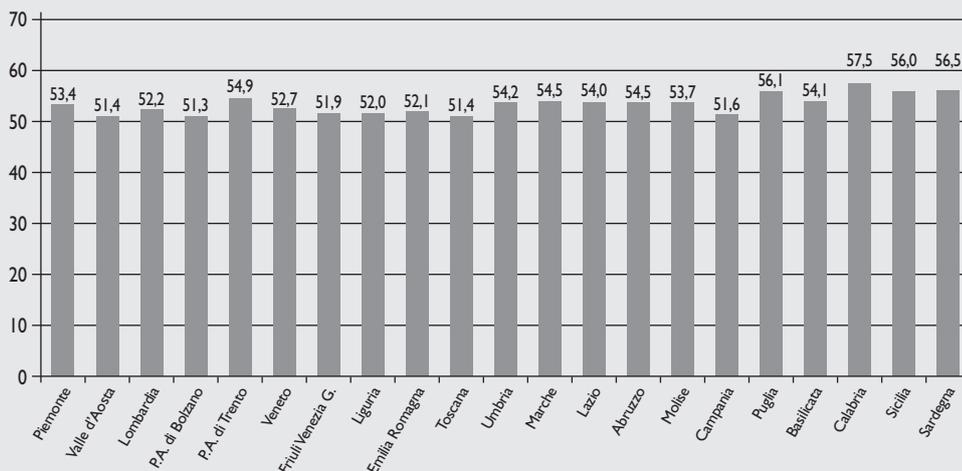


FIGURA 6 - Indice di trasferimento per Regione - Anno 2002

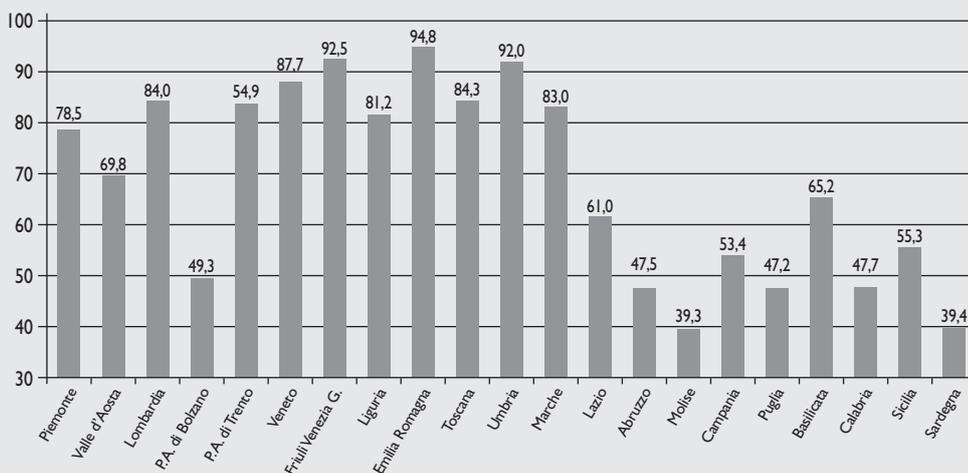


FIGURA 7 - Percentuale utilizzo del Ricovero Ordinario di un giorno - Anno 2002

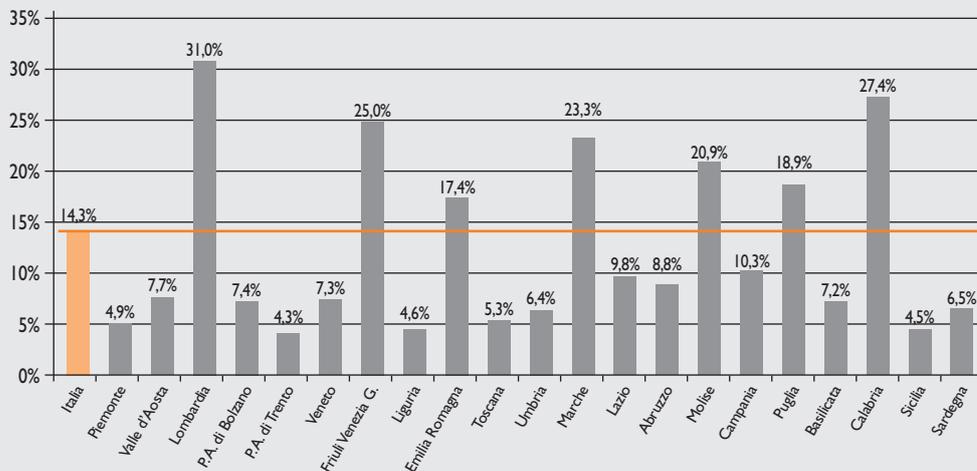


FIGURA 8 - Percentuale di interventi in day surgery per i 17 DRG chirurgici LEA - Andamento 2002-2003

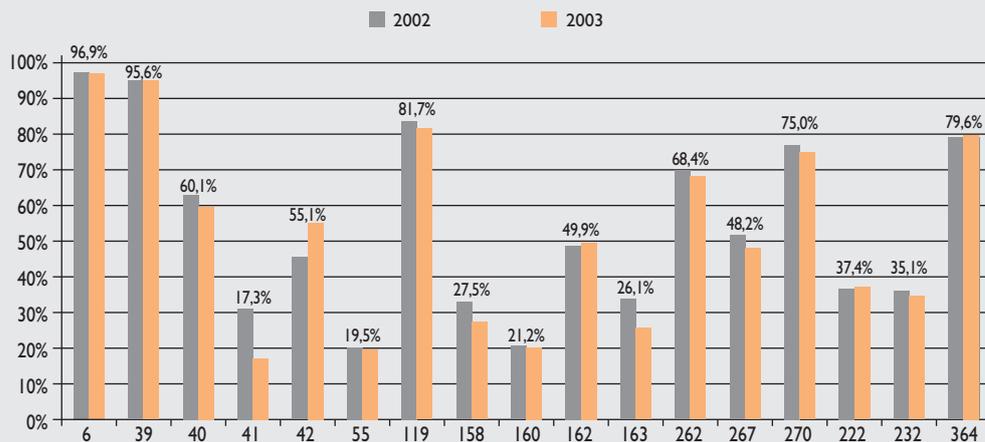


FIGURA 9 - Percentuale di interventi effettuati in day surgery per i 17 DRG chirurgici LEA - Anno 2003

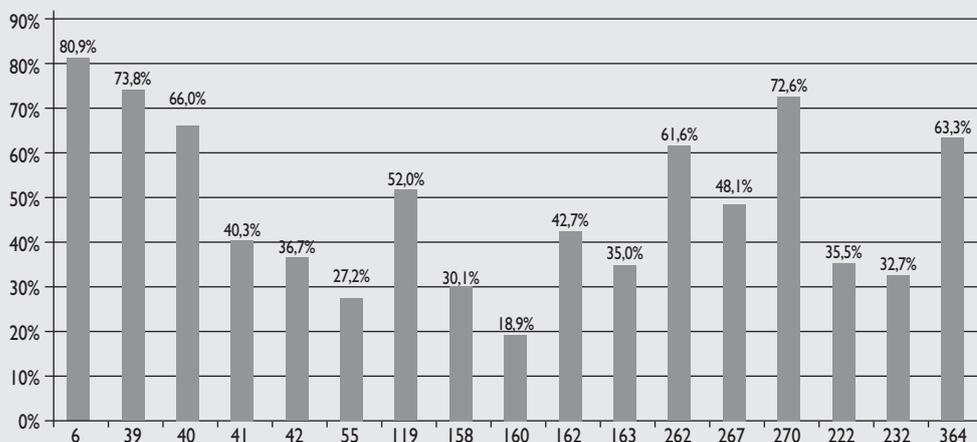


TABELLA 1 - Utilizzo della Day Surgery per i DRG chirurgici dei LEA

Regione	2002	2003	variazione %	var. assoluta
Piemonte	60,21	69,13	14,82	8,92
Valle d'Aosta	62,61	79,78	27,42	17,17
Lombardia	44,36	49,40	11,36	5,04
P.A. di Bolzano	26,78	43,77	63,47	16,99
P.A. di Trento	65,99	81,01	22,75	15,02
Veneto	68,10	77,01	13,08	8,91
Friuli Venezia Giulia	45,92	57,18	24,51	11,26
Liguria	62,34	79,42	27,41	17,08
Emilia Romagna	69,13	65,77	-4,85	-3,35
Toscana	63,91	68,30	6,87	4,39
Umbria	70,25	76,98	9,58	6,73
Marche	52,50	59,91	14,10	7,40
Lazio	43,14	54,89	27,24	11,75
Abruzzo	29,82	37,15	24,59	7,33
Molise	12,45	26,31	111,35	13,86
Campania	26,53	41,66	57,02	15,13
Puglia	22,47	32,96	46,67	10,49
Basilicata	45,74	54,56	19,28	8,82
Calabria	22,97	33,78	47,07	10,81
Sicilia	37,25	58,74	57,71	21,49
Sardegna	19,56	29,78	52,22	10,22
Italia	47,10	56,20	19,31	9,10

TABELLA 2 - Confronto della Day Surgery e del ricovero ordinario di un giorno per i DRG chirurgici dei LEA Anni 2002-2003

Regione	2003			2002			D RO 1g 2002-2003
	DS	DS +RO 1g	R. O. 1 giorno	DS	DS +RO 1g	R. O. 1 giorno	
Piemonte	69,13	74,06	4,93	60,21	66,37	6,16	-1,23
Valle d'Aosta	79,78	87,46	7,68	62,61	68,97	6,36	1,32
Lombardia	49,4	80,37	30,97	44,36	73,71	29,35	1,62
P.A. di Bolzano	43,77	51,21	7,44	26,78	37,92	11,14	-3,70
P.A. di Trento	81,01	85,3	4,29	65,99	71,94	5,95	-1,66
Veneto	77,01	84,32	7,31	68,1	76,43	8,33	-1,02
Friuli Venezia Giulia	57,18	82,14	24,96	45,92	78,62	32,70	-7,74
Liguria	79,42	84,04	4,62	62,34	72,23	9,89	-5,27
Emilia Romagna	65,77	83,13	17,36	69,13	83,34	14,21	3,15
Toscana	68,3	73,61	5,31	63,91	71,13	7,22	-1,91
Umbria	76,98	83,43	6,45	70,25	79,85	9,60	-3,15
Marche	59,91	83,16	23,25	52,5	75,37	22,87	0,38
Lazio	54,89	64,68	9,79	43,14	53,52	10,38	-0,59
Abruzzo	37,15	46	8,85	29,82	34,96	5,14	3,71
Molise	26,31	47,23	20,92	12,45	34,64	22,19	-1,27
Campania	41,66	51,97	10,31	26,53	39,31	12,78	-2,47
Puglia	32,96	51,85	18,89	22,47	38,06	15,59	3,30
Basilicata	54,56	61,73	7,17	45,74	54,60	8,86	-1,69
Calabria	33,78	61,16	27,38	22,97	40,63	17,66	9,72
Sicilia	58,74	63,28	4,54	37,25	44,17	6,92	-2,38
Sardegna	29,78	36,28	6,5	19,56	28,68	9,12	-2,62
Italia	56,2	70,46	14,26	47,1	61,65	14,55	-0,29

TABELLA 3 - Setting assistenziale utilizzato per il DRG 55 - Miscellanea interventi su orecchio, naso, bocca e gola

Regione	Totale casi trattati 2003	Casi DH	% Casi DH	2003			Ds + RO
				Casi RO	Casi RO I Giorno	% Casi RO I Giorno	
Piemonte	3.860	1.036	26,84	2.824	296	7,7	34,5
Valle d'Aosta	117	55	47,01	62	7	6,0	53,0
Lombardia	12.721	3.073	24,16	9.648	3.139	24,7	48,8
P.A. di Bolzano	538	45	8,36	493	20	3,7	12,1
P.A. di Trento	318	151	47,48	167	16	5,0	52,5
Veneto	6.169	2.492	40,40	3.677	492	8,0	48,4
Friuli Venezia Giulia	1.286	286	22,24	1.000	414	32,2	54,4
Liguria	2.354	1.484	63,04	870	259	11,0	74,0
Emilia Romagna	6.605	1.288	19,50	5.317	1.993	30,2	49,7
Toscana	6.057	2.233	36,87	3.824	259	4,3	41,1
Umbria	961	556	57,86	405	59	6,1	64,0
Marche	2.242	909	40,54	1.333	313	14,0	54,5
Lazio	8.352	1.665	19,94	6.687	952	11,4	31,3
Abruzzo	1.233	154	12,49	1.079	42	3,4	15,9
Molise	530	160	30,19	370	18	3,4	33,6
Campania	7.480	1.127	15,07	6.353	396	5,3	20,4
Puglia	3.521	496	14,09	3.025	190	5,4	19,5
Basilicata	348	105	30,17	243	10	2,9	33,0
Calabria	729	169	23,18	560	55	7,5	30,7
Sicilia	5.329	2.114	39,70	3.215	309	5,8	45,5
Sardegna	1.718	125	7,28	1.593	50	2,9	10,2
Italia	72.468	19.723	27,22	52.745	9.289	12,8	40,0

TABELLA 4 - Setting assistenziale utilizzato per il DRG 119 - Legatura e stripping di vene

Regione	Totale casi trattati 2003	Casi DH	% Casi DH	2003			Ds + RO
				Casi RO	Casi RO I Giorno	% Casi RO I Giorno	
Piemonte	10.394	6.167	59,33	4.227	457	4,4	63,7
Valle d'Aosta	492	365	74,19	127	89	18,1	92,3
Lombardia	24.919	6.430	25,80	18.489	14.880	59,7	85,5
P.A. di Bolzano	1.560	629	40,32	931	79	5,1	45,4
P.A. di Trento	1.247	1.028	82,44	219	8	0,6	83,1
Veneto	13.291	11.121	83,67	2.170	1.151	8,7	92,3
Friuli Venezia Giulia	3.139	1.965	62,60	1.174	1.083	34,5	97,1
Liguria	3.097	2.483	80,17	614	237	7,7	87,8
Emilia Romagna	10.781	8.814	81,75	1.967	1.667	15,5	97,2
Toscana	7.138	5.747	80,51	1.391	386	5,4	85,9
Umbria	1.649	1.451	87,99	198	82	5,0	93,0
Marche	3.412	1.053	30,86	2.359	2.031	59,5	90,4
Lazio	9.049	4.304	47,56	4.745	845	9,3	56,9
Abruzzo	2.489	770	30,94	1.719	166	6,7	37,6
Molise	384	103	26,82	281	8	2,1	28,9
Campania	5.968	2.665	44,65	3.303	362	6,1	50,7
Puglia	4.162	561	13,48	3.601	974	23,4	36,9
Basilicata	447	154	34,45	293	23	5,1	39,6
Calabria	1.329	393	29,57	936	247	18,6	48,2
Sicilia	4.910	1.400	28,59	3.510	281	5,7	34,2
Sardegna	1.596	367	22,99	1.229	100	6,3	29,3
Italia	111.453	57.970	52,02	53.483	25.156	22,6	74,6

TABELLA 5 - Setting assistenziale utilizzato per il DRG 158 - Interventi su ano e stoma senza cc

Regione	Totale casi trattati 2003	Casi DH	% Casi DH	2003		Ds + RO	
				Casi RO	Casi RO I Giorno		
Piemonte	4.915	2.462	50,09	2.453	338	6,9	57,0
Valle d'Aosta	100	28	28,00	72	11	11,0	39,0
Lombardia	10.813	1.888	17,46	8.925	3.668	33,9	51,4
P.A. di Bolzano	350	86	24,57	264	23	6,6	31,1
P.A. di Trento	378	205	54,23	173	25	6,6	60,8
Veneto	6.457	3.347	51,84	3.110	1.000	15,5	67,3
Friuli Venezia Giulia	1.351	230	17,02	1.121	400	29,6	46,6
Liguria	2.463	1.736	70,48	727	150	6,1	76,6
Emilia Romagna	5.944	1.635	27,51	4.309	1.925	32,4	59,9
Toscana	4.319	2.067	47,86	2.252	293	6,8	54,6
Umbria	1.152	543	47,14	609	140	12,2	59,3
Marche	1.872	347	18,54	1.525	708	37,8	56,4
Lazio	6.709	1.571	23,42	5.138	753	11,2	34,6
Abruzzo	1.814	304	16,76	1.510	105	5,8	22,5
Molise	316	81	25,63	235	13	4,1	29,7
Campania	5.269	1.467	27,84	3.802	371	7,0	34,9
Puglia	3.946	414	10,49	3.532	726	18,4	28,9
Basilicata	328	93	28,35	235	17	5,2	33,5
Calabria	1.743	163	9,35	1.580	202	11,6	20,9
Sicilia	7.108	1.965	27,64	5.143	430	6,0	33,7
Sardegna	2.024	256	12,65	1.768	148	7,3	20,0
Italia	69.371	20.888	30,12	48.483	11.446	16,5	46,6

TABELLA 6 - Setting assistenziale utilizzato per il DRG 162 - Interventi ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc

Regione	Totale casi trattati 2003	Casi DH	% Casi DH	2003		Ds + RO	
				Casi RO	Casi RO I Giorno		
Piemonte	13.872	9.519	68,62	4.353	407	2,9	71,6
Valle d'Aosta	262	190	72,52	72	11	4,2	76,7
Lombardia	23.441	6.330	27,00	17.111	9.943	42,4	69,4
P.A. di Bolzano	1.025	323	31,51	702	38	3,7	35,2
P.A. di Trento	1.021	834	81,68	187	20	2,0	83,6
Veneto	13.243	10.267	77,53	2.976	1.037	7,8	85,4
Friuli Venezia Giulia	2.971	1.459	49,11	1.512	1.069	36,0	85,1
Liguria	4.029	3.019	74,93	1.010	224	5,6	80,5
Emilia Romagna	12.130	6.058	49,94	6.072	3.885	32,0	82,0
Toscana	10.657	6.828	64,07	3.829	747	7,0	71,1
Umbria	2.673	1.925	72,02	748	169	6,3	78,3
Marche	5.040	1.724	34,21	3.316	2.397	47,6	81,8
Lazio	14.277	5.100	35,72	9.177	1.611	11,3	47,0
Abruzzo	3.388	461	13,61	2.927	316	9,3	22,9
Molise	759	187	24,64	572	54	7,1	31,8
Campania	13.853	5.210	37,61	8.643	758	5,5	43,1
Puglia	9.938	1.032	10,38	8.906	1.286	12,9	23,3
Basilicata	1.668	702	42,09	966	82	4,9	47,0
Calabria	3.942	580	14,71	3.362	392	9,9	24,7
Sicilia	10.688	3.000	28,12	7.688	597	5,6	33,7
Sardegna	3.978	590	14,83	3.388	166	4,2	19,0
Italia	152.855	65.338	42,75	87.517	25.209	16,5	59,2

TABELLA 7 - Setting assistenziale utilizzato per il DRG 232 - Artroscopia

Regione	Totale casi trattati 2003	Casi DH	% Casi DH	2003		Ds + RO
				Casi RO	Casi RO I Giorno	
Piemonte	1.708	1.152	67,45	556	101	73,4
Valle d'Aosta	5	4	80,00	1	1	100,0
Lombardia	3.948	688	17,43	3.260	1.753	61,8
P.A. di Bolzano	265	67	25,28	198	10	29,1
P.A. di Trento	307	164	53,42	143	19	59,6
Veneto	1.404	697	49,64	707	120	58,2
Friuli Venezia Giulia	529	72	13,61	457	235	58,0
Liguria	674	516	76,56	158	26	80,4
Emilia Romagna	1.748	613	35,07	1.135	551	66,6
Toscana	1.255	599	47,73	656	203	63,9
Umbria	445	266	59,78	179	58	72,8
Marche	596	193	32,38	403	235	71,8
Lazio	3.199	1.059	33,10	2.140	692	54,7
Abruzzo	1.229	64	5,21	1.165	33	7,9
Molise	102	12	11,76	90	2	13,7
Campania	2.265	655	28,92	1.610	133	34,8
Puglia	561	123	21,93	438	45	29,9
Basilicata	52	8	15,38	44	3	21,2
Calabria	372	89	23,92	283	46	36,3
Sicilia	1.705	290	17,01	1.415	96	22,6
Sardegna	373	99	26,54	274	50	39,9
Italia	22.742	7.430	32,67	15.312	4.412	52,1

TABELLA 8 - Setting assistenziale utilizzato per i DRG chirurgici LEA - Emilia Romagna - Anni 2002-2003

Regione	Casi DH	Casi RO l giorno	2002	% Casi DH	Totale casi trattati 2002
			Casi RO		
006 - DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	8.486	194	277	96,84	8.763
039 - INT. SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	38.536	1.473	2.030	95	40.566
040 - INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETA' > 17	1.663	409	985	62,8	2.648
041 - INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETA' < 18	235	276	529	30,76	764
042 - INT. INTRAOCULARI ESCL. RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	1.287	368	1.543	45,48	2.830
055 - MISCELLANEA INT. SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	1.397	1.893	5.369	20,65	6.766
119 - LEGATURA E STRIPPING DI VENE	8.843	1.182	1.727	83,66	10.570
158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	1.900	1.360	3.852	33,03	5.752
160 - INT. ERNIA ESCL. INGUIN. E FEMOR., ETA' > 17 SENZA CC	440	358	1.636	21,19	2.076
162 - INT. ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	6.104	3.404	6.098	50,02	12.202
163 - INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	301	344	597	33,52	898
262 - BIOPSIA MAMMELLA ED ESCISS. LOCALE E NON PER T.M.	1.954	613	855	69,56	2.809
267 - INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	711	348	671	51,45	1.382
270 - ALTRI INT. PELLE, SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2.264	293	683	76,82	2.947
222 - INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	5.159	3.735	8.862	36,79	14.021
232 - ARTROSCOPIA	665	508	1.186	35,93	1.851
364 - DILATAZIONE, RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	6.703	1.057	1.797	78,86	8.500
TOTALE	86.648	17.815	38.697		125.345

TABELLA 9 - Requisiti specifici per la day surgery*

Erogazione di un "pacchetto" di prestazioni
Separazione dei flussi
Spazi dedicati (utilizzo esclusivo)
Definizione e adozione di procedure clinico-organizzative per le fasi di ammissione, cura e dimissione
Explicitazione dei criteri di selezione ed esclusione dei pazienti
Protocolli per la fase di cura e per il monitoraggio perioperatorio
Relazione al medico curante
Garanzia della continuità assistenziale
Opportuna formazione del personale

* Accordo Conferenza Stato-Regioni del 1° Agosto 2002

Evoluzione della day surgery in Italia

Casi DH	Casi RO l giorno	2003		Totale casi trattati 2003	Differenza casi trattati 2002-2003
		Casi RO	% Casi DH		
6.401	169	228	96,56	6.629	-2.134
29.437	788	1.353	95,61	30.790	-9.776
1.570	569	1.044	60,06	2.614	-34
127	427	609	17,26	736	-28
2.151	424	1.752	55,11	3.903	1.073
1.288	1.993	5.317	19,50	6.605	-161
8.814	1.667	1.967	81,75	10.781	211
1.635	1.925	4.309	27,51	5.944	192
452	413	1.683	21,17	2.135	59
6.058	3.885	6.072	49,94	12.130	-72
245	463	694	26,09	939	41
1.749	649	806	68,45	2.555	-254
638	454	686	48,19	1.324	-58
2.152	350	716	75,03	2.868	-79
5.408	4.005	9.043	37,42	14.451	430
613	551	1.135	35,07	1.748	-103
6.239	1.053	1.600	79,59	7.839	-661
74.977	19.785	39.014		113.991	-11.354

Seminario di studio ed approfondimento sulla programmazione e l'attività di Day Surgery nelle Regioni e Province Autonome

ASSR - Roma 24-25 ottobre 2005

26

i Supplimenti di **monitor**

Scheda partecipanti		
Regione	Referenti Clinici	Referenti Regionali
Valle d'Aosta	Persico Fabio	Gaillard Piero
Piemonte	Saroglia Giuliano	Pia Mirko
Lombardia	Monzani Roberta	Agnello Mauro
P.A. Bolzano	Girardi Flavio	Girardi Flavio
P.A. Trento	Gabarbi Eugenio	Pontalti Luciano
Veneto	Pozzobon Davide	
	Agnello Antonella	Barra Salvatore
Friuli V. Giulia	Conte Luigi	Centonze Sandro
Liguria	Bini Antonio	Vigna Sergio
Emilia Romagna	Greco Vincenzo M.	
	Marani Fabio	Melandri Laura
Toscana	Buccianti Piero	Giovannini Walter
Marche	Orsolini Ferdinando	Appignanesi Remo
Umbria	Patiti Mario	Romagnoli Carlo
Lazio	Cardi Edmondo	
	Sommella Lorenzo	Lorenzoni Maria
Abruzzo	Younes Ali	Cosenza Pierluigi
Molise	Civerra Massimo	Di Vico Sergio
Campania	Massa Salvatore	Lodato Sergio
Basilicata	Di Marzio Annamaria	Montagano Giuseppe
Puglia	Errico Pierangelo	Pomo Vincenzo
Calabria	Di Leone Francesco	Martina Mario
Sicilia	Allegra Adolfo	Maniaci Lorenzo
Sardegna	Sergio Licheri	Bracciotti Alessandra
	Princis M. Agnese	
Ministero della Salute		
	Palumbo Filippo	
	Lispi Lucia	
	Loretucci M. Teresa	
Esperti Day Surgery		
	Celli Giorgio	
	Francucci Marsilio	
	Damiani Gianfranco	
Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali		
	Bellentani Maria Donata	
	Perrini Maria Rosaria	
	Padovano Pierpaolo	
	Catania Sara	
	Guglielmi Elisa	

LA DAY SURGERY NELLA NORMATIVA NAZIONALE

LE NORME DI RIFERIMENTO SUL RICOVERO DIURNO

Le attività di chirurgia di giorno (day surgery), che sono una realtà consolidata in altri Paesi (come Stati Uniti, Canada, Australia, Inghilterra, Paesi Bassi), hanno trovato in Italia, fino ad epoca recente, una limitata disciplina nell'ambito della più generale regolamentazione del ricovero diurno (day hospital).

La previsione di un regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario è stata introdotta nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, con le prime indicazioni già negli anni '80 (legge n. 595/85) e indicazioni più ampie nella legislazione degli anni '90. La disciplina specifica sull'attività di assistenza erogata a ciclo diurno negli ospedali è contenuta nel DPR 20.10.1992, che stabilisce le modalità di erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica e infermieristica continua, non attuabile in ambito ambulatoriale.

LE NORME SULLA DAY SURGERY E LE PROPOSTE DI DISCIPLINA

La disciplina contenuta nel DPR 20.10.1992 è riferita a prestazioni prevalentemente mediche e mal si adatta alle prestazioni chirurgiche. Già dallo stesso anno 1992 sono stati effettuati studi e proposte di regolamentazione della day surgery e in materia vi sono stati anche più pareri da parte del Consiglio Superiore di Sanità (negli anni 1992 e 1995).

Il Consiglio si soffermava sul valore dei regimi assistenziali, rilevando che “i modelli della chirurgia ambulatoriale e della chirurgia di giorno non debbono essere considerati di importanza minore rispetto al regime di assistenza chirurgica tradizionale e i pazienti, opportunamente selezionati, possono essere avviati a tali trattamenti, previamente informati sul tipo di intervento o procedura ai quali sono sottoposti, sottoscrivendo il consenso informato”. In sintesi, il Consiglio concordava sull'utilità di una disciplina specifica ma richiedeva una particolare cautela; riteneva non individuabili modelli organizzativi autonomi operanti lontano da ospedali o case di cura; esprimeva parere contrario al pernottamento in quanto non lo riteneva connaturale alle attività di chirurgia di giorno; rilevava che le liste potevano essere utili, ma solo se orientative (giudizio clinico). Le proposte di disciplina di quegli anni, che si sono sviluppate su impulso dell'allora Ministro della Sanità Elio Guzzanti, hanno trovato ampia diffusione sul territorio nazionale, costituendo un importante riferimento culturale, ma non hanno trovato una traduzione in provvedimenti normativi. Le stesse sono confluite nel documento elaborato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nell'anno 1996 recante “Proposta per la regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche, diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno”.

Malgrado i tentativi, sono pochi i riferimenti normativi specificamente rivolti alla day surgery.

Il primo richiamo esplicito è contenuto nelle linee guida del Ministero della Sanità n. 1/1995,

relative alle “Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”, che forniscono anche indicazioni sulle tariffe per le prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico (day surgery).

Le linee guida n. 1/1995 prevedono che le tariffe per le prestazioni di day surgery siano definite sulla base di “pacchetti” predefiniti di trattamento, che comprendono sia gli esami e le visite pre-operatorie, sia l'intervento chirurgico, sia i controlli post-operatori, indipendentemente dall'effettivo numero di accessi. Le relative tariffe vanno determinate nella misura indicativa media del 75% della corrispondente tariffa per ricovero ordinario. Per l'insieme del pacchetto sarà compilata un'unica scheda di dimissione ospedaliera. La tariffa sarà riconosciuta, ovviamente, solo nel caso in cui l'intervento chirurgico sia stato effettivamente erogato (in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del cittadino, le prestazioni erogate sono considerate di tipo ambulatoriale, con pagamento della relativa quota di compartecipazione alla spesa).

Una disciplina delle attività di day surgery, in forma separata dalle attività di day hospital, è contenuta nel DPR 14 gennaio 1997, recante “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”. Tale normativa ha rappresentato il fondamentale – e quasi unico – riferimento normativo in materia fino al 2001.

Il DPR 14 gennaio 1997:

- fornisce una definizione della “chirurgia di giorno” (day surgery), riprendendola dal documento elaborato dall'ASSR nel 1996, come “possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale”; la day surgery è, pertanto, intesa come regime di ricovero ospedaliero per prestazioni chirurgiche limitato alle sole ore di

giorno (12 ore); è esclusa, pertanto, la “one day surgery”, di cui il decreto non fa menzione;

- fissa i requisiti minimi per tale modalità assistenziale, di tipo strutturale (tra cui: per la sala operatoria si applicano gli stessi requisiti previsti per il gruppo operatorio); impiantistico (tra cui: le caratteristiche igrometriche per la sala operatoria coincidono con quelle del gruppo operatorio); organizzativo (presenza di una dotazione organica di personale medico e infermieristico rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate; presenza obbligatoria di almeno un medico e un infermiere professionale, anche non dedicati, durante le ore di attività di day surgery).

Il PSN 1998-2000, nel delineare le strategie per il cambiamento, indica la necessità di riequilibrio dei diversi settori di intervento, prevedendo, tra l'altro, il potenziamento dell'assistenza in regime di ricovero diurno, in alternativa alla degenza ordinaria. Il Piano prevede, inoltre, nel “Programma nazionale per l'elaborazione, la diffusione e la valutazione di linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici”, l'adozione di apposite linee guida che definiscano le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili a livello ambulatoriale e in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento ad interventi chirurgici elettivi in particolari settori nosologici: interventi chirurgici elettivi per la liberazione del tunnel carpale, legatura o asportazione di vene degli arti inferiori, cataratta, ernia inguinale, colecistectomia. Il Piano riserva “alta priorità” alle Linee guida la cui applicazione è in grado di assicurare una diminuzione dei costi complessivi a carico del Ssn”.

Il decreto legislativo 19.6.1999 n. 229, di modifica del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502, fornisce altri riferimenti :

- art. 1, comma 7 – fissa alcuni criteri generali per definire le prestazioni incluse nei LEA, tra cui quello dell'evidenza scientifica, appropriatezza clinica e organizzativa, ossia prevede un “uso efficiente delle risorse”, in presenza di modalità

alternative di erogazione dell'assistenza;

- all'art. 8-ter, in tema di autorizzazioni, cita "le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero (e in regime residenziale) a ciclo continuativo o diurno", ed estende il regime autorizzativo anche agli "studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero prestazioni diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente". A tal fine è richiesto un aggiornamento dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti minimi (DPR 14 gennaio 1997);
- all'art. 8-sexies, comma 4, prevede che la remunerazione dell'attività ospedaliera, erogata in ricovero ordinario o in day hospital, sia determinata in base a tariffe predefinite.

Nell'anno 2000 sono state istituite due Commissioni di studio, con decreti del Ministro della Sanità pro tempore Umberto Veronesi del 12 settembre 2000 e del 4 agosto 2000, rispettivamente in tema di day surgery e chirurgia ambulatoriale, nonché in tema di chirurgia ambulatoriale oculistica.

Le relazioni finali delle Commissioni, e in particolare quella sull'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale, hanno costituito il riferimento principale per l'elaborazione delle linee guida sulle attività di day surgery da parte del Ministero. Si è anche tenuto conto della normativa emanata da diverse Regioni, nonché dei progetti di ricerca finalizzati, finanziati dal Ministero ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. n. 502 del 1992, promossi ed effettuati da alcune Regioni (Umbria, Campania), con gruppi di lavoro che hanno coinvolto diverse realtà.

L'elaborazione delle linee guida ha trovato nuovo impulso con il provvedimento di definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e con la particolare attenzione manifestata dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia agli aspetti di appropriatezza clinica e organizzativa. Il DPCM 29 novembre 2001 sulla definizione dei

LEA individua, nell'allegato 2C, una lista di 43 DRG ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria – come si vedrà in seguito, che ha reso importante definire correttamente le diverse modalità assistenziali, e prima di tutto la day surgery.

L'obiettivo prioritario è ridefinire e ampliare le modalità assistenziali, per rispondere adeguatamente ai bisogni del cittadino e razionalizzare la spesa.

Fanno parte di questo indirizzo anche gli obiettivi di riordino della rete ospedaliera recentemente ridefiniti dall'Accordo tra Stato e Regioni dell'8 agosto 2001 e dall'art. 3, comma 4, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405. Si è abbassato ulteriormente lo standard di dotazione media regionale di posti letto per acuti, portato a 4 posti letto per acuti per mille abitanti (prima era 4,5/1000 ab.), mentre non è variato lo standard per i posti letto di riabilitazione e post acuzie, pari a 1 p.l. per mille abitanti.

Il PSN 2003-2005, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003, pone l'obiettivo di riqualificare la rete ospedaliera e anche di deospedalizzare laddove è possibile. L'orientamento generale è la diversificazione dell'offerta di modelli assistenziali, privilegiando quelli orientati alla centralità del paziente e all'aumento della qualità percepita. Rispetto a questi aspetti, la day surgery può costituire un modello particolarmente efficace, ed è a tal fine che il nuovo PSN, nel prevedere l'obiettivo di attuare i livelli essenziali e appropriati di assistenza, richiama le recenti linee guida sull'attività di day surgery.

Le linee guida sono state approvate con atto d'intesa tra lo Stato e le Regioni il 1 agosto 2002. Nella valutazione delle stesse, occorre tenere conto che pervenire ad una disciplina sulla day surgery non è stato semplice. Da un lato si sono affrontati punti ancora incerti e controversi, tra cui la definizione dei presidi autonomi di day surgery e dei relativi requisiti minimi; l'eventuale

possibilità di estendere la day surgery alle ore notturne; la definizione o meno di liste di prestazioni; l'indicazione precisa del valore delle liste, del loro aggiornamento e così via. Un altro aspetto delicato ha riguardato il rapporto tra le attività di day surgery e quelle di chirurgia ambulatoriale. È ovvio, infatti, che la stretta connessione tra le due tipologie di attività richiede una riflessione comune o, più in generale, un'unitaria considerazione dei problemi relativi alla ristrutturazione della rete chirurgica, ma le due materie richiedono una regolamentazione in sedi diverse. In particolare:

- per la chirurgia ambulatoriale è necessario aggiornare l'elenco delle prestazioni erogabili a carico del Ssn e le relative tariffe, attualmente fissate dal DM 22 luglio 1996, nonché aggiornare il DPR 14 gennaio 1997, inserendo gli studi medici da sottoporre ad autorizzazione in quanto “svolgono attività chirurgiche o prestazioni diagnostiche di particolare complessità o di particolare rischio per la tutela della salute del paziente”, in attuazione dell'art. 8-ter, commi 2 e 4, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni;
- per la day surgery: la disciplina si rapporta, essenzialmente, all'ambito ospedaliero, sia in quanto le attività si svolgono normalmente in sede ospedaliera, sia in quanto la remunerazione delle prestazioni avviene sulla base delle tariffe delle prestazioni ospedaliere; la regolamentazione non ha particolari vincoli, e quindi può essere adottata con linee guida, in quanto sono già presenti nel DPR 14 gennaio 1997 i requisiti minimi per le attività di day surgery. Solo la previsione di presidi autonomi di day surgery pone il problema della definizione dei requisiti minimi, in quanto costituisce un nuovo modello organizzativo.

Un altro fattore che ha influenzato la definizione delle linee guida è il diverso grado di diffusione e di regolamentazione delle attività di day surgery nelle Regioni. La normativa regionale ha aspetti di difformità, ma ancor più risulta di-

somogenea sul territorio la diffusione delle attività di day surgery. Vi sono, infatti, Regioni con esperienze, professionalità e modelli organizzativi avanzati, dai quali sono stati tratti importanti elementi contenuti nella disciplina nazionale. In altre Regioni le attività di day surgery sono ancora in fase progettuale o in fase di iniziale attivazione.

Inoltre, la disciplina si è inserita in una fase di profondo cambiamento istituzionale dei rapporti tra Stato, Regioni ed Enti locali, che ha trovato un riconoscimento al livello più alto dell'ordinamento giuridico: la Costituzione. La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, di riforma del titolo V della Costituzione ha, infatti, introdotto importanti modifiche:

- ha attribuito al livello centrale la competenza nella definizione dei principi generali in ogni materia sanitaria, con atto legislativo, nonché la competenza esclusiva in materia di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali dei cittadini (si discute, a riguardo, se le garanzie essenziali per la sicurezza delle prestazioni sanitarie per il cittadino rientrano nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza);
- ha attribuito alle Regioni la competenza generale nella disciplina sanitaria, con legge o con atto regolamentare. Rientra in quest'ambito, di conseguenza, anche la determinazione delle modalità di organizzazione dei servizi sanitari. Le regolamentazioni specifiche dovranno rispettare, peraltro, i principi generali definiti con legge nazionale.

L'iniziale schema di “atto di indirizzo e coordinamento in materia di day surgery” elaborato dal Ministero della Salute, in considerazione della riforma istituzionale sopra accennata, è stato in seguito modificato in “linee-guida”, approvate con Accordo in seno alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

L'accordo è vigente ed efficace dalla data della firma del Presidente della Conferenza Stato-Re-

gioni, apposta il 1 agosto 2002; lo stesso non è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale, ma è pubblicato (Atto repertorio n. 1516 del 1° agosto 2002 come rettificato con Atto n. 1518 del 25 settembre 2002) sul sito della Conferenza Stato-Regioni www.palazzochigi.it/Conferenze/ e precisamente <http://www.governo.it/backoffice/allelegati/17223-1016.pdf>.

L'ACCORDO STATO-REGIONI DELL'1.8.2002

Le linee guida si sono poste l'obiettivo di favorire l'appropriatezza dei regimi assistenziali, identificare modelli organizzativi e sedi di svolgimento della day surgery per una definizione comune e condivisa della stessa nelle Regioni.

Esse non contengono una disciplina completa, ma solo le indicazioni di principio, come quadro generale entro cui iscrivere le autonome decisioni delle Regioni. In taluni casi il testo dell'accordo rappresenta il limite entro il quale si è pervenuti ad un'intesa unitaria tra le singole Regioni e tra queste e il livello centrale.

L'accordo si compone di nove articoli e di un elenco di interventi e procedure chirurgiche effettuabili in day surgery in alternativa al ricovero ordinario.

Nella premessa dell'accordo, è prevista la successiva emanazione, in tempi ristretti, di un separato provvedimento per la disciplina dell'attività chirurgica ambulatoriale, tenendo conto anche della necessità di definire specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio di tali attività e dell'esigenza di aggiornare l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

LE FINALITÀ

La norma di apertura dell'accordo contiene alcune indicazioni di particolare rilievo, mirate a garantire che le attività di day surgery si sviluppino secondo criteri di appropriatezza, efficienza e sicurezza per i pazienti.

L'attività di day surgery è indicata come “una

modalità assistenziale alternativa al ricovero ordinario, e come tale si inserisce nel processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità delle prestazioni sanitarie”.

Queste caratteristiche ricollegano fortemente l'attività di day surgery all'obiettivo di contribuire al miglioramento complessivo dell'efficienza operativa degli ospedali, consentendo – in relazione ai progressi della medicina – di effettuare con ricoveri brevi prestazioni che precedentemente erano effettuate in ricovero ordinario. Tale modalità favorisce l'accessibilità alle prestazioni sanitarie, con riduzione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici di elezione.

Le finalità generali di appropriatezza organizzativa e di efficienza sono ulteriormente precisate: consente una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini e una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza, contribuendo anche al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture. La priorità è, infatti, di valorizzare al meglio le risorse di strutture, attrezzature e professionalità tipiche dell'ospedale, volgendole anche ad attività diverse dal tradizionale ricovero ordinario.

Una particolare attenzione è dedicata al tema della sicurezza del paziente. La norma prevede: “Le attività di day surgery sono organizzate e svolte con modalità che assicurano condizioni di sicurezza non minori rispetto a quelle proprie della chirurgia ordinaria e riducono il disagio connesso all'intervento”. Si tratta di un criterio generale, che le Regioni devono rispettare nel promuovere lo sviluppo delle attività di day surgery e nel completamento della disciplina di quegli aspetti sui quali l'accordo non si è espresso in modo compiuto, quali la possibilità del pernottamento e i requisiti minimi dei presidi autonomi di day surgery.

LE DEFINIZIONI

La definizione di chirurgia di giorno adottata nell'accordo appare sostanzialmente identica a

quella contenuta nel DPR 14 gennaio 1997. La day surgery consiste nella “effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero, limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale”.

La differenza fondamentale riguarda la possibilità di pernottamento, che viene prevista nella norma sui modelli organizzativi. “Per coprire particolari necessità assistenziali dei ricoveri che richiedono pernottamento e, comunque, per gli interventi e le procedure contrassegnati con l’asterisco nell’elenco incluso nelle presenti linee guida, le Regioni possono avvalersi, secondo le proprie esigenze e modalità organizzative, o del ricovero ordinario di un giorno o della day surgery seguita da pernottamento”.

Le Regioni hanno ritenuto che la possibilità di pernottamento non costituisca un autonomo modello di assistenza, e non meriti, pertanto, una collocazione specifica nell’ambito delle definizioni, ma possa rientrare in un’eventuale concezione “estesa” della day surgery, a fronte di specifiche necessità assistenziali riscontrate a livello regionale. La possibilità del pernottamento, già prevista dalla proposta ASSR del 1996 e dalla relazione conclusiva della Commissione ministeriale del 2000, è stata rinviata alla disciplina regionale. Le Regioni possono prevederla all’interno dei modelli organizzativi individuati dall’accordo, stabilendone modalità e limiti nel rispetto dei criteri di sicurezza di cui all’articolo 1, pertanto garantendo condizioni di sicurezza non minori rispetto a quelle proprie della chirurgia ordinaria.

La previsione della day surgery con possibilità di pernottamento è particolarmente rilevante, perché in precedenza non era contemplata dal nostro ordinamento (non prevista dal DPR 14 gennaio 1997). Essa consente di estendere il numero di interventi chirurgici effettuabili in tale regime assistenziale (interventi con maggiore in-

cidenza di complicanze o che richiedono un periodo di osservazione superiore alle quattro ore). Consente, in particolare, di svolgere gli interventi contrassegnati, nell’elenco indicativo contenuto nell’accordo, con l’asterisco. È chiaro che le Regioni, nel disciplinare tale possibilità, dovranno prevedere i necessari requisiti (disponibilità di attrezzature, personale, collegamenti con la rete di emergenza ecc.).

La norma sulla definizione della day surgery indica, inoltre, in relazione all’esperienza maturata in materia di day surgery, gli elementi che caratterizzano tale regime assistenziale: la capacità di gestire in forma integrata e concentrata nel tempo il bisogno clinico del paziente, per l’esclusivo svolgimento di attività elettive, che richiedono uno specifico modello organizzativo per lo svolgimento delle attività cliniche e un’adeguata formazione tecnico-professionale del personale. È necessario, inoltre, che in tale contesto siano definiti chiari percorsi e procedure, anche al fine di garantire la continuità assistenziale.

I MODELLI ORGANIZZATIVI

Le possibili sedi di svolgimento delle attività di chirurgia di giorno costituiscono uno dei punti nodali dell’accordo, sui quali si è incentrata la discussione tra le Regioni e lo Stato.

Si tratta di aspetti organizzativi, di norma di competenza regionale, ma sui quali è fortemente sentita l’esigenza di addivenire a decisioni comuni e condivise, che forniscano un chiaro orientamento per le Regioni, nella successiva disciplina.

Sulla base del rapporto conclusivo della predetta Commissione ministeriale, che tiene conto della letteratura internazionale e delle esperienze maturate in materia, si sono delineati, come linee di orientamento per le Regioni, tre modelli organizzativi per lo svolgimento delle attività di day surgery. Di questi, solo il primo risulta particolarmente complesso e innovativo, in quanto si prevede come struttura di ricovero a sé stante, mentre gli altri due modelli si inseriscono nell’ambito delle strutture ospedaliere.

Un primo modello prevede la costituzione di un presidio autonomo (o centro chirurgico) di day surgery, intesa come una struttura di ricovero esclusivamente dedicata alla day surgery, che potrà essere pubblica o privata e che dovrà essere funzionalmente collegata ad una vicina struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti per la gestione di eventuali complicanze. Per le situazioni di emergenza, è prevista la definizione di specifiche procedure che devono inserirsi nell'ambito della rete di emergenza-urgenza. Spetterà, pertanto, alla Regione definire una disciplina specifica in materia, atta a completare le garanzie di sicurezza del paziente.

Si è, inoltre, esplicitato il collegamento tra tale modello e il processo di riorganizzazione delle rete ospedaliera, prevedendo che la costituzione dei presidi sia utilizzata, in via prioritaria, per consentire la riconversione di strutture ospedaliere. Un secondo modello è costituito da unità operative dedicate alla day surgery poste nell'ambito di ospedali pubblici o privati. L'unità operativa può essere monospecialistica o plurispecialistica e può essere, a sua volta:

- integrata nell'ambito della struttura organizzativa complessa in cui opera, con un proprio responsabile medico;
- strutturalmente e organizzativamente autonoma, con sale operatorie proprie in relazione alla complessità e all'elevato volume dei casi trattati e con un proprio direttore medico.

Le prime potrebbero definirsi come unità integrate e le seconde come unità autonome, ma tali dizioni non sono previste nell'accordo.

Un terzo modello, il più semplice, comporta l'individuazione di posti letto dedicati alla day surgery nell'ambito delle unità operative di ricovero ordinario. Questo modello organizzativo non richiede particolari modalità organizzative né l'individuazione di un apposito responsabile. Come evidenziato da alcune Regioni, questo modello è sicuramente il più facile e anche di immediata adozione e consente di attuare la day surgery anche in strutture ospedaliere con volu-

me minore di attività, ma può risultare poco efficiente, in quanto notevolmente influenzato dall'attività svolta nella degenza ordinaria.

I REQUISITI MINIMI

Questo tema è stato oggetto di ampio dibattito, in quanto – come già evidenziato – vi sono pareri discordanti sul livello istituzionale competente nella definizione dei requisiti minimi.

La formulazione iniziale delle linee guida indicava, in relazione ai requisiti minimi stabiliti dal DPR 14 gennaio 1997 (senza innovare il contenuto del decreto, anche perché le modifiche richiederebbero una sede normativa diversa), l'applicazione dei requisiti minimi con riferimento ai presidi autonomi di day surgery, che rappresentano una tipologia nuova nel nostro ordinamento.

A seguito del confronto con le Regioni, si è successivamente concordata una formula generale, che garantisce l'applicazione di quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 e successive modificazioni e integrazioni, in materia di requisiti minimi generali e specifici per la day surgery, e rinvia alla disciplina regionale l'indicazione delle specifiche modalità e dei requisiti per l'autorizzazione e per l'accreditamento delle strutture e l'esercizio delle attività di day surgery.

L'accordo contiene, nella formulazione finale, solo alcune indicazioni per i presidi autonomi di day surgery, che devono prevedere modalità per assicurare l'effettuazione di indagini di base nell'ambito della biochimica clinica e dell'ematologia ed emocoagulazione, nonché le indagini diagnostiche per immagini e di tutti gli altri servizi che si rendano necessari in relazione alla tipologia delle prestazioni eseguite (i servizi, pertanto, dovranno essere rapportati alla casistica trattata e al volume delle attività effettuate).

Ulteriori indicazioni potranno essere inserite in sede di aggiornamento del DPR 14 gennaio 1997, del resto già avviato, che costituisce la sede idonea per l'indicazione dei requisiti minimi delle strutture sanitarie.

LA SELEZIONE DEI PAZIENTI

Le linee guida indicano alcuni aspetti fondamentali al fine di garantire l'appropriatezza nel ricorso alla day surgery.

Il ricorso alla day surgery è valutato, in piena autonomia e responsabilità, da parte del "medico". È presumibile che, con tale espressione, si intenda includere ogni medico coinvolto nella valutazione preoperatoria, pertanto sia il medico che esegue l'intervento o la procedura sia l'anestesista. I criteri da applicare sono: clinici, organizzativi, socio-familiari.

C'è la necessità del consenso informato e documentato del paziente: al paziente vanno fornite informazioni e istruzioni relative sia alla fase preoperatoria sia a quella postoperatoria. È, infatti, riconosciuta l'importanza, nelle attività di day surgery, dell'accettazione consapevole del paziente dell'iter proposto, che include anche l'assunzione di responsabilità del paziente nell'osservanza delle informazioni comportamentali fornite. Il consenso deve fondarsi sulla corretta e adeguata informazione di tutto il percorso clinico.

LE GARANZIE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Sono trattati, seppure in modo conciso, aspetti essenziali per la gestione efficace e sicura del percorso clinico e assistenziale del paziente:

- ogni struttura deve provvedere alla definizione e adozione di procedure cliniche e organizzative per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente, nonché per assicurare la continuità assistenziale;

- vanno date informazioni corrette e chiare al cittadino per la fase pre e post operatoria;
- vanno adottati criteri espliciti di selezione ed esclusione.

Si fa specifico riferimento anche alla registrazione e alla documentazione delle attività, svolte attraverso i medesimi strumenti già previsti per il ricovero ordinario (cartella clinica, registro nosologico, registro operatorio, scheda di dimissione ospedaliera).

Per gli aspetti di continuità assistenziale, è necessario che la relazione del medico curante, consegnata al paziente all'atto della dimissione, contenga i dati salienti del ricovero, la terapia, i riferimenti per gestire eventi indesiderati, le informazioni relative ai comportamenti da seguire, i riferimenti per ottenere l'assistenza in caso di necessità e urgenza, le modalità per effettuare i controlli clinici.

Inoltre, deve essere garantita la pronta reperibilità del medico, il contatto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, va raccolta in modo completo la documentazione.

I CONTROLLI E IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

Per quanto riguarda i controlli da esercitarsi sulla qualità e l'appropriatezza delle prestazioni di day surgery, le Regioni definiranno le relative modalità e procedure.

Lo sviluppo delle attività di day surgery, anche in relazione alla corretta interpretazione della normativa contenuta nelle linee guida, nonché nella normativa regionale, rende necessario adottare precisi sistemi di monitoraggio. A tal fine, la norma finale dell'accordo prevede che le Regioni svolgano le attività di monitoraggio e che un apposito Tavolo tecnico Ministero-Regioni definisca i criteri e pertanto gli indicatori. Sarà, infatti, di particolare interesse valutare l'impatto derivante dall'adozione delle nuove modalità assistenziali, in termini di esiti clinici, gestionali e di qualità percepita.

LA SELEZIONE DEGLI INTERVENTI E L'ELENCO DEGLI INTERVENTI E DELLE PROCEDURE

Il principio generale rimane quello dell'autonomia dell'atto medico: spetta al medico la scelta, secondo scienza e coscienza, della sede di erogazione della prestazione.

Le linee guida riportano un "elenco indicativo degli interventi e delle procedure chirurgiche che possono essere eseguiti in day surgery", qua-

le utile riferimento sia al singolo medico sia alle strutture che svolgono attività di day surgery, anche al fine di sviluppare tale modalità assistenziale secondo criteri di efficacia, appropriatezza e sicurezza.

Rimane ferma, inoltre, la possibilità delle Regioni di definire autonomamente le prestazioni erogabili nei vari tipi di assistenza, in considerazione del grado di trasferimento dal ricovero ordinario già raggiunto.

L'accordo recepisce, con minime modifiche, l'elenco proposto dalla Commissione ministeriale, apportando tuttavia – con il concorso degli stessi membri di tale Commissione – una specifica individuazione degli interventi per i quali è raccomandato il pernottamento, segnalati con il simbolo asterisco. L'elenco è ovviamente indicativo e non esaurisce tutte le condizioni e situazioni cliniche; il suo valore è quello di fornire semplificazioni concrete e criteri comparativi per la scelta della sede più appropriata di erogazione. È importante notare che tale elenco riguarda esclusivamente la possibilità di trasferire in day surgery una rilevante quota degli interventi o procedure attualmente eseguiti, per lo più, in regime di ricovero ordinario. Non è quindi preclusa a priori la possibilità che, in situazioni cliniche nelle quali esistano o vengano a consolidarsi evidenze scientifiche precise, si possa utilizzare anche la sede ambulatoriale, fatte salve le garanzie di sicurezza richiamate nell'articolo 1. Tale possibilità potrà, oltre che essere autonomamente e responsabilmente scelta dal medico che esegue l'esame, anche essere specificata dalla normativa regionale o da aggiornamenti successivi dello stesso elenco accluso all'Accordo.

La scelta di inserire un elenco di prestazioni è stata lungamente discussa nella letteratura, evidenziandone le possibili utilità (in particolare quella di fornire orientamenti chiari, unitari, che determinano un forte impulso allo sviluppo delle attività) e anche i connessi rischi, sia sul valore delle liste (in relazione al problema dell'esauritività della stessa, dell'aggiornamento, della con-

temporanea presenza di una stessa prestazione in più elenchi e così via), sia sulla difficoltà di raggiungere punti di condivisione sulla sede di effettuazione di alcune prestazioni (sono emersi orientamenti diversi, alcuni tesi a spostare in regime ambulatoriale molte prestazioni, altri verso la day surgery).

Le Regioni hanno condiviso l'orientamento di proporre un elenco di prestazioni (già previsto da diverse Regioni, generalmente ricalcando quello predisposto dall'ASSR nel 1996), chiarendo il valore orientativo, non vincolante dello stesso.

L'elenco comprende 735 voci. Va precisato che l'inserimento nell'elenco di una prestazione non ne determina l'erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale, essendo questo aspetto riservato ad altri atti normativi. Alcune prestazioni sono già presenti nel Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La trasferibilità degli interventi e delle procedure da un elenco ad un altro avviene su indicazione dei Nomenclatori nazionale e/o regionale.

LE INDICAZIONI NEL PROVVEDIMENTO SUI LEA

Importanti indicazioni in materia di day surgery sono contenute anche nel recente provvedimento di definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, approvati prima con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 e poi recepiti nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001.

Il decreto sui LEA sceglie di mantenere, in sostanza, i servizi e le prestazioni sanitarie finora garantite, lavorando attentamente sui criteri di efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa. Nell'allegato 1 elenca le prestazioni sanitarie incluse nei LEA; nell'allegato 2) vi sono tre liste: una breve e puntuale lista negativa sulla base del criterio della pertinenza e dell'efficacia scientifica (allegato 2A); una lista "parzialmente" negativa, di prestazioni che sono incluse nei LEA so-

lo in presenza di specifiche indicazioni cliniche, compilata secondo criteri di appropriatezza clinica (allegato 2B); infine una lista di prestazioni “potenzialmente inappropriate” in quanto a sede di erogazione, compilata secondo il criterio dell’appropriatezza organizzativa e di economicità nell’uso delle risorse (allegato 2C).

È quest’ultimo allegato che risulta di particolare importanza per le attività di day surgery, in quanto riporta una lista di 43 DRG, con presenza di numerose attività chirurgiche, “ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria”. Per queste attività, le Regioni dovranno fissare un valore percentuale/soglia di ammissibilità. Le Regioni e le stesse Aziende, quando il numero di pazienti ricoverati in regime ordinario per uno degli interventi elencati superi il valore ritenuto “fisiologico” e giustificato da particolari condizioni del paziente o da specifiche ragioni di contesto, dovranno attivare interventi correttivi sull’organizzazione della struttura, sulle procedure di accettazione, sulla distribuzione del personale, sui rapporti tra ospedale e territorio, ecc.

Analogamente, per migliorare il livello di appropriatezza organizzativa si prevede la revisione del Nomenclatore della specialistica ambulatoriale con l’inserimento di una serie di prestazioni oggi eseguibili solo in regime di ricovero (ordinario o day hospital o day surgery); tra queste, molte prestazioni di chirurgia ambulatoriale e in particolare di oculistica, che il progresso tecnologico e l’affinamento delle tecniche interventistiche consente di eseguire, in sicurezza, anche in ambulatori attrezzati.

Occorre ricordare che l’allegato 2C non indica le modalità di definizione dei “valori soglia”, né le modalità di sanzione o dei correttivi da porre in essere in caso di superamento delle soglie; spetta alle Regioni definire questi aspetti, sicuramente tenendo conto anche del livello organizzativo e delle peculiarità territoriali, ma con l’obiettivo di pervenire ad un progressivo incremento dell’appropriatezza organizzativa e, possibilmente,

dell’adozione di controlli più efficaci nei confronti degli erogatori.

GLI STANDARD SULLA RETE OSPEDALIERA E L'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005

Tra i tanti provvedimenti che fissano obiettivi di razionalizzazione della rete ospedaliera, si ritiene utile segnalare quelli più recenti, concordati tra Stato e Regioni, sulla riduzione dei posti letto ospedalieri e sul tasso di ospedalizzazione, che nel 2005 per la prima volta si soffermano anche sui ricoveri diurni.

Nell’Accordo Stato-Regioni dell’8 agosto 2001 sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e sugli impegni reciproci dei due livelli istituzionali sulle attività e sui ripiani di spesa, viene concordata l’ulteriore riduzione dello standard di dotazione media regionale di posti letto ospedalieri, pari a 4 p.l. per acuti per mille abitanti (prima era 4,5/1000ab.), mentre non varia il parametro di 1 p.l. per mille abitanti per la lungodegenza e la riabilitazione post acuzie. Queste indicazioni vengono in seguito recepite con atto legislativo (art. 3, comma 4, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405).

L’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel modificare l’Accordo dell’8 agosto 2001, ridetermina anche gli standard, fissati ora in 4,5 posti letto complessivi per 1000 abitanti, comprensivi sia dei posti letto per acuti sia di quelli per la lungodegenza e la riabilitazione post-acuzie.

Ogni Regione è tenuta ad adottare provvedimenti per raggiungere tale standard entro l’anno 2007, con possibilità di una variazione, rispetto a questo parametro, fino al 5% in più, in rapporto alle diverse condizioni demografiche regionali.

Considerando che si tratta di uno standard complessivo di 4,5 p.l., spetterà ad ogni Regione indicare la dotazione dei posti per acuti e quella per la lungodegenza e la riabilitazione post-acuzie.

L'Intesa indica altri obiettivi: le Regioni devono adottare provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno entro 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%.

L'Intesa introduce anche un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungodegenza, fissato in 60 giorni, oltre il quale si ha una riduzione tariffaria almeno del 30%.

In questi provvedimenti le scelte sulla rete ospedaliera sono chiare: operare una razionalizzazione interna degli ospedali, riducendo ulteriormente i posti letto e deospedalizzando quando possibile. Elementi che si devono unire alle indicazioni del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA e del Piano sanitario nazionale 2003-2005 che chiedono all'ospedale di modificare il proprio ruolo, divenendo sempre più un centro di organizzazione ad alto livello tecnologico capace di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità. Si chiede pertanto un miglioramento di efficienza ma anche di qualità e di appropriatezza, e in quest'ambito trova spazio l'utilizzo del day surgery.

Sul ricovero diurno, fermo restando che rimane vigente l'ormai classica indicazione di trasferire il 10% dei ricoveri ordinari in regime diurno, è interessante valutare il riferimento contenuto nell'Intesa 23 marzo 2005 sul tasso di ospedalizzazione (180 ricoveri per mille residenti, di cui il 20% diurni), che potrebbe far pensare al passaggio da un parametro di tipo "strutturale" sui posti letto, ad uno di tipo "funzionale", che pone attenzione al fabbisogno di ricovero diurno per residente, pur definito in maniera del tutto generale.

CONCLUSIONI

L'Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2002 sulla day surgery rappresenta un'innovazione nella disciplina giuridica del nostro Paese, in quanto affronta la questione dell'appropriatezza organizzativa degli interventi sanitari, in un percorso già avviato dal DPCM 29 novembre 2001 sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza.

La valutazione della sede appropriata di erogazione delle prestazioni sanitarie è un tema che si rapporta al principio di economicità e può consentire di liberare risorse per il miglioramento complessivo del servizio sanitario, ma soprattutto è un tema che si rapporta alla sicurezza e alla qualità. Si mira ad evitare l'inutile permanenza in ambiente ospedaliero, con riduzione dei rischi e dei disagi connessi ad un'impropria ospedalizzazione.

L'Accordo rappresenta, inoltre, un importante passo avanti nel processo di definizione delle attività di day surgery, pur non risolvendone tutti i problemi. È infatti auspicabile che vi siano successivi affinamenti del sistema, su alcuni punti ancora incerti, quali la day surgery seguita da pernottamento, in ordine alla quale le linee guida operano un semplice rinvio alla normativa regionale; i presidi autonomi di day surgery, rispetto ai quali potrebbe non risultare esaustivo il riferimento alle norme vigenti sui requisiti minimi; il consolidamento e l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni, anche in rapporto alla futura disciplina della chirurgia ambulatoriale.

Fondamentale sarà l'apporto che dovrà essere dato dalla normativa delle Regioni, la quale integrerà e specificherà concretamente i principi generali stabiliti dall'Accordo, costituiti da appropriatezza, sicurezza, continuità delle cure e qualità del processo clinico-organizzativo.

A tale riguardo, le Regioni potranno utilizzare sia gli strumenti dell'autorizzazione sia quelli dell'accreditamento: quest'ultimo si presenta particolarmente adatto a promuovere gli aspetti di qualità del processo clinico e organizzati-

vo che l'Accordo richiama in modo sintetico (documentazione, protocolli, informazione e formazione del paziente, qualificazione del personale addetto alla day surgery, sistema dei controlli, ecc.).

Il quadro delineato dall'Accordo è, in ogni caso, da considerarsi positivo, in quanto sufficientemente robusto perché la day surgery entri finalmente in una fase di pieno ed esteso sviluppo, superando la stagione dell'innovazione coltivata da un nucleo ristretto di specialisti che hanno

operato in centri "pilota".

Risulta pertanto importante seguire attentamente lo sviluppo delle attività di day surgery sul territorio, che sono ancora piuttosto limitate e disomogenee. L'istituzione di un apposito Tavolo tecnico Ministero-Regioni, già previsto dall'Accordo, può costituire un utile strumento sia per definire i criteri del monitoraggio sia per rilevare eventuali aspetti critici o incerti sui quali intervenire, se si valuta necessario, anche tramite successivi atti correttivi o integrativi.

ALCUNI DATI DI ATTIVITÀ

SCHEDE RIASSUNTIVE SUI VALORI SOGLIA DEI 17 DRG CHIRURGICI DEI LEA (ANNO 2001) DRG CHIRURGICI ULTERIORI (ANNO 2003)

Per maggiore completezza, si riportano di seguito i “valori soglia” indicati dalle Regioni per i 17 DRG chirurgici “ad elevata inappropriatezza”, che sono compresi nell’elenco dei 43 DRG di cui all’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza (Tabella 1).

Si riporta, inoltre, il confronto tra i ricoveri ordinari e in day hospital per i suddetti DRG chirurgici negli anni 2001 e 2003, che evidenzia un incremento dell’utilizzo del ricovero diurno (da 37,78% nel 2001 a 56,19% nel 2003).

TABELLA I - Lea chirurgici (Allegato 2C DPCM 29 novembre 2001 sui LEA)

Regione	DRG						
	6	39	40	41	42	55	119
Piemonte	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Valle d'Aosta	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PA Bolzano*							
PA Trento	20%	20%	20%	70%	25%	80%	60%
Friuli V.Giulia	5%	30%	31%	31%	31%	31%	*
Toscana	5%	5%	14%	39%	6%	67%	18%
Marche	11%	14%	11%	7%	21%	14%	14%
Basilicata	32%	54%	29%	31%	14%	80%	75%
Lazio	2%	25%	12%	80%	13%	81%	72%
Molise	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	nel triennio						
Abruzzo*							
Calabria	1%	1%	7%	30%	5%	1%	9%
Puglia	11%	43%	42%	45%	60%	71%	72%
Sicilia	15%	20%	20%	20%	20%	70%	55%
Sardegna	20%	10-15%	10-15%	10-15%	10-15%	80%	65%
Liguria*							
Campania	30%	65%	60%	60%	76%	90%	50%
Veneto	6%	18%	40%	60%	75%	65%	17%
Umbria	2%	3%	6%	0%	20%	66%	26%
Lombardia	-	-	10%	10%	29%	27%	27%
Emilia-Romagna**							

Legenda

Cod. 6: Decompressione del tunnel carpale

Cod. 39: Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia

Cod. 40: Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17

Cod. 41: Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 17

Cod. 42: Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)

Cod. 55: Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola

Cod. 119: Legatura e stripping di vene

Cod. 158: Interventi su ano e stoma, senza cc

Cod. 160: Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorali, età > 17 senza cc (eccetto ricoveri 0 - 1 gg)

* La Provincia Autonoma di Bolzano, l'Abruzzo e la Liguria, alla data del 31/12/2001 non avevano emanato provvedimenti sull'allegato 2C dei LEA.

**La Regione Emilia-Romagna utilizza un diverso metodo basato su obiettivi di riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzata, per DRG medici e separatamente chirurgici (dato medio regionale 12 per mille per i medici e 4,5 per mille per i chirurghi); vedi Scheda Regione Emilia-Romagna.

Dati 2001 (da: Rapporto del Tavolo di Monitoraggio LEA, 2003)

DRG										
158	160	162	163	222	232	262	267	270	364	
50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
75%	85%	60%	20%	80%	85%	10%	75%	30%	40%	
*	*	*	*	31%	31%	31%	31%	31%	31%	
52%	81%	27%	19%	33%	41%	9%	31%	15%	8%	
17%	27%	14%	7%	21%	14%	11%	21%	19%	7%	
60%	81%	74%	68%	68%	86%	20%	37%	27%	33%	
84%	87%	75%	71%	69%	57%	35%	45%	10%	43%	
50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	
nel triennio										
39%	8%	8%	2%	41%	8%	4%	17%	5%	3%	
72%	64%	63%	67%	42%	52%	35%	34%	5%	21%	
70%	85%	55%	85%	60%	50%	40%	60%	20%	40%	
85%	90%	85%	80%	60%	50%	10%	50%	20%	35%	
50%	80%	60%	60%	70%	60%	60%	60%	22%	50%	
52%	72%	25%	45%	60%	55%	25%	20%	20%	25%	
49%	67%	42%	41%	80%	67%	28%	31%	13%	13%	
33%	66%	31%	10%	19%	33%	10%	23%	10%	-	

Cod. 162: Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc (eccetto 0 -1 gg)
 Cod. 163: Interventi per ernia, età < 18 (eccetto ricoveri 0 -1 gg)
 Cod. 222: Interventi sul ginocchio senza cc (codice intervento 80.6)
 Cod. 232: Artroscopia
 Cod. 262: Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codice intervento

85.20 e 85.21)
 Cod. 267: Interventi perianali e pilonidali
 Cod. 270: Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc
 Cod. 364: Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne

TABELLA A - Confronto 2001-2003 DRG Chirurgici

Regione	Totale Ricoveri Chirurgici		Totale ricoveri per 1000 abitanti	
	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	106.804	117.485	24,90	27,77
VALLE D'AOSTA	2.228	2.488	18,48	20,58
LOMBARDIA	273.659	267.199	30,00	29,33
BOLZANO	11.287	12.642	24,26	27,05
TRENTO	11.028	11.043	23,08	22,86
VENETO	135.136	134.448	29,76	29,37
FRIULI VENEZIA G.	32.256	27.948	27,14	23,45
LIGURIA	37.711	40.385	23,26	25,69
EMILIA ROMAGNA	123.501	114.040	30,81	28,30
TOSCANA	98.601	75.598	27,79	21,50
UMBRIA	26.886	26.994	31,99	32,36
MARCHE	44.860	43.643	30,53	29,40
LAZIO	143.205	149.726	27,01	29,10
ABRUZZO	38.181	40.172	29,80	31,55
MOLISE	8.441	8.666	25,80	26,99
CAMPANIA	105.368	112.108	18,22	19,58
PUGLIA	97.057	85.226	23,75	21,18
BASILICATA	9.594	10.982	15,86	18,40
CALABRIA	42.891	37.992	20,99	18,93
SICILIA	103.719	127.097	20,43	25,56
SARDEGNA	35.190	37.981	21,35	23,19
ITALIA	1.487.603	1.483.863	25,72	25,89

Elaborazioni ASSR su dati SDO 2001-2003

di cui: Ricoveri Ordinari		% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
2001	2003			2001	2003		
60.847	36.269	56,97	30,87	45.957	81.216	43,03	69,13
1.201	503	53,90	20,22	1.027	1.985	46,10	79,78
177.431	135.214	64,84	50,60	96.228	131.985	35,16	49,40
8.911	7.076	78,95	55,97	2.376	5.566	21,05	44,03
4.707	2.097	42,68	18,99	6.321	8.946	57,32	81,01
53.732	30.911	39,76	22,99	81.404	103.537	60,24	77,01
19.346	11.968	59,98	42,82	12.910	15.980	40,02	57,18
27.328	8.310	72,47	20,58	10.383	32.075	27,53	79,42
38.160	39.063	30,90	34,25	85.341	74.977	69,10	65,75
44.936	23.945	45,57	31,67	53.665	51.653	54,43	68,33
10.202	6.215	37,95	23,02	16.684	20.779	62,05	76,98
22.035	17.498	49,12	40,09	22.825	26.145	50,88	59,91
98.524	67.533	68,80	45,10	44.681	82.193	31,20	54,90
28.532	25.384	74,73	63,19	9.649	14.788	25,27	36,81
8.441	6.386	100,00	73,69	0	2.280	0,00	26,31
94.619	65.402	89,80	58,34	10.749	46.706	10,20	41,66
81.843	57.134	84,32	67,04	15.214	28.092	15,68	32,96
6.305	4.991	65,72	45,45	3.289	5.991	34,28	54,55
35.193	25.158	82,05	66,22	7.698	12.834	17,95	33,78
73.769	52.401	71,12	41,23	29.950	74.696	28,88	58,77
29.537	26.670	83,94	70,22	5.653	11.311	16,06	29,78
925.599	650.128	62,22	43,81	562.004	833.735	37,78	56,19

TABELLA B - Riepilogo ricoveri 43 DRG a rischio di inappropriatezza indicati nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri 2001	Totale ricoveri 2003	Variazione % 2003 - 2001
006 DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE.	81.430	84.237	3,45
039 INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA.	434.657	444.715	2,31
040 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA'>17	47.087	44.908	-4,63
041 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA' 0-17	8.895	9.362	5,25
042 INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO RETINA IRIDE E CRISTALLINO	53.207	36.140	-32,08
055 MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	71.280	72.548	1,78
119 LEGATURA E STRIPPING DIVENE	110.687	111.487	0,72
158 INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	68.606	69.416	1,18
160 INTERVENTI PER ERNIA ECCETTO INGUINALE E FEMORALE ETA'>17 SENZA CC	25.959	27.033	4,14
162 INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA'>17 SENZA CC	147.478	152.917	3,69
163 INTERVENTI PER ERNIA ETA' 0-17	16.030	14.922	-6,91
222 INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC.	143.296	153.380	7,04
232 ARTROSCOPIA	26.734	22.766	-14,84
262 BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	32.261	31.417	-2,62
267 INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	26.841	26.483	-1,33
270 ALTRI INTERVENTI SU PELLE TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC.	81.454	76.821	-5,69
364 DILATAZIONE E RASCHIAMENTO CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	111.701	105.311	-5,72
Totale dimessi con DRG Chirurgici	1.487.603	1.483.863	-0,25
Totale dimessi 43 DRG LEA	3.341.996	3.043.093	-8,94

Elaborazioni ASSR su dati SDO 2001-2003

Italia (anno 2001-2003) - DRG chirurgici

Ricoveri ordinari 2001	Ricoveri ordinari 2003	Variazione % 2003 - 2001	Ricoveri DH 2001	Ricoveri DH 2003	Variazione % 2003-2001
27.279	16.095	-41,00	54.151	68.142	25,84
230.515	116.577	-49,43	204.142	328.138	60,74
21.876	15.262	-30,23	25.211	29.646	17,59
6.418	5.587	-12,95	2.477	3.775	52,40
34.628	22.880	-33,93	18.579	13.260	-28,63
60.979	52.818	-13,38	10.301	19.730	91,53
76.441	53.494	-30,02	34.246	57.993	69,34
57.212	48.520	-15,19	11.394	20.896	83,39
23.491	21.916	-6,70	2.468	5.117	107,33
112.126	87.560	-21,91	35.352	65.357	84,87
12.700	9.696	-23,65	3.330	5.226	56,94
114.001	98.890	-13,26	29.295	54.490	86,00
21.651	15.330	-29,19	5.083	7.436	46,29
17.622	12.058	-31,57	14.639	19.359	32,24
18.809	13.735	-26,98	8.032	12.748	58,72
32.001	21.009	-34,35	49.453	55.812	12,86
57.850	38.701	-33,10	53.851	66.610	23,69
925.599	650.128	-29,76	562.004	833.735	48,35
2.218.842	1.634.380	-26,34	1.123.154	1.408.713	25,42

TABELLA C - Riepilogo ricoveri DRG ritenuti a rischio di inappropriatelyzza, ma non compresi nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001

Codice e denominazione DRG	Totale ricoveri 2001	Totale ricoveri 2003	Variazione % 2003 - 2001
059 TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	16.139	14.743	-8,65
060 TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	70.427	57.542	-18,30
169 INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	32.354	41.760	29,07
227 INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	50.314	53.443	6,22
229 INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	75.779	83.896	10,71
266 TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	104.704	112.380	7,33
311 INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	48.036	50.515	5,16
315 ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	13.507	14.914	10,42
339 INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17	39.861	39.148	-1,79
340 INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18	16.837	17.380	3,23
342 CIRCONCISIONE ETA' > 17	16.822	17.853	6,13
343 CIRCONCISIONE ETA' < 18	8.839	8.286	-6,26
359 INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	131.732	147.923	12,29
381 ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	212.284	216.566	2,02
Totale dimessi con DRG Chirurgici	837.635	876.349	4,62
Totale dimessi 32 DRG	1.749.917	1.750.405	0,03

Elaborazioni ASSR su dati SDO 2001-2003

Italia (anno 2001-2003) - DRG Chirurgici

Ricoveri ordinari 2001	Ricoveri ordinari 2003	Variazione % 2003 - 2001	Ricoveri DH 2001	Ricoveri DH 2003	Variazione % 2003-2001
14.362	11.830	-17,63	1.777	2.913	63,93
59.032	38.991	-33,95	11.395	18.551	62,80
15.635	15.317	-2,03	16.719	26.443	58,16
33.053	30.741	-6,99	17.261	22.702	31,52
40.902	36.316	-11,21	34.877	47.580	36,42
34.117	28.341	-16,93	70.587	84.039	19,06
41.516	40.224	-3,11	6.520	10.291	57,84
11.055	11.560	4,57	2.452	3.354	36,79
30.930	24.698	-20,15	8.931	14.450	61,80
13.814	12.274	-11,15	3.023	5.106	68,91
7.441	5.589	-24,89	9.381	12.264	30,73
5.720	3.879	-32,19	3.119	4.407	41,30
117.159	116.583	-0,49	14.573	31.340	115,06
90.200	74.185	-17,75	122.084	142.381	16,63
514.936	450.528	-12,51	322.699	425.821	31,96
1.096.581	984.075	-10,26	653.336	766.330	17,29

TABELLA D - Confronto 2001 - 2003 dei Ricoveri (Totali, Ordinari, Day Hospital) per i DRG ritenuti a rischio di inappropriatelyzza,

Regione	Totale ricoveri		Totale ricoveri per 1000 abitanti	
	2001	2003	2001	2003
PIEMONTE	65.811	68.042	15,34	16,08
VALLE D'AOSTA	1.206	1.351	10,00	11,17
LOMBARDIA	155.103	160.052	17,00	17,57
BOLZANO	5.796	7.128	12,46	15,25
TRENTO	7.477	6.751	15,65	13,97
VENETO	69.084	69.935	15,21	15,28
FRIULI VENEZIA G.	18.264	18.341	15,37	15,39
LIGURIA	24.223	25.798	14,94	16,41
EMILIA ROMAGNA	63.497	66.450	15,84	16,49
TOSCANA	48.600	49.619	13,70	14,11
UMBRIA	11.572	11.820	13,77	14,17
MARCHE	20.352	20.909	13,85	14,08
LAZIO	82.101	88.239	15,48	17,15
ABRUZZO	18.001	18.845	14,05	14,80
MOLISE	3.078	3.168	9,41	9,87
CAMPANIA	70.228	73.109	12,15	12,77
PUGLIA	58.753	58.050	14,38	14,43
BASILICATA	5.489	6.251	9,08	10,47
CALABRIA	20.822	21.538	10,19	10,73
SICILIA	69.344	79.519	13,66	15,99
SARDEGNA	18.834	21.434	11,43	13,09
ITALIA	837.635	876.349	14,48	15,29

Elaborazioni ASSR su dati SDO 2001-2003

ma non compresi nell'allegato 2C del DPCM del 29.11.2001 - DRG Chirurgici

di cui: totale Ricoveri Ordinari		% Ricoveri Ordinari (2001)	% Ricoveri Ordinari (2003)	di cui: totale Ricoveri DH		% Ricoveri DH (2001)	% Ricoveri DH (2003)
2001	2003			2001	2003		
35.274	26.940	53,60	39,59	30.537	41.102	46,40	60,41
754	804	62,52	59,51	452	547	37,48	40,49
89.692	81.653	57,83	51,02	65.411	78.399	42,17	48,98
4.418	4.114	76,22	57,72	1.378	3.014	23,78	42,28
4.300	2.303	57,51	34,11	3.177	4.448	42,49	65,89
34.701	29.675	50,23	42,43	34.383	40.260	49,77	57,57
9.244	8.752	50,61	47,72	9.020	9.589	49,39	52,28
14.255	9.535	58,85	36,96	9.968	16.263	41,15	63,04
33.552	34.566	52,84	52,02	29.945	31.884	47,16	47,98
22.172	17.442	45,62	35,15	26.428	32.177	54,38	64,85
5.304	4.660	45,83	39,42	6.268	7.160	54,17	60,58
12.812	11.050	62,95	52,85	7.540	9.859	37,05	47,15
53.003	50.526	64,56	57,26	29.098	37.713	35,44	42,74
13.056	12.196	72,53	64,72	4.945	6.649	27,47	35,28
3.078	1.835	100,00	57,92	0	1.333	0,00	42,08
54.308	43.546	77,33	59,56	15.920	29.563	22,67	40,44
48.721	41.822	82,93	72,04	10.032	16.228	17,07	27,96
3.735	3.075	68,05	49,19	1.754	3.176	31,95	50,81
15.424	13.977	74,08	64,89	5.398	7.561	25,92	35,11
42.635	37.678	61,48	47,38	26.709	41.841	38,52	52,62
14.498	14.379	76,98	67,09	4.336	7.055	23,02	32,91
514.936	450.528	61,47	51,41	322.699	425.821	38,53	48,59

IL SISTEMA PREVISTO DALLE NORMATIVE REGIONALI

In un quadro legislativo nazionale che è rimasto fino al 2001 piuttosto limitato in materia di day surgery, le Regioni hanno regolamentato e promosso le attività di chirurgia di giorno con diverse modalità.

In una prima fase, intorno agli anni '90, tutte le Regioni hanno fornito indicazioni sulla day surgery nell'ambito dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera, ma ben diverse sono state le modalità. In alcuni casi si richiamava unicamente l'indicazione nazionale di trasformare il 10% dei ricoveri ordinari in ricoveri diurni; in altri si introduceva una disciplina della day surgery, fornendo prima un chiarimento sulla definizione (in genere ripresa dalla proposta ASSR del 1996 di regolamentazione delle attività di day surgery) e poi sui modelli e percorsi.

In questa fase sono poche le Regioni che definiscono anche liste di prestazioni eseguibili in day surgery (di tipo orientativo, mai vincolanti, ad eccezione di brevi liste per i "presidi autonomi") e subito si pone il problema del loro periodico aggiornamento che, per quanto previsto, diviene difficile da realizzare con una tempistica che segua realmente lo sviluppo della medicina (in genere vi sono stati 2-3 aggiornamenti al massimo delle liste, nelle Regioni).

Inoltre ben poche sono le sperimentazioni di modelli complessi di day surgery, rimanendo del tutto prevalente la scelta di costituire "posti letto dedicati" all'interno delle unità operative di degenza ordinaria, con il rischio di perdere l'aspetto di riorganizzazione e qualificazione del percorso che sono connessi ad un diverso modo di svolgere l'attività chirurgica.

In questo primo decennio di vita del SSN, alcu-

ne Aziende effettuano sperimentazioni molto avanzate di day surgery, anche con modelli di "unità dedicate multidisciplinari" e le Società scientifiche forniscono indirizzi e linee guida di riferimento, spingendo le Regioni ad investire maggiormente sul ricovero diurno per migliorare e diversificare l'offerta chirurgica ospedaliera.

Nello stesso tempo, alcune Regioni introducono gruppi di DRG che devono essere prioritariamente trattati in ricovero diurno, tenendo conto dell'esperienza internazionale e con obiettivi di trasferimento che costituiscono la base di quanto poi definito dal DPCM 29.11.2001 sui LEA.

In una fase successiva, dal 2000 in poi, la day surgery trova un forte incentivo nel processo di definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che attribuisce una specifica attenzione, oltre ai criteri di pertinenza e di efficacia clinica, al principio di economicità (tra due forme organizzative volte a soddisfare le medesime esigenze, va scelta quella che garantisce un uso efficiente delle risorse, ai sensi dell'art. 1, comma 7, del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99).

Da qui nascono le indicazioni sui 43 DRG "ad elevato rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di ricovero ordinario di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA.

In coerenza con questo orientamento, per la prima volta nel 2002 si adotta una regolamentazione nazionale sulla day surgery, definita con l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002.

Dal 2001 in poi si registra in tutte le Regioni un incremento progressivo, pur lento, delle attività di day surgery, sostenuta da precise indicazioni regionali. La regolamentazione non si è avuta tan-

to con norme di attuazione dell'Accordo del 1° agosto 2002, quanto con provvedimenti di attuazione dei livelli essenziali di assistenza e di politica tariffaria.

Ora, inoltre, diverse Regioni prevedono il contemporaneo sviluppo dell'assistenza in regime ambulatoriale, anche in coerenza con lo schema di "Requisiti minimi per le attività di chirurgia ambulatoriale" predisposto a livello nazionale e che sta percorrendo l'iter di approvazione.

Dall'analisi della normativa regionale, si può rilevare che:

- tutte le Regioni hanno una regolamentazione sull'attività di day surgery, con l'eccezione della Regione Abruzzo, dove le diverse proposte di linee guida avanzate nei diversi anni tuttora non sono approvate in via definitiva. Sulle modalità di regolamentazione si rileva che 14 Regioni e le 2 Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno scelto di adottare una "Linea Guida sull'attività di day surgery", altre 3 hanno definito l'attività unicamente all'interno delle norme sull'autorizzazione e l'accreditamento (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Calabria), mentre 2 Regioni hanno limitate indicazioni in materia ed una disciplina in fase di revisione (Abruzzo e Sardegna);
- sulle modalità di classificazione delle attività chirurgiche, e in particolare quali prestazioni in DS e quali in chirurgia ambulatoriale, si rileva che 12 Regioni hanno adottato elenchi di riferimento (presenti in 12 Regioni, di cui 6 dopo il 2002), ma rimane la necessità del loro aggiornamento periodico;
- sugli assetti organizzativi della day surgery, ossia "quale modello per la DS?", le Regioni attribuiscono la scelta del modello alle singole Aziende Sanitarie; le indicazioni regionali sono poche, a parte alcuni vincoli per i presidi fuori dall'ospedale (scarsa spinta a modelli che richiedono la condivisione di risorse strutturali e organizzative tra gruppi di professionisti);
- sul percorso clinico-assistenziale, vi è un elevato livello di condivisione di alcuni elementi

di fondo, anche per l'adozione, da parte delle Società Scientifiche, di indirizzi e linee guida di riferimento. È un ambito dove le differenze sono soprattutto nell'esperienza applicativa, in quanto le Regioni non sempre definiscono normative di dettaglio, limitandosi in genere a riprendere gli elementi fondamentali delle principali fasi di svolgimento delle attività: esami e accertamenti pre-ricovero; selezione dei pazienti; documentazione clinica, fino alla dimissione del paziente e alla garanzia della continuità assistenziale;

- il pernottamento: alcune Regioni non lo prevedono e trasformano il day surgery in un ricovero ordinario di un giorno, come l'Emilia Romagna e la Lombardia;
- tutte le Regioni hanno definito i valori soglia sui 43 DRG dei LEA, ad eccezione della Regione Abruzzo che ha una proposta in fase di approvazione, e della Regione Liguria che ha definito una diversa modalità (abbattimenti tariffari per i ricoveri ordinari sui DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, con peso assistenziale uguale o inferiore a 0,25%);
- le tariffe per le attività di day surgery variano dal 70% al 100% rispetto al corrispettivo DRG in ricovero ordinario e in molte Regioni vi sono distinzioni per fasce di struttura;
- le tariffe cambiano per i 43 DRG dei LEA e anche per altri DRG ritenuti a rischio di elevata inappropriatazza, per i quali si prevedono abbattimenti tariffari per i ricoveri ordinari;
- tutte le Regioni riprendono quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 in materia di requisiti minimi delle strutture sanitarie per l'effettuazione delle attività di day surgery, ma ben pochi identificano precisi requisiti organizzativi, tecnologici e professionali tali da incentivare il passaggio dalle forme organizzative più semplici (posti letto dedicati) a quelle più complesse.

Nelle schede di sintesi successive, si ripercorrono le principali tappe che le Regioni hanno seguito

nella disciplina di questa tipologia di assistenza. Le schede di sintesi riguardano, in particolare, i seguenti aspetti:

- il contesto e le indicazioni principali all'interno di linee guida specifiche, Piani Sanitari Regionali e norme sulla riorganizzazione della rete ospedaliera;
- la normativa sull'autorizzazione e l'accredi-

tamento;

- i riferimenti ai 43 DRG di cui all'allegato 2 C del DPCM 29.11.2001 sui LEA, gli ulteriori DRG chirurgici da erogare in regime diurno e le indicazioni tariffarie.

Le schede normative dettagliate saranno disponibili da febbraio 2006 sul sito internet dell'Agenzia www.assr.it.

REGIONE PIEMONTE

IL CONTESTO

E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

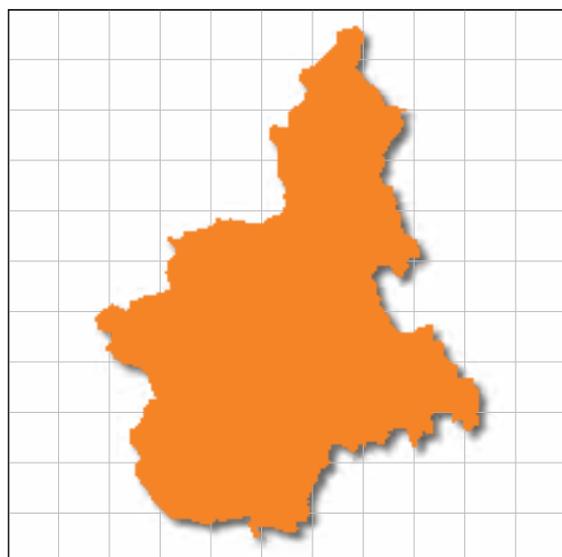
Nella Regione Piemonte il day surgery è disciplinato per la prima volta nel 1995 con la Delibera della Giunta Regionale n. 1930, che fissa le tariffe per l'attività di day surgery in attuazione delle linee guida n. 1/1995 del Ministero della Salute. L'intero pacchetto predefinito di prestazioni effettuate in day surgery, indipendentemente dal numero di accessi del paziente, è remunerato con una quota pari al 75% della tariffa del corrispondente DRG per il ricovero ordinario. Nel 1997 la tariffa è scesa al 70% (DGR n. 22844 del 1997). Successivamente il Piano Sanitario Regionale 1997-1999, approvato con LR 12 dicembre 1997, n. 61, afferma che la riorganizzazione della rete ospedaliera è praticabile e fattibile se si raggiungono determinati obiettivi tra cui, appunto, quello di sviluppare in maniera decisiva i servizi ospedalieri "aperti", ovvero day hospital e day surgery, contraendo così il numero dei posti letto ordinari per acuti. Il Piano fissa l'obiettivo di riconver-

tere almeno il 10% dei ricoveri ordinari in diurni entro l'anno 1999.

Nell'anno 2001 la Regione approva le Linee Guida sull'attività di day surgery, seguendo le indicazioni formulate dalla proposta dell'ARESS Piemonte (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari) nell'anno 2000, tenendo conto delle scelte programmatiche del PSR 1997-99 e della proposta ASSR 1996 sul day surgery, e definiscono modelli, percorsi di cura, personale che deve essere presente durante il blocco operatorio.

Le Linee Guida rappresentano uno strumento attuativo delle norme sull'autorizzazione e sull'accreditamento delle strutture sanitarie adottate nel 2000 e rinviano a queste delibere (DCR n. 616-3149 e DGR n. 82-1597) la disciplina di aspetti peculiari, come requisiti minimi, protocollo per la gestione delle complicanze e delle emergenze, elenco delle prestazioni chirurgiche effettuabili in day surgery.

Le Linee Guida regionali contengono una disciplina dettagliata delle attività, decisamente orien-



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN PIEMONTE

Popolazione residente al 1.1.2003	4.231.334
Strutture	
Aziende USL	22
Aziende Ospedaliere	7
Ospedali a gestione diretta	25
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	2
Ospedali classificati	6
Istituti presidio della ASL	5
Case di cura accreditate	41
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	16.352
di cui DH/DS	2.027
Posti letto privati accreditati	3.837
di cui DH/DS	147

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

tate a garantire un alto livello di sicurezza per il paziente.

A tal fine si precisa che le unità autonome di day surgery, che operano al di fuori di un ospedale, non possono effettuare il pernottamento in sede e possono trattare solo i pazienti classificabili come ASA I, ossia a rischio pressoché nullo. Inoltre, per ridurre al minimo il rischio di eventi impreveduti, sempre secondo la classificazione ASA, sono consentiti esclusivamente gli interventi di categoria 1, ovvero quelli che non prevedono l'esposizione a cielo aperto di organi interni, la riparazione di strutture vascolari o nervose, la posa di impianti protesici a livello addominale (fatta eccezione per le riparazioni di ernia inguinale o crurale), toracico, cranico o delle estremità, l'asportazione o resezione di organi. Gli interventi/procedure effettuabili devono comunque essere compresi tra quelli dell'elenco posto in allegato alle Linee guida (pertanto l'elenco è vincolante per le unità autonome). Devono, inoltre, essere situate in prossimità di un ospedale pubblico per acuti, con cui stipulare un protocollo operativo per la gestione delle urgenze ed emergenze. Sono obbligate a garantire la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni festivi e prefestivi. Queste indicazioni sono confermate anche in seguito dalla DGR n. 23 - 11243 del 2003.

Per le altre strutture di day surgery, che operano in sede ospedaliera (unità di day surgery dedicate e posti letto di day surgery nei reparti ordinari), si precisa che la selezione dei pazienti da un punto di vista clinico può comprendere i pazienti che appartengono alle prime 3 classi ASA, proposta dall'American Society of Anesthesiology. È ammesso il one day surgery.

IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

La Regione Piemonte ha inoltre adottato una serie di indicazioni sui requisiti minimi per l'autorizzazione e sui requisiti ulteriori per l'accreditamento.

Va evidenziato, infatti, che già nel 2000 la Regione approva il Manuale dei requisiti per l'accreditamento, che indica tre diversi livelli di graduazione dell'accreditamento (A,B,C) in relazione alla tipologia dei requisiti richiesti alle strutture; ogni fascia ha una diversa valutazione tariffaria (Deliberazioni di Giunta Regionale n. 616-3149 e n. 82-1597 del 2000).

Il Manuale per l'accreditamento indica le modalità operative per l'attività di day surgery, definisce l'elenco delle prestazioni erogabili in regime di day surgery e approva un protocollo per le modalità di trasferimento dei pazienti dal day surgery ai DEA di riferimento nei casi di emergenza.

Questa disciplina è sostituita nel 2003 per recepire le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 (DGR n. 23-11243 del 2003). La delibera precisa che l'elenco di procedure/interventi effettuabili in day surgery è vincolante ai fini dell'autorizzazione dell'attività solo per i presidi autonomi e si prevede che gli stessi non possano avere pernottamento in sede.

Per le altre tipologie di unità organizzative che si effettuano in sede ospedaliera, la delibera rileva opportuno non limitare l'attività di day surgery sulla base di un elenco di interventi/procedure, sempre che siano rispettate tutte le norme generali (indicazioni relative alle condizioni cliniche e socio-familiari del paziente, regole deontologiche e di buona pratica medica) e le norme regionali sulle modalità di svolgimento delle attività di day surgery.

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI (LEA)

Nelle diverse deliberazioni sulle tariffe, la Regione specifica che al ricovero diurno a carattere chirurgico si applica una tariffa pari all'85% della corrispondente tariffa per ricovero ordinario (indicata, da ultimo, con DGR n. 28-8148 del 30/12/2002).

Per quanto riguarda i provvedimenti sui LEA, la Regione individua i valori soglia per i 43 DRG

dei LEA con la DGR n. 70-6732 del 22/07/2002. La delibera specifica che ogni anno è prevista una revisione nell'applicazione della metodologia sulla base delle risultanze degli studi a livello nazionale, regionale e aziendale. Attualmente la quantità di ricoveri ordinari acuti convertibili in ricoveri diurni è stata determinata nel 50%, considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero ordinario.

La Regione non prevede riduzioni tariffarie per i ricoveri inappropriati ma incentivi per quelli ap-

propriati, con percentuali diverse date le funzioni espletate dalle AO, dall'Ospedale Mauriziano di Torino, dall'Istituto di Ricerca e Cura del cancro di Candiolo e dagli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico e incentivi del 5% per le case di cura private accreditate.

La Regione ha inoltre adottato la versione del 2002 del sistema ICD-9- CM e la versione 19° del Grouper quale sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e ha, di conseguenza, determinato le tariffe per i DRG aggiuntivi.

REGIONE VALLE D'AOSTA

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

La Regione Valle d'Aosta è a statuto speciale, con ampia autonomia riconosciuta per le sue peculiarità: una Regione di confine, con diversi influssi culturali e linguistici, un territorio prettamente montano e una popolazione di circa 120.000 abitanti.

Dal punto di vista dei servizi, la Regione presenta una sola Azienda Sanitaria, un solo ospedale pubblico articolato in tre presidi diversi con sede ad Aosta, e nessuna casa di cura privata. La città di Aosta registra una popolazione intorno ai 38.000 abitanti e il resto della popolazione si distribuisce, in modo frammentato, sulle valli circostanti. Questa peculiare situazione demografica e territoriale comporta rilevanti difficoltà nell'organizzazione dei servizi da offrire alla popolazione.

Le attività di day surgery trovano una prima regolamentazione regionale nel 2001, con le "Linee guida per l'attivazione, organizzazione e funzionamento, da parte dell'Azienda USL, delle at-

tività di day surgery e di chirurgia ambulatoriale" (DGR 24.12.2001, n. 5022), che indicano come unico modello organizzativo quello dei posti letto dedicati presso i reparti di specifica competenza.

Dallo stesso anno, la Regione autorizza l'Azienda USL a stipulare, per far fronte all'eventuale carenza di sale operatorie nei presidi ospedalieri pubblici che a partire dall'anno 2005 sono state oggetto di interventi di ristrutturazione e di adeguamento funzionale, un contratto di locazione con una struttura privata autorizzata, dotata di sala operatoria, per l'esecuzione dell'attività di day surgery, in modo che i professionisti dell'ospedale possano eseguire interventi in questa struttura. La Regione approva nel 2003 nuove Linee Guida per l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento delle attività di day surgery (DGR 7 aprile 2003 n. 1248).

Le Linee Guida sostituiscono quelle del 2001 e riprendono nei contenuti le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 nei di-

LE CIFRE DELLA SANITÀ IN VALLE D'AOSTA	
Popolazione residente al 1.1.2003	120.909
Strutture	
Aziende USL	1
Aziende Ospedaliere	0
Ospedali a gestione diretta	1
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	0
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Casi di cura accreditate	0
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	480
di cui DH/DS	53
Posti letto privati accreditati	0
di cui DH/DS	0
Modelli organizzativi Day surgery*	
Presidi autonomi presenti	0
Unità dedicate monospecialistiche	0
Unità dedicate pluri-specialistiche	0
Posti letto dedicati all'interno del reparto	20
Dati di attività Day surgery - DRG LEA *	
% dei casi trattati in DS per i 17 DRG	80,79

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

versi aspetti: definizione del day surgery, modelli organizzativi, criteri di selezione dei pazienti (con riferimento a criteri clinici e organizzativi della struttura, oltre ai fattori socio-familiari), criteri di selezione degli interventi, modalità del consenso informato e documentato del paziente, procedure e garanzie del percorso assistenziale. Contengono anche l'elenco delle procedure chirurgiche che possono essere effettuate in day surgery e quelle che possono essere effettuate in one day surgery in alternativa al ricovero ordinario.

Il pernottamento corrisponde al ricovero di un giorno nel reparto di competenza. Il one day surgery non è ammesso, invece, per gli interventi effettuati presso la sede della Società Day Hospital S.r.l.

Il Piano Socio-sanitario 2002-2004, approvato con LR 4-9-2001 n. 18, prevede diversi obiettivi per il miglioramento dell'appropriatezza dell'ospedale, tra cui lo sviluppo dei ricoveri diurni. Le azioni riguardano:

- l'analisi di stato per livelli di gravità clinica e definizione di un piano di riconversione che definisca le modalità operative necessarie al raggiungimento dell'obiettivo;
 - riconversione, entro il 2004, del 25% dei ricoveri ordinari brevi (0-1 giorno, esclusi decesso o trasferimento) in prestazioni di tipo ambulatoriale;
 - riconversione, entro il 2004, del 20% dei ricoveri medici ripetuti (stessa persona, stessa MDC) di oltre 2 giorni di degenza in forme di assistenza territoriale (RSA, assistenza domiciliare).
- Con riferimento ai "Tempi di attesa", il Piano prevede lo sviluppo massimale della chirurgia miniinvasiva e della formula assistenziale del day surgery e del one day surgery e anche il trasferimento, nell'ambito di criteri di appropriatezza, dell'attività chirurgica in regime di ricovero in attività ambulatoriale.

In attuazione degli obiettivi del Piano Socio-sanitario Regionale in vigore, la Regione, tramite l'Azienda USL, ha proseguito nel piano di ristrutturazione del principale presidio ospedaliero di Aosta, che ha compreso anche le sale ope-

ratorie le cui opere termineranno nel corso dell'anno 2006. Per far fronte alla carenza temporanea di sale operatorie, oltre al già richiamato contratto di locazione con una struttura privata autorizzata, l'Azienda USL ha allestito una moderna sala operatoria prefabbricata in cui sono svolti gli interventi di maggiore complessità e ha attivato un accordo interregionale con la Regione Piemonte per gli interventi di alta specialità. È da tener presente che il tasso di ospedalizzazione in Valle d'Aosta è pari a 199 ricoveri per mille abitanti ed è influenzato da un rilevante tasso di fuga.

IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Fin dal 1997 la Regione ha disciplinato l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, prevedendo l'applicazione dei requisiti minimi indicati dal DPR 14 gennaio 1997 e il temporaneo accreditamento delle strutture private già convenzionate e in esercizio con l'unica Azienda USL, fino all'approvazione dei requisiti di accreditamento (DGR n. 4458/97).

Le modalità e i termini del procedimento amministrativo per il rilascio di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture e di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, sono ora disciplinati dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 2103 del 21 giugno 2004. La deliberazione ha approvato anche il "Manuale per l'accreditamento", contenente i requisiti ulteriori, le modalità e i termini per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private che intendano operare per conto del Servizio Sanitario Regionale. Dalla data di entrata in vigore del manuale, la Regione ha dato corso all'applicazione a regime della procedura per tutte le strutture sanitarie richiedenti l'accreditamento o l'eventuale rinnovo.

L'accreditamento è rilasciato dalla Giunta Regionale ai soggetti che risultino in possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione, rientrino nel

fabbisogno regionale e siano conformi agli standard regionali sui risultati quali-quantitativi raggiunti e sui fattori impiegati dalla struttura o soggetto autorizzato. Per quanto riguarda il day surgery, il Manuale fa riferimento alle normative nazionali e alle linee guida regionali approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 1248 in data 7 aprile 2003.

Ad oggi, sono in corso i procedimenti amministrativi di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche condotte dall'Azienda USL. È quindi in atto il percorso di verifica del possesso dei requisiti da parte dell'ospedale pubblico, che comprende anche la valutazione dei requisiti dell'attività di day surgery all'interno dei singoli reparti. La sua conclusione è prevista per la fine dell'anno 2006.

I CONTROLLI, I DRG DEI LEA, LE TARIFFE

Con riferimento alla remunerazione delle attività ospedaliere, va ricordato che la Regione non utilizza il sistema di remunerazione a prestazione nei confronti dell'unica Azienda USL, ma unicamente un sistema di tipo capitarario, fissando i volumi di spesa per le aree di assistenza (ospedaliere, territoriale, di prevenzione e tecnico-amministrativa).

Fissa, inoltre, con la delibera annuale di disposizioni alla USL, gli obiettivi di attività e di appropriatezza da conseguire. In attuazione di tale delibera, l'Azienda predispose il piano attuativo locale e il bilancio di previsione che vengono successivamente approvati con apposito accordo di programma annuale.

Per quanto riguarda i provvedimenti sui 43 DRG di cui al DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, la Regione fornisce alcune indicazioni sui valori soglia con la DGR 30 dicembre 2002, n. 5191, scegliendo una metodologia semplificata in ragione dell'esiguità dei volumi di attività regionale per singolo DRG. In particolare stabilisce:

- i DRG chirurgici sono assicurati, di norma, in regime diurno in sostituzione del regime ordinario, ad eccezione dei casi di particolare complessità, secondo quanto previsto dalle Linee guida regionali sul day surgery (si escludono i pazienti classificabili in ASA III e oltre e i pazienti con condizioni socio-familiari non idonee);
- per i DRG medici è ridotta l'incidenza complessiva dei ricoveri in regime ordinario del 10% annuo nell'arco del triennio 2002-2004.

Non sono previsti abbattimenti per i "Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia" in quanto la Regione non remunera a prestazione.

REGIONE LOMBARDIA

IL CONTESTO E I PRINCIPALI RIFERIMENTI

In diverse strutture ospedaliere della Regione il day surgery è praticato fino dagli anni '70. Ad esempio presso il CTO di Milano in quell'epoca venivano trattate in day hospital alcune patologie ortopediche pediatriche e di chirurgia della mano, cui si aggiungeva, nel tempo, l'artroscopia del ginocchio in anestesia locale e, negli anni '90, anche quella dei blocchi nervosi loco-regionali.

La Regione disciplina la materia nel 1998 con la DGR n. 34766, avente ad oggetto "Direttive in ordine all'attività di day hospital e day surgery", prevedendo le seguenti modalità organizzative di erogazione di prestazioni di assistenza a ciclo diurno:

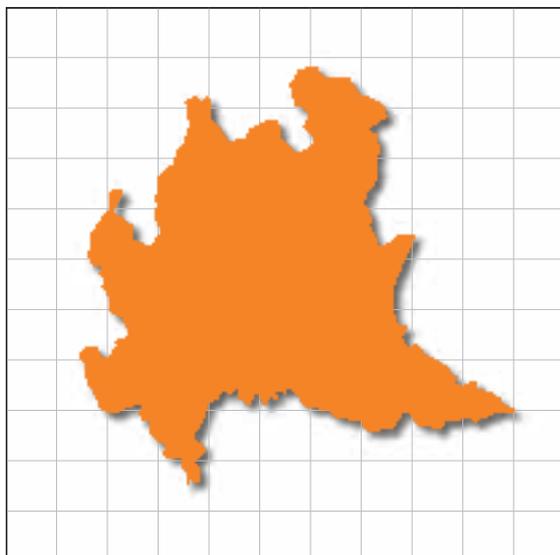
- attività svolta in spazi di degenza diurna dedicati e distinti dalla degenza ordinaria utilizzando, per le competenze chirurgiche, sale operatorie centralizzate;
- attività svolta in spazi di degenza diurna contigui ai posti letto di degenza ordinaria utilizzando, per le competenze chirurgiche, sale operatorie centralizzate.

Viene pertanto esclusa la possibilità di effettuare il day surgery in presidi autonomi.

Le linee guida disciplinano, inoltre, il percorso di cura nei suoi diversi passaggi: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporti con il medico di famiglia; rapporti con altri servizi dell'ospedale; somministrazione di farmaci; valutazione dell'attività. Non è incluso un elenco delle prestazioni eseguibili in day surgery. Le linee guida prevedono che l'eventuale pernottamento sia considerato come ricovero ordinario di un giorno.

Con l'approvazione della DGR 5127/01 "Ulteriori direttive in ordine all'attività di day hospital e di day surgery" viene rivista la normativa e viene introdotta, per la prima volta, la possibilità di autorizzare ed eventualmente di accreditare strutture autonome di ricovero e cura a ciclo diurno, esterne ai presidi ospedalieri.

La possibilità di introdurre una nuova tipologia di strutture di ricovero e cura, non più vincolata a strutture di ricovero ospedaliero, deriva dall'e-



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN LOMBARDIA

Popolazione residente al 1.1.2003	9.108.645
Strutture	
Aziende USL	15
Aziende Ospedaliere	29
Ospedali a gestione diretta	1
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	18
Ospedali classificati	6
Istituti presidio della ASL	1
Case di cura accreditate	58
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	38.074
di cui DH/DS	3.663
Posti letto privati accreditati	8.999
di cui DH/DS	556

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

voluzione della pratica clinico diagnostica e dalla considerazione che a parità di efficacia dell'intervento sanitario, il ricovero per il solo periodo diurno è meglio accettato dal paziente.

La nuova tipologia può derivare dalla riconversione di strutture ospedaliere e si indica il rapporto di trasformazione di due letti di ricovero ordinario per un posto letto di day hospital/day surgery da attivare. Un rapporto che tiene conto delle caratteristiche organizzative del regime di day hospital/day surgery, che determina un incremento significativo della capacità produttiva, rispetto al ricovero ordinario, per il maggior turnover sul posto letto e la più ampia flessibilità del modello. Con la conseguenza che la riduzione di due letti ordinari per realizzare un posto letto in regime diurno non diminuisce la capacità produttiva della struttura, mentre comporta indubbi vantaggi, per una serie di prestazioni, in termini di soddisfazione del cittadino e anche di utilizzo più razionale delle risorse.

I requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici che le strutture a ciclo diurno devono possedere sono esattamente gli stessi che la normativa vigente richiede in materia di autorizzazione e di accreditamento per la medesima attività erogata in ambito ospedaliero. Si aggiunge l'obbligo di attivare un collegamento funzionale e organizzativo con una struttura ospedaliera sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) o di Emergenza Alta Specialità (EAS) per la gestione delle eventuali emergenze e urgenze e che possa garantire il ricovero ordinario del paziente ogniqualvolta questo si renda necessario. Il collegamento deve essere espresso attraverso un protocollo organizzativo sottoscritto dai rappresentanti legali di entrambe le strutture e dovrà prevedere dettagliatamente i percorsi necessari alla tutela del paziente.

Ulteriori indicazioni sono contenute nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-04 (DCR 13.3.2002, n. 462), dove si prevede una classificazione degli ospedali in relazione alla loro complessità.

Alcuni ospedali di piccole dimensioni dovranno essere trasformati in strutture "leggere" dedicate a ricoveri diurni sia di tipo medico che chirurgico e ad attività di specialistica ambulatoriale.

Tali strutture dovranno essere collegate funzionalmente e organizzativamente con un presidio ospedaliero sede di DEA. Per tali strutture si prevede la trasformazione di posti letto ordinari per acuti in diurni con rapporto 2 a 1.

IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

La normativa principale è costituita dalla DGR n. 6/38133 del 1998, che definisce i requisiti e gli indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie, in attuazione della LR 31/1997 sul riordino del Servizio Sanitario Regionale.

La delibera definisce i requisiti ulteriori per il day surgery, in particolare prevede che:

- deve essere garantita trasparenza ai percorsi diagnostici terapeutici dei pazienti afferenti al day surgery;
- l'assistenza medica e infermieristica deve essere garantita nelle ore di attività di day surgery;
- le modalità di erogazione dell'assistenza in day surgery devono essere documentate in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto con gli altri servizi della struttura; rapporti con il medico di medicina generale e/o il pediatra di libera scelta (esistenza di un regolamento per la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno);
- la permanenza del paziente deve essere documentata secondo le modalità previste per i ricoveri ordinari;
- l'attività chirurgica deve essere analiticamente documentata;
- il paziente dimesso deve avere la certezza di potersi mettere in comunicazione con un operatore della struttura presso la quale ha avuto luogo il ricovero in day surgery.

LE NORME SUL SISTEMA DI CONTROLLI

La Regione ha adottato un corposo numero di

provvedimenti per disciplinare le modalità di controllo delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private, che si susseguono a cadenza quasi annuale a partire dal 1997 (DGR n. 31684 del 1997).

Negli anni 1997-99, si attiva in Regione il Nucleo Operativo di Controllo (NOC) e si indicano i criteri per la definizione del campione delle schede di dimissione ospedaliera da sottoporre a controllo (campione casuale e campione mirato) e la numerosità del campione, fino al 10% delle SDO, nonché gli ambiti del controllo, che riguardano: corrispondenza dati; coerenza del contenuto; controllo opportunità (DGR 20/6/1997, n. 29381 e DGR 10/10/1997, n. 31654).

Inizialmente i controlli sono effettuati direttamente dalla Regione, e in seguito dai Nuclei Operativi di Controllo attivati dalle Aziende Sanitarie Locali.

In relazione agli esiti dei controlli la Direzione Generale Sanità della Regione ha intrapreso una serie di azioni, tra cui l'incentivazione tariffaria alle attività di day surgery (regime DH) e one day surgery (regime ordinario), come segue:

DGR n. 25608/97 **DGR n. 37597/98**

DRG 006

tariffa ordinaria: 2757	tariffa ordinaria: 2757
tariffa 0-1 gg: 662	tariffa 0-1 gg: 2068
tariffa DH: 2068	tariffa DH: 2068

DRG 039

tariffa ordinaria: 2365	tariffa ordinaria: 2365
tariffa 0-1 gg: 559	tariffa 0-1 gg: 1774
tariffa DH: 1774	tariffa DH: 1774

Negli anni 2001-02 la Regione modifica il campione di SDO sottoposto a controlli e soprattutto introduce un nuovo strumento di valutazione, denominato RL-PVA (Regione Lombardia – Protocollo Valutazione Appropriatezza), che deriva dal metodo PRUO e ha alcuni adattamenti specifici, anche per la valutazione della chirurgia elettiva in regime di degenza ordinaria. Lo strumento RL-PVA, previsto con la DGR 18-02-2002, n. 8078, viene utilizzato per valutare l'appropriatezza generica.

Nel primo anno di attività è applicato sui 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza dei LEA (allegato 2C del DPCM 29.11.2001).

La Regione prevede anche la valutazione dell'appropriatezza specifica di alcune prestazioni, tramite l'impatto di eventi sentinella e lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici.

Con i provvedimenti successivi, la Regione conferma l'utilizzo del metodo e fissa nuovi obiettivi e metodologie di indagine e strumenti per il controllo sulla qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria.

In particolare con la DGR n. 15324/04 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2004" è stato introdotto lo strumento dei Piani di Controllo di cui deve dotarsi ogni ASL all'inizio di ogni anno.

IVALORI SOGLIA SUI 43 DRG DEI LEA E ALCUNE INDICAZIONI TARIFFARIE

Come principio generale la Regione fissa, sin dal 1997, tariffe identiche tra il day surgery e il ricovero ordinario di un giorno, ritenendo che l'unificazione incentivi la scelta responsabile delle singole strutture sulle modalità assistenziali che comportano un maggior beneficio per il paziente e un utilizzo razionale delle risorse. Una scelta che va, inoltre, effettuata nell'ambito delle indicazioni regionali sull'appropriatezza, che si collegano all'ampio sistema di controllo delle prestazioni sanitarie attivato con i NOC, come già accennato. Nel 2003 stabilisce un analogo principio per le tariffe relative ai 43 DRG indicate dall'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, fissando un importo uguale sia per la degenza ordinaria di un giorno sia per il day surgery.

Per quanto riguarda i valori soglia sui 43 DRG dei LEA, la Regione li definisce nel 2002 tramite il citato protocollo codificato (RL-PVA) di valutazione dell'appropriatezza generica e anche tramite lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici e l'impatto di eventi sentinella per la valutazione dell'appropriatezza specifica di alcune prestazioni (decreto dirigenziale n. 20180/02, in

attuazione della DGR 8078/02).

Con riferimento alla remunerazione per i “Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia” distingue:

- DRG chirurgici: le SDO non appropriate saranno valorizzate come un ricovero in day surgery, quindi trattati al 75% della tariffa piena;
- DRG medici: le SDO non appropriate saranno valorizzate con un importo pari a due accessi di DH.

Per quanto riguarda la tariffazione dei 43 DRG, la Regione (con la DGR n. 13976 del 2003) ha adottato il criterio indicato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni tenutasi in data 19 Giugno 2003 in materia di tariffa unica nazionale per la mobilità interregionale delle attività di ricovero. La Regione ha applicato il suddetto criterio individuando:

- per la casistica chirurgica una tariffa indistinta ordinaria/day hospital, con una riduzione della tariffa ordinaria variabile dal 15% al 23%, a seconda del rischio di complicanze dei diversi

DRG valutato sulla casistica del 1° quadrimestre 2003;

- una riduzione della tariffa ordinaria variabile dal 30% al 40% della tariffa ordinaria dei DRG medici, a seconda del rischio di complicanze dei diversi DRG valutato sulla casistica del 1° quadrimestre 2003.

Pertanto per i DRG chirurgici ricompresi nell'elenco dei 43 DRG LEA esiste una sola tariffa che prescinde dalla modalità di ricovero. Le strutture erogatrici hanno così l'opportunità di scegliere il miglior livello di trattamento nell'interesse del paziente.

La Regione ha, inoltre, adottato la versione del 2002 del sistema ICD-9- CM e la versione 19° del Grouper quale sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e ha, di conseguenza, determinato le tariffe per i DRG aggiuntivi.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

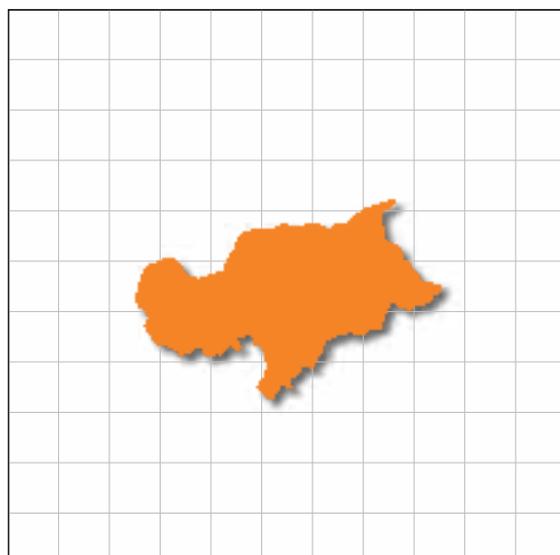
La Provincia ha diverse peculiarità per aspetti di origine etnica, linguistica e geografica che motivano il riconoscimento di uno statuto speciale e gode di ampia autonomia nell'organizzazione dei servizi, anche sanitari, alla popolazione, con il vincolo del rispetto dei principi generali derivanti dagli atti di indirizzo nazionale.

Dal punto di vista dell'offerta sanitaria, nel territorio sono presenti 4 Aziende Sanitarie e 7 ospedali con oltre 2000 posti letto per una popolazione che ha poco più di 450.000 abitanti, mentre le case di cura private sono poche e con ambito di attività marginale. Di conseguenza la struttura pubblica si pone in posizione di quasi monopolio, essendo sostanzialmente l'unica erogatrice delle funzioni ospedaliere.

Una realtà che ha avuto per lungo tempo una disponibilità finanziaria piuttosto elevata e ha da sem-

pre utilizzato un sistema di finanziamento esclusivamente pro-capite anche per la funzione ospedaliera. Ciò ha consentito di garantire servizi di alto livello, ridotti tempi di attesa (eccetto casi di patologie croniche), mantenimento di posti letto ospedalieri anche eccedenti gli attuali standard per consentire ai pazienti la possibilità di godere di un'assistenza prolungata. Queste caratteristiche rendono, pertanto, particolarmente difficile spostare l'attenzione del sistema sanitario verso nuove forme di regime assistenziale come quello diurno. Solo negli anni più recenti la Provincia ha adottato specifici provvedimenti per implementare le attività diurne e la deospedalizzazione.

Un riferimento importante è costituito dal Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 che, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dei servizi, stabilisce la riduzione della durata della degenza media e la riconversione di una quota, tendenzial-



LE CIFRE DELLA SANITÀ NELLA P.A. DI BOLZANO

Popolazione residente al 1.1.2003	467.338
Strutture	
Aziende USL	4
Aziende Ospedaliere	0
Ospedali a gestione diretta	7
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	0
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Case di cura accreditate	6
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	2.138
di cui DH/DS	140
Posti letto privati accreditati	304
di cui DH/DS	0

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003
Rilevazione ASSR – anno 2003

mente pari al 10%, dei ricoveri ordinari per acuti in day hospital e day surgery, per ogni tipologia di presidio.

A tal fine il Piano distingue i presidi in tre tipologie: ospedali di base, ospedali aziendali e un unico ospedale di livello centrale, coincidente con quello di Bolzano. Prevede, inoltre, l'obbligo per ogni Azienda Sanitaria di attuare forme concrete di verifica dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri nelle forme di ricovero per acuti in regime ordinario (di un giorno, normale e oltre la soglia) e di day hospital e in quelle di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

In attuazione degli obiettivi di Piano, la DGP n. 5188 del 30.12.2002 approva le "Linee Guida per l'organizzazione del ricovero diurno, medico e chirurgico".

Le linee guida rappresentano il riferimento principale per le attività di day surgery e riprendono le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 per diversi aspetti, tra cui la definizione di ricovero diurno, i modelli organizzativi, gli esami di accesso, la selezione dei pazienti, la scheda di dimissione e la cartella clinica.

Inoltre riportano in allegato gli elenchi degli "Interventi chirurgici eseguibili in regime di Chirurgia di Giorno" e delle "Procedure diagnostiche terapeutiche erogabili in regime di ricovero diurno medico". Gli elenchi sono stati sostituiti nel 2004 (DGP n. 725 dell'8 marzo 2004).

Le linee guida stabiliscono diversi obiettivi per le Aziende Sanitarie, tra cui l'adozione dei provvedimenti di attuazione in tempi rapidi (entro 120 giorni dall'approvazione della DGP 5188), con l'obiettivo di assicurare una dotazione di posti letto "equivalenti" (ossia degenza in day surgery, per i quali la delibera prevede due ricoveri per turno di 6-7 ore) tale da garantire il 30 per mille abitanti del tasso di ospedalizzazione. Le Aziende dovranno, inoltre, trasferire in day surgery il 20% dell'attività chirurgica complessiva e quelle che già superano questa percentuale devono raggiungere il 25% dell'attività complessiva. Inoltre, le Aziende devono ridurre entro l'anno 2003 l'i-

nappropriatezza dei ricoveri diurni medici e possono realizzare una struttura unificata, tra più Aziende, per il ricovero diurno plurispecialistico. Questi provvedimenti hanno avuto uno specifico riflesso sulle attività: dal 1998 al 2004 si è registrato un andamento crescente dei ricoveri in regime di day hospital, che in termini di numero di pazienti è pari al 77% mentre in termini di giornate di degenza è pari al 73% ed una conseguente riduzione dei ricoveri ordinari.

IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

La DGP 17 marzo 2003, n. 763 approva i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio nonché quelli ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private.

I requisiti vengono classificati su tre livelli:

- minimi per l'autorizzazione;
- ulteriori per l'accreditamento, contraddistinti dalla lettera (U);
- requisiti di eccellenza, contraddistinti dalla lettera (E).

Per quanto riguarda la day surgery, la delibera permette che l'attività può essere svolta in strutture ospedaliere dedicate oppure in forma integrata nelle aree di degenza ordinaria. I requisiti minimi per l'esercizio di attività di day surgery sono decisamente più dettagliati e ampi rispetto a quelli previsti dal DPR 14 gennaio 1997, sia per gli aspetti strutturali (ad esempio camera di degenza con non più di 2 p.l. e 9 mq. per posto letto, oppure locali dotati di poltrone con 6 mq/poltrona), sia per gli aspetti tecnologici (es. carrello per la gestione dell'emergenza dotato di defibrillatore, unità di ventilazione manuale, barella), sia per quelli organizzativi (definizione di protocolli per gli interventi chirurgici, linee guida per l'accesso, cartella clinica con i dati da inserire, tra cui la documentazione infermieristica, la compilazione della SDO) e anche di personale (l'attività di una sala operatoria deve prevedere di norma un medico chirurgo, un anestesista, un infermiere, un aiuto e un tecnico di radiologia medica in caso

di impiego di apparecchiature radiologiche). Per l'accreditamento vi sono limitate indicazioni aggiuntive rispetto ai requisiti minimi, relative alle sale operatorie e ad altri aspetti soprattutto organizzativi e tecnologici (collegamento alla rete informatica della struttura; dotazione di pace-maker esterno e saturimetro; regolamentazione dell'uso di una linea telefonica da parte del paziente ricoverato; definizione e documentazione dei collegamenti funzionali con le altre unità operative per quanto riguarda le urgenze; valutazione infermieristica estesa anche alle particolari esigenze nutrizionali; indicazioni sulla regolare gestione della cartella clinica e sulla redazione della lettera di dimissione; indicazioni delle modalità di identificazione, conservazione e accesso della cartella clinica).

Interessante rilevare che la delibera definisce anche requisiti "di eccellenza", come: sistema informatico per la gestione della documentazione clinica in collegamento con gli altri servizi sanitari della struttura; documentazione infermieristica integrata dalla definizione di obiettivi e da un piano assistenziale; verifiche periodiche della corretta gestione delle cartelle cliniche relative a pazienti sia degenti che dimessi, con riferimento anche ai tempi di aggiornamento dei dati.

I CONTROLLI, I DRG DEI LEA, LE TARIFFE

Il sistema di remunerazione delle prestazioni di day surgery si basa su un elenco di codici di intervento ICD9-CM, in presenza dei quali il ricovero è remunerato al 100% della corrispondente tariffa del ricovero ordinario. Nel caso in cui il codice non sia presente nell'elenco, la re-

munerazione è pari alla tariffa del ricovero di un giorno (con un abbattimento significativo).

Le tariffe vengono utilizzate per la mobilità interaziendale, interregionale, internazionale e per la remunerazione delle strutture private convenzionate. Per tutte le strutture pubbliche della Provincia Autonoma il finanziamento è di tipo capitolario.

Il sistema di remunerazione delle attività ospedaliere è rapportato alla complessità della struttura che effettua la prestazione. La DGP n. 697 del 2000, aggiornata successivamente con diversi provvedimenti fino alla recente DGP 3 novembre 2004, n. 3878, effettua la distinzione che riguarda le strutture ospedaliere dotate di pronto soccorso e terapia intensiva o semintensiva (ospedali pubblici) suddivise in tre fasce:

- Fascia A (strutture complesse):
+ 5% tariffa nazionale DM 30/06/1997
- Fascia B (strutture intermedie):
- 5 % tariffa nazionale DM 30/06/1997
- Fascia C (strutture di base):
- 10% tariffa nazionale DM 30/06/1997
- Fascia D (strutture private convenzionate)
- 20% tariffa nazionale DM 30/06/1997

I valori soglia per i 43 DRG indicati dal DPCM 29 novembre 2001 sui LEA come ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario, sono fissati con DGP n. 4434 del 9 dicembre 2003.

La Provincia Autonoma ha attivato un sistema di monitoraggio dei valori soglia, con riscontri periodici alle Aziende Sanitarie su quanto rilevato ma, non avendo un finanziamento a prestazione, non ha previsto abbattimenti tariffari.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

66

i Supplementi di **monitor**

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

Le prime indicazioni risalgono alla Legge Provinciale n. 10/1993 sul riordino del Servizio sanitario Provinciale, con la costituzione di un'unica Azienda Sanitaria di livello provinciale.

La legge, nel capitolo relativo alla "ristrutturazione della degenza ospedaliera", poneva come obiettivo prioritario, da attuarsi entro il 1997, la conversione di almeno il 7,3% dei posti letto per acuti in posti letto di day hospital e day surgery, mentre come obiettivo da perseguirsi entro il 31/12/1999 prevede un'ulteriore estensione dei posti letto di day hospital e di day surgery sino ad un 14% dei posti letto totali per acuti.

Il Piano Sanitario Provinciale 1993-95, approvato con LP n.38/1993, conferma questo obiettivo, prevedendo l'istituzione di posti letto di day hospital e di day surgery in numero almeno pari al 10% della dotazione complessiva di posti letto

per acuti, con un tasso di occupazione media del 90% ed un indice di rotazione compreso tra un minimo di 1 ed un massimo di 2.

A sostegno dei suddetti indirizzi programmatici, la Provincia ha inizialmente adottato delle tariffe incentivanti per qualsiasi forma di attività assistenziale diurna, rimborsando alcune tipologie di prestazioni al 120%, al 100% e all'80% del relativo DRG, differenziato per tipologia di struttura ospedaliera.

La proposta di Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 (approvata dalla Giunta Regionale nel 2000 come disegno di legge n. 87/2000) rileva che la sanità trentina è tuttora caratterizzata da un prevalente utilizzo dell'attività ospedaliera in regime di degenza ordinaria e prevede obiettivi di creazione di un sistema a rete integrato delle attività ospedaliere, di riduzione di posti letto per acuti e maggiore collegamento ospedale-territorio, di miglioramento della qualità e dell'appropriatez-

LE CIFRE DELLA SANITÀ NELLA P.A. DI TRENTO	
Popolazione residente al 1.1.2003	483.157
Strutture	
Aziende USL	1
Aziende Ospedaliere	0
Ospedali a gestione diretta	11
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	0
Ospedali classificati	2
Istituti presidio della ASL	0
Case di cura accreditate	5
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	2.194
di cui DH/DS	245
Posti letto privati accreditati	465
di cui DH/DS	6

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

za dell'offerta. In questo quadro il Piano prevede lo sviluppo del ricovero in regime diurno e dell'attività ambulatoriale e stabilisce i seguenti indici di performance delle strutture ospedaliere per l'anno 2002:

- la degenza media per i ricoveri in regime diurno è fissata in:
 - area medica: 3,5 accessi per paziente
 - area chirurgica: 1,5 accessi per paziente;
- il tasso di utilizzo dei posti letto per acuti in regime di ricovero diurno, sia per l'area medica sia per quella chirurgica: 150% su 5 gg./settimana (250 gg.).

Nell'anno 2001 la Provincia ha poi adottato linee guida specifiche per la regolamentazione delle attività di day hospital e day surgery nei presidi ospedalieri della Provincia. Non è previsto il modello del "presidio autonomo" al di fuori delle strutture ospedaliere.

Definisce la finalità generale del ricovero diurno: semplificazione delle procedure di accesso, riduzione dei tempi di risposta, facilitazione del percorso assistenziale con realizzazione della continuità tra domicilio e ospedale.

Definisce, poi, i criteri organizzativi dell'attività di ricovero diurno, qui sintetizzati:

- i posti letto destinati all'attività di ricovero diurno derivano dalla conversione di un numero equivalente o superiore di PL ordinari e sono esclusivamente dedicati allo svolgimento dell'attività di assistenza in regime diurno;
- le strutture destinate alla funzione di ricovero diurno dovranno conformarsi ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e per la concessione dell'accreditamento di cui al DPGP 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg;
- le strutture dovranno adottare un proprio regolamento delle attività di day surgery, specificando i posti letto equivalenti e la programmazione delle attività (patologie eligibili, modalità di accettazione dei pazienti, collegamenti tra servizi, rapporti con i pazienti e familiari, modalità

di continuità assistenziale);

- per il monitoraggio delle attività, ogni struttura dovrà definire anche un set di indicatori, tra cui % di ricoveri in day surgery con pernottamento; % di reinterventi; % di complicanze post operatore ecc.

In Appendice è presente l'elenco degli "Interventi chirurgici eseguibili in day surgery".

Per quanto riguarda il sistema di autorizzazione e di accreditamento, nel 2000 la Provincia disciplina la materia, definendo anche i requisiti minimi per le strutture che intendono svolgere attività di ricovero diurno (Decreto del Presidente di Giunta Provinciale 27-11-2000, n. 30-48). Nel 2002 sono definiti criteri per la verifica dei requisiti minimi e si emanano direttive per l'avvio e la gestione delle procedure di autorizzazione (Deliberazione di Giunta Provinciale 30-12-2002, n. 3403).

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI (LEA)

Con Deliberazione di Giunta Provinciale del 31/12/2002, n. 3409 vengono definite le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Si adotta il tariffario nazionale di cui al DM 30/06/1997, con decurtazioni o aumenti in relazione alla tipologia della struttura ospedaliera.

Ospedale di Trento

+ 33%

Ospedali di Rovereto e N. Armani - Arco

+ 23%

Ospedali generali di zona e strutture priv. accreditate

+ 13%

Viene inoltre previsto un tetto massimo di spesa complessivo sulle prestazioni (differenziate fra residenti e non) e sull'ammontare massimo di fatturato per ogni singola casa di cura.

La Deliberazione di Giunta Provinciale 23/12/2002 n. 3276 individua i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001.

La delibera non specifica nulla riguardo alla metodologia utilizzata e alla remunerazione per i

“Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia”.

La successiva Deliberazione di Giunta Provinciale 10 ottobre 2003, n. 2551 “Determinazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera, con decorrenza 1 gennaio 2003” aggiorna le tariffe per l’assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di ricovero ordinario, per l’assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di ricovero diurno (day hospital e day surgery), per la lungodegenza e per la riabilitazione ospedaliera in regime di degenza.

Per l’assistenza ospedaliera erogata in regime di

ricovero diurno la delibera specifica che: per le prestazioni erogate in regime di day surgery e di day hospital, il livello percentuale della corrispondente tariffa base è così suddiviso:

- Ospedale di Trento (Presidi S. Chiara, Villa Igea, S. Giovanni di Mezzolombardo e Villa Rosa – DS: 138%, DH: 121%;
- Ospedale di Rovereto (Presidi S. Maria del Carmine e Ala) e Ospedale provinciale specializzato Armani di Arco – DS: 128%, DH: 111%;
- Ospedali generali di zona e strutture private accreditate – DS: 117%, DH: 98%.

REGIONE VENETO

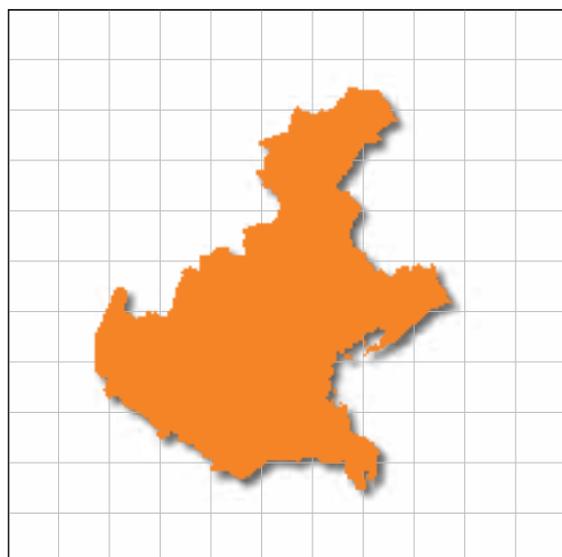
IL CONTESTO E I PRINCIPALI RIFERIMENTI

L'attività di day surgery, soprattutto sul piano della modificazione dei processi produttivi, si è andata progressivamente sviluppando nella Regione Veneto fin dalla seconda metà degli anni Ottanta.

Nel 1996 l'attività viene regolamentata a livello regionale con la DGR n. 3609/96 "Trattamento di alcuni ricoveri ospedalieri e relativo aggiornamento al sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni ospedaliere", che fornisce la definizione di day surgery e chirurgia ambulatoriale, indica i modelli organizzativi (unità di chirurgia di giorno; unità dedicata, mono o pluridisciplinare, posti letto dedicati), disciplina il percorso di cura e stabilisce le tariffe. Le Linee Guida prevedono anche la possibilità di "un eventuale pernottamento" qualora determinato da "necessità cliniche o di sicurezza". Si fornisce anche una prima lista degli interventi effettuabili in day surgery, che viene poi aggiornata più volte, a partire dall'anno successivo, con la DGR n. 4544/97.

Nello stesso anno viene approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 1996/1998 che, all'art. 15, fissa una serie di obiettivi per la rete ospedaliera, con un timido accenno anche al ricovero diurno. Si prevede la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente, permettano un soggiorno più breve dell'utente in ospedale, con particolare riferimento al day hospital.

Con la DGR n. 5272 del 1998 la Regione adotta nuove Linee Guida, tuttora vigenti, che sostituiscono quelle del 1996 e introducono alcuni aspetti innovativi, essenzialmente per migliorare il percorso di cura in day surgery e renderlo meno frammentato per il paziente (orientamento ad organizzare tutte le attività diagnostiche preoperatorie in un unico accesso) e più flessibile per le strutture d'offerta. Sono, infine, chiariti alcuni aspetti legati alla gestione amministrativa del paziente (scheda nosologica) nei casi in cui si verifichi la necessità di trasferire



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN VENETO

Popolazione residente al 1.1.2003	4.577.408
Strutture	
Aziende USL	21
Aziende Ospedaliere	2
Ospedali a gestione diretta	61
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	1
Ospedali classificati	8
Istituti presidio della ASL	4
Case di cura accreditate	15
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	20.882
di cui DH/DS	2.258
Posti letto privati accreditati	1.181
di cui DH/DS	74

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

mento in regime di ricovero ordinario.

Gli altri aspetti ricalcano quanto già previsto dalle Linee Guida del 1996 sui modelli organizzativi di riferimento, le indicazioni relative ai fabbisogni di personale, i criteri per la selezione dei pazienti, le fasi del percorso di cura (fase preoperatoria, accesso chirurgico e fase operatoria).

È approvata anche una nuova lista degli interventi e delle procedure diagnostico/terapeutiche invasive e seminvasive eseguibili in regime di day surgery. La successiva DGR n. 1887 del 1/6/1999, quale risultato di un apposito gruppo di studio costituito presso la Regione, aggiorna ulteriormente la lista degli interventi e prevede la necessità di effettuare aggiornamenti sistematici della lista, con frequenza biennale, tramite un processo aperto e continuo gestito, attraverso un gruppo di esperti, dalla Regione. Malgrado queste indicazioni, non sono in seguito definiti altri aggiornamenti.

La DGR 30 marzo 1999, n. 1007 stabilisce un principio di particolare valore per lo sviluppo del day surgery: la remunerazione dei ricoveri diurni è parificata alle medesime prestazioni effettuate in regime ordinario.

Con DGR 5-08-1996, n. 3609 aggiornata dalla DGR 17-08-2000, si adottano le “Linee Guida per la regolamentazione degli interventi effettuabili in regime ambulatoriale e in regime di chirurgia di giorno (day surgery) e relativa remunerazione tariffaria”.

Si fornisce la definizione di “chirurgia ambulatoriale” e “chirurgia di giorno”, si disciplina la struttura organizzativa, il personale, la selezione dei pazienti, gli interventi chirurgici eseguibili in regime di day surgery, l’organizzazione delle attività con le procedure di selezione, ammissione, cura, dimissione dei pazienti e controlli post-operatori. Ciascun trattamento completo viene remunerato in regime di day surgery, con un corrispettivo pari all’80% di quello riconosciuto per analogo DRG dei ricoveri ospedalieri ordinari. I ricoveri effettuati in regime ordinario, con intervento chirurgico e con degenze inferiori a 2 gior-

ni, sono remunerati con un corrispettivo pari al 35% di quello riconosciuto per l’analogo DRG dei ricoveri ospedalieri ordinari.

LE NORME SULL'AUTORIZZAZIONE E SULL'ACCREDITAMENTO

Vanno segnalati i recenti provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale in attuazione della legge regionale quadro n. 22 del 2000 sul sistema di autorizzazione e accreditamento, che comprendono anche l’elenco dei requisiti per le strutture che effettuano attività di day surgery.

In particolare sugli aspetti autorizzativi, la DGR 15-02-2000 n. 447 recepisce i requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997, per ogni tipologia di struttura (ospedali, ambulatori, tra cui quelli di procreazione medico assistita, laboratori, centri di riabilitazione, RSA, ecc.) e ne aggiunge altri.

La delibera del 2004 introduce anche una tipologia di struttura del tutto nuova: la struttura extraospedaliera di chirurgia, di tipo ambulatoriale (mentre l’attività di day surgery richiede un ricovero, e pertanto non è previsto il “presidio autonomo di day surgery”).

Per quanto riguarda la remunerazione è prevista, sin dal 1997, una tariffa pari al 100% di quella del corrispondente ricovero ordinario.

La DGR 6 agosto 2004, n. 2501 approva il Manuale per l’autorizzazione e l’accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali del Veneto, in attuazione della LR 16 agosto 2002, n. 22. Per le attività chirurgiche definisce requisiti minimi specifici per l’autorizzazione di:

- ambulatorio chirurgico;
- ambulatorio chirurgico con sala operatoria, con possibilità di somministrare, oltre all’anestesia locale e/o loco regionale, anche vari gradi di sedazione fino all’ipnosi (richiedono il coinvolgimento diretto della specialista in anestesia); le prestazioni erogabili in tale sede sono tassativamente individuate in apposito elenco (allegato 2 della deliberazione);
- strutture extraospedaliere di chirurgia: sono strutture ambulatoriali, pubbliche o private, dotate

di sala operatoria, organizzate per effettuare procedure diagnostiche invasive e chirurgiche praticabili senza ricovero, le quali comportano la somministrazione di anestesia locale, plessica, loco-regionale, generale, con il coinvolgimento diretto dell'anestesista. I requisiti minimi e le prestazioni effettuabili sono definite da apposito provvedimento regionale (DGR n. 549 del 4.3.2005, ad integrazione del Manuale) e richiedono livelli di sicurezza elevati; inoltre, per essi, la lista delle prestazioni indicate dalla norma regionale (nella citata DGR n. 549 del 2005) è vincolante, inoltre la lista comprende anche diverse prestazioni escluse dai LEA. La Regione sta predisponendo le tariffe per queste prestazioni;

- strutture ospedaliere di day surgery: si differenziano nettamente dalle strutture extraospedaliere, in quanto l'attività di day surgery, nella Regione, richiede un ricovero e pertanto non prevede "presidi autonomi di day surgery".

Per l'accreditamento delle strutture ospedaliere che effettuano attività di ricovero ordinario, day hospital e day surgery, occorre:

- possesso dell'autorizzazione all'esercizio;
- rispondenza della struttura accreditanda ai requisiti ulteriori di qualificazione di cui all'art. 18 (possesso del sistema di gestione, valutazione e miglioramento della qualità);
- coerenza alle scelte della programmazione;
- verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti, tenendo conto dei flussi di accesso ai servizi.

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI (LEA)

Con la DGR n. 3609 del 1996 "Trattamento di alcuni ricoveri ospedalieri e relativo aggiornamento al sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni ospedaliere", si stabiliscono le modalità di remunerazione delle attività di day surgery, in particolare:

- le prestazioni, previste nelle liste regionali erogate in regime di day surgery sono valorizzate

con l'applicazione di una tariffa pari all'80% di quella prevista per il medesimo trattamento in regime di ricovero ordinario;

- i ricoveri con intervento chirurgico e con degenza inferiore ai 2 giorni effettuati in regime ordinario sono remunerati con una tariffa abbattuta al 35%.

Con DGR 21 dicembre 1998, n. 4855 si intende superare le criticità del sistema tariffario definito in precedenza dalla DGR n. 3063/98, prevedendo i seguenti aspetti qualificanti:

- gli effetti della regressione tariffaria producono effetti reali sul livello di finanziamento delle Aziende Sanitarie; è infatti previsto che "il superamento del tetto programmato di ricoveri comporta la valorizzazione della produzione in esubero, sulla quale va applicato un addebito scalare progressivo che sarà recuperato dalla quota capitaria assegnata sul FSR all'Azienda stessa";
- la determinazione dei tetti di spesa, inevitabilmente legati ai tetti di attività, non può essere fissata mediante algoritmi matematici teorici ma, invece, definita secondo modalità negoziali. In particolare si prevede che "nel solo attuale processo transitorio di pianificazione del rientro, la predeterminazione del tetto di spesa ammesso per ciascuna Azienda Sanitaria, in quota superiore ai livelli essenziali di assistenza assicurati dal riparto equitativo pro-capite, non può essere conseguita se non mediante una procedura negoziale budgetaria tra la Regione e il singolo Direttore Generale, da accompagnare con l'individuazione di precisi risultati da conseguire e verificare alle scadenze convenute, in modo formalizzato". L'ipotesi è quindi che i tetti siano fissati in ragione delle caratteristiche e delle potenzialità delle singole Aziende Sanitarie.

Con la DGR 09 agosto 2002, n. 2227 vengono individuati i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001.

La delibera specifica che è stato applicato il metodo APPRO sulle rilevazioni relative agli anni 2000 e 2001 dei dimessi della Regione. La Re-

gione ha individuato, altresì, ulteriori DRG per i quali ha definito valori soglia: 47 Altre malattie dell'occhio età >17 no cc=60%; 59 Tonsillectomia e/o adenoidectomia età > 17 = 65%; 60 Tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18=40%; 73 Altre diagnosi rel. a orecchio naso bocca e gola età >17 = 50%; 74 Altre diagnosi rel. a orecchio naso bocca e gola età <18 = 40%; 169 Interventi sulla bocca no cc=40%; 206 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne cirrosi epatite alcolica no cc=40%; 227 Interventi sui tessuti molli no cc=45%; 229 Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni no cc=35%.

La delibera non definisce forme di penalizzazione per la remunerazione dei "Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia", rimandando ad un successivo provvedimento finora non emanato.

Con successivi provvedimenti si aggiorna il tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera: DGR n. 269/04, DGR

889/04 e la recente DGR n. 62/05. La delibera prevede un aumento del 5% delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera rispetto a quelle stabilite dalla DGR n. 889/2004. Per i ricoveri diurni si applica la stessa tariffa dei ricoveri ordinari per DRG.

L'allegato 2 della delibera riporta i risultati dell'analisi dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere, relative al 4% delle cartelle cliniche (SDO). In conclusione, si rileva che per il DH/DS vi è una piena valorizzazione, al 100% della tariffa pari al ricovero ordinario, per tutte le prestazioni comprese negli elenchi allegati alle due delibere del 1998 e 1999 per questo regime assistenziale. Vi è una valorizzazione piena anche per i DRG di chemioterapia e per alcune prestazioni previste nel Nomenclatore tariffario nazionale sull'assistenza specialistica ambulatoriale, nel quale è presente disabilità o necessità di sedare il paziente (come le cure odontoiatriche); anche qui la valorizzazione è al 100%.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

Le prime indicazioni sono contenute nella Proposta di “Linee Guida per i ricoveri in assistenza a ciclo diurno (Day Hospital)” che l’Agenzia sanitaria regionale ha elaborato nell’anno 1996, i cui contenuti sono stati ripresi nelle norme regionali sul sistema dell’accreditamento.

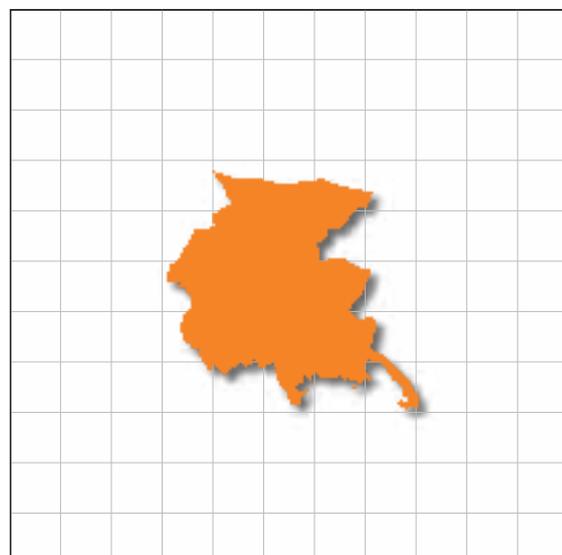
La proposta di Linee Guida riguarda le attività di ricovero diurno in generale (le attività di day surgery sono assimilate a quelle di day hospital) e fornisce una serie di indicazioni volte sia all’appropriatezza di questi ricoveri, sia ad una corretta regolamentazione delle attività (condizioni per l’accesso del paziente, modalità di gestione della cartella clinica e della scheda di dimissione, prestazioni o situazioni cliniche da trattare). Le attività sono attivate in sede ospedaliera, in unità separate. Sono specificati anche gli indicatori di attività e le modalità di cessione dei farmaci al paziente in trattamento.

Sono fissati alcuni indici di attività, da considerarsi ottimali:

- tasso di occupazione non inferiore al 100% con riferimento ai giorni di effettiva attività;
- indice di rotazione giornaliera del posto letto non superiore a 2;
- funzionamento della struttura non meno di 270 giorni all’anno;
- ricoveri con durata di un solo giorno in una percentuale massima del 30% rispetto al totale dei ricoveri in day hospital.

Si specifica che l’attività di day surgery, per tutti gli effetti previsti nelle linee guida, è assimilata all’attività di day hospital.

Il “Piano Sanitario Regionale 2000-2002” definito anche “Piano di Intervento a Medio Termine (PIMT) 2000-2002, approvato con DGR 9 marzo 2001, n. 734, fissa obiettivi di modulazione e riorganizzazione della rete ospedaliera regionale (punto 6.2) e specifica che negli ospedali di rete, con dotazione minima di 250 posti letto, devono essere ridotti in misura consen-



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Popolazione residente al 1.1.2003	1.191.588
Strutture	
Aziende USL	6
Aziende Ospedaliere	3
Ospedali a gestione diretta	12
Policlinici universitari	1
Istituti a carattere scientifico	2
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Case di cura accreditate	5
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	5.307
di cui DH/DS	527
Posti letto privati accreditati	638
di cui DH/DS	22

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003
Rilevazione ASSR – anno 2003

te i ricoveri ordinari e la degenza media e deve essere sviluppato il day hospital/day surgery, nonché deve essere spostato in ambulatorio tutto ciò che è possibile in relazione allo sviluppo della medicina, e in particolare della chirurgia microinvasiva.

Altre indicazioni vi sono nell'ambito delle norme sull'autorizzazione e l'accreditamento, in particolare nella DGR n. 1852 del 20 giugno 1997, che avvia il processo di accreditamento nella Regione a pochi mesi dall'approvazione del DPR 14 gennaio 1997.

I requisiti minimi di sicurezza e qualità per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sono fissati dalla DGR 23 aprile 2002, n. 1292, in attuazione della Legge Regionale n. 8/2001.

Questa delibera è stata successivamente modificata e integrata dalla DGR 29 aprile 2004, n. 1098. La delibera contiene un paragrafo "Day Surgery", che elenca i requisiti minimi, organizzativi, tecnologici e strutturali, per lo svolgimento delle relative attività.

Oltre ai requisiti specifici, si prevede l'applicazione dei requisiti previsti per le aree di degenza, per il day hospital e per i reparti operatori. Diversi sono i requisiti organizzativi, tra cui: sono eseguibili gli interventi che abbiano di norma tempi di esecuzione inferiori a 60 minuti; occorre la presenza o l'immediata disponibilità di un secondo chirurgo durante l'intervento; in caso di insorgenza di complicanze o comunque di necessità di prolungare l'osservazione post-operatoria, è possibile effettuare il "pernottamento" del paziente o trasformare il ricovero diurno in ricovero ordinario.

La delibera non indica i modelli organizzativi e non contiene l'elenco delle prestazioni eseguibili in day surgery.

Nel 1999 la Giunta Regionale individua un elenco di 49 DRG che vengono trattati al 70% del ricovero ordinario, se la durata del ricovero è inferiore alle 48 ore e comunque indipendente dagli accessi che avvengono in regime diurno.

Il 23.4.2002, con atto n. 1292, la Giunta Regio-

nale delibera la nuova procedura per l'autorizzazione delle strutture sanitarie, unitamente ai corrispondenti requisiti minimi (compresi quelli per gli ambulatori chirurgici e gli studi odontoiatrici). Il documento è reso operativo, nella fase iniziale, esclusivamente per le strutture private.

La delibera definisce anche i requisiti minimi, organizzativi, tecnologici e strutturali per l'esercizio delle attività di day surgery (oltre ai requisiti specifici, si prevede l'applicazione dei requisiti previsti per le aree di degenza, per il day hospital e per i reparti operatori). Tra i requisiti organizzativi si prevede che:

- le ASL devono disciplinare, con propri atti, le modalità organizzative, le responsabilità e gli ambiti di attività del day surgery;
- la valutazione dell'appropriatezza dell'intervento, compresa la scelta delle tecniche, è fatta rispettivamente dal chirurgo e dall'anestesista, nelle rispettive competenze;
- sono erogabili in day surgery interventi che abbiano di norma tempi di esecuzione inferiori ai 60 minuti;
- durante lo svolgimento degli interventi è presente o immediatamente disponibile un secondo chirurgo;
- è possibile anche il pernottamento o la trasformazione del DS in ricovero ordinario;
- il servizio deve garantire la continuità assistenziale e la disponibilità costante delle informazioni.

LE TARIFFE E I DRG CHIRURGICI (LEA)

Con DGR 22 ottobre 2002, n. 149 si aggiorna il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere (Degenza Ordinaria, Day Hospital e Day Surgery) ed è mantenuta la classificazione delle strutture regionali di ricovero:

- Fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria, ovvero sede di attività di ricerca o di attività didattica universitaria (si applica il tariffario nazionale, di cui al DM Sanità 30/06/1997);
- Fascia B: altre strutture, tra cui le Case di Cura

(viene applicato l'85% del tariffario della fascia A). Con la DGR 30 dicembre 2002, n. 4502 le tariffe sono state incrementate del 3,5%, con decorrenza dall'1/1/2003. È rimasta, invece, inalterata la remunerazione delle prestazioni degli erogatori pubblici regionali.

La successiva DGR 29 luglio 2002, n. 2747 individua i valori soglia per i 43 DRG elencati nel provvedimento nazionale di definizione dei Lea (allegato 2C del DPCM 29/11/2001).

La delibera suddivide i 43 DRG in quattro gruppi:

- 1) DRG 6 e 39, che dovrebbero essere erogati nella maggior parte dei casi in regime ambulatoriale e di Day Hospital;
- 2) DRG 25, 40, 41, 42, 55, 65, 134, 183, 184, 187, 222, 232, 243, 262, 267, 270, 281, 282, 283, 284, 294, 301, 324, 364, 395, 467, per tali prestazioni i valori soglia sono stabiliti non per singolo DRG, ma per gruppi: per i DRG chirurgici sono individuati al 31% (corrispondente al valore medio dei 5 ospedali con valore migliore), per i DRG medici sono individuati al 41% (corrispondente al valore medio dei 5 ospedali con il valore migliore);
- 3) DRG 160, 162, 163, 119, 142, 208, 276, 426,

427, 429: per questi DRG viene considerato come valore massimo ammissibile il numero dei ricoveri effettuati dal singolo ospedale nel 2001;

- 4) DRG 19, 131, 133, 158, 326: per questi DRG si procederà alla valutazione dell'appropriatezza con PRUO sui ricoveri 2001.

La delibera non fornisce indicazioni sulla remunerazione dei ricoveri inappropriati "extra-soglia".

La DGR n. 951 del 16-04-2004 stabilisce che le tariffe sono determinate incrementando quelle previste dal DM del 1997, mantenendo la classificazione delle strutture regionali di ricovero in due fasce:

- **Fascia A:** strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria, ovvero sede di attività di ricerca o sede di attività didattica universitaria;
- **Fascia B:** altre strutture non rientranti nella fascia precedente.

Per i ricoveri di "Riabilitazione ospedaliera in regime di degenza" sono confermati i criteri utili alla loro valorizzazione: per tali ricoveri il "Valore Soglia" è determinato in 40 giorni con abbattimento della tariffa giornaliera al 60% per i giorni di degenza riabilitativa oltre il 40%.

REGIONE LIGURIA

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

Le prime indicazioni si hanno negli anni '90 nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera, dove si prevede l'obbligo di trasformare il 10% dei posti letto ordinari in diurni.

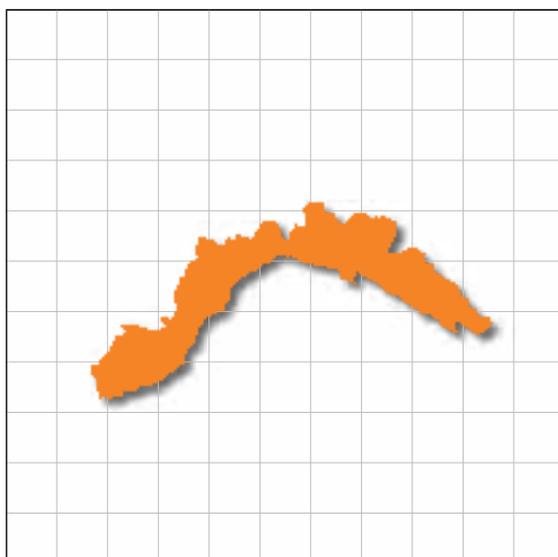
Nell'anno 2000 la Regione approva le "Linee Guida per la regolamentazione dell'attività di Day Surgery", con DGR n. 143 del 1 febbraio 2000, che regolamentano parzialmente le attività. Con lo stesso atto la Regione istituisce la "Commissione regionale per la Promozione della Qualità delle Prestazioni Sanitarie riferite ai livelli assistenziali", con il compito di supportare la Regione nel promuovere e seguire il processo di attivazione delle attività di day surgery.

La Commissione analizza le modalità con cui implementare le attività sul territorio e propone di adottare una nuova disciplina, di tipo complessivo, che tratti unitariamente gli aspetti organizzativi, le fasi del percorso di cura, i requisiti di qualità e approvi anche un elenco di procedure ese-

guibili in day surgery. La Regione recepisce la proposta con la DGR 28 settembre 2001, n. 1097 "Regolamento dell'attività di Day Surgery in Regione Liguria", che costituisce tuttora il principale riferimento per la chirurgia di giorno nella Regione.

Il regolamento impegna ciascuna Azienda USL a predisporre in tempi molto ristretti (90 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale delle linee guida) specifici "progetti di riorganizzazione della funzione chirurgica con l'attivazione dell'assistenza a ciclo diurno".

Si mira, quindi, ad una operatività immediata della disciplina e si stabilisce che i progetti aziendali dovranno definire il modello organizzativo e individuare competenze e modalità per effettuare il percorso di cura (dalle modalità accettazione, dimissione, raccolta del consenso informato, alla tipologia del personale sanitario fino al rapporto con il medico di famiglia e la reperibilità dopo la dimissione). Le linee guida comprendono un elenco delle procedure chirurgiche da ese-



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN LIGURIA

Popolazione residente al 1.1.2003	1.572.197
Strutture	
Aziende USL	5
Aziende Ospedaliere	3
Ospedali a gestione diretta	10
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	3
Ospedali classificati	2
Istituti presidio della ASL	0
Casi di cura accreditate	2
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	7.375
di cui DH/DS	982
Posti letto privati accreditati	128
di cui DH/DS	0

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

guire in regime di ricovero diurno o day surgery. Il regolamento include anche un “Elenco delle procedure chirurgiche effettuabili in day surgery”, che viene poi aggiornato due volte:

- nel 2003 si definisce un nuovo elenco che riprende quello definito nell’Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 (DGR 7 marzo 2003, n. 245);
- nel 2004 si integra l’elenco con alcune prestazioni, in genere svolte in sede ambulatoriale, che si portano in ricovero diurno esclusivamente se rese in età pediatrica, considerata la particolarità dell’utenza e la necessità di tutelare le esigenze dei minori di 18 anni. È un breve elenco; si riportano alcuni esempi: codice 09.41 specillazione del punto lacrimale; codice 27.21 Biopsia del palato osseo (DGR 16 luglio 2004, n. 765).

In merito ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali necessari per poter avviare un programma di day surgery, la delibera specifica che possono effettuare il day surgery le strutture ospedaliere pubbliche e le case di cura private ove esistono le corrispondenti Unità Operative di competenza specialistica con degenza ordinaria. In alternativa l’attività di day surgery può essere svolta in altre strutture autonome, in possesso dei requisiti previsti nel regolamento, nonché di quelli per l’accreditamento e correlate con strutture ospedaliere o case di cura private attraverso contratti/accordi formalmente definiti per assicurare la continuità terapeutica e la gestione dell’eventuale emergenza.

Tali strutture devono distare di norma non più di un’ora dal domicilio, anche temporaneo, del paziente.

Per la struttura:

- vengono definite le Unità Operative che effettuano il Day Surgery;
- per ogni Unità Operativa viene formalmente individuato un referente per il Day Surgery;
- devono essere individuati i letti/poltrone per il Day Surgery e i posti letto a degenza ordinaria da disattivare. Il day surgery non è infatti un’at-

tività aggiuntiva bensì sostitutiva di parte della chirurgia in costanza ordinaria.

Ulteriori requisiti di qualità sono definiti dal “Manuale per l’accreditamento istituzionale”, approvato con DGR n. 1335 del 2001, che indica i Requisiti di qualità “strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi” richiesti per l’assistenza in day hospital e in day surgery, in seguito modificati parzialmente dalla DGR n. 1575 del 2003. Gli aspetti autorizzativi sono definiti dalla Legge Regionale 30-07-1999, n. 20 “Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati”, che recepisce il DPR 14 gennaio 1997. In seguito il Piano Socio-sanitario Regionale 2003-05, approvato con DCR n. 3 del 2004, definisce le modalità di riorganizzazione della rete ospedaliera, con un sistema di offerta graduato in relazione all’intensità assistenziale. Stabilisce, pertanto, la necessità di potenziare le attività di day surgery e ridurre i ricoveri ordinari dei DRG a bassa complessità, tra cui i 43 DRG dei LEA.

Il Piano richiama la definizione di “day surgery”, che può comprendere il pernottamento, e le finalità generali della stessa: attuare un modello assistenziale chirurgico di pari efficacia e maggiore efficienza rispetto a quello tradizionale, mantenendo la garanzia della continuità assistenziale, con riduzione delle complicanze legate all’ospedalizzazione prolungata e liberazione di risorse per i pazienti affetti da patologie più impegnative. Per ogni altro aspetto, il Piano rinvia ad apposite direttive regionali, quali le linee guida del 2001.

Il Piano definisce anche le modalità generali per il “riordino della rete ospedaliera”, al fine di “sviluppare una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cura, con un miglioramento significativo del livello tecnologico e un aumento dei punti di eccellenza, per potenziare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini liguri e ridurre la mobilità passiva verso Regioni limitrofe”.

In tale contesto il Piano fornisce indicazioni sul

“peso assistenziale” dei 492 DRG, distinti in relazione alla complessità: bassa, medio-bassa, media, medio-alta, alta. Il calcolo dei “pesi” è effettuato tramite il sistema “GOALS”, ossia “Gestione Organizzativa Aziende Liguri Sanitarie”. Nelle prestazioni a bassa complessità assistenziale vi sono due fasce:

- fascia 00, che comprende i DRG con peso $\leq 0,59$, individuati nell'elenco dei 43 DRG dei LEA che sono ad “altissimo” rischio di inappropriata se non trattati in regime di ricovero diurno o in forma ambulatoriale;
- fascia 0, che comprende i DRG dei LEA con peso superiore a 0,59, e l'insieme delle altre prestazioni di peso inferiore a 0,59, che sono ad “alto” rischio di inappropriata se non trattati in regime di ricovero diurno o in forma ambulatoriale.

Per queste due fasce, i Direttori generali delle Aziende Sanitarie devono ridurre i ricoveri ordinari nel triennio fino a raggiungere la soglia ritenuta fisiologica e anche “omogeneizzare” le riconversioni tra le strutture (tenendo conto che le Aziende Ospedaliere più complesse devono orientare la loro attività verso l'alta e altissima complessità).

Si tratta, pertanto, di sviluppare ulteriormente le azioni svolte negli anni 2001 e 2002, che hanno portato alla riconversione di ben 80.841 casi (rispetto ai dati 2001: 283.350 ricoveri ordinari per acuti complessivi, di cui 111.952 relativi alle fasce 00 e 0). L'obiettivo di Piano è diminuire i ricoveri ordinari di 10.939 casi per la fascia 00 sul totale di 32.614 e di 19.696 casi per la fascia 0 sul totale di 57.983.

Più in generale, il Piano stabilisce che i Direttori generali delle Aziende devono definire un piano per il miglioramento delle attività ospedaliere, in relazione al livello di complessità delle strutture, prevedendo anche il potenziamento delle attività di day surgery. Il Piano riporta la definizione (compresa la one day surgery) e indicazioni generali sul percorso e sulle finalità (“attuare un modello assistenziale chirurgico di pari efficacia

e maggiore efficienza rispetto a quello tradizionale, mantenendo la garanzia della continuità assistenziale, con riduzione delle complicità legate all'ospedalizzazione prolungata”). La regolamentazione delle attività è rinviata a specifiche indicazioni regionali.

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI (LEA)

Fino al 2001 la Regione applica alle attività di day surgery una remunerazione omnicomprensiva pari all'80% della tariffa prevista dal DM 30.06.1997 e una tariffa analoga è prevista, per lo meno in fase di prima applicazione, anche per la one day surgery. Questo sistema è previsto dalle Linee Guida regionali del 2001 e si applica a “tutti i DRG completamente inquadrabili in attività di day surgery e per i quali l'Azienda ha adempiuto ai provvedimenti riguardo all'istituzione della day surgery”, in particolare deve trattarsi di un vero e proprio ricovero, con posto letto dedicato e dimissione entro le ore 20.00 della stessa giornata o, se occorre il pernottamento, entro le ore 9.00 del giorno successivo.

Successivamente e fino al 2004 si rivaluta la tariffa fino al 100%: la DGR n. 379 del 2002 applica ai DRG “codificabili come Day Surgery in base alle linee guida regionali” la tariffa intera dei ricoveri ordinari superiori ad un giorno, di cui al DM Sanità 30.06.1997. Stessa tariffa si applica al day surgery con pernottamento.

Per i cosiddetti “day hospital chirurgici” che hanno un ambito orario più limitato rispetto al day surgery (al massimo fino alle ore 17.00 della stessa giornata) e non hanno posti letto, si applica la tariffa dell'80% rispetto al ricovero ordinario. Questa tariffa si applica anche ai ricoveri ordinari per DRG chirurgici della durata di un giorno.

Per i 43 DRG dei LEA e altri DRG considerati a maggior rischio di inappropriata, si applicano tariffe differenti in base al peso assistenziale:

- per i DRG LEA con peso uguale o inferiore a 0,59, le tariffe erano decrementate del 10,7%;
- per i DRG LEA con peso superiore a 0,59 e al-

tri DRG non LEA con peso fino a 0,59, le tariffe relative erano decrementate del 7,7% (con esclusione dei DRG 372 e 373, relativi al parto naturale).

Nella fase attuale, la DGR 1 febbraio 2005, n. 83 (che rimodula le tariffe delle prestazioni ospedaliere in attuazione della legge finanziaria 2005), applica ai DRG “codificabili come day surgery sulla base delle linee guida regionali (DGR 1097/2001)” la remunerazione pari al 90% delle relative tariffe in ricovero ordinario. Una tariffa che viene motivata dalla necessità di continuare ad incentivare tale attività, nonostante che dall’analisi dei costi di tale attività effettuata attraverso “GOAL” si sia potuto stabilire che i relativi costi sono nettamente più bassi rispetto a quelli in regime di ricovero ordinario.

Come già in precedenza, la DGR 83/05 stabilisce tariffe diverse per i DRG ad elevato rischio di inappropriata: prevede abbattimenti tariffari per i ricoveri ordinari relativi ai 43 DRG dei LEA e per altri DRG che risultino con peso assistenziale uguale o inferiore a 0,59 (peso assistenziale calcolato in base al sistema GOALS).

La Regione raggruppa questi DRG nelle fasce già previste dal Piano Socio-sanitario Regionale 2003-05: fascia 00 per i DRG dei LEA con peso uguale o inferiore a 0,59; fascia 0 per i DRG dei LEA che risultino con peso superiore a 0,59 e altri DRG non LEA con peso inferiore a 0,59.

Le fasce 00 e 0 dei DRG medici sono tariffate all’85% del costo calcolato tramite il sistema di analisi organizzativa “GOALS” e le fasce 00 chirurgici al 50% del costo calcolato tramite il sistema GOALS.

Per maggiore chiarezza si sintetizza quanto previsto, per i DRG chirurgici, dall’Allegato A della DGR n. 83/2005:

- Ricoveri in regime diurno, come norma generale:
- DRG chirurgici: le tariffe sono pari al 90% delle relative tariffe in regime di day surgery;
- DRG medici: le tariffe sono determinate dividendo il relativo costo calcolato attraverso il si-

stema GOAL, per i relativi accessi medi.

- Ricoveri Ordinari e Ricoveri in day surgery per i DRG inquadri nelle fasce 00 e 0:

- 1) Fascia 00 Chirurgici (DRG 006-040-041-158-163-364): le relative tariffe sono determinate pari al 50% del costo calcolato attraverso il sistema GOAL;
- 2) Fascia 00 Chirurgici DRG 039 “Interventi sul cristallino con e senza vitrectomia”, DRG 055 “Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola”, DRG 262 “Biopsia della mammella e asportazione locale non per neoplasie maligne”: le relative tariffe sono determinate pari al 55% dei costi calcolati attraverso il sistema GOAL;
- 3) Fascia 00 Chirurgico DRG 162 “Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 no CC”: la relativa tariffa è determinata pari al 75% del costo calcolato con il sistema GOAL;
- 4) Fascia 0 Chirurgici (DRG 042-232-267-270): le relative tariffe sono determinate pari al 60% del costo calcolato attraverso il sistema GOAL;
- 5) Fascia 0 Chirurgici DRG 119 “Legature e Stripping di vene”, DRG 503 “Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione” (corrispondente al DRG 222 “Interventi sul Ginocchio” nella precedente versione di classificazione ricoveri ospedalieri): le relative tariffe sono calcolate uguali ai costi determinati attraverso il sistema GOAL;
- 6) Fascia 0 Chirurgico DRG 160 “Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 no CC”: la relativa tariffa è determinata pari all’85% del costo calcolato con il sistema GOAL.

- Ricoveri 1 Die: le tariffe sono determinate uguali a quelle in ricovero in day hospital;
- Ricoveri outlier: le tariffe pro die sono pari al 50% della relativa tariffa in regime di ricovero ordinario divisa per la degenza media relativa.

TARIFE NUOVI DRG E DRG MODIFICATI CON L'INTRODUZIONE ICD-9-CM 2002

Con la DGR n. 1759 del 27.12.2005 la Regio-

ne ha introdotto, dal 1° gennaio 2005 la nuova classificazione ICD-9-CM 2002 e la nuova versione 19 del Grouper che apporta le seguenti modifiche: 15 DRG non sono più validi; 31 DRG sono introdotti ex novo; 13 DRG risultano modificati nella logica di attribuzione e/o nella loro descrizione e/o nel loro contenuto clinico.

La Regione, per determinare le tariffe sia dei DRG nuovi sia di quelli che risultano modificati con la nuova classificazione, nell'assenza di costi relativi, è stato effettuato uno studio sulle esperienze tariffarie attualmente in atto sul territorio nazionale.

In conclusione, si rileva che la Regione non ha fissato i valori soglia per ognuno dei 43 DRG dei LEA, mentre ha previsto diverse fasce di complessità assistenziale con pesi diversi, stabilendo abbattimenti generalizzati per tutti i DRG che hanno un peso uguale e inferiore a 0,59 (compresi nelle fasce 00 e 0, nelle forme sopra indicate).

La Regione specifica ulteriormente modalità e termini di applicazione delle normative tariffarie e di sviluppo delle attività di ricovero diurno nelle deliberazioni annuali che fissano gli obiettivi per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

I PRINCIPALI RIFERIMENTI

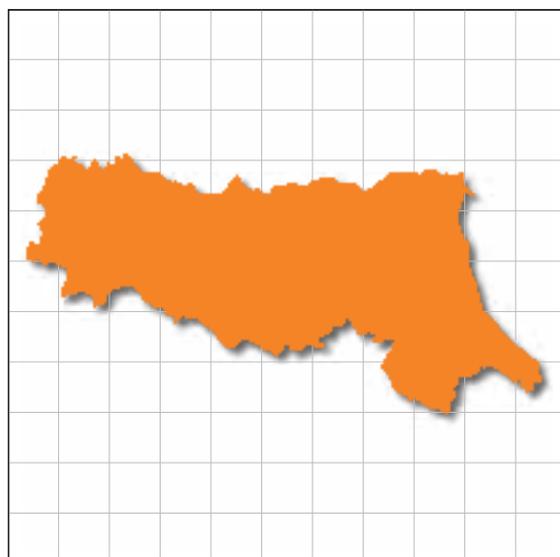
La Regione Emilia Romagna avvia negli anni '90 una serie di provvedimenti sulla ristrutturazione della rete ospedaliera, con disciplina dei dipartimenti ospedalieri e regolamentazione dell'attività di day hospital (linee guida del 1996). L'insieme delle norme porta alla costruzione di una rete ospedaliera integrata, sia in senso verticale, secondo il principio della progressività delle cure, sia in senso orizzontale, attraverso la differenziazione nelle competenze prevalenti. Inoltre propone un approccio organizzativo dipartimentale, come strumento di governo clinico, che si basa sull'attivazione di processi di miglioramento della qualità, su una corretta gestione del rischio clinico, una programmazione integrata delle attività e un utilizzo razionale e condiviso delle risorse.

Sul day hospital la Regione, in coerenza con la logica dipartimentale introdotta con la normativa sulla rete ospedaliera, suggerisce di adottare un modello di tipo trasversale che comprenda più

unità operative, vantaggioso anche dal punto di vista della gestione di personale e tecnologie.

Nel 1999, con delibera n. 1235, il Consiglio regionale adotta il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 che delinea le politiche per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, in relazione anche alla necessità clinica e assistenziale dei servizi, all'appropriatezza e alla tempestività degli interventi, alla rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei loro destinatari.

Il Piano individua, a tal fine, una serie di programmi speciali per il miglioramento della qualità dell'assistenza, innovazione e modernizzazione dei servizi offerti, tra i quali quello finalizzato all'avvio di un modello organizzativo fondamentale nell'ospedale, da sviluppare per le sue caratteristiche fondamentali di assicurare pari efficacia e maggiore appropriatezza degli interventi, uso più razionale delle risorse, ma soprattutto per garantire una più elevata rispondenza alle aspettative e alle richieste di salute dei cittadini (in termini di semplificazione di accesso e tempi di at-



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN EMILIA ROMAGNA

Popolazione residente al 1.1.2003	4.030.220
Strutture	
Aziende USL	13
Aziende Ospedaliere	5
Ospedali a gestione diretta	22
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	1
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	1
Case di cura accreditate	42
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	16.638
di cui DH/DS	1.926
Posti letto privati accreditati	4.783
di cui DH/DS	141

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

tesa più rapidi, riduzione del disagio legato all'ospedalizzazione, maggiore integrazione tra ospedale e territorio, creando una continuità tra domicilio e ospedale).

In attuazione delle indicazioni di Piano, la Giunta Regionale adotta, con DGR 559 del 2000, le Linee Guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery). Nei contenuti, le linee guida riprendono quanto disposto dalla Proposta ASSR del 1996, in termini di definizioni, modelli organizzativi, percorso di cura e gestione dell'intero processo in termini di qualità e sicurezza, elenco indicativo di prestazioni effettuabili in day surgery, con alcune particolarità: non viene ammesso il pernottamento e si attribuisce particolare attenzione alla gestione in qualità del processo, chiedendo alle Aziende Sanitarie di definire, con propri atti, l'offerta terapeutica e conseguentemente di pianificare le attività di day surgery al fine di potenziare le relative attività in modo corretto.

Per quanto riguarda la selezione dei pazienti da un punto di vista clinico, le Linee Guida regionali – come quelle di altre Regioni – fanno riferimento alla classificazione dell'American Society of Anesthesiology (ASA), indicando, di norma, una eleggibilità in day surgery dei pazienti in buone condizioni generali (classe I) e dei pazienti con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività o con affezioni mediche ben controllate dalla terapia (classe II).

Sui modelli organizzativi, la Regione attribuisce alle Aziende Sanitarie la scelta sulla tipologia che considera adeguata alle esigenze della popolazione, pur sottolineando la maggior efficacia della costituzione di Unità autonome di day surgery e dell'Unità operativa dedicata, mono o multidisciplinare e chiarendo che la semplice individuazione di posti letto dedicati all'interno di un'unità di degenza ordinaria non configura la funzione di day surgery, che invece richiede la riorganizzazione delle cure chirurgiche al fine di raggiungere gli obiettivi di uso razionale delle risorse e un servizio più adeguato ai bisogni dei citta-

dini. Le Linee Guida forniscono, inoltre, indicazioni per effettuare il day surgery in ambito dipartimentale.

Le strutture che svolgono attività di day surgery devono possedere requisiti strutturali e tecnologici (attrezzature e impianti) specifici. Oltre a quanto contenuto nel DPR 14/1/1997, la Regione individua requisiti minimi aggiuntivi nella deliberazione di Giunta Regionale n. 125 del 1999, con particolare riguardo alle sale operatorie, reparti di degenza e ambulatori. La stessa DGR 125/99 e le linee guida del 1998 aggiungono anche i requisiti organizzativi generali e specifici per esercitare attività di day surgery (gli aspetti organizzativi sono considerati fondamentali per una gestione in qualità e sicurezza dell'assistenza in day surgery).

Nell'anno 1998, la Regione individua "50 DRG da svolgere preferibilmente in regime diurno", ai quali viene riconosciuto un valore pari all'80% del corrispettivo DRG del ricovero ordinario, che è differenziato in tre diverse categorie, basate sulla complessità organizzativa degli ospedali presenti nella Regione. Dal 1999 aggiunge ulteriori 20 DRG, insieme ad altre disposizioni volte ad incrementare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

Questa esperienza, insieme ad altre maturate in sede internazionale e nazionale, danno l'avvio all'elenco dei "43 DRG potenzialmente inappropriati come sede erogativa" ora contenuto nel DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei LEA.

Costituisce un elemento di interesse anche il provvedimento (DGR 24 febbraio 2003, n. 262) che effettua un parziale aggiornamento del Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, inserendo diverse attività di chirurgia ambulatoriale, es. liberazione del tunnel carpale, facoemulsione e aspirazione della cataratta, e già nei mesi successivi alla pubblicazione, il 12% dei primi e il 20,3% dei secondi sono effettuati in regime ambulatoriale anziché in day surgery. Inoltre, la delibera ha modificato le tariffe dei settori

che maggiormente presentavano sofferenza in relazione al rapporto costi/remunerazione.

Infine, la DGR 28 giugno 2004, n. 1280 “Linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale per l’anno 2004” rileva che nell’anno 2003 sono stati fatti passi rilevanti riguardo la costruzione di percorsi integrati per dare risposta al problema clinico e non alla singola prestazione. La maggior parte delle Aziende ha attivato il Day-Service e, ai fini della deospedalizzazione, sono state adeguate le tariffe ed è stata sancita la possibilità di eseguire in regime ambulatoriale nuove metodiche diagnostiche e determinati tipi di interventi. L’adozione del regime ambulatoriale ha certamente contribuito alla riduzione del tasso di ospedalizzazione in day surgery.

NORME SULL’AUTORIZZAZIONE E L’ACCREDITAMENTO

Il principale riferimento è costituito dalla LR 12 ottobre 1998, n. 34: “Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale”. La legge recepisce il DPR 14 gennaio 1997, disciplina le procedure e prevede la successiva adozione di requisiti minimi integrativi.

In seguito viene approvato il “Manuale per l’utente” (con DGR 8 febbraio 1999, n. 125 “Primi provvedimenti applicativi della LR n. 34/1998”), che definisce i requisiti minimi integrativi rispetto a quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, per ogni tipologia di struttura (anche day hospital e day surgery). Per esercitare attività di day surgery, le strutture devono essere in possesso di requisiti strutturali e tecnologici (attrezzature e impianti) specifici, che si aggiungono a quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, con particolare riguardo alle sale operatorie, reparti di degenza e ambulatori. La delibera è poi revocata e sostituita dalla DGR 327/2004.

Vengono definiti anche i “requisiti generali e spe-

cifici per l’accreditamento delle strutture sanitarie dell’Emilia Romagna” (con DGR 1 marzo 2000, n. 594) e anche questa delibera è sostituita dalla recente DGR 327/2004.

La DGR 1 marzo 2000, n. 555, definisce le modalità e i termini per le autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie. Questa delibera viene confermata, nei contenuti, modalità, termini e procedure, dalla recente DGR 327/2004 “fino ad una eventuale diversa regolamentazione della materia”.

In materia di autorizzazioni e accreditamento il principale riferimento è ora costituito dalla DGR 23 febbraio 2004, n. 327, che reca: “Applicazione della LR n. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell’evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti”.

La delibera ridisciplina la materia autorizzazioni-accreditamento, tenendo conto del D.Lgs. 229/99 e della Riforma del titolo V della Costituzione, che amplia l’ambito dell’autonomia regionale in materia di organizzazione sanitaria. La delibera, in sintesi, semplifica il corpus dei requisiti generali di accreditamento (l’allegato 3 della delibera contiene i requisiti generali e specifici per l’accreditamento delle strutture sanitarie e per l’accreditamento dei professionisti); sposta gli aspetti di sicurezza del paziente nella fase autorizzativa e concentra i requisiti organizzativi nel processo di accreditamento. La delibera riguarda sia l’istituto dell’autorizzazione, per tutte le tipologie di strutture sanitarie e gli studi professionali ex art. 8-ter del D.Lgs. 502/92 e modificazioni, sia l’accreditamento delle strutture di degenza e revoca le norme precedenti: DGR n. 125 del 1999 e n. 594 del 2000.

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI

Di norma si applica alle prestazioni di ricovero diurno (day surgery e day hospital medico con più di tre accessi) una tariffa pari all’80% del cor-

rispondente DRG in regime ordinario di durata superiore ad un giorno (si veda, da ultimo, la DGR n. 2642/04).

La Regione prevede alcune eccezioni, in particolare:

- inserisce una tariffa unica per gli interventi di cataratta e tunnel carpale indipendentemente dal regime di erogazione (ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale), con l'eccezione degli ospedali di fascia A, dove si applica una tariffa leggermente più alta in quanto trattano una casistica più complessa (DGR 2582/02);

- per alcune prestazioni incentiva l'utilizzo del ricovero diurno, fissando l'abbattimento del 50% per lo svolgimento in ricovero ordinario.

Più in generale, la Regione classifica gli ospedali in due fasce, per gli aspetti tariffari, in relazione al ruolo nel territorio e alla loro complessità:

- fascia A, che comprende le Aziende Ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta a valenza provinciale e 4 case di cura private accreditate che erogano prestazioni di alta specialità;

- fascia B, che riguarda gli altri ospedali pubblici e le case di cura private accreditate.

Per ogni fascia viene stabilito il punto massimo del punto DRG secondo l'impostazione del DM 30.6.1997.

La più recente ridefinizione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere è fissata con DGR n. 2642/04, che indica le tariffe a valere dal 1.1.2004, con le seguenti modalità generali:

- per il ricovero ordinario, le tariffe sono incrementate del 3% ad eccezione delle tariffe di 51 DRG (individuati dalla DGR 1872/04 per la definizione delle soglie di appropriatezza di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/2001) e dei ricoveri medici di un giorno che restano pari a € 124,47 con alcune eccezioni;

- per il regime di day hospital: le tariffe sono differenziate a seconda dei DRG, e in particolare:
 - DRG Chirurgici e non Medici: 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri ordinari con durata della degenza superiore a 1 giorno;
 - DRG Medici: con 1,2,3 accessi con tariffa pa-

ri a € 124,47, mentre resta invariata quella con più di 3 accessi, con l'eccezione dei DRG 124, 125, 126, remunerati con una tariffa pari all'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni.

La delibera di definizione delle tariffe ospedaliere per l'anno 2005 è attualmente nella fase conclusiva dell'iter di approvazione.

Inoltre, nell'anno 2005 la Regione adotta la versione del 2002 della classificazione ICD9-CM e la versione 19° del Grouper quale sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate dalla Regione e prevede il successivo aggiornamento tariffario per i DRG modificati.

Per quanto riguarda i DRG "ad elevato rischio di inappropriatezza", va premesso che già dal 1998 la Regione individua un gruppo di DRG che è stato oggetto di una serie di disposizioni volte ad incrementare il livello di appropriatezza prevenendo, fra l'altro, specifici interventi tariffari.

Questo elenco comprende i 43 DRG ora previsti dall'Allegato 2C del DPCM 29.11.2001 sui LEA, integrato da ulteriori 20, che sono principalmente di tipo medico; per i DRG chirurgici, sono previsti gli stessi DRG con complicanze (DRG 157, 159, 161, 182, 269, 280).

Tra i recenti provvedimenti, la DGR 1492/02 "Piano degli obiettivi 2002 per le aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna" stabilisce: i Direttori Generali devono ridurre il tasso di ospedalizzazione standardizzato specifico per i ricoveri ordinari superiori ad un giorno relativi ai DRG medici e, separatamente, chirurgici dell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 (dato medio regionale: 12 per mille abitanti per i DRG medici e 4,5 per mille abitanti per i DRG chirurgici). Le principali disposizioni su questo gruppo di DRG (1492/02 e DGR 1872/04) possono essere così riassunte:

- riduzione del numero dei ricoveri ordinari per 27 DRG di tipo medico, oggetto di accordo con i MMG, con un decremento del 20% rispetto al dato 1997; dal 1999 i ricoveri eccedenti tale

numero subiscono un abbattimento tariffario scalare fino al 50%;

- applicazione, dal 1999, di forti incentivi tariffari per ricondurre 5 DRG chirurgici in day hospital (si applica, per il ricovero ordinario, un abbattimento tariffario del 50%) relativi a:

119 – legatura e stripping di vene

270 – altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza complicanze

342 – circoncisione età > 17

343 – circoncisione età < 18

364 – dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie maligne;

- introduzione dal 2002 di tariffe ambulatoriali pari a quelle previste per il ricovero in DH per

cataratta e tunnel carpale;

- definizione dal 1999 di un sistema di controlli esterno e interno che costituisce parte integrante del sistema tariffario e che include, fra l'altro, un elenco di 63 DRG a rischio di inappropriatazza (che comprende i 43 DRG dei LEA) e l'applicazione di abbattimenti tariffari per scoraggiare comportamenti opportunistici.

La Regione ha, inoltre, adottato, la versione del 2002 del sistema ICD-9-CM e la versione 19° del Grouper quale sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e ha, di conseguenza, determinato le tariffe per i DRG aggiuntivi.

REGIONE TOSCANA

IL CONTESTO E I PRINCIPALI RIFERIMENTI I PIANI E IL PERCORSO DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

La Regione è caratterizzata, da un punto di vista dell'organizzazione dei servizi ospedalieri, da una netta prevalenza delle strutture pubbliche, che coprono il 95% dell'offerta e da un ruolo limitato e ben integrato delle case di cura private accreditate, che operano su tetti predefiniti nell'ambito degli obiettivi di programmazione regionale. La Regione Toscana ha esperienze in materia di day surgery già dagli anni '80. La regolamentazione è più recente e può ricondursi ai provvedimenti sulla riorganizzazione della rete ospedaliera avviati nel 1994, che trovano una prima sistematizzazione con il Piano Sanitario Regionale 1996-1998.

La disciplina delle attività di day surgery è contenuta principalmente nelle norme sull'autorizzazione e sull'accREDITAMENTO.

In particolare, la DCR 26 luglio 1999, n. 221 disciplina modalità e requisiti minimi per l'auto-

rizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e dedica uno specifico allegato all'attività di day surgery. In questa sede si riprendono sostanzialmente i contenuti della Proposta ASSR del 1996, per quanto riguarda la definizione e i 3 modelli organizzativi. Si fissano inoltre i requisiti minimi specifici, con alcuni elementi aggiuntivi rispetto a quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 con particolare attenzione ai requisiti di tipo organizzativo (documentazione clinica, presenza costante del medico anestesista durante l'intervento, reperibilità medica per le 24 ore dopo la dimissione). Non vi sono riferimenti al "one day surgery".

L'anno successivo la Regione approva il "Manuale per l'accREDITAMENTO", con la DCR 1 febbraio 2000, n. 30, che fissa anche i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie che svolgono attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti.

I requisiti per le attività di day surgery (Lista C1.5) sono individuati in ragione dei differenti model-

LE CIFRE DELLA SANITÀ IN TOSCANA	
Popolazione residente al 1.1.2003	3.516.296
Strutture	
Aziende USL	12
Aziende Ospedaliere	4
Ospedali a gestione diretta	36
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	3
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Enti di Ricerca	1
Case di cura accreditate	28
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	14.504
di cui DH/DS	1.715
Posti letto privati accreditati	2.309
di cui DH/DS	192

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

li organizzativi: unità autonome di day surgery; unità operativa di degenza dedicata monospécialistica o plurispecialistica; posti letto dedicati all'interno di unità di degenza ordinaria. Tra i requisiti organizzativi si prevede:

- dotazione di personale rapportata al volume e tipologia delle attività;
- presenza, per l'intero orario di apertura delle attività, di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'attività, di un anestesista rianimatore e di una figura infermieristica, anche non dedicati;
- presenza dell'anestesista per tutta la durata dell'intervento se condotto con certe tecniche anestesologiche;
- cartella clinica del paziente che contenga tutte le informazioni, anche desumibili dalla scheda anestesologica.

Con questi provvedimenti si collega lo sviluppo del ricovero diurno ad un processo di qualità del sistema. Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (DCR 17 febbraio 1999, n. 41) opera un ulteriore passaggio, individuando specifici obiettivi per la razionalizzazione della rete ospedaliera, che implementa ulteriormente un percorso già avviato in precedenza di riconversione di diverse piccole strutture e creazione di centri ospedalieri di riferimento per la cittadinanza, utilizzando i fondi ex art. 20 L. 67 del 1988.

Nell'ambito di questa riorganizzazione, si prevede un più ampio utilizzo del ricovero diurno medico e chirurgico, tenendo conto dell'incremento già registrato negli anni 1996-1998 (si è osservata, in particolare, una corrispondenza tra crescita del day surgery e riduzione dei ricoveri ordinari di durata superiore ai 2 giorni).

Si prevede, inoltre, la necessità di regolamentare il "one day surgery" per portarvi una quota rilevante dei casi chirurgici trattati in ricovero ordinario. Per il triennio, l'obiettivo è rappresentato dall'esecuzione di almeno 20 ricoveri per mille abitanti in one day surgery, come "valore indice medio regionale di ospedalizzazione" e dal raggiungimento del 30% dei casi chirurgici in for-

ma di one day surgery rispetto al valore precedente del 15%.

I Piani più recenti, 2002-2004 e il recente Piano 2005-2007, partendo dai buoni risultati ottenuti sul contenimento del tasso di ospedalizzazione (pari, nel 2003, a 182,5 ricoveri ogni 1.000 abitanti) e sui processi di riorganizzazione della rete ospedaliera, prevedono il passaggio ad un'ulteriore fase di revisione dell'appropriatezza del ricovero.

A tal fine il Piano attribuisce alla Giunta Regionale il compito di produrre gli standard di distribuzione tra ricovero ordinario, day hospital/day surgery e attività ambulatoriale, per favorire il processo di de-ospedalizzazione.

Sulla base di queste indicazioni, la Regione ha avviato un processo di ottimizzazione del percorso assistenziale, anche indicando, per singolo DRG, lo standard di riferimento delle prestazioni eseguibili in day surgery. Lo standard viene calcolato mettendo a confronto quanto già svolto in day surgery dalle diverse Aziende Sanitarie e con un obiettivo di miglioramento progressivo.

L'APPROPRIATEZZA, I DRG CHIRURGICI DEI LEA E LE TARIFFE

Il vero cambiamento si ha nel 2002 quando, attraverso l'emanazione di diverse normative sull'appropriatezza, si decide un nuovo percorso.

La prima delibera è la DGR 18 marzo 2002, n. 268, con la quale si inseriscono nel Nomenclatore Tariffario della specialistica ambulatoriale una serie di prestazioni precedentemente erogate esclusivamente in regime di ricovero (es. cataratta, tunnel carpale, ecc.). Le Aziende USL si impegnano così a rivedere i contratti in essere con le strutture private accreditate al fine di individuare le modalità attuative di quanto previsto nella suddetta delibera, in ordine alla trasformazione in regime ambulatoriale delle prestazioni precedentemente erogate in regime di ricovero e alle modalità di remunerazione delle medesime.

Con la DGR 5 agosto 2002, n. 859 la Regione individua i valori soglia per i 43 DRG ad eleva-

to rischio di inappropriata ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001, con le seguenti modalità:

- per i DRG chirurgici, lo standard è individuato sulla base del valore di riferimento rappresentato dalla migliore performance realizzata in Regione nell'anno 2001 (tecnica del "benchmarking");
- per i DRG medici, lo standard indica per ogni Azienda la percentuale minima di riduzione dei ricoveri, attesa nel 2003; tale percentuale è differenziata per AUSL in base al tasso di occupazione per 1.000 ab. (anno 2001), per le AO si individua una percentuale "media", per le strutture private si applica quella attribuita all'AUSL nella quale sono ubicate. Viene altresì individuata la % minima di ricoveri da effettuare in regime diurno sulla base del valore di riferimento rappresentato dalla migliore performance realizzata nel 2001.

Con lo stesso atto, la Regione individua ulteriori DRG da trasferire in ricovero diurno e fissa i relativi valori soglia per i ricoveri ordinari:

59 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 = 5%;

60 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 = 5%;

266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere della pelle o cellulite no cc = 5%;

311 Interventi per via transuretrale no cc = 65%;

323 Calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni = 14%;

342 Circoncisione, età > 17 = 5%; 349 Ipertrofia prostatica benigna no cc = 6%; 3

50 Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile = 42%;

381 Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia = 6%.

I ricoveri ordinari che superano il valore soglia indicato, saranno remunerati come segue:

- DRG chirurgici: si applica la tariffa prevista per

il ricovero diurno per lo stesso DRG;

- DRG medici: si prevede una riduzione del 50% della tariffa per i ricoveri ordinari, del 90% della tariffa per i ricoveri diurni, del 70% della tariffa per i ricoveri di durata 0/1 giorno.

Per quanto riguarda le modalità di remunerazione dell'attività di day surgery, la DGR 15 aprile 2002, n. 372 individua due livelli tariffari a cui corrispondono due "valori punto DRG", oltre all'Area Vasta per alcune prestazioni di alta complessità:

Fascia A

valore punto DRG € 2.403,94

Presidi che operano in emergenza urgenza

Fascia B

valore punto DRG € 2.115,84

Presidi che operano in elezione programmata e case di cura

Area Vasta

Ai presidi che costituiscono punto di riferimento area vasta, in base a particolari funzioni operative ospedaliere a livello regionale, si riconosce un incremento tariffario del 3% sul 1° livello tariffario per i DRG di alta specialità (peso > 2,5).

Tali tariffe sono rideterminate con DGR 27 dicembre 2004, n. 1404 "Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 01/01/2005. Introduzione della versione italiana 2002 della "Internacional classification of disease - 9th revision - clinical modification" (ICD9CM) e della versione 19° del grouper HCFA".

Per i DRG chirurgici si mantiene la tariffa unica per i ricoveri ordinari e diurni.

Con questa delibera la Regione adotta anche la versione del 2002 della classificazione ICD-9-CM e la versione 19° del Grouper quale sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e determina le tariffe per i DRG aggiuntivi.

REGIONE UMBRIA

IL CONTESTO

E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

La Regione Umbria si pone tra le capofila nell'implementazione delle attività di day surgery, in particolare per l'esperienza sviluppata nell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni, che è stata una delle prime in Italia a istituire una "Unità di Day Surgery" di tipo multidisciplinare e ha permesso di dimostrare la fattibilità e la notevole accettazione, da parte degli operatori e degli utenti, di tale modello organizzativo.

La regolamentazione del day surgery risale alle norme sulla ristrutturazione della rete ospedaliera adottate dalla Regione negli anni '90, in particolare vanno citate la Delibera di Giunta regionale n. 682 del 15.11.1996 "Linee Guida per il riordino della rete ospedaliera" e la n. 311 del 3/2/1997, ancora sulla "Riorganizzazione della rete ospedaliera" nell'ambito delle quali la Regione sceglie, da una parte, di concentrare le attività di alta specializzazione su alcuni ospedali e, dall'altra, di promuovere lo sviluppo generale delle attività decentrabili, nelle

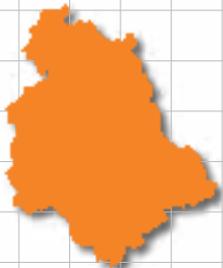
forme del day hospital e day surgery.

Per le attività con un alto grado di decentrabilità si fa riferimento alle procedure chirurgiche di day surgery (< 12 ore), "one day surgery" (>12 ore) e procedure programmate a ciclo breve "Week-Hospital" (> periodo di osservazione).

Interessante rilevare che si disciplinano unitariamente le diverse forme di chirurgia, mirando a migliorare la qualità delle prestazioni e a diversificare l'offerta, sempre tenendo presente la centralità del cittadino.

Si precisa che le Unità di degenza possono essere a carattere monospecialistico o multidisciplinare e l'attività può essere estesa a tutti i presidi ospedalieri della Regione, poiché è stato documentato che il 33% dell'attività chirurgica eseguita in ricovero ordinario può essere riconvertita in day surgery e contemporaneamente il 56,9% in chirurgia a ciclo breve (Week Hospital).

A questa delibera ne sono seguite altre, tra cui la n. 2988 del 1997 che reca, insieme a norme per la ristrutturazione della rete ospedaliera, anche le

	LE CIFRE DELLA SANITÀ IN UMBRIA	
	Popolazione residente al 1.1.2003	834.210
	Strutture	
	Aziende USL	4
	Aziende Ospedaliere	2
	Ospedali a gestione diretta	9
	Policlinici universitari	
	Istituti a carattere scientifico	
	Ospedali classificati	
	Istituti presidio della ASL	
	Case di cura accreditate	5
	Posti letto	
	Posti letto pubblici (totale)	3.294
	di cui DH/DS	502
	Posti letto privati accreditati	261
di cui DH/DS	27	
<small>Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003 Rilevazione ASSR – anno 2003</small>		

“Linee guida per l’organizzazione delle attività di day surgery”.

In questa sede si riprende la definizione del day surgery proposta dall’ASSR nel 1996, si individuano i 3 modelli organizzativi per il day surgery, prevedendo di incentivare – in alcune sedi ospedaliere della Regione – la realizzazione di strutture dedicate.

Sono definiti i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali per il day surgery, la lista degli interventi effettuabili in tale regime assistenziale, i criteri di selezione dei pazienti e gli indicatori di qualità.

Sono inclusi 3 elenchi, rispettivamente per: le procedure effettuabili in day surgery; le procedure effettuabili in ambulatorio; le procedure diagnostico-terapeutiche classificate tra i DRG medici aventi caratteristiche di invasività paragonabili a trattamenti chirurgici.

Di poco successiva, la Delibera 28 maggio 1997, n. 3270, fissa alcune tariffe in forma incentivante per lo sviluppo delle attività di day surgery per facilitare il processo di trasferimento degli interventi chirurgici dal ricovero ordinario al regime di day surgery, laddove possibile. Il rimborso delle prestazioni in day surgery è pari al 100% del DRG per le prestazioni in regime ordinario.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 effettua un importante passaggio, con una regolamentazione unitaria dell’attività chirurgica sia in sede ambulatoriale che ospedaliera, e mira a promuovere modelli innovativi e forme operative di lavoro più flessibili e vicine alle esigenze del cittadino nelle diverse forme (chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery). Il day surgery è individuato, in questo contesto, come un modello di assistenza chirurgica innovativo, in grado di conciliare efficienza nell’uso delle risorse, efficacia clinica e qualità, con rilevanti vantaggi di ordine sociale ed economico (abbrevia la permanenza in ospedale, aumenta il comfort del paziente, riduce il rischio di complicanze legate alla degenza ospedaliera, aumenta il grado di partecipazione consapevole del paziente a tutte le fasi del processo assistenziale e in generale contri-

buisce all’umanizzazione dell’assistenza).

Sulla stessa linea si pone il PSR 2003-05, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 314 del 23 luglio 2003, che dedica un capitolo all’obiettivo “Riorganizzare l’offerta ospedaliera chirurgica”, che impegna ulteriormente sia la Regione sia le Aziende e i singoli Dipartimenti di chirurgia ad applicare il day surgery, che deve entrare a pieno titolo nei programmi di attività dipartimentali in tutte le Aziende.

Gli obiettivi prioritari:

- applicare e sviluppare modelli organizzativi innovativi, in grado di migliorare l’efficienza operativa delle strutture, utilizzando il criterio della gradualità delle cure e dell’intensità assistenziale, che consente di diversificare il flusso dei pazienti chirurgici all’interno delle diverse modalità assistenziali: chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery, chirurgia in regime ordinario;
- effettuare in regime di day surgery almeno l’80% degli interventi individuati nella “lista delle procedure chirurgiche trasferibili”;
- sperimentare le potenzialità dell’organizzazione dipartimentale.

È poi previsto un riassetto organizzativo delle chirurgie, da effettuare nel triennio di Piano, che si basa sulla stima del fabbisogno di posti letto in ricovero ordinario e in day surgery effettuata sui dati di attività relativi all’anno 2000, tenendo conto di una serie di criteri, tra cui la quota di interventi trasferibili in day surgery, la stima dei ricoveri appropriati secondo il principio sancito dai LEA, ponendo come obiettivo un indice di trasferimento dell’80%. La stima del fabbisogno di posti letto chirurgici è indicata per singolo presidio ospedaliero e per singola disciplina chirurgica.

Tenendo conto del fabbisogno e delle stime di interventi ci si basa su una differenziazione dell’offerta chirurgica in 4 tipologie assistenziali: chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery, chirurgia in regime ordinario.

Per migliorare l’appropriatezza nell’uso delle risorse, il Piano prevede un’ampia riorganizzazione dell’offerta chirurgica, secondo il criterio del-

la gradualità delle cure e dell'intensità terapeutica. Differenzia, pertanto, l'offerta chirurgica in 4 modalità di erogazione:

- **chirurgia ambulatoriale** – per favorire lo sviluppo si prevede la revisione del Nomenclatore tariffario regionale (con adeguamento delle tariffe, indicazione delle procedure realmente effettuabili ambulatorialmente, definizione dei requisiti minimi per l'autorizzazione e dei requisiti ulteriori per l'accreditamento);
- **day surgery** – il Piano riporta la definizione e i modelli organizzativi contenuti nell'Accordo Stato-Regioni del 1° Agosto 2002 (precisa che i diversi modelli organizzativi possono coesistere nell'ambito di una stessa Azienda). Ribadisce la scelta di prevedere la possibilità del pernottamento per trasferire in day surgery atti chirurgici più complessi o interventi gravati da una significativa incidenza di complicanze o ancora favorire i pazienti con residenza lontana o con problemi di ordine socio-familiare. Per favorire le attività, si riconosce il 100% della tariffa ordinaria, per i DRG trattati in day surgery e in one day surgery. Viene garantita la netta separazione dei flussi e le risorse necessarie al corretto funzionamento delle strutture, in particolare un numero di sale operatorie correlato con i posti letto. Occorre, inoltre, formalizzare i modelli organizzativi con la definizione dei diversi ruoli e responsabilità;
- **week surgery** (ricovero breve, quando è opportuna un'osservazione post-operatoria superiore alle 24 ore e di norma non oltre le 72 ore, in regime di ricovero ordinario) – il modello presenta notevoli analogie con il day surgery negli aspetti organizzativi e potrebbe essere una soluzione ottimale per tutte le unità operative di oculistica, per alcune unità operative di otorinolaringoiatria, per le unità operative di chirurgia generale con elevato indice di trasferibilità collocate negli ospedali e non ricomprese nella rete dell'emergenza;
- **chirurgia in ricovero ordinario** – è riservata ai casi che necessitano di un'osservazione postoperatoria superiore ai 4 giorni e attivata solo nei pre-

sidi ricompresi nella rete dell'emergenza. Questa chirurgia dovrebbe farsi carico di garantire la continuità assistenziale nell'arco dell'intera settimana e la gestione delle urgenze chirurgiche.

IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

La Regione ha definito dal 2002 le procedure e i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni applicando anche al day surgery i requisiti minimi previsti dal DPR 14 gennaio 1997 e fissando alcuni requisiti aggiuntivi con riferimento alle linee guida regionali di cui alla DGR n. 2988 del 1997.

La principale normativa di riferimento è il Regolamento reg. 25-02-2002, n. 2 "Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie".

Indica le competenze e le procedure per il rilascio delle autorizzazioni. Sui requisiti minimi, si fa riferimento a quelli previsti dal DPR 14.1.1997, che trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture o di ampliamento e trasformazione di quelle già esistenti, mentre è concesso un termine di 2 anni dall'entrata in vigore della legge n. 3/98 per l'adeguamento delle strutture già autorizzate e in esercizio (tali termini sono stati in seguito prorogati).

Per quanto riguarda l'accreditamento la Regione ha fissato le competenze, le procedure e le modalità di verifica con il Regolamento reg. 31-07-2002, n. 3, mentre i requisiti ulteriori, generali e specifici per le diverse tipologie di strutture sono in fase di redazione.

LE NORME SUI CONTROLLI, SUI LEA E SULLE TARIFFE

I principi generali sulla remunerazione tariffaria dei ricoveri ospedalieri in day surgery vengono stabiliti già dal 1997, nell'ambito del provvedimento sulla riorganizzazione della rete ospedaliera e linee guida per l'organizzazione delle attività di day surgery, approvato con DGR 9-04-1997, n. 2088. In questa sede si prevede:

- ciascun trattamento completo in regime di day

surgery classificato con il sistema dei DRG sarà remunerato con un corrispettivo omnicomprendente pari al 100% di quello riconosciuto per l'analogo DRG dei ricoveri ospedalieri ordinari;

- i DRG nei quali confluiscono procedure di maggiore o minore complessità (day surgery e grande chirurgia ambulatoriale) classificati con il sistema dei DRG vengono valutati ad un livello che tiene conto del costo medio dell'intervento, degli oneri diretti connessi alla degenza e di quelli generali;
- gli interventi chirurgici classificabili come piccola chirurgia ambulatoriale saranno remunerati con un corrispettivo pari alle tariffe relative alle prestazioni ambulatoriali;
- alle Aziende Sanitarie che hanno attivato il meccanismo di riorganizzazione individuando aree di degenza esclusivamente dedicate all'assistenza a ciclo diurno aventi un impegno operativo per 5 giorni alla settimana in fase di accreditamento, viene destinato un apposito finanziamento regionale utile per la realizzazione del progetto nell'ambito dell'esercizio finanziario 1997 fino al massimo del 70 per cento dell'onere complessivo previsto;
- è specificato che il numero delle prestazioni effettuate in day surgery non contribuisce al calcolo del volume oltre il quale si applica la tariffa regressiva per la singola Azienda.

La successiva DGR 30 ottobre 2002, n. 1502, aggiorna il tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in regime di ricovero di cui alla DGR n. 3270 del 28/05/1997, in base alla quale ogni struttura pubblica o privata aveva un budget relativo al fatturato 1999. Rispettando tale budget, le prestazioni sono remunerate secondo la tariffa regionale, altrimenti si determinano tre livelli tariffari:

- livello I: se le prestazioni non superano il fatturato 1999, si riconosce la tariffa del DM Sanità 30/06/1997 ridotta del 10%;
- livello II: se le prestazioni superano fino al 10% il fatturato 1999, si riconosce la tariffa stabilita in sede di negoziazione con un abbattimento del 50%;

- livello III: per le prestazioni che superano il 10% del fatturato 1999, si riconosce la tariffa stabilita in sede di negoziazione con un abbattimento del 90%.

I limiti suddetti possono essere modificati attraverso la contrattazione, pur nel rispetto del tetto complessivo concernente il riparto tra le USL del FSR. Le modifiche apportate alla DGR n. 1502 del 30/10/2002 sono:

Ricoveri con degenza > 1 giorno ed < = al valore soglia

DRG con peso > = 2,5 (tranne il DRG 481)

aumento del 15%

DRG 112, 118, 405

aumento del 15%

DRG 005, 478, 489, 490

aumento del 15%

DRG 481

aumento del 20%

DRG chirurgici dei LEA

abbattimento del 20%

DRG medici dei LEA

abbattimento del 40%

DRG con casi di urgenza, nell'archivio regionale, superiore al 65%

abbattimento del 20%.

Con tale delibera la Regione stabilisce, inoltre, che i valori soglia dei 43 DRG dei LEA sono individuati con il metodo PRUO – APPRO.

Per la remunerazione per i "Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia" si stabilisce che per tali DRG la Regione ha previsto un differenziato abbattimento delle tariffe: per i DRG chirurgici l'abbattimento previsto è del 20% mentre per i DRG medici l'abbattimento previsto è del 40%, esclusi quei DRG medici che presentano nell'archivio regionale una % di casi in urgenza superiore al 65%, per i quali l'abbattimento è stato ridotto del 20%.

La Regione ha, inoltre, adottato la versione del 2002 del sistema ICD-9- CM e la versione 19° del Grouper quale sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e ha, di conseguenza, determinato le tariffe per i DRG aggiuntivi.

REGIONE MARCHE

IL CONTESTO

E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

La Regione Marche ha un contesto abbastanza particolare, caratterizzato da dimensioni limitate (quasi 1.500.000 abitanti), un elevato tasso di popolazione anziana, un rilevante numero di strutture ospedaliere pubbliche e una presenza contenuta di case di cura private, che determinano un impatto economico di pochi milioni di euro ogni anno. La vicinanza di Regioni come Emilia Romagna e Toscana determina, inoltre, un significativo problema di mobilità da parte dei cittadini, rendendo più complessa la programmazione regionale del fabbisogno e dell'offerta ospedaliera.

Una Regione relativamente piccola, in cui la Regione, affiancata dal 1997 dall'Agenzia sanitaria regionale, assume un ruolo incisivo di governo e di controllo sull'insieme delle strutture sanitarie.

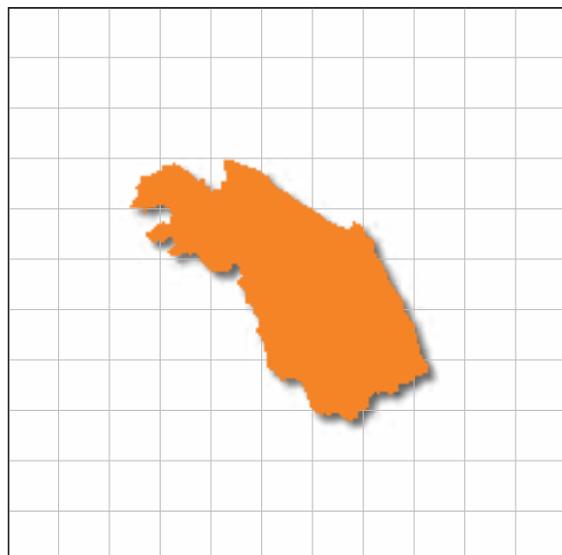
In questa fase la Regione è impegnata in un ampio processo di riorganizzazione del servizio sa-

nitario, avviato con la LR 20.06.2003, n. 13, che costituisce un'unica Azienda USL nella Regione, denominata ASUR, che nasce per fusione e incorporazione delle precedenti 13 Aziende USL (queste diventano "zone territoriali"), a cui si affiancano due Aziende Ospedaliere: l'AO "Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi" e l'AO "San Salvatore" di Pesaro (con accorpamento delle 4 AO preesistenti).

Le norme principali sul day surgery sono contenute nella DGR 27 marzo 2002, n. 605: "Sviluppo e organizzazione delle attività di day surgery nella regione Marche", nei provvedimenti regionali sul sistema di autorizzazione e accreditamento e nel PSR 2003-05.

I PRINCIPALI PASSAGGI

Nel 1999 la Regione emana un primo atto di indirizzo e coordinamento per definire le modalità di organizzazione e svolgimento delle attività di ricovero diurno, day hospital e day surgery, indicando i percorsi di accesso per tale attività, la



LE CIFRE DELLA SANITÀ NELLE MARCHE

Popolazione residente al 1.1.2003	1.484.601
Strutture	
Aziende USL	13
Aziende Ospedaliere	4
Ospedali a gestione diretta	30
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	3
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Case di cura accreditate	14
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	6.013
di cui DH/DS	694
Posti letto privati accreditati	956
di cui DH/DS	47

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003
Rilevazione ASSR – anno 2003

prestazione vera e propria, i controlli post-operatori (DGR 2 agosto 1999, n. 2026). Si prevede che il day surgery possa essere svolto esclusivamente nelle strutture ospedaliere capaci di garantire la possibilità di pernottamento in un reparto chirurgico. In parziale deroga a questo principio, si consente anche ai poli ospedalieri che avessero perso con il tempo la funzione chirurgica a ciclo ordinario, di mantenere un'attività in regime di day surgery attraverso unità operative autonome.

Nel 2002 la Regione adotta un provvedimento su "Sviluppo e organizzazione delle attività di day surgery nella Regione Marche" (DGR 27.3.2002, n. 605), che recepisce le indicazioni della Commissione ministeriale istituita con DM 12 settembre 2000 e in particolare:

- indica i 3 modelli organizzativi (presidi autonomi, unità dedicate negli ospedali, posti letto dedicati in reparti generali);
- recepisce i nuovi elenchi delle prestazioni eseguibili in day surgery e in Chirurgia ambulatoriale indicati dalla Commissione Ministeriale;
- approva un documento per attivare una "Sperimentazione delle attività di day surgery in Free standing off campus: unità autonome pubbliche o private esterne all'ospedale", considerato che il presidio autonomo rappresenta la vera "novità" nell'ambito della chirurgia di giorno. La sperimentazione è triennale, riguarda limitate strutture (3 posti letto di day surgery presso la Società Palmatea di Fermo e 3 posti letto alla Società Salus Metauro di Pesaro) ed è in seguito decaduta per mancanza di adesione.

La delibera stabilisce, inoltre, i risultati attesi dallo sviluppo del day surgery:

- la riduzione progressiva nel triennio e tendenziale azzeramento delle degenze preoperatorie riferite a interventi chirurgici eseguiti in elezione, come conseguenza dell'attività programmata;
- l'esecuzione entro un anno di almeno il 70% degli interventi individuati nell'elenco delle prestazioni eseguibili in day surgery;
- l'ottimizzazione dell'indice di operatività della

degenza ordinaria raggiungendo entro un anno il 70%.

Successivamente il PSR 2003-2005 indica un obiettivo ambizioso: la Regione Marche intende posizionarsi entro le prime 5 Regioni ad alto utilizzo della day surgery; trasferire in day surgery almeno l'80% dei DRG chirurgici definiti "ad alto rischio di inappropriatezza" dal decreto sui LEA; ridurre conseguentemente i posti letto di area chirurgica in ricovero ordinario; trasferire le attività di chirurgia complessa e di urgenza nei soli ospedali di rete e nelle AO; riorganizzare le alte specialità secondo il modello "hub and spoke", che prevede il collegamento tra una sede regionale di riferimento e più sedi ospedaliere periferiche che svolgono attività collegate. Prevede, inoltre, la revisione della regolamentazione delle attività chirurgiche, di day surgery e ambulatoriale.

Questi interventi rientrano nel più ampio obiettivo del PSR di creare una "rete ospedaliera integrata, flessibile e di eccellenza", articolati in una serie imponente di obiettivi miranti alla "reingegnerizzazione" degli ospedali.

IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Il sistema ha un riferimento generale nella LR n. 20 del 2000, che definisce le procedure e le modalità generali per le autorizzazioni e per l'accreditamento, in attuazione del D.Lgs. 229/99, rinviando a successivi provvedimenti di Giunta Regionale la definizione dei necessari requisiti.

In attuazione di tale legge, la DGR 24 ottobre 2000, n. 2200 approva il "Manuale di autorizzazione" per l'esercizio delle attività sanitarie e definisce i requisiti minimi per il day hospital (Lista C1.4) e per il day surgery (Lista C1.5). Il provvedimento fornisce la definizione di day surgery e prevede che possa essere svolta solo dalle strutture ospedaliere che possono garantire la possibilità di pernottamento per una notte in reparto, con l'eccezione già prevista dalla DGR 2026 del

1999. I requisiti minimi previsti coincidono sostanzialmente con quelli fissati dal DPR 14 gennaio 1997.

Con DGR 10 luglio 2001 n. 1579 viene aggiunto al “Manuale di autorizzazione” del 2000 un elenco di prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale. È previsto, inoltre, che gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, che di norma non sono soggetti ad autorizzazione, possono esserlo qualora negli stessi vengano erogate prestazioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, al di fuori di quanto previsto dalla convenzione che ne regola le attività.

La DGR 31 luglio 2001, n. 1889 approva il “Manuale di accreditamento” delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della Regione Marche, definendo anche i requisiti generali per le attività svolte in regime di day surgery.

Il Manuale definisce un sistema articolato di requisiti, che indica tre possibili livelli di qualità per ogni requisito e prevede 5 tipologie di accreditamento in ordine ai livelli raggiunti, cui corrispondono tariffe differenziate.

In particolare ad ogni requisito è attribuito un livello di qualità che può essere: essenziale (A), intermedio (B) e di eccellenza (C). Soddisfatti i requisiti di tipo A, che sono necessari per accedere all'accreditamento istituzionale, si valuta il possesso dei requisiti di tipo B e C, per poter consentire la classificazione delle strutture rispetto alla qualità. Le strutture accreditate possono essere classificate in 5 diverse categorie, iniziando dalla classe 1 – accreditamento di base, proseguendo con quattro livelli intermedi con crescente presenza di requisiti di eccellenza, fino alla classe 5, in presenza del 100% dei requisiti di base, intermedi e di eccellenza..

Il sistema di autorizzazione e accreditamento è in fase di attuazione, ma trova notevoli ostacoli nel reperimento delle risorse per la messa a norma delle strutture pubbliche, che diviene prioritario considerando che il sistema prevede un percorso

parallelo di accreditamento sia per le strutture pubbliche sia per quelle private.

I CONTROLLI, I DRG DEI LEA, LE TARIFFE

In un sistema sanitario caratterizzato da un incisivo governo regionale, la normativa tariffaria costituisce uno strumento importante di orientamento delle scelte programmatiche. La Regione ha adottato nel tempo diversi provvedimenti, a partire dalla DGR n. 908 del 1995 che recepisce le tariffe ministeriali fissate con DM 14 dicembre 1994, applicando un abbattimento indifferenziato del 20% .

La successiva DGR 25 gennaio 1999, n. 125 introduce un sistema tariffario differenziato per tipologia di prestazioni, identificando tre classi di prestazioni:

- Classe 1: DRG ritenuti complessi ed erogati quasi esclusivamente da centri specialistici a valenza regionale (tariffa di cui al DM 30 giugno 1997);
- Classe 2: DRG non compresi nelle altre classi (tariffa di cui al DM 30 giugno 1997, abbattuta del 16%);
- Classe 3: DRG a bassa specificità, comprendenti diagnosi disomogenee e poco definite (tariffa di cui al DM 30 giugno 1997, abbattuta del 20%).

La DGR prevede, inoltre, dei meccanismi di incentivazione delle prestazioni in day surgery.

La DGR 23 dicembre 2002, n. 2265 revisiona sensibilmente il sistema tariffario, prevedendo una differenziazione delle tariffe non solo in base alla tipologia di prestazione erogata (individuando ben 10 diverse classi di prestazioni), ma anche in base alle diverse caratteristiche dei produttori, in quanto il peso della complessità organizzativa comporta differenti costi di produzione.

Le strutture sono distinte in due classi:

- Classe A: Aziende Ospedaliere, INRCA di Ancona, ospedali di rete (19 stabilimenti);
- Classe B: case di cura private, INRCA di Fermo e poli ospedalieri (33 stabilimenti).

Le tariffe sono comprensive:

- di tutti gli oneri sostenuti dall'Azienda di dimissione per il trattamento del caso, salvo specifiche indicazioni di provvedimenti regionali;
- degli oneri sostenuti a carico del SSN per le prestazioni ambulatoriali strettamente connesse al ricovero erogate precedentemente e successivamente al ricovero stesso.

Sono stati introdotti due nuovi DRG sulla colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare: il DRG 493 – intervento con complicazioni, e il DRG 494 – intervento senza complicazioni, il cui valore dei ricoveri ordinari e dei ricoveri di un giorno è pari ai valori dei corrispondenti DRG 197 e 198.

Di conseguenza, il sistema di remunerazione delle prestazioni è stato modificato secondo le seguenti tabelle.

Con la DGR 16 luglio 2002, n. 1323, sono individuati i valori soglia per i 43 DRG ricompresi

nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001, come obiettivo da raggiungere nel 2002. Impegna, inoltre, la Regione (Dipartimento dei servizi alla persona e alla collettività) ad adottare tutti gli adempimenti necessari per intensificare i processi di cambiamento organizzativo; a implementare un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza, efficacia e costo delle prestazioni; a sviluppare un sistema di informazione diretto agli amministratori, agli operatori e agli utenti allo scopo di garantire l'uniformità delle prestazioni e le migliori opportunità e condizioni di accesso sull'intero territorio regionale.

Il provvedimento specifica, inoltre, che la tariffa a carico degli utenti, per tutte le prestazioni escluse dai LEA, erogate nelle strutture pubbliche, sia determinata dalle rispettive Aziende con riferimento ai costi effettivi sostenuti per l'erogazione delle singole prestazioni.

TABELLA 1 - Regime di ricovero in day hospital o di ricovero ordinario di 1 giorno

Tipologia DRG	Strutture di classe A	Strutture di classe B
DRG chirurgici con peso $\geq 2,5$	80% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari	80% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari
DRG medici con peso $\geq 2,5$	+20% tariffa nazionale day hospital	Tariffa nazionale day hospital
DRG chirurgici con peso $< 2,5$	80% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari	80% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari
DRG medici con peso $< 2,5$	+15% tariffa nazionale day hospital	Tariffa nazionale day hospital
DRG LEA medici	Tariffa nazionale day hospital	Tariffa nazionale day hospital
DRG LEA chirurgici	90% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari	90% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari
Altri DRG compresi nell'elenco degli eventi sentinella della mobilità interregionale	Tariffa nazionale day hospital	Tariffa nazionale day hospital
Restanti DRG chirurgici	80% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari	80% nuova tariffa regionale ricoveri ordinari
Restanti DRG medici	Tariffa nazionale day hospital	Tariffa nazionale day hospital
DRG 410 e 492	+5% tariffa nazionale day hospital	Tariffa nazionale day hospital
DRG 436 e 437	+10% tariffa nazionale day hospital	+10% tariffa nazionale day hospital

TABELLA 2 - Regime di ricovero ordinario

Tipologia DRG	Strutture di classe A	Strutture di classe B
DRG chirurgici con peso $\geq 2,5$	+25% tariffa nazionale	Tariffa nazionale
DRG chirurgici con peso $< 2,5$	+20% tariffa nazionale	+10% tariffa nazionale
DRG medici con peso $< 2,5$	+20% tariffa nazionale	Tariffa nazionale
DRG LEA medici	-10% tariffa nazionale	-20% tariffa nazionale
DRG LEA chirurgici	-10% tariffa nazionale	Tariffa nazionale
Altri DRG compresi nell'elenco degli eventi sentinella della mobilità interregionale	Tariffa nazionale	Tariffa nazionale
Restanti DRG chirurgici	+10% tariffa nazionale	+10% tariffa nazionale
Restanti DRG medici	+10% tariffa nazionale	Tariffa nazionale
DRG 410 e 492	+10% tariffa nazionale	-10% tariffa nazionale
DRG 436 e 437	+10% tariffa nazionale	+10% tariffa nazionale

REGIONE LAZIO

LE INDICAZIONI PRINCIPALI: IL PIANO SANITARIO REGIONALE E LE LINEE GUIDA DEL 2005

La Regione Lazio è caratterizzata da un'elevata presenza di strutture ospedaliere sia pubbliche sia private accreditate, che hanno esperienze molto diverse anche sulla chirurgia di giorno, alcune avviate già dagli anni '90 e molto avanzate e altre ancora in fase di avvio.

Per quanto riguarda gli aspetti normativi, fino all'anno 2001 i riferimenti specifici al day surgery erano scarsi, per lo più contenuti nelle deliberazioni di Giunta Regionale sulle tariffe per le prestazioni ospedaliere o in provvedimenti di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Il PSR 2002-04 costituisce un riferimento importante, in quanto indica con chiarezza la necessità di modificare il ruolo dell'ospedale, utilizzando le diverse modalità assistenziali articolate per livelli di intensità, dal ricovero ordinario, al DH/DS, al day service.

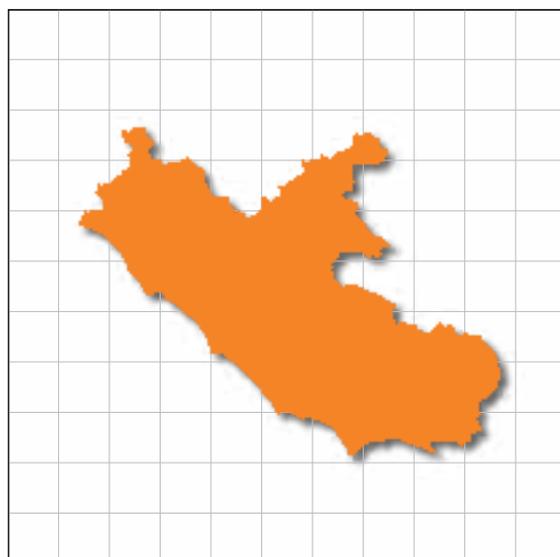
Nel progetto sulla "Evoluzione dell'ospedale per

acuti", il Piano fissa due obiettivi specifici per il day surgery:

- trasformare il 20% dei posti letto chirurgici ordinari in day surgery entro l'anno 2004 (la ASL dovrà determinare le discipline e i posti letto ordinari da riconvertire in day surgery);
- definire opportuni incentivi tariffari e modelli regionali per lo sviluppo del day surgery (compito affidato alla Regione con il supporto dell'Agencia di Sanità Pubblica).

Il Piano rafforza questi obiettivi richiamando le esperienze di altri Paesi che dimostrano la possibilità di prevedere il progressivo trasferimento di gran parte della chirurgia di elezione in day surgery. Riprende, inoltre, alcune indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002, tra cui la definizione di day surgery, compresa la possibilità del pernottamento, le 3 tipologie di modelli organizzativi e i requisiti indicati dall'Accordo.

Per quanto riguarda altre modalità assistenziali, il Piano indica precisi obiettivi per la sicurezza de-



LE CIFRE DELLA SANITÀ NEL LAZIO

Popolazione residente al 1.1.2003	5.145.805
Strutture	
Aziende USL	12
Aziende Ospedaliere	5
Ospedali a gestione diretta	52
Policlinici universitari	3
Istituti a carattere scientifico	7
Ospedali classificati	8
Istituti presidio della ASL	2
Case di cura accreditate	84
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	21.205
di cui DH/DS	2.926
Posti letto privati accreditati	9.306
di cui DH/DS	448

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

gli ambulatori chirurgici ospedalieri (verifica dell'adeguamento degli ambulatori ai requisiti fissati dalle norme regionali), per l'appropriatezza dei day hospital medici (aggiornare la lista delle prestazioni effettuabili in DH; definire i criteri di appropriatezza delle prestazioni in relazione alle evidenze disponibili), nonché per la realizzazione in day service di "pacchetti" di prestazioni ambulatoriali complesse.

In attuazione degli obiettivi di Piano, nell'anno 2002 la Regione costituisce un gruppo di lavoro, formato da funzionari regionali e dell'Agenzia di Sanità Pubblica, operatori delle Aziende ed esperti della materia, con il compito di analizzare le linee guida ministeriali e predisporre le integrazioni necessarie sulle procedure organizzative, a maggior garanzia dell'utenza e in coerenza con la realtà ospedaliera regionale (Determinazione dirigenziale n. 594 del 24.07.2002).

Il documento conclusivo di questo lavoro, ampiamente concordato e sottoposto anche alla verifica delle società scientifiche, è stato recentemente recepito dalla Regione, con la DGR n. 423 del 25 marzo 2005 di approvazione delle "Linee guida per la regolamentazione delle attività chirurgiche effettuabili in regime di ricovero diurno (Day surgery)".

Con questo provvedimento, la Regione ha per la prima volta un quadro organico di riferimento per lo sviluppo delle attività di chirurgia di giorno.

Le Linee Guida precisano il percorso assistenziale, gli aspetti medico legali, i rapporti con i medici prescrittori, forniscono indicazioni di carattere organizzativo e strutturale e, infine, prevedono modalità di monitoraggio e valutazione di qualità. Non comprendono, invece, l'elenco delle attività effettuabili in day surgery, preferendo adottare una modalità più flessibile: le Linee Guida conferiscono ad un organismo tecnico-scientifico, l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) del Lazio, il mandato di produrre l'elenco e di aggiornarlo annualmente, senza individuare particolari formalità di approvazione.

Sugli aspetti organizzativi, le Linee Guida ribadiscono che il day surgery non è da considerarsi aggiuntivo, bensì sostitutivo della degenza ordinaria, con riconversione di due posti letto ordinari per ogni posto letto di day surgery da attivare. I modelli organizzativi identificati sono, sostanzialmente, quelli previsti a livello nazionale, con una priorità alla "Unità integrata polispecialistica di Day Surgery", dotata di sale operatorie dedicate, spazi autonomi di degenza e di ambulatori, in quanto rispondente in modo più adeguato a criteri di efficienza, appropriatezza ed economicità. Per coprire particolari necessità di ricoveri che richiedano un pernottamento programmato (one day surgery), le Aziende Sanitarie devono avvalersi del ricovero di un giorno in regime di degenza ordinaria. L'intervento in DS con pernottamento programmato va evidenziato specificamente (codice 4) nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Nei casi, invece, di ricovero ordinario per complicanza, si chiude la SDO e si riporta un diverso codice, per evidenziare il trasferimento in altro regime assistenziale.

Le linee guida si soffermano, poi, con particolare attenzione sulle modalità di monitoraggio, individuando non solo indicatori di attività, ma anche di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate. Si vuole in questo modo enfatizzare una scelta regionale che si orienta sul day surgery per gli aspetti qualitativi e non solo di costo, ossia per offrire ai cittadini una modalità capace di coniugare un elevato livello clinico con una migliore soddisfazione della persona.

Ecco gli indicatori di qualità definiti:

- per la fase di selezione: rapporto cancellati/attesi; rapporto non venuti/attesi; rapporto rioperati/operati;
- per la fase della dimissione: rapporto ricoverati/operati; rapporto dimessi oltre le 6 ore/pazienti operati;
- per il monitoraggio complessivo delle attività: ricoveri in DS con meno di 3 accessi/totale interventi eseguiti; interventi eseguiti in regime ordinario (almeno 2 notti di degenza)/totale in-

terventi eseguiti; interventi eseguiti con pernottamento programmato (ordinari di 1 giorno)/totale interventi eseguiti.

Le norme sull'autorizzazione e sull'accreditamento sugli aspetti di autorizzazione e accreditamento, la normativa è ancora generale; più precisamente è stata emanata una legge quadro, la LR n. 4 del 2004, che definisce procedure, competenze, principi e tempi di adeguamento per le autorizzazioni (sia alla realizzazione di strutture sia all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie), per l'accreditamento istituzionale e per gli accordi contrattuali.

Non sono tuttora emanati i provvedimenti di Giunta Regionale che definiranno i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio, comprendendo anche l'attività di day surgery, e quelli ulteriori per l'accreditamento, nonché l'individuazione del fabbisogno di nuove strutture o di capacità produttive. Una proposta di definizione di requisiti minimi è stata approvata dalla Giunta Regionale nell'anno 2004 e inviata all'esame del Consiglio Regionale, ma è in seguito decaduta per rinnovo della legislatura.

Già dall'anno 2000 è invece vigente la normativa sull'"ambulatorio chirurgico", adottata con DGR n. 1269/00. Tale provvedimento contiene la definizione di "chirurgia ambulatoriale" e indica competenze, procedure e requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio. Spetta all'Agenzia di Sanità Pubblica definire e aggiornare periodicamente le linee guida sulle prestazioni effettuabili e sui criteri di selezione dei pazienti suscettibili di interventi di chirurgia ambulatoriale. Per l'accreditamento, la delibera definisce le procedure e i tempi di adeguamento per le attività chirurgiche già in corso di svolgimento.

LE NORME SUI CONTROLLI, SUI LEA E SULLE TARIFFE

Con la DGR 10 luglio 2001, n. 996, la Regione adotta "Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero", che prevede l'adozione di un metodo innovativo per la valutazione dell'appro-

priatezza generica dei ricoveri ordinari per acuti con i dati amministrativi (archivi informatici delle dimensioni ospedaliere), stadiazione per gravità e calcolo di soglie di ammissibilità dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza. Si tratta del metodo APPRO, che si articola in 3 fasi: selezione della casistica; individuazione dei ricoveri a gravità minima; calcolo delle soglie di ammissibilità per singolo DRG specifiche, ossia le soglie che eccedono il grado di inappropriatezza tollerata di ricoveri ordinari > 1 giorno, derivante dai fattori sociali e organizzativi, nonché dall'incertezza collegata alla natura amministrativa dei dati raccolti con la SDO. Si tratta, pertanto, di soglie definite "al di là di ogni ragionevole dubbio". Sulla base delle rilevazioni effettuate con il metodo APPRO, la Regione definisce annualmente le soglie di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG riportati nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001 sui LEA.

La Regione ha adottato i valori soglia, per la prima volta, con la DGR 864/2002 e li ha successivamente aggiornati con i provvedimenti sul riparto del fondo sanitario regionale e sulle tariffe delle prestazioni ospedaliere: la DGR 602/2004 e la DGR 731/2005. Le prestazioni di ricovero ordinario per acuti prodotte da ciascun soggetto erogatore che superano il valore soglia regionale vengono riclassificate e remunerate come ricoveri a carattere diurno. In particolare, i ricoveri ordinari vengono remunerati se associati ad un DRG chirurgico, in base alle tariffe previste per i ricoveri diurni o, in caso di DRG medico, con la tariffa pari ad un accesso del corrispondente day hospital medico.

L'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio effettua, inoltre, il monitoraggio di una serie di indicatori su tutte le strutture ospedaliere per acuti, per verificare la presenza di comportamenti volti ad aggirare gli effetti delle soglie di ammissibilità. Le incongruenze della codifica comportano una minor valorizzazione economica dei ricoveri e, se superiori al 40%, anche l'applicazione di sanzioni.

Sugli aspetti di remunerazione, nel 2002 la Regione ha determinato le tariffe delle prestazioni di day hospital chirurgico nella misura prevista dal DM 30 giugno 1997 incrementato del 3% (DGR 1026 del 2002, confermata per il 2004 dalla DGR 602/2004).

La recente DGR 731 del 4 agosto 2005 modifica il precedente sistema di remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera per acuti. Costituisce un fondo unico per tutti i soggetti erogatori di attività ospedaliera e attribuisce un budget per ogni soggetto erogatore, con l'indicazione del volume di prestazioni attese e relative tariffe, articolati per regime di ricovero e differen-

ziati per classi di DRG. Il nuovo sistema mira al conseguimento di due obiettivi prioritari:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo, dagli attuali 238 ricoveri per mille abitanti fino a raggiungere, nell'anno 2007, 180 ricoveri per mille abitanti (come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005);
- programmazione della spesa attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere collegato all'appropriatezza della risposta assistenziale, garantendo la libera scelta e la mobilità dei cittadini e al contempo dando certezza del mantenimento della spesa entro i vincoli di bilancio.

REGIONE ABRUZZO

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

La Regione Abruzzo ha 6 ASL e una rete di oltre 30 ospedali, per la maggior parte di piccole-medie dimensioni, per una popolazione di circa 1.300.000 abitanti.

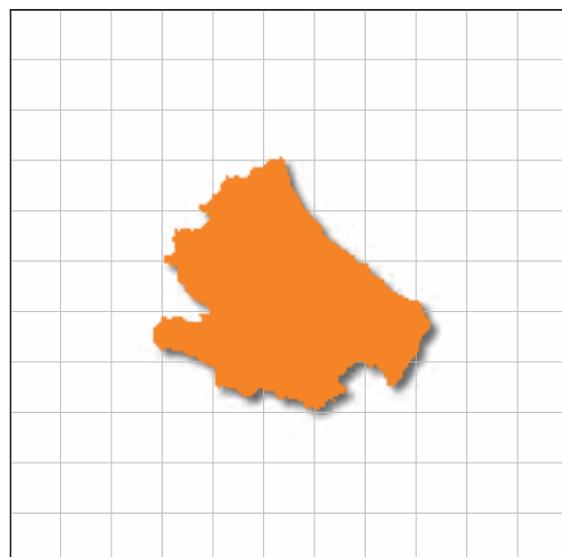
In questi anni vi è stata una frequente sostituzione di legislature regionali, che ha determinato diversi orientamenti sul rinnovamento dei servizi sanitari (si ipotizza la costituzione di un'unica ASL, come nella Regione Marche, o anche la previsione di ASL di livello provinciale). Attualmente è in fase di attivazione l'Agenzia sanitaria regionale, prevista dal PSR 1999-01.

L'Abruzzo ha una limitata normativa in materia di Day Hospital e Day Surgery e, in assenza di una regolamentazione regionale, le strutture pubbliche hanno sviluppato le attività di ricovero diurno in maniera difforme, in relazione alle specifiche necessità e capacità.

La Regione fornisce alcune indicazioni generali nei Piani Sanitari Regionali, prima con il PSR

1994-96 e poi con il vigente PSR 1999-2001, che prevedono l'obbligo di trasformare il 10% dei posti letto ordinari in day hospital e day surgery. In particolare il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, emanato con LR n. 37 del 1999, indica le modalità per una generale riorganizzazione della rete ospedaliera, con l'obiettivo di raggiungere, entro il 31.12.1999, alcuni parametri generali di riferimento per l'ospedale, tra cui un tasso di utilizzo dei posti-letto non inferiore al 75%, un tasso di ospedalizzazione non superiore al 160 per mille, e di sviluppare il ricovero diurno: "Entro il triennio di vigenza del presente Piano i Direttori Generali delle USL devono provvedere a trasformare non meno del 10% dei PL a degenza ordinaria in PL di degenza a ciclo diurno (Day Hospital e Day Surgery)".

Nell'anno 2002 gli Uffici regionali elaborano una proposta di "Linee Guida sulla Day Surgery" (tuttora non approvata), che richiama una particolareggiata analisi dei ricoveri ospedalieri nella Regione effettuata nel 2001, da cui risulta la possi-



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN ABRUZZO

Popolazione residente al 1.1.2003	1.273.284
Strutture	
Aziende USL	6
Aziende Ospedaliere	0
Ospedali a gestione diretta	22
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	0
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Case di cura accreditate	12
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	5.516
di cui DH/DS	559
Posti letto privati accreditati	981
di cui DH/DS	22

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

bilità di trasferire in day hospital/day surgery una percentuale di DRG pari al 45%, si determina il numero di posti letto di day surgery per ogni Azienda Sanitaria Locale. Inoltre, si recepisce l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002, compreso l'elenco delle procedure eseguibili in day surgery.

Più di recente, nel 2004, viene elaborata un'altra proposta, che non fissa il numero di posti letto di day surgery per ASL; anch'essa riprende i contenuti delle linee guida del 1.8.2001 (stesso articolato e stesso elenco indicativo delle prestazioni effettuabili in day surgery), con la particolarità di chiarire che, fino all'approvazione della normativa regionale sull'accreditamento istituzionale, l'attività di day surgery viene promossa nelle strutture ospedaliere pubbliche o private provvisoriamente accreditate (nelle forme di: Unità di Day Surgery, ovvero di posti letto dedicati nell'ambito delle unità di degenza ordinaria), con esclusione delle unità autonome di day surgery.

Attualmente la Regione ha una rete ospedaliera ancora sovradimensionata; nell'anno 2004, infatti, si registrano 1.102 posti letto in più per acuti e 358 in meno per lungodegenza e riabilitazione (con tasso di ospedalizzazione ancora alto e una media regionale dei ricoveri impropri pari al 18,79%, con notevoli differenziazioni tra i diversi ospedali pubblici, e tra questi e le case di cura private), un ritardo nella regolamentazione proprio dei day hospital e day surgery e anche nell'applicazione di nuove metodologie nella cura ospedaliera. Sul piano attuativo, invece, l'Abruzzo sta effettuando diverse esperienze di day surgery, ad esempio presso il reparto oculistico dell'ospedale di Pescara, ma anche in quello pediatrico.

IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Altri riferimenti sono presenti nella normativa sull'Autorizzazione e l'Accreditamento: la LR n. 62 del 1998 recepisce il DPR 14 gennaio 1997 in materia di requisiti minimi per l'autorizzazio-

ne all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private con conseguente applicazione anche delle norme sulla day surgery. Tuttavia, la legge si limita a recepire il decreto, rinviando ogni indicazione operativa a successivi atti regionali e non consentendo, in tal modo, l'avvio concreto del percorso di autorizzazione nella Regione.

La DGR 9 febbraio 2000, n. 100 prevede modalità e termini per l'autorizzazione all'esercizio e per l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, prevedendo che anche le strutture che erogano prestazioni di day surgery siano soggette ad entrambe le forme di autorizzazione.

Tuttavia, il sistema autorizzativo non è tuttora operativo e manca una regolamentazione in materia di accreditamento istituzionale.

I CONTROLLI, I DRG DEI LEA, LE TARIFFE

L'aspetto normativo sulla remunerazione dell'attività di ricovero diurno è più preciso rispetto alla regolamentazione generale delle attività.

La Deliberazione di Consiglio regionale 30/11/1999 n. 140/5 definisce il sistema tariffario, con recepimento, a decorrere dall'1/1/99, delle tariffe del DM Sanità 30 giugno 1997, ma abbassando all'80% il livello massimo delle tariffe per le prestazioni ospedaliere per acuti in regime di ricovero ordinario e diurno e di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera.

L'abbattimento non si applica agli interventi di cardiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia sul sistema nervoso centrale ed ematologia, per i quali si applica la tariffa intera.

Tali tariffe regionali sono comprensive dei costi dei pasti consumati dall'accompagnatore di minori di anni 12 e di soggetti portatori di handicap ai sensi della legge n. 104/92. Le tariffe sono valori massimi di riferimento, pertanto le stesse saranno soggette a contrattazione con le USL nei casi e nei modi previsti dalla normativa vigente in materia.

La Delibera è stata modificata e integrata dalla DCR n. 153/12 dell'1.03.2000 e dalla DCR n.

8/8 del 28.07.2000, senza particolari variazioni per quanto riguarda l'attività in day surgery.

La recente delibera sulla remunerazione tariffaria ha apportato delle modifiche rilevanti sulle percentuali di remunerazione dell'attività di ricovero diurno, modificando le precedenti deliberazioni; la DGR n. 755/C del 30-08-2004, infatti, individua il livello massimo delle tariffe regionali delle prestazioni, rese a pazienti residenti nella Regione, di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario e diurno e di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza pari al 90% del valore delle tariffe nazionali, mentre nel caso di prestazioni rese a pazienti

residenti in altre Regioni applica il tariffario nazionale senza abbattimenti.

Nelle strutture pubbliche alcuni interventi come cardiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia sul sistema nervoso centrale ed ematologia, sono remunerati secondo le tariffe del DM del 1997 così come definito nella DCR n. 140/5 del 1999. Riguardo ai Livelli Essenziali di Assistenza, la Regione ha adottato una serie di provvedimenti in attuazione del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, tra cui la DGR 22.03.2002, n. 152 sulle prestazioni incluse o parzialmente escluse dai LEA, ma ha finora rinviato le indicazioni sui "valori soglia" dei 43 DRG.

REGIONE MOLISE

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

La Regione è caratterizzata da una rete ospedaliera molto ampia per una popolazione complessiva di poco più di 300.000 abitanti: 6 ospedali pubblici, un IRCCS specializzato in campo neurologico e un nuovo "Centro ospedaliero di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Bioetiche" a Campobasso, inoltre vi sono 3 case di cura private accreditate.

Fino all'anno 2000, la Regione non aveva posti letto di day hospital. Sta rapidamente recuperando il ritardo sui posti letto di day hospital, ma in una situazione che richiede una generale riorganizzazione della rete ospedaliera, che per ora è prevista in forma generale nel Piano Sanitario Regionale 1997-99.

Il PSR 1997-1999, approvato con DCR 30.12.1996, n. 505, pone l'accento sulla necessità di operare un corretto equilibrio tra ospedale e territorio e fissa diversi obiettivi per la riorganizzazione della rete ospedaliera, tra cui l'attiva-

zione delle attività di day hospital, fino a raggiungere indicativamente il 10% dei posti letto stabiliti per la degenza ordinaria.

Per quanto riguarda il sistema di autorizzazione e accreditamento, la Regione recepisce, con la DGR 898 del 1998, il DPR 14 gennaio 1997 e l'anno successivo definisce le modalità per i controlli e per le verifiche sul possesso dei requisiti, sia per l'autorizzazione che per l'accREDITAMENTO (DGR n. 453 del 1999). Non sono stati adottati i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO e pertanto il sistema non è ancora operativo.

Molti provvedimenti sono stati attivati dalla Regione per dare attuazione al DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza (nel 2002 si fissava un valore soglia del 50% per tutti i 43 DRG ad alto rischio di inappropriata individuati dai LEA, nel 2004-2005 le soglie sono state rideterminate in relazione al metodo APPRO).

In quest'ambito viene approvata la DGR 27 ottobre 2004, n. 1409 che reca "Linee guida per la

LE CIFRE DELLA SANITÀ IN MOLISE	
Popolazione residente al 1.1.2003	321.047
Strutture	
Aziende USL	4
Aziende Ospedaliere	0
Ospedali a gestione diretta	6
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	1
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Case di cura accreditate	3
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	1.610
di cui DH/DS	147
Posti letto privati accreditati	183
di cui DH/DS	0

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria a ciclo diurno e per la corretta erogazione dei 43 DRG ad alto rischio d'inappropriatezza (Allegato 2C al DPCM 29.11.2001) con relative procedure/soglie di ammissibilità”.

Le Linee Guida riprendono le principali indicazioni in materia di day surgery contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 e, in merito ai requisiti, nel DPR 14/101997.

La Regione ha scelto di adottare il regime assistenziale di ricovero in day surgery per poter garantire:

- maggior livello di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, al fine di consentire il perseguimento dei LEA;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse del fondo sanitario regionale;
- miglioramento del rapporto con gli utenti, poiché il regime di day surgery consente di facilitare, dal punto di vista psicologico e sociale, sia il paziente che i familiari;
- accessibilità ai servizi sanitari, attraverso una semplificazione delle procedure di accesso, tempi di risposta più rapidi, riduzione delle liste di attesa;
- riduzione dell'incidenza delle infezioni nosocomiali.

La delibera consente a tutte le strutture pubbliche e alle strutture provvisoriamente accreditate di convertire, entro 90 giorni dall'approvazione della suddetta delibera, un numero di posti letto non superiore al 10% del numero dei posti letto accreditati attraverso una semplice comunicazione alla Regione e alla ASL di appartenenza.

La Regione ha recentemente avviato un generale processo di riorganizzazione del proprio sistema sanitario, con la LR n 9 del 1° marzo 2005, che ha accorpato in un'unica Azienda Sanitaria di rilievo regionale (ASREM) le precedenti 4 aziende USL. L'Azienda unica ha sede a Campobasso ed è articolata in quattro zone territoriali guidate da un Direttore nominato dalla Giunta Regionale. Inoltre la legge prevede la successiva disciplina del sistema di autorizzazioni-accredita-

mento tramite apposite deliberazioni di Giunta Regionale.

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI (LEA)

La Regione individua i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'Allegato 2C del DPCM 29.11.2001 sui LEA con una modalità semplificata, fissando in modo forfettario un valore soglia del 50% da raggiungere nell'arco del triennio per tutti i 43 DRG (DGR 29 luglio 2002 n. 1189). Per i “Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia, si specifica che l'attività svolta oltre soglia sarà oggetto di valutazione da parte della Giunta Regionale ai fini dell'attribuzione della quota incentivante dei compensi spettanti al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore amministrativo.

La Regione aggiorna, in seguito, il tariffario regionale parificandolo al 100% di quello nazionale di cui al DM 30 giugno 1997, a partire dal 1° gennaio 2002 (DGR 30 dicembre 2002 n. 2045). Nell'ambito del tariffario massimo regionale, si stabiliscono tariffe differenziate per le varie classi omogenee di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

Si individuano due gruppi:

1° Fascia: comprende tutte le strutture pubbliche e gli IRCCS, con attribuzione del tariffario regionale senza decurtazioni;

2° Fascia: comprende le case di cura private accreditate, con attribuzione del tariffario regionale ridotto del 15%.

Le linee guida sui ricoveri diurni del 2004 (DGR n. 1409/04) riportano la remunerazione delle prestazioni erogate in day surgery e one day surgery al sistema dei DRGs. La tariffa sarà pari all'85% di quella prevista per i ricoveri ordinari di durata maggiore di un giorno.

In merito ai “livelli di appropriatezza attesi”, la delibera specifica che la scelta di accedere alle procedure di day surgery inserite nell'elenco di cui all'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002 spetta a ciascuna struttura sanitaria operante.

Le soglie percentuali di appropriatezza sono vin-

colanti solo per i 43 DRG LEA; il mancato raggiungimento dei limiti soglia comporta una specifica attribuzione delle prestazioni eccedenti alla struttura effettivamente erogante e una remunerazione, per la parte eccedente, pari alla tariffa prevista per il day surgery.

Di recente, tramite la DGR 4 luglio 2005, n. 874, si adotta il “Metodo APPRO-Regione Molise”.

Questo metodo viene utilizzato per definire i criteri di appropriatezza per ogni singolo accesso in day hospital medico e chirurgico.

In particolare, prevede che il day surgery si componga di tre fasi/accesso che devono essere riportate all'interno della cartella clinica e precisamente:

- accertamenti pre-intervento;
- intervento;
- eventuali medicazioni e controllo.

In attuazione di questo metodo, la delibera attribuisce ad ogni prestazione l'appellativo di “minore” o “maggiore”. Stabilisce, inoltre, che un accesso è “valido” se è eseguita almeno una prestazione definita “Maggiore” o almeno tre prestazioni definite “Minori”.

Tutte le prestazioni che non rientrano nell'APPRO Regione Molise sono considerate ambulatoriali e, inoltre, il metodo APPRO ha valore sia per le strutture private provvisoriamente screditate che per le strutture pubbliche.

REGIONE CAMPANIA

IL CONTESTO

E LE PRINCIPALI INDICAZIONI

La rete dei servizi della Regione Campania è piuttosto composta e di tipo misto, formata da presidi pubblici a gestione diretta, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici e da una quota di assistenza privata in accreditamento provvisorio, pari a circa il 25% dei posti letto che, rispetto alla casistica regionale, copre circa il 32% di attività. Un sistema di offerta che ha problemi di omogeneizzazione e riequilibrio, con forte concentrazione degli ospedali nei grandi centri urbani (come nella ASL Napoli 1) e zone periferiche con ospedali spesso di piccole dimensioni, mentre la dotazione complessiva di posti letto è di poco superiore allo standard nazionale.

Per far fronte a questa situazione, la Regione ha da tempo avviato azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera mirate a promuovere l'appropriatezza, la qualità dell'assistenza e un uso razionale delle risorse e ha, a tal fine, promosso e seguito con particolare attenzione il processo di svi-

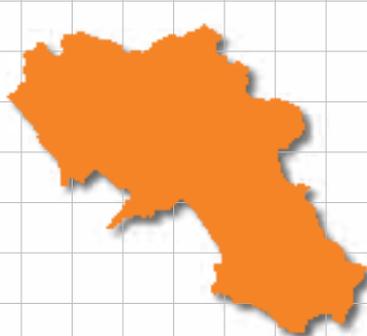
luppo del ricovero diurno.

Nel 1998, per individuare modelli operativi di day surgery applicabili ad una realtà complessa come quella campana, la Regione promuove un progetto di ricerca finalizzato, approvato e finanziato dal Ministero della Sanità ai sensi del D.Lgs. 502/92, sul tema "Protocolli diagnostico terapeutici in Day Surgery: studio degli effetti sulla gestione in termini clinici, organizzativi, operativi ed economici".

Sulla base di questa esperienza, la Regione adotta le prime "Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di Day Surgery", con la DGR 30 novembre 2001, n. 6490.

Si tratta di un corposo provvedimento, che riprende nei contenuti la proposta della Commissione di studio attivata dal Ministro della Salute nel 2000, ed è articolato in più documenti:

- definizione delle linee guida per il day surgery, dove si disciplina il percorso di cura nei diversi aspetti, si prevede la possibilità di ricorso al pernottamento per esigenze cliniche, si definisce un

	LE CIFRE DELLA SANITÀ IN CAMPANIA	
	Popolazione residente al 1.1.2003	5.725.098
	Strutture	
	Aziende USL	13
	Aziende Ospedaliere	8
	Ospedali a gestione diretta	51
	Policlinici universitari	2
	Istituti a carattere scientifico	2
	Ospedali classificati	3
	Istituti presidio della ASL	
	Case di cura accreditate	72
	Posti letto	
	Posti letto pubblici (totale)	14.811
	di cui DH/DS	1.755
	Posti letto privati accreditati	6.656
di cui DH/DS	366	
<small>Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003 Rilevazione ASSR – anno 2003</small>		

- set di indicatori di qualità e di efficacia;
- elenco delle procedure eseguibili in day surgery;
- elenco delle procedure chirurgiche eseguibili in ambulatorio;
- elenco di 28 DRG su cui sviluppare prioritariamente il day surgery, con relativa soglia di ammissibilità.

Le Linee Guida vengono modificate e integrate più volte negli anni 2003-04, essenzialmente per aggiornare l'elenco delle procedure eseguibili in day surgery seguendo le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2001 e forniscono anche alcune indicazioni sui 3 modelli organizzativi.

Le linee guida specificano, inoltre, che le Unità di day surgery che non sono in grado di garantire il pernottamento in sede nel giorno dell'intervento, possono svolgere solo interventi e procedure di minor rischio ed unicamente su pazienti in buone condizioni generali classificabili come ASA I. Le linee guida scelgono di prevedere la possibilità di pernottamento, che risulta particolarmente utile nei piccoli-medi presidi; indicano l'obbligatorietà della One Day Surgery per i 4 DRG dal 56 al 60 (interventi sulle tonsille e sulle adenoidi); prevedono, infine, una norma transitoria per l'avvio del day surgery: le Aziende Sanitarie che non hanno strutture adeguate per lo svolgimento della chirurgia di giorno, possono ricorrere a strutture esterne, pubbliche e private, purché dotate di elevata esperienza in materia e in possesso dei requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997 precisando, poi, che deve trattarsi di strutture provvisoriamente accreditate (DGR 3873 del 2003; DGR 684 del 2004 e DGR 1456 del 2004).

Ampie indicazioni vi sono anche nelle norme sulla ristrutturazione della rete ospedaliera, dettate prima con il Piano ospedaliero 1997-99, e poi ridefinite nel PSR 2002-2004. In particolare, il Piano pone l'obiettivo di attivare progressivamente il day surgery in ogni ASL come strumento per migliorare la qualità di cura del cittadino, contenere i ricoveri impropri e abbattere la spesa.

Per quanto riguarda i requisiti tecnologici, strut-

turali e organizzativi per il day surgery, la Regione fa riferimento a quanto disposto dal DPR 14/1/1997 (prima con DGR n. 6181 del 1997, poi con DGR n. 7301 del 2001).

L'APPROPRIATEZZA, I DRG CHIRURGICI DEI LEA E LE TARIFFE

Si è già evidenziato che la Regione, nell'ambito delle Linee guida del 2001 (DGR n. 6490/01), individua 28 DRG su cui sviluppare prioritariamente il day surgery, con relative soglie di ammissibilità. È questo un aspetto di particolare rilevanza in Regione, che si collega alla necessità di individuare misure di appropriatezza e di riduzione di una spesa sanitaria molto elevata, incompatibile con l'equilibrio economico-finanziario del sistema.

Non potendo avvalersi di un livello sufficiente di casistica sul territorio regionale, i valori soglia sono determinati calcolando le procedure più significative nell'attribuzione di un determinato DRG, con una percentuale di arruolabilità pari al 50% previsto per le procedure. In questo modo la Regione anticipa il provvedimento sui LEA. In seguito la Regione individua i valori soglia rispetto ai 43 DRG dei LEA, con DGR 25.09.2002 n. 4847. Le prestazioni eccedenti sono remunerate con la tariffa prevista per il DH corrispondente limitata ad un solo accesso. Per la remunerazione dei ricoveri inappropriati extra-soglia, le prestazioni eccedenti saranno remunerate con la tariffa prevista per il DH corrispondente limitata ad un solo accesso.

Attualmente la Campania ha fissato 58 DRG con soglia di ammissibilità, di cui 31 sono DRG chirurgici, e l'applicazione degli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza ha comportato la trasformazione di 1300 posti letto ordinari in 500 posti equivalenti di ricovero diurno.

TARIFFE

Le Linee Guida adottate con DGR n. 6490/01 forniscono indicazioni anche sulla remunerazione delle prestazioni erogate in day surgery e ag-

giornano, a partire dall'1/1/2002 per i 28 DRG chirurgici, le tariffe per i ricoveri ordinari di 0-1 giorni e per i ricoveri diurni.

Le tariffe sono dell'80% della corrispondente tariffa di ricovero ordinario, ed è previsto un ulteriore abbattimento tariffario, a seconda della tipologia della casa di cura, per le prestazioni di ricovero ordinario che superino il numero atteso. Per rendere più efficace tale incentivo si stabilisce che qualora a fine anno la percentuale di casi in day surgery risultasse inferiore a quella indicata nella delibera, i casi di ricovero ordinario eccedenti il numero atteso con degenza superiore ad un giorno saranno remunerati con la corrispettiva tariffa del ricovero ordinario abbattuta del 30% per le strutture pubbliche e per le case di cura provvisoriamente accreditate di fascia A, mentre per le case accreditate di fascia B e C la tariffa sarà abbattuta del 20% per il solo anno 2002. Per quanto riguarda il sistema di remunerazione generale delle attività ospedaliere, le tariffe sono distinte per tipologie di ospedali (qui si riportano le tariffe fissate dalla DGR n. 3098/00):

■ **Strutture pubbliche di classe 1**

(AO, policlinici universitari)

100% delle tariffe di cui al DM 30.06.97

■ **Strutture pubbliche di classe 2**

(presidi ospedalieri di ASL sedi di DEA e PSA, IRCCS di diritto pubblico)

95% delle tariffe di cui al DM 30.06.97

■ **Strutture pubbliche di classe 3**

(altri presidi di ASL, IRCCS di diritto privato ospedali religiosi, classificati)

90% delle tariffe di cui al DM 30.06.97

Contemporaneamente, con delibera di Giunta regionale n. 3097 vengono fissate, per le strutture private, tariffe distinte in tre fasce:

■ **Strutture private di fascia A**

80% delle tariffe di cui al DM 30.06.97

■ **Strutture private di fascia B**

68% delle tariffe di cui al DM 30.06.97

■ **Strutture private di fascia C**

57% delle tariffe di cui al DM DM 30.06.97.

L'eccezione all'utilizzo delle tariffe ministeriali è rappresentata dai 28 DRG chirurgici individuati dalla DGR n. 6490/01 (tra cui i DRG 222, 224, 225, 227, 229, 231, 232 riferiti ad interventi per malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo), le cui tariffe per il regime di day surgery sono fissate pari all'80% delle corrispondenti tariffe ministeriali per il regime ordinario.

REGIONE PUGLIA

IL CONTESTO E LE PRINCIPALI INDICAZIONI

La Regione Puglia adotta, con deliberazione di Giunta n. 2016 del 3 giugno 1998, la “Regolamentazione del day hospital e della day surgery: Linee guida”. Questo provvedimento costituisce tuttora il riferimento normativo principale per l'attività di day surgery nella Regione.

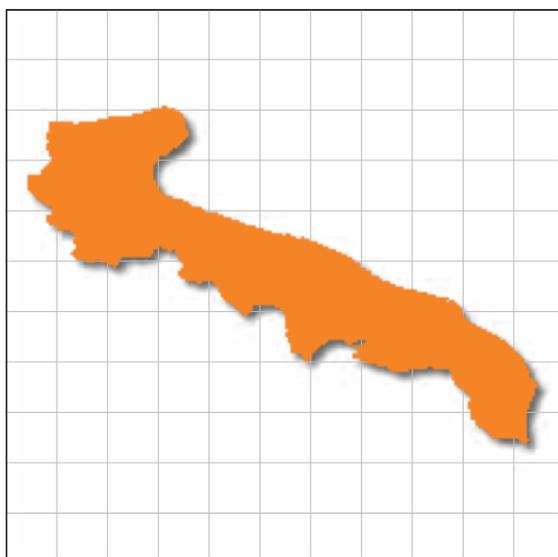
Le linee guida riprendono le indicazioni della Proposta ASSR del 1996 sui modelli organizzativi (unità autonome, unità dedicate mono e pluridisciplinari, posti letto dedicati nella degenza ordinaria) e sui diversi passaggi del percorso, dalla eleggibilità del paziente fino alla dimissione e alla tenuta della scheda nosologica. Per la selezione dei pazienti si fa riferimento alle prime due classi ASA, mentre quelli in classe 3 sono considerati border-line. È prevista la possibilità di pernottamento (one day surgery). I presidi autonomi di day surgery devono essere dotati di accettazione, degenza, sale operatorie e uffici amministrativi indipendenti e rispettare i requisiti mini-

mi di cui al DPR 14 gennaio 1997.

Le linee guida si collegano ad un processo avviato in quegli anni di riordino della rete ospedaliera (previsto con DCR 3 febbraio 1999, n. 379), che mira a ridimensionare la dotazione di posti letto per acuti e al contempo qualificare l'offerta, utilizzando anche il ricovero diurno, trasformando almeno il 10% dei ricoveri ordinari in day hospital/day surgery.

C'è poi un passaggio importante: una norma finanziaria per l'anno 2000 dispone “A partire dal 1.1.2001 le prestazioni in day hospital erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate devono essere rese nel rispetto di protocolli preventivamente autorizzati dalla Regione secondo le indicazioni delle linee guida regionali del 1998” (LR 22 dicembre 2000, n. 28, art. 20).

Per definire i protocolli, la Regione istituisce, con determinazione dirigenziale 23.1.2001, n. 30, una Commissione tecnico-scientifica che ha il compito di “individuare le patologie che possono essere trattate in prestazioni multi professionali e



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN PUGLIA

Popolazione residente al 1.1.2003	4.023.957
Strutture	
Aziende USL	12
Aziende Ospedaliere	2
Ospedali a gestione diretta	61
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	4
Ospedali classificati	2
Istituti presidio della ASL	0
Casi di cura accreditate	30
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	15.835
di cui DH/DS	1.203
Posti letto privati accreditati	1.940
di cui DH/DS	78

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003
Rilevazione ASSR – anno 2003

polispecialistiche di DH e DS da erogare da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private provvisoriamente accreditate e composta da sanitari ospedalieri ed universitari della disciplina oggetto di valutazione”.

Sulla base delle proposte elaborate dalla Commissione, vengono approvate una serie di linee guida su patologie mediche e, con DGR 2 luglio 2002, n. 828, anche un breve elenco di prestazioni eseguibili in day surgery (16 prestazioni) e in chirurgia ambulatoriale (37 prestazioni). Si forniscono anche indicazioni generali sul protocollo per l'esecuzione degli interventi di cataratta in day surgery. Altre indicazioni riguardano attività di tipo medico da eseguire in day hospital.

Il Piano Sanitario Regionale 2002-04, il primo nella Regione, evidenzia la necessità di operare un incisivo riequilibrio di attività e risorse tra ospedale e territorio (il LEA ospedaliero assorbe, nel 2000, ancora il 52% delle risorse), potenziando i servizi territoriali e riorganizzando la rete ospedaliera, con obiettivi di razionalizzazione e qualificazione dell'offerta, anche utilizzando le forme del ricovero diurno e in particolare il day surgery nel rispetto delle linee guida regionali del 1998.

In attuazione di questi obiettivi, la Regione approva il Piano di riordino della rete ospedaliera (DGR 2 agosto 2002, n. 1987) che prevede diverse modalità per ridimensionare l'offerta e anche per potenziare le attività in day surgery.

Per quanto riguarda il sistema di accreditamento, la Regione ha definito le modalità e i tempi, ma non ancora il manuale dei requisiti ulteriori di qualità.

Sono, invece, già definiti i requisiti minimi necessari per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, riprendendo quelli fissati a livello nazionale dal DPR 14 gennaio 1997, che pertanto si applicano anche alle attività in day surgery (DGR 23 dicembre 2002, n. 2239).

NORMATIVA TARIFFARIA E DRG CHIRURGICI (LEA)

Il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere nella Regione Puglia si basa sulla distin-

zione delle strutture ospedaliere regionali (presidi pubblici e privati), ai soli fini della determinazione delle tariffe, in 4 tipologie in relazione alla complessità delle prestazioni:

- A. strutture con almeno tre specialità e con terapia intensiva;
- B. strutture con terapia intensiva e con almeno cinque medie specialità;
- C. strutture non rientranti nelle prime due tipologie;

D. case di cura private già convenzionate in fascia C. Le tariffe sono determinate dalla Regione con riferimento al DM del 1997, con abbattimenti in relazione alle suddette fasce. Per l'anno 2004, la LR 14/2004, stabilisce quanto segue:

1. la prima fascia (Fascia A) è tariffata secondo il DM del 1997;
2. dalla seconda alla quarta fascia si applica alla tariffa massima prevista dalla Regione un abbattimento tariffario secondo le seguenti percentuali:
 - Fascia B 5,0%
 - Fascia C 10,0%
 - Fascia D 20,0%

Le tariffe DRG relative ai ricoveri di peso superiore a 2,5 sono valorizzate con una maggiorazione di 5 punti percentuali calcolati sulle tariffe ministeriali e aggiunti alla percentuale riferita a ciascuna tipologia di struttura. Alle AO “sede universitaria”, “Policlinico Bari” e “OORR Foggia”, si aggiunge un'integrazione pari all'8% sul fatturato relativo alle prestazioni sanitarie erogate.

I “Presidi Ospedalieri Pubblici” passano dalla 3° alla 2° fascia. Per le “Prestazioni di Alta Specialità e Intensive” è prevista una tariffa giornaliera di € 619,00 (Cod. 75).

Successive delibere (DGR 27/12/2001, n. 2104 e DGR 19/03/2002, n. 277) hanno inserito ulteriori prestazioni e procedure per il day hospital e il day surgery (di psichiatria, ginecologia e ostetricia, reumatologia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, gastroenterologia).

La Giunta regionale, con Deliberazione 16 luglio 2002, n. 1073, individua i valori soglia per i 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 sui LEA.

La delibera stabilisce che:

- per i DRG chirurgici le soglie sono state individuate con riferimento alle minori percentuali di accesso ai ricoveri ordinari verificatesi nelle strutture ospedaliere della regione Puglia;
- per i DRG medici la Regione ha tenuto conto

delle elaborazioni fornite dall'ASSR, utilizzando la percentuale più alta (quindi più facilmente realizzabile) fra quella regionale e quella media nazionale. La base di riferimento per il calcolo è costituita dal numero di ricoveri effettuati nel 1999.

Per la remunerazione per i "Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia" è stabilito che le prestazioni eccedenti sono remunerate con la tariffa di fascia ridotta del 50%.

REGIONE BASILICATA

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

La Regione Basilicata avvia un primo percorso di potenziamento delle attività di day surgery già nel 1998 attraverso la DGR n. 930, con la quale vengono attivati in Regione i servizi di day hospital e day surgery per un numero complessivo di 36 posti letto presso i Presidi Ospedalieri di Matera e Tricarico, afferenti alla AUSL n. 4 di Matera; in questa delibera si definisce la day surgery e si prevede la possibilità di pernottamento utilizzando anche il supporto logistico dell'area medica.

Nel 2001 la Regione approva le "Linee guida specifiche per l'attività di Day Hospital e Day Surgery", DGR 16 luglio 2001, n. 1565, riprendendo le definizioni e i modelli organizzativi proposti dal documento dell'ASSR nell'anno 1996. Sui modelli organizzativi, le linee guida indicano che i modelli più efficaci sono le unità autonome e le unità operative dedicate mono o plurispecialistiche negli ospedali, piuttosto che la semplice pre-

senza di posti letto dedicati nei reparti di degenza. Si fa riferimento alla classificazione ASA per la selezione dei pazienti (classe I e II).

Sul pernottamento si stabilisce: "qualora il paziente non possa essere dimesso in giornata per sopraggiunte complicazioni, dovrà essere adottato il trasferimento nel reparto di riferimento secondo procedure prestabilite, che comprendano le modalità di trasporto assistito".

Le linee guida disciplinano tutto il percorso di cura (si soffermano anche sulle modalità di utilizzo delle sale operatorie, quando non dedicate) e definiscono alcuni indicatori per la valutazione dell'efficienza delle attività (per la fase di selezione: rapporto cancellati/attesi; rapporto non venuti/attesi; per la fase di trattamento: rapporto operati/rioperati; per la fase di dimissione: rapporto trasferiti/operati). Infine, le linee guida contengono l'elenco indicativo delle procedure chirurgiche effettuabili in day surgery, sempre tratte dalla Proposta ASSR del 1996.

Coerentemente con queste indicazioni, la Re-

	LE CIFRE DELLA SANITÀ IN BASILICATA	
	Popolazione residente al 1.1.2003	596.821
	Strutture	
	Aziende USL	5
	Aziende Ospedaliere	2
	Ospedali a gestione diretta	7
	Policlinici universitari	0
	Istituti a carattere scientifico	0
	Ospedali classificati	0
	Istituti presidio della ASL	0
	Case di cura accreditate	1
	Posti letto	
	Posti letto pubblici (totale)	2.575
	di cui DH/DS	253
	Posti letto privati accreditati	60
di cui DH/DS	0	
<small>Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003 Rilevazione ASSR – anno 2003</small>		

gione impegna le aziende USL e l'AO S. Carlo di Potenza, già dall'anno 2000, ad una serie di azioni per migliorare la rete ospedaliera e ridurre la mobilità sanitaria passiva, tra cui: incentivare le prestazioni di alta specialità e quelle con alta mobilità passiva interregionale; di contro, per le prestazioni di media-bassa specialità, viene privilegiato il ricorso al regime di day hospital e day surgery o il trattamento in regime ambulatoriale, soprattutto in ambito territoriale (DGR n. 275 del 2000).

Nel 2000 la Regione approva, con la Legge Regionale n. 28, i criteri per l'autorizzazione delle strutture sanitarie che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di day surgery e sono in corso di definizione i requisiti per l'accREDITAMENTO delle medesime strutture.

Interessanti anche le norme per l'attuazione del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA: tra le misure previste, vi sono una serie di provvedimenti per ridurre la mobilità sanitaria interregionale passiva, individuare i valori soglia dei 43 DRG, dei relativi abbattimenti tariffari per le prestazioni extrasoglia; si sta operando anche per la riduzione della mobilità passiva.

Le esperienze di day surgery sono diffuse soprattutto negli ospedali più grandi, come il S. Carlo di Potenza, Ospedale di Matera (struttura di Tricarico), Rionero in Vulture, ma nell'anno 2004 si è avviato anche presso l'Ospedale di Venosa.

In materia di autorizzazione all'esercizio delle attività, le strutture che svolgono attività di day surgery devono possedere i requisiti minimi indicati dal DPR 14 gennaio 1997 e quelli aggiuntivi previsti dalla Regione con LR 5 aprile 2000, n. 28. La normativa sull'accREDITAMENTO è in fase di definizione.

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI (LEA)

La Regione ha adottato, con la DGR n. 3369 del 30-12-2004, la versione del 2002 della classificazione ICD-9-CM e la versione 19° del Grouper quale sistema di classificazione delle prestazioni

di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate della Regione.

Di conseguenza, ha rideterminato le tariffe applicando i criteri previsti dalla Tariffa Unica Convenzionata (TUC) definita a livello nazionale, inserendo i DRG aggiuntivi previsti dalla versione 19° del Grouper. Le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture sanitarie private accreditate sono remunerate in base alle tariffe di cui alla presente delibera, ridotta di una quota percentuale pari al 20%.

Per quanto riguarda la remunerazione delle attività erogate in day surgery la Regione riconosce una tariffa, calcolata sulla base dei criteri TUC, pari all'80% del corrispondente DRG in ricovero ordinario.

Sui DRG chirurgici dei LEA, si utilizza sempre l'80% del corrispondente DRG ricovero ordinario, sempre calcolato sulla base dei criteri TUC e, considerando che la tariffa ordinaria è abbattuta del 25%, la tariffa della day surgery risulta più alta di quella prevista per il ricovero ordinario.

Per quanto riguarda i provvedimenti sui LEA, la Regione individua obiettivi e valori soglia per i 43 DRG dei LEA con la DGR 4-3-2002, n. 366. La delibera fissa l'obiettivo per le Aziende Sanitarie dell'uso appropriato del ricovero ordinario e del day surgery, applicando quanto previsto dalle linee guida regionali sul day surgery e day hospital del 2001 (DGR 1565/01). Fissa, poi, i valori soglia per i 43 DRG applicando la seguente metodologia:

- per i DRG chirurgici le soglie di ammissibilità sono state definite sulla base dell'attività delle strutture regionali dell'anno 2000 (con esclusione dal calcolo delle strutture con meno di 10 ricoveri), tenendo conto, per singolo DRG, di quanta attività viene in media effettuata nella Regione in ricovero ordinario e anche la media a livello nazionale, applicando poi una specifica modalità di calcolo. Si mira, in tal modo, ad incentivare il sistema verso il miglioramento delle attività, ma tenendo conto della situazione di partenza sul territorio regionale. Più spe-

cificamente, si attribuisce il valore percentile pari a 90 e si applica la media matematica di tale valore percentuale con il maggiore valore medio percentuale riscontrato a livello nazionale e a livello regionale. Solo in pochi casi, relativi a DRG che nella letteratura hanno una chiara definizione dell'appropriatezza del regime di ricovero, si è tenuto conto del riferimento espresso dal miglior performer regionale in rapporto al miglior performer nazionale (base anni 1999 e 2000), con riferimento all'attività delle strutture regionali dell'anno 2000;

■ per i DRG medici sono stati definiti i tassi di

ospedalizzazione per le 5 Aziende Sanitarie e per l'Azienda Ospedaliera e sono stati individuati i valori % dei ricoveri da garantire in day hospital sulla base dei dati nazionali relativi all'anno 1999 e dei dati regionali dell'anno 2000.

La delibera stabilisce, inoltre, che il mancato raggiungimento degli obiettivi (sul rispetto dei valori soglia) comporta la non applicabilità dei compensi incentivanti al personale dirigente delle strutture aziendali interessate, nonché una penalizzazione del compenso aggiuntivo spettante al Direttore Generale e al Direttore Sanitario delle Aziende del 5% (dal 20 al 15%).

REGIONE CALABRIA

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

La Regione ha un territorio particolare, con zone in prevalenza montuose e collinari, zone costiere con una densità di popolazione relativamente bassa e soggette a forte incremento turistico nelle stagioni estive. La popolazione vive prevalentemente in centri di piccole dimensioni (quasi il 15% risiede in Comuni con meno di 2.500 abitanti, che sono il 50% dei Comuni calabresi) e una situazione viaria piuttosto difficile. Per quanto riguarda i servizi, la Regione ha 11 Aziende USL, 4 AO ed una articolata rete di ospedali pubblici e privati di piccola-media dimensione diffusi sul territorio. L'ospedalità privata copre circa 1/3 dell'intera offerta sanitaria, con il 33% di posti letto sul totale regionale.

Questa complessa situazione ha portato la Regione, soprattutto attraverso il PSR 2002-04, a definire specifici obiettivi di riorganizzazione della rete ospedaliera e di riconversione di piccoli ospedali, che possono anche divenire strutture au-

tonome di day surgery.

Le prime indicazioni sulla day surgery sono contenute nella DGR 15 febbraio 1999, n. 133, recante "Accreditamento delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti e delle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno - Approvazione requisiti e procedure".

Le attività di day surgery possono essere effettuate secondo tre modelli: unità autonoma di DS, non inserita in un ospedale; unità di degenza monospécialistica o plurispécialistica dedicata alla DS; posti letto dedicati all'interno dell'unità di degenza ordinaria. Si prevede la possibilità di pernottamento negli ospedali, non ammessa invece nelle unità autonome extraospedaliere.

La delibera indica, inoltre, i requisiti ulteriori, strutturali, impiantistici e organizzativi, per la day surgery, costruiti a partire da quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997. Individua specifici re-

LE CIFRE DELLA SANITÀ IN CALABRIA	
Popolazione residente al 1.1.2003	2.007.392
Strutture	
Aziende USL	11
Aziende Ospedaliere	4
Ospedali a gestione diretta	32
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	1
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Casi di cura accreditate	38
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	6.293
di cui DH/DS	968
Posti letto privati accreditati	3.317
di cui DH/DS	16

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

quisiti per le unità autonome extraospedaliere, tra cui la necessità di formalizzare un accordo con una struttura ospedaliera, pubblica o privata, al fine di garantire il ricovero del paziente con eventuali complicanze o emergenze. Sugli aspetti procedurali, tutte le strutture devono presentare apposita istanza al Dipartimento sanità della Regione che si avvale, per l'istruttoria, delle Aziende Sanitarie competenti per territorio.

Va rilevato che, allo stato attuale, il modello più diffuso nella Regione è quello dei posti letto dedicati, mentre sono meno presenti le unità operative mono o plurispecialistiche. È presente, inoltre, una sola struttura autonoma di day surgery, di tipo privato, che è stata recentemente accreditata. Le attività di day surgery sono ancora piuttosto limitate, con una percentuale del 18,2% per le strutture pubbliche e un utilizzo marginale nelle strutture private (12 posti letto in day surgery su oltre 1.000 ordinari).

La DGR 6 dicembre 2002, n. 1153, stabilisce che non è consentita alcuna autorizzazione per nuovi posti per acuti sia in regime ordinario che in regime diurno, mentre viene consentita la possibilità di riconvertire posti letto dal regime ordinario al DH e DS, secondo la formula -2 +1.

Subito dopo, la DGR 27 dicembre 2002, n. 1274 autorizza, nelle more dell'adozione del PSR e con riferimento ai DRG a rischio di inappropriatazza, le strutture pubbliche e private a riconvertire posti letto ordinari in posti letto per acuti in posti letto per DH e DS, secondo la predetta formula e in particolare nella misura del 10% per i posti letto medici e del 20% per i posti letto chirurgici.

L'attenzione alla qualità è confermata anche dalla Legge Regionale n. 11/2001, che prevede incentivazioni finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, operanti in Calabria, finalizzate all'introduzione e certificazione di sistemi di gestione della qualità sulla base delle norme ISO 9000.

Il "Piano Regionale per la Salute 2004/2006",

approvato con legge regionale 19 marzo 2004, n. 11, fornisce le indicazioni per una generale riorganizzazione della rete ospedaliera, che mira a rendere gli ospedali sempre più specialistici e a tradurre per quanto possibile i ricoveri ordinari in ricoveri di day hospital o day surgery, per gli indubbi vantaggi in termini di qualità del servizio alla persona e anche di riduzione dei costi. Il potenziamento dell'attività di day hospital e day surgery costituisce un obiettivo prioritario e in particolare è previsto:

- nell'ambito del progetto sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, dove si rileva che il sistema dell'offerta in Calabria al 1° gennaio 2002 presenta un numero di posti letto per acuti poco al di sopra dello standard nazionale: risultano complessivamente 9.695 posti letto, pari al 4,74 ogni mille abitanti, ma vi è ancora poca attenzione alle opportunità di utilizzo del day hospital e day surgery e alla differenziazione delle attività per tipologia di ospedale. Il Piano opera, pertanto, una distinzione tra presidi ospedalieri di base, quelli di base con attività specializzate, quelli specializzati e di eccellenza. Nel nuovo assetto organizzativo dell'ospedale di base l'attività chirurgica può essere effettuata solo in day surgery. Si mira, in questo modo, a trasformare diversi piccoli ospedali, attualmente dedicati a patologie di bassa-media complessità, in strutture dedicate alla day surgery

- per garantire i livelli essenziali di assistenza con modalità appropriate, considerando che "la quasi totalità dell'attività chirurgica attualmente svolta negli ospedali rientra in quella da erogare in regimi diversi dal ricovero ordinario secondo l'attuale disciplina sui LEA".

Il Dipartimento Sanità della Regione ha in corso di definizione un apposito provvedimento per individuare le prestazioni che espressamente devono essere erogate in regime di day surgery o in strutture ambulatoriali. Sta sviluppando, inoltre, uno specifico sistema di monitoraggio delle attività di ricovero ordinario, day hospital/day surgery e della chirurgia ambulatoriale e fornir-

sce indicazioni alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere sull'utilizzo appropriato dei diversi regimi assistenziali.

In attuazione degli obiettivi di Piano, la DGR n. 316 del 15 marzo 2005 definisce "Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per la predisposizione del piano attuativo locale per il triennio 2005-2007 e del Bilancio economico preventivo, annuale e pluriennale, per gli anni 2005-2007".

La deliberazione indica alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere le modalità per monitorare il controllo dell'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di ricovero, al fine di individuare correttamente le prestazioni eseguibili in day surgery e in regime ambulatoriale intraospedaliero ed extraospedaliero.

Negli indirizzi per la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera il provvedimento stabilisce che dovranno essere monitorati i ricoveri a ciclo diurno, in DH e in DS, in quanto "l'aumento notevole può essere determinato non dalla riduzione delle prestazioni in regime ordinario, quanto invece dal trasferimento, in tale modalità di ricovero, di prestazioni che più economicamente, ma soprattutto in modo appropriato, possono essere erogate in regime ambulatoriale".

LE TARIFFE E LE NORME SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

La Regione applica, per la remunerazione delle prestazioni in day surgery, la tariffa prevista dal DM 30 giugno 1997 per i ricoveri di un giorno, meno il 6%.

Per le prestazioni di day surgery relative ai DRG dei LEA, si applica, entro i valori soglia, la tariffa corrispondente al ricovero ordinario meno il 6%.

Per le prestazioni in ricovero ordinario extrasoglia si applica la tariffa prevista dal DM 30 giugno 1997 per i ricoveri di un giorno, meno il 6%. Più in generale la Regione adotta, con DGR n. 182 del 2001, il tariffario nazionale di cui al DM 30 giugno 1997, valido per tutte le strutture sia pubbliche che private e definisce meccanismi di

abbattimento delle tariffe per assicurare, a livello di aziende USL, l'equilibrio tra risorse disponibili e risorse impiegate.

In particolare, il meccanismo di abbattimento delle tariffe per le aziende USL che hanno oltrepassato il fondo disponibile non agisce indifferentemente su tutti i DRG prodotti, ma si applica gradualmente in considerazione della complessità della casistica prodotta e più precisamente:

1. escludendo dal meccanismo i DRG consumati in altre Regioni;
2. escludendo dal meccanismo di abbattimento i DRG relativi all'alta specialità chirurgica, di medicina nucleare, di radioterapia, oncologici, malattie infettive, riabilitazione e psichiatrici;
3. dividendo il resto della produzione in quattro classi così individuate:
 - DRG chirurgici medio alti
 - DRG chirurgici medio bassi
 - DRG medici medio alti
 - DRG medici medio bassi;
4. applicando un abbattimento differenziato tale che i casi medici medio bassi siano abbattuti in misura doppia rispetto ai casi medici medio alti e ai casi chirurgici medio bassi e questi, a loro volta, in misura doppia rispetto ai casi chirurgici medio alti.

La LR 27 dicembre 2002 n. 51 stabilisce, per tutte le strutture pubbliche e private, una decurtazione del 12% rispetto al tariffario del DM 30 giugno 1997.

La recente LR 16 febbraio 2005 n. 2 riduce di 6 punti, per l'anno 2005, l'abbattimento tariffario del 12% previsto dalla legge n. 51, anche per far fronte alle maggiori spese derivanti dal rinnovo contrattuale.

Prevede, inoltre, alcune deroghe: le prestazioni ospedaliere di alta specialità individuate dalla Conferenza Stato-Regioni, nonché i DGR n. 112, 116, 124, 125, 478, 479 e 005, sono remunerate secondo la tariffa nazionale vigente e le stesse prestazioni non sono soggette a volumi massimi di attività, fermo restando il tetto di spesa complessivo del livello di assistenza ospedaliera a livello

regionale. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale vengono remunerate secondo il tariffario nazionale in vigore e come applicato nell'anno 2004.

Per quanto riguarda i provvedimenti sui Livelli essenziali di assistenza, la DGR 8 luglio 2002, n. 591 indica i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, individuati utilizzando uno studio effettuato dal-

l'ASSR con la metodologia del *disease staging*.

Superata la soglia di ammissibilità fissata dalla Regione per i ricoveri ordinari, si applica, per i DRG chirurgici, la tariffa stabilita per il ricovero di un giorno dal DM 30 giugno 1997 ridotto del 6%, mentre per i DRG medici la tariffa giornaliera corrispondente, per un massimo di tre giornate, ad eccezione del DRG 282 che viene remunerato per il massimo di una giornata.

REGIONE SICILIA

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

Con Decreto dell'Assessore alla sanità n. 30836 del 1999 la Regione approva le prime "Linee Guida per l'organizzazione della day surgery", che riprendono sostanzialmente quanto riportato nella Proposta di regolamentazione dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali del 1996, sui modelli organizzativi, il percorso di cura, i requisiti minimi per l'esercizio delle attività. Per la selezione dei pazienti riprende le classificazioni ASA (1° e 2°) e include anche l'elenco delle prestazioni eseguibili in day surgery, ripreso da quello dell'ASSR 1996. Il day surgery è distinto in: "day surgery ad indirizzo prevalentemente diagnostico", riferito all'effettuazione di accertamenti diagnostici di particolare complessità; "day surgery vero e proprio", riferito agli interventi chirurgici; "one day surgery", riferito all'esecuzione di procedure e interventi gravati da maggiori complicanze (pernottamento).

L'anno successivo la Regione introduce "Dispo-

sizioni per l'organizzazione dell'attività di day surgery nelle strutture private in regime libero professionale", con Decreto del 26 giugno 2000, n. 32207. Si prevede la possibilità di svolgere, previo rilascio della necessaria autorizzazione, l'attività di day surgery presso strutture private autonome che non abbiano "alcun rapporto di preaccreditamento con il Servizio Sanitario Regionale". Spetta al Direttore Generale della ASL competente per territorio rilasciare l'autorizzazione per i centri chirurgici, previo accertamento del possesso dei requisiti indicati dallo stesso decreto (che riprendono un ulteriore documento prodotto dall'ASSR relativamente ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per il day surgery e per la chirurgia ambulatoriale). Il decreto viene revocato nel 2003.

Per sostenere le attività di day surgery, fin dal 1999 la Regione prevede una tariffa pari al 100% del corrispondente DRG di ricovero ordinario.

Definisce, inoltre, con una serie di provvedimenti (2002 e 2003), i requisiti minimi per l'autoriz-



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN SICILIA

Popolazione residente al 1.1.2003	4.972.124
Strutture	
Aziende USL	9
Aziende Ospedaliere	17
Ospedali a gestione diretta	49
Policlinici universitari	3
Istituti a carattere scientifico	1
Ospedali classificati	1
Istituti presidio della ASL	1
Case di cura accreditate	61
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	17.718
di cui DH/DS	2.487
Posti letto privati accreditati	4.642
di cui DH/DS	253

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2003
Rilevazione ASSR - anno 2003

zazione e i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle strutture di day surgery.

In seguito il Piano Sanitario Regionale 2000-2002, approvato con Decreto della Regione 11 maggio 2000, prevede di potenziare il ricorso al day surgery in ambito ospedaliero, in quanto strumento che consente di conciliare obiettivi di efficacia clinica, qualità e umanizzazione con obiettivi di razionalizzazione della spesa. Il capitolo 7.1.2., dedicato alla "Trasformazione del sistema sanitario: gli strumenti per la gestione e il controllo della spesa sanitaria", prevede di modificare il sistema di remunerazione degli episodi di ricovero, anche con incentivi per i ricoveri diurni (come i day hospital oncologici e talassemici). Pochi sono i riferimenti al day surgery: si riconosce unicamente la remunerazione secondo tariffa piena della "one day surgery" al cap. 7.1.10 "Spesa Ospedaliera".

In seguito la Regione modifica tali disposizioni e detta, con Decr. Ass. 6 giugno 2003, nuove "Linee guida per l'erogazione delle prestazioni di day surgery e day hospital", che non sostituiscono completamente quelle del 1999, ma le integrano. Si tratta di un breve provvedimento, che mira a chiarire che l'attività di day surgery con pernottamento ospedaliero (one day surgery) richiede la dimissione entro le ore 9 del giorno successivo; se va oltre diviene ricovero ordinario, con chiusura della cartella clinica e relativa SDO del day surgery e apertura di una nuova cartella per il ricovero ordinario. Altre disposizioni riguardano il day hospital, in particolare per le chemioterapie. Ai fini statistici, occorre che in caso di pernottamento ospedaliero sia specificata e comunicata l'occupazione del posto letto. Infine si precisa che i controlli sulle prestazioni effettuate in DS/DH seguono le stesse disposizioni dei ricoveri ordinari.

Il Decreto dell'Assessore alla Sanità 17 aprile 2003 in materia di accREDITAMENTO istituzionale definisce nuove "linee guida per l'organizzazione dell'attività di day surgery nelle strutture private", che sostituiscono quelle del 2000 (il decreto 26

giugno 2000 viene revocato). Vengono in questa sede definiti i requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi, per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento dei presidi autonomi di day surgery, realizzati da strutture private, al fine di dare una chiara garanzia di sicurezza al paziente.

Ad esempio, tra i requisiti organizzativi è previsto:

- dotazione organica di personale adeguata al volume di attività e alle patologie trattate, con almeno un medico specializzato nella branca prevista per l'espletamento dell'attività e un infermiere, che devono essere presenti durante il periodo di attività del day surgery; durante l'attività del blocco operatorio è necessaria almeno la presenza di un medico operatore, di un anestesista rianimatore, un caposala o un infermiere con esperienza almeno triennale di sala operatoria, un operatore tecnico addetto alla strumentazione, un infermiere dedicato;
- collegamenti funzionali e organizzativi con una struttura ospedaliera di riferimento dotata di pronto soccorso e rianimazione (con la quale stipulare un accordo per i casi di urgenze e complicanze dei pazienti in day surgery);
- definizione delle modalità organizzative delle attività (consenso informato, garanzia di continuità assistenziale, gestione delle emergenze, obblighi informativi).

La normativa sull'accREDITAMENTO si basa su due provvedimenti:

- Decreto dell'Assessore alla Sanità 17-06-2002, n. 890 approva il Manuale per l'accREDITAMENTO della Regione Sicilia e definisce, in quest'ambito, anche i requisiti ulteriori di qualità per le attività di day surgery, con un apposito documento (punto 3-f). Si è data in tal modo attuazione anche a quanto richiesto dall'art. 5 della LR n. 39/1988 per lo svolgimento di dette attività all'interno delle case di cura private.
- Decreto dell'Assessore alla Sanità 17-04-2003, n. 463, che integra il primo e conferma le indicazioni fornite con le linee guida sulla chirurgia

ambulatoriale e day surgery del 1999 e precisa ulteriormente i requisiti strutturali, tecnici, impiantistici e organizzativi che debbono possedere le strutture sanitarie private che intendono erogare prestazioni di day surgery, secondo il modello organizzativo del "Presidio autonomo di day surgery", previsto nell'allegato al Decr. Ass. n. 890/2002 (parte 3, punto 3-f, lettera d).

Le scelte della Regione sono garantiste: prevedono che l'attività sia "di norma" di durata inferiore alle 12 ore e i requisiti ripercorrono quelli previsti per l'ospedale, in particolare per quanto riguarda il blocco operatorio (mentre sono eventuali le strutture di endoscopia e l'area radiologica a parte la dotazione ambulatoriale standard). Per gli aspetti organizzativi si richiede la necessaria presenza di un medico anestesista; si prevede una specifica esperienza oltre alla specializzazione per il primo operatore chirurgo e per l'anestesista; si fissano regole per il consenso informato; selezione dei pazienti; procedure; dimissione con relazione specifica e reperibilità telefonica della struttura; collegamento funzionale con un ospedale di riferimento dotato di pronto soccorso e rianimazione. Da notare che il Decr. Ass. n. 890 del 2002 prevedeva, per i presidi autonomi, il collegamento con un ospedale sede di DEA di II livello.

L'APPROPRIATEZZA, I DRG CHIRURGICI DEI LEA E LE TARIFFE

Le linee guida regionali (Decr. Ass. 6 giugno 2003) stabiliscono una tariffa per il day surgery pari al 100% della corrispondente tariffa del ricovero ordinario.

Decreto dell'Assessore alla Sanità 12-06-2002, n. 878: tale decreto conferma l'applicazione della tariffa intera per il day surgery e opera la revisione delle tariffe per classi di strutture.

Le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera, sono state classificate in n. 6 fasce progressive dalla A alla F; in base alla complessità funzionale organizzativa delle stesse e della complessità

della casistica trattata, risultante dall'analisi delle SDO, tranne per le case di cura private, raggruppate in un'unica classificazione.

L'articolazione delle tariffe per classi di strutture è frutto di una valutazione finanziaria delle strutture ospedaliere che ha tenuto conto:

- 1) del fatturato calcolato sull'attività sanitaria effettuata nell'anno 2000, tenendo conto delle tariffe vigenti nella regione Sicilia (DM Sanità 30/06/1997) e della quota di emergenza;
- 2) dei costi rilevati dai piani dei conti, per singolo presidio ospedaliero e dai bilanci di previsione 2000.

Il decreto opera una riduzione massima del 12,50%, che è calcolata da un lato tenendo conto che la decurtazione massima che una Regione può applicare alle tariffe nazionali è del 20%, dall'altro che tale percentuale consente di garantire, sulla base della rilevazione dei fatturati e dei costi, il potenziale raggiungimento del pareggio di bilancio.

Fascia A	Intera %
Fascia B	- 2,50 %
Fascia C	- 5 %
Fascia D	7,50%
Fascia E	- 10%
Fascia F	- 12,50%

Le Case di cura sono inserite nella fascia funzionale F (non sono inserite nella rete dell'emergenza), ad eccezione delle case di cura che effettuano interventi di cardiocirurgia, che sono inserite nella fascia funzionale E.

La Regione ha realizzato l'incentivazione delle forme alternative di assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario tramite le seguenti disposizioni:

- day hospital medici: tariffe previste dal tariffario nazionale con le decurtazioni per fasce;
- day hospital chirurgici: remunerazione secondo tariffa pari a quella del ricovero ordinario, a prescindere dal numero degli accessi. Anche per i ricoveri in day surgery si applicano gli abbattimenti tariffari previsti dalla classificazione in fasce;

■ prestazioni di riabilitazione ospedaliera: in caso di ricoveri con degenza superiore a 60 giorni, la remunerazione da corrispondere oltre il sessantesimo giorno è pari alla tariffa giornaliera ridotta del 40%. Tale riduzione non si applica alle strutture di alta specialità neuroriabilitativa e agli IRCCS.

Il Decreto dell'Assessore alla Sanità 27 giugno 2000, n. 1062 individua i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001.

La Regione ha attivato appositi Tavoli Tecnici, che hanno provveduto alla determinazione dei valori soglia tenendo conto di determinati aspetti quali: l'epidemiologia, la rilevanza sociale, l'età appropriata (le prestazioni a soggetti > 65 anni e di

0-17 anni), l'associazione di una o più patologie a quella di base, l'indice di attrazione (possono considerarsi appropriate in regime di ricovero ordinario le prestazioni erogate in favore di pazienti provenienti da Comuni diversi da quello nel quale viene erogata la prestazione).

Con riferimento alla remunerazione per i "Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia" la delibera stabilisce che il ricovero giornaliero in day surgery e day surgery + one day surgery viene remunerato con una tariffa pari al 100% di quella prevista per il relativo DRG corrispondente al ricovero ordinario; il ricovero in day hospital è remunerato secondo tariffa del DRG del ricovero ordinario limitatamente alla percentuale annua dei ricoveri ordinari trasferiti in DH.

REGIONE SARDEGNA

IL CONTESTO E LE INDICAZIONI PRINCIPALI

Il primo riferimento all'attività di day surgery in Sardegna si ha con la delibera sull'accREDITAMENTO, la DGR 4 giugno 1998, n. 26/21, in cui sono fissati i requisiti e le procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie; nella delibera, in attuazione del DPR 14/1/1997, sono stabiliti i requisiti di tipo organizzativo, tecnologico e strutturale per le attività di day surgery e in particolare si prevede la possibilità di attivare:

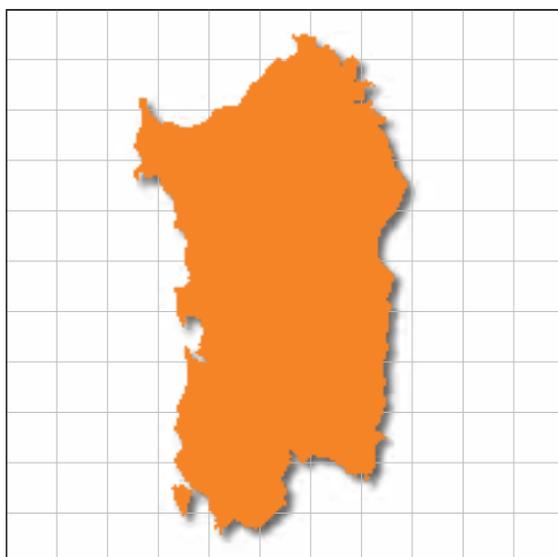
- “unità operative di tipo monospecialistico o multidisciplinare esclusivamente dedicate alla chirurgia di giorno, con sale operatorie dedicate o comuni”;
- “posti letto dedicati all'interno dell'unità di degenza ordinaria, con l'utilizzazione di sale operatorie comuni”.

Non è previsto il presidio autonomo di day surgery. Si prevede un tasso di ospedalizzazione delle suddette unità operative compreso tra il 90% e il 100% in media annua con un indice di rotazione

pari a 2. Nella delibera non sono menzionate le tariffe remunerative dei pacchetti di prestazioni.

La Regione, nell'ambito del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, istituzionalizza l'attività di ricovero diurno attraverso l'emana-zione di un provvedimento del Consiglio Regionale del 22 luglio 1998, con il quale si specifica che le ASL dovranno articolare la loro offerta di servizi ospedalieri anche attraverso l'avvio delle prime esperienze di ospedalizzazione a ciclo diurno a carattere chirurgico (day surgery), con un tasso operatorio medio per le chirurgie generali e specialistiche non inferiore al 70% e inoltre prevede che, nell'ambito della revisione della rete ospedaliera, il 10% dei posti letto ordinari diventino di day hospital. Questo provvedimento viene successivamente integrato e aggiornato dalla DGR 26 giugno 2001, n. 22/42, dove vengono fornite indicazioni sulle attività di day hospital e di day surgery e stabilisce:

- la definizione e la previsione dell'obbligo del “consenso informato personalizzato”;



LE CIFRE DELLA SANITÀ IN SARDEGNA

Popolazione residente al 1.1.2003	1.637.639
Strutture	
Aziende USL	8
Aziende Ospedaliere	1
Ospedali a gestione diretta	29
Policlinici universitari	2
Istituti a carattere scientifico	1
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Casi di cura accreditate	13
Posti letto	
Posti letto pubblici (totale)	6.615
di cui DH/DS	530
Posti letto privati accreditati	1.602
di cui DH/DS	93

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003
Rilevazione ASSR – anno 2003

- l'articolazione del day surgery, di norma, in più accessi e la "necessità che la struttura sia in grado di garantire il ricovero ordinario, in caso di complicanza, con la presenza di guardia chirurgica attiva;
- gli interventi e le procedure devono essere ricompresi nella classificazione dei DRG chirurgici;
- le tariffe sono pari al 75% di quelle stabilite per i DRG dei corrispondenti ricoveri ordinari.

LA NORMATIVA TARIFFARIA E I DRG CHIRURGICI (LEA)

La remunerazione dell'attività di ricovero diurno si basa, fino al 2001, sulle definizioni del DM Sanità 30 giugno 1997.

La DGR 28 dicembre 2001, n. 48/11 modifica dall'1/01/2002 le tariffe per i soli DRG caratterizzati da alta complessità (peso uguale o superiore a 1,8), lasciando invariati gli altri. La delibera aggiorna le tariffe, facendo riferimento al DM Sanità 30/06/1997, per:

1. prestazioni di alta specialità in misura non superiore al 95% della tariffa DM Sanità 30/06/1997;
2. prestazioni di alta specialità in day hospital e quelle che si risolvono in un'unica giornata, in misura non superiore al 75% della tariffa DM Sanità 30/06/1997;
3. prestazioni di lungodegenza (codice 60), secondo la tariffa DM Sanità 30/06/1997, con un abbattimento del 40% dopo i primi 60 giorni;
4. prestazioni nei reparti di unità spinale (codice 28) e di neuro-riabilitazione (codice 75), in misura non superiore al 95% della tariffa DM Sanità 30/06/1997 e nei reparti di recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), in misura non superiore al 75% della tariffa DM Sanità 30/06/1997;
5. remunerazione del DRG 391 neonato normale. La Delibera Giunta Regionale 23/8 del 20/5/2004, che viene revocata dalla DGR 25 agosto 2004, n. 34/18, in cui la remunerazione si differenzia a seconda dei diversi regimi di ricovero stabilisce in particolare:

- per i ricoveri ordinari, i ricoveri in day hospital medico e i ricoveri erogati nei reparti di riabilitazione, neuro riabilitazione e riabilitazione funzionale, si applica il tariffario del DM 30.06.1997;
- per i ricoveri in day surgery si applica una tariffa pari al 75% della corrispondente tariffa prevista per i ricoveri ordinari;
- per i ricoveri dei 43 DRG ad elevato rischio di inappropriata si applica un decremento tariffario del 15%.

Il Decreto Assessorile 7 giugno 2004, n. 29/4, conferma le tariffe per il day surgery, con una percentuale pari al 75% della corrispondente tariffa dei ricoveri ordinari con degenza superiore ad un giorno e, inoltre, conferma che è una tariffa forfettaria dell'intero pacchetto di prestazioni, compresi esami e visite perioperatorie e controlli post operatori, indipendentemente dal numero di accessi. La Delibera è stata sospesa dall'Assessore alla Sanità Nerina Dirindin.

La recente delibera del 2005, la DGR 9 marzo 2005, n. 9/3 ridefinisce il tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, prendendo come base di riferimento generale il Tariffario Unico Convenzionale (TUC), facendo delle differenziazioni sia in base al regime di ricovero che in base ai DRG, in particolare:

- per i DRG ad alta specialità e i DRG chirurgici: per i ricoveri ordinari > 1gg: + 10% DM '97; per i ricoveri ordinari di 1 giorno: DM '97; per i ricoveri in day hospital: DM '97;
- per i DRG medici: per i ricoveri ordinari >1gg: + 5% DM '97; per i ricoveri ordinari di 1 giorno: DM '97; per i ricoveri in day hospital: DM '97 per n. di accessi;
- per i DRG dell'allegato 2C DPCM 29/11/2001:
 - DRG chirurgici: per i ricoveri ordinari > 1 gg: abbatt. max 25% DM '97; per i ricoveri ordinari di 1 giorno: 75% del ricovero ordinario secondo il DM '97; per i ricoveri in day hospital: 75% del ricovero ordinario secondo il DM '97;
 - DRG medici: per i ricoveri ordinari > 1 gg:

abbatt. max 50% DM '97; per i ricoveri ordinari di 1 giorno: DM '97; per i ricoveri in day hospital: DM '97 per n. di accessi;

■ per i DRG Sentinella:

-DRG medici: per i ricoveri ordinari >1 gg: + 80% DM '97; per i ricoveri ordinari di 1 giorno: DM '97; per i ricoveri in day hospital: DM '97 per n. di accessi;

■ altri DRG:

-DRG chirurgici: per i ricoveri ordinari > 1gg: DM '97; per i ricoveri ordinari di 1 giorno: 75% del ricovero ordinario secondo il DM '97; per i ricoveri in day hospital: 75% del ricovero ordinario secondo DM '97;

-DRG medici: per i ricoveri ordinari >1gg: 93% DM '97; per i ricoveri ordinari 1 gg: DM '97; per i ricoveri in day hospital: DM '97 per n. di accessi.

La DGR 20 dicembre 2002, n. 43/9, individua i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001.

L'individuazione del valore soglia è legata a considerazioni di natura tecnico professionale e organizzativa. Si è osservata e analizzata l'attività posta in essere dagli ospedali pubblici e privati del territorio regionale nell'arco del triennio '99-'01 e attraverso la letteratura scientifica si sono individuate le modalità più appropriate di erogazione dei DRG individuati nel DPCM allegato 2C, nonché stabiliti i valori soglia entro i quali può essere ammesso il regime di ricovero ordinario.

I valori soglia esprimono percentuali di appropriatezza da raggiungersi nel triennio 2003-2005: i DRG 039, 040, 041 e 042 sono ammissibili in ricovero ordinario solamente quando vi sono associate alcune particolari condizioni quali vitrectomia, complicanze quali il glaucoma associato, cheratoplastica perforante, interventi sui muscoli extraoculari, asportazioni di lesioni maggiori della palpebra a tutto spessore, asportazioni di lesioni o tessuto della palpebra per tumori maligni della congiuntiva, inserzione secondaria di protesi di cristallino con tecnica di estrazione lineare, separazione di membrana secondaria (dopo cataratta) e in casi di interventi demolitori della palpebra.

Per il DRG 119 l'unico caso nel quale è sempre ammesso il ricorso al ricovero ordinario è quello che riguarda lo stripping della grande safena; per il DRG 134 il valore soglia del 40% si riferisce solo a quei casi di difficile inquadramento diagnostico quali: ipertensione secondaria, ipertensione maligna e nel caso vi sia una grave compromissione d'organo; per i DRG 183 e 184 il ricovero ordinario è senz'altro da ritenersi appropriato nel caso in cui il paziente debba essere sottoposto a dilatazione esofagea per acalasia o complicanze stenose; per il DRG 187 il valore soglia si riferisce a ricoveri che presentano patologie concomitanti associate quali: cardiopatie gravi, diabete mellito scompensato, grave e documentata diatesi allergica all'anestetico, patologie neurologiche gravi e altre particolari condizioni; per il DRG 222 il ricovero in regime ordinario è sempre giustificato nel caso di sussistenze di patologie sistemiche importanti che possano influire negativamente nel periodo post operatorio; per il DRG 232 nel caso di artroscopia terapeutica o per altre articolazioni il regime preferenziale è quello del ricovero ordinario; per il DRG 262 e 276 il valore soglia si riferisce a quei casi dove il paziente rifiuta l'anestesia locale o casi con presenza di patologie correlate o concomitanti che necessitano di particolari monitoraggi; per il DRG 270 si ritiene sempre appropriato il ricovero in regime ordinario nei casi in cui siano compresi interventi che rendono necessarie l'amputazione e/o disarticolazione e/o riduzione di frattura delle falangi, miotonia, fasciotomia, in presenza di forme tumorali e altre patologie correlate; per i DRG 283 e 284 il ricovero ordinario è da considerarsi sempre ammesso quando si riscontrano alcuni casi di patologie infettive, si individua altresì un valore soglia del 30% in presenza di affezioni pruriginose, del 5% in presenza di affezioni eritematose, del 20% in presenza di orticaria, mentre per altre patologie il valore soglia è del 2%.

Non è specificata in delibera la remunerazione per i "Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia".

LEGENDA

ATTI NORMATIVI

DCR = Deliberazione del Consiglio Regionale

DGR = Deliberazione della Giunta Regionale

DGP = Deliberazione della Giunta Provinciale

DPCP = Decreto del Presidente della Giunta Provinciale

LR = Legge Regionale

PSR = Piano Sanitario Regionale

PSP = Piano Sanitario Provinciale

PSSR = Piano Socio-Sanitario Regionale

Decr Ass. = Decreto Assessorile

Regol. Reg. = Regolamento Regionale

ALTRI RIFERIMENTI

DH = Day hospital

DS = Day surgery

LEA = Livelli Essenziali di Assistenza

ABBREVIAZIONI

43 DRG dei LEA = 43 DRG individuati come

“ad elevato rischio di inappropriatezza” se erogati in regime totalmente di ricovero ordinario, dall'allegato 2C del DPCM 29 dicembre 2001 sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

NORMATIVE DI RIFERIMENTO

DPR 14 gennaio 1997 “Approvazione...in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.

DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”

“Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento di “Linee guida per le attività di day surgery” del 1° agosto 2002 (Repertorio Atti della Conferenza Stato-Regioni n. 1516 del 1° agosto 2002, come rettificato con Atto Repertorio n. 1518 del 25 settembre 2002).

L'Agenzia oggi | Presidente_Franco Toniolo; Direttore_Laura Pellegrini

Consiglio di amministrazione_Silvio Natoli, Filippo Palumbo, Michelangelo Scopelliti, Aldo Vecchione

Collegio dei revisori dei conti_Emanuele Carabotta (Presidente), Renato Balduzzi, Antonio Mastrapasqua

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza

- Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo
- Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale
- Ragioneria ed economato

www.assr.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di **monitor**