

Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

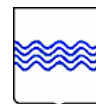
## **Evoluzione del sistema DRG nazionale**

### **Milestone 1.2.1**

**Forme alternative alla degenza: definizione (day hospital, day surgery, day service) e relativi flussi informativi**

**Relazione Finale**





## RIFERIMENTI

Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Verificato da: Società:	Eleonora Verdini Regione Emilia-Romagna
Approvato da: Data	Cabina di Regia 16.05.07

**INDICE**

<b>PREMESSA</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA</b> .....	<b>6</b>
DEGENZA ORDINARIA .....	7
DEGENZA IN DAY SURGERY .....	7
DEGENZA IN DAY HOSPITAL.....	8
<b>CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEL DAY HOSPITAL MEDICO</b> .....	<b>10</b>
DAY HOSPITAL MEDICO DIAGNOSTICO.....	10
DAY HOSPITAL MEDICO TERAPEUTICO.....	11
<b>TRASFERIMENTO DI PRESTAZIONI DAL DH ALL’ASSISTENZA SPECIALISTICA     AMBULATORIALE</b> .....	<b>11</b>
<b>UN MODELLO INNOVATIVO: IL DAY SERVICE AMBULATORIALE</b> .....	<b>13</b>
DEFINIZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE .....	13
AMBITI DI ATTIVAZIONE .....	13
ASPETTI ORGANIZZATIVI GENERALI .....	14
<b>CHIRURGIA AMBULATORIALE</b> .....	<b>16</b>
LE PRESTAZIONI DA TRASFERIRE. ....	17
TARIFFAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	18
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE.....	18
CARTELLA CLINICA.....	19
<b>LO SVILUPPO DI UNA METODOLOGIA DI ANALISI DEI DATI DI DAY HOSPITAL     MEDICO</b> .....	<b>20</b>
INTRODUZIONE.....	20
METODOLOGIA .....	22
ANALISI DI DATI.....	25
UN METODO POSSIBILE .....	41
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>44</b>

## Premessa

A cura di: Sergio Lodato; Cristiano Visser; Maria Vizioli

Il presente documento rappresenta uno dei contributi previsti dal Progetto Mattoni “Evoluzione del sistema DRG” e specificamente affronta i temi relativi a:

- Definizione degli ambiti di attività del day hospital
- Verifica delle condizioni di trasferibilità di parte della casistica trattata in regime di day hospital verso l’assistenza in regime ambulatoriale
- Ricognizione delle esperienze delle Regioni che hanno introdotto l’assistenza ambulatoriale di tipo medico attraverso l’adozione di particolari modalità organizzative quali il day service e i pacchetti ambulatoriali complessi.

Il documento tiene conto delle riflessioni sviluppate, su queste problematiche anche dai mattoni “Specialistica ambulatoriale” e “Misure dell’appropriatezza”, orientate ad individuare nuove modalità di offerta, maggiormente appropriate dal punto di vista organizzativo, per l’erogazione di prestazioni tradizionalmente effettuate in regime di ricovero: in particolare sono state recepite parti del documento di novembre 2006 prodotto dal mattone “specialistica ambulatoriale”.

In particolare l’attenzione si è concentrata su quelle prestazioni di ricovero che negli ultimi anni sono state trasferite nel regime assistenziale di day hospital, che presentano caratteristiche tali da ritenere possibile l’ulteriore passaggio verso il setting assistenziale della specialistica ambulatoriale.

In questo contesto si è posta anche l’esigenza di fornire risposte ai quesiti posti dalla Commissione nazionale LEA che ha richiesto ai gruppi di lavoro “Evoluzione del sistema DRG”, “Misure dell’appropriatezza” e “Specialistica ambulatoriale”, l’individuazione di soluzioni possibili per favorire il trasferimento di parte delle prestazioni assistenziali erogate in day-hospital verso il livello assistenziale territoriale.

Nel corso del 2005 per iniziativa del gruppo di lavoro mattoni “Misura dell’appropriatezza”, è stato richiesto alle Regioni italiane quali azioni avessero intrapreso per promuovere l’appropriatezza dei ricoveri; nel questionario comparivano, tra le altre, alcune domande sull’appropriatezza dei ricoveri in day hospital.

In sintesi, i risultati dell’indagine hanno evidenziato che il 50% delle Regioni effettuavano attività di controllo sull’appropriatezza dei ricoveri di day hospital; 7 Regioni avevano adottato misure tariffarie per disincentivare i ricoveri di day hospital medico e 7 Regioni avevano organizzato forme innovative di assistenza specialistica ambulatoriale (day service, pacchetti

ambulatoriali complessi), prevalentemente in ambito ospedaliero pubblico, quale alternativa ai ricoveri in day hospital.

Su questi temi i gruppi di lavoro ristretto dei tre progetti Mattone, investiti dalla Commissione Nazionale Lea, hanno sviluppato un confronto che ha avuto il suo momento principale in occasione del seminario di approfondimento tenutosi a Roma il 6 e 7 giugno 2006 nel corso del quale sono state anche presentate le esperienze ed i primi risultati raggiunti dalle Regioni che avevano già avviato, anche se sperimentalmente, attività di day service. Dal confronto è emersa la necessità di fare ulteriori valutazioni e approfondimenti con dati più aggiornati e di sviluppare un metodo di analisi per trasferire prestazioni dai diversi setting assistenziali. La seconda parte del documento è dedicata a sviluppare questo tema.

## Introduzione

Da qualche tempo in tutti i sistemi sanitari dei Paesi ad economia avanzata, indipendentemente dal prevalere dell'orientamento pubblicistico o privatistico dei sistemi, sono state sviluppate politiche orientate a determinare un progressivo trasferimento di prestazioni dall'assistenza ospedaliera a quella extraospedaliera territoriale e domiciliare.

Tale fenomeno è stato possibile grazie a straordinari progressi ottenuti in campo medico, chirurgico ed anestesilogico, che hanno consentito di trasferire molte prestazioni, tradizionalmente erogate in regime di ricovero ospedaliero continuativo, in modelli assistenziali a minore intensività quali il day-surgery, il day hospital e l'assistenza ambulatoriale, a parità di efficacia e sicurezza.

Obiettivo di tale processo è stato la ridefinizione del ruolo dell'ospedale quale luogo di cura ad elevata tecnologia, destinato al trattamento di pazienti che necessitano di livelli assistenziali di elevata e media intensività.

Tale strategia ha consentito ovunque una certa riduzione del numero dei posti letto ospedalieri e degli stessi ospedali, con un miglioramento dell'efficienza di sistema.

Va sottolineato che le motivazioni che hanno promosso la deospedalizzazione, pur essendo prevalentemente di natura economica, possono contribuire ad attenuare la tendenza alla istituzionalizzazione dei soggetti cronici, ed a sperimentare nuovi modelli assistenziali spostati verso il segmento delle cure primarie, che sembrano non solo più efficienti, ma anche più adeguati per efficacia.

Del resto nei sistemi sanitari soprattutto pubblici ed universalistici, che dispongono di risorse limitate, è assolutamente indispensabile realizzare interventi efficaci in termini di

promozione e tutela della salute, realizzando, al tempo stesso, la migliore efficienza possibile delle strutture deputate alla erogazione di prestazioni e servizi.

In questo contesto assumono rilievo strategico i requisiti di appropriatezza clinica ed organizzativa di prestazioni e interventi sanitari, che rappresentano, insieme, un obiettivo e uno strumento per offrire ai cittadini servizi sanitari efficaci nel rispetto della massima economicità.

Nel nostro Paese un forte impulso di promozione dell'appropriatezza organizzativa relativamente ai ricoveri ospedalieri, è stato dato dal D.P.C.M. del 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che nell'allegato 2C ha definito una lista di 43 DRG per i quali si è valutato potenzialmente inappropriato il ricorso al ricovero ospedaliero, soprattutto se effettuato in regime ordinario continuativo.

Per parte di questa casistica le Regioni avrebbero individuato, a parità di efficacia, modalità assistenziali alternative di minore complessità organizzativa quale il day hospital o l'assistenza ambulatoriale.

## **Livello essenziale di assistenza ospedaliera**

In primo luogo, è apparso utile proporre una più precisa descrizione dei criteri che caratterizzano le prestazioni del "livello assistenziale ospedaliero", che non risultano disciplinate in atti normativi, come dichiarato nell'allegato 1 del D.P.C.M. del 29-11-2001, che si limita ad elencare le macroattività ricomprese nel livello assistenziale:

- A. degenza ordinaria
- B. day hospital
- C. day surgery
- D. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)
- E. riabilitazione
- F. lungodegenza
- G. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali.
- H. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti.

Nell'allegato 2C del D.P.C.M. si definiscono come «inappropriati» i casi trattati in regime di ricovero ordinario o day hospital, che le strutture sanitarie potrebbero invece erogare in un diverso setting, con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse; viene quindi indicata

la necessità di escludere alcune prestazioni dal livello dell'assistenza ospedaliera, senza però definire i criteri di appropriatezza che consentano di riferire le cure al corretto livello assistenziale.

Si è quindi cercato di individuare le caratteristiche di prestazioni e bisogni assistenziali che richiedono l'attivazione dell'assistenza ospedaliera per acuti, proponendo una classificazione per la degenza ordinaria, e il day hospital.

## Degenza ordinaria

E' la prestazione assistenziale di ricovero per acuti erogata da un Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato, rivolta all'assistenza di soggetti che presentando patologie/problemi acuti di varia gravità necessitano di inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici e strumentali; che, in relazione alla condizione clinica, abbisognano di assistenza medico infermieristica prolungata nel corso della giornata; osservazione infermieristica per 24 ore; immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e tecnologiche; permanenza continuativa all'interno della struttura in un stanza di degenza, con l'attribuzione di un posto letto attrezzato.

Al paziente ricoverato in degenza ordinaria vanno assicurate, altresì, per il periodo di ricovero, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero.

L'accesso al ricovero ordinario può avvenire sia in emergenza attraverso il pronto soccorso, sia con modalità di accesso programmata regolamentata da lista di attesa, sia per trasferimento da altro Istituto.

## Degenza in day surgery

E' la prestazione assistenziale di ricovero per acuti erogata da un Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato finalizzata alla esecuzione: di un intervento chirurgico o procedure invasive ed alle prestazioni propedeutiche e successive ad esso; comporta la permanenza del paziente all'interno della struttura per parte della giornata. Nella giornata di esecuzione della procedura chirurgica o invasiva necessita di assistenza medico infermieristica prolungata e di sorveglianza infermieristica fino alla dimissione. Il paziente va ospitato in un stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato. Di norma, tranne che per i casi in cui, per lo specifico trattamento, sia prevista l'assistenza in one-day surgery, la degenza non comporta il pernottamento del paziente. L'assistenza in day surgery è prevista per l'esecuzione di interventi

chirurgici e procedure invasive che per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza senza la necessità di una osservazione post operatoria molto prolungata e, che in ogni caso, non richiede osservazione notturna. Al paziente vanno garantite, altresì, per il periodo di permanenza nella struttura, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero. Il ricovero in day-surgery è programmato e l'accesso al ricovero può avvenire esclusivamente con le modalità del ricovero programmato, regolamentato da lista di attesa.

### **Degenza in day hospital**

E' la prestazione assistenziale di ricovero erogata da un Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato, limitata ad una sola parte della giornata, volta ad affrontare patologie/problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici diagnostici e strumentali, assistenza medico infermieristica prolungata, e non sono eseguibili in ambulatorio.

Richiede l'erogazione di prestazioni che coinvolgono molteplici discipline; si articola in uno o più accessi, ciascuno dei quali è limitato ad una sola parte della giornata; non prevede il pernottamento.

Il paziente va ospitato in un stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato. Al paziente vanno garantite, altresì, per il periodo di ricovero, tutte le necessarie prestazioni di carattere alberghiero. Il ricovero in day-hospital è programmato e l'accesso al ricovero può avvenire esclusivamente con le modalità del ricovero programmato, regolamentato da lista di attesa.

Dal 2001 al 2003 si è osservato una lieve flessione dei ricoveri ospedalieri per acuti a livello nazionale anche se in alcune regioni il trend è stato moderatamente in aumento.

Ovunque si è verificata una marcata riduzione dei ricoveri ordinari ed un forte incremento dei ricoveri in day hospital.

Nelle regioni in cui si è osservato un incremento complessivo, si è ugualmente assistito ad una flessione degli ordinari, sopravanzata dall'incremento dei ricoveri in day hospital, non cresciuti esclusivamente per trasferimento dalla degenza ordinaria.

All'interno del regime di day hospital sono racchiuse diverse tipologie di ricovero: diagnostici, chirurgici, terapeutici, riabilitativi.

Per i casi chirurgici è evidente la presenza di necessità assistenziali che impongono il ricovero, ad eccezione dell'esecuzione di interventi ricompresi nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale.

Per i casi medici, invece, è più difficile tracciare il confine tra quelli che necessitano di trattamento ospedaliero e quelli che potrebbero essere assistiti in un regime assistenziale ambulatoriale: è questo il caso delle attività di ricovero di day hospital diagnostico di tipo medico.

Esaminando i dati di dimissione italiani relativi al 2003 - ultimo anno disponibile dell'archivio nazionale al momento dell'analisi -, si osserva che tra i ricoveri in day hospital per DRG di tipo medico il motivo di ricovero più frequente risulta essere quello diagnostico nel 56% dei casi; tra questi ricoveri quelli attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati (43 DRG all. 2C D.P.C.M. 29-11-2001) sono stati, nello stesso anno, 560.000 di cui il 76% con un numero di accessi non superiore a 2, mentre nel 56% dei casi si è avuto un unico accesso.

Quindi i ricoveri in Day hospital attribuiti a DRG di tipo medico, per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, in oltre la metà dei casi sono stati erogati per effettuare indagini diagnostiche, strumentali e visite specialistiche, ed il percorso assistenziale si è concluso, nella maggioranza dei casi in brevissimo tempo (1 o 2 accessi).

Si tenga conto che, per definizione, i ricoveri in day hospital sono programmati, e generalmente i pazienti che vi accedono sono deambulanti, raggiungendo con propri mezzi la sede ospedaliera; questo, insieme alle precedenti considerazioni rende plausibile l'ipotesi che un numero significativo di ricoveri in day hospital diagnostico per DRG medico potrebbe essere evitato, e che comunque l'incertezza sui criteri di appropriatezza di questi ricoveri non favorisce la corretta erogazione di prestazioni in questo ambito.

Per tentare di rimuovere questa incertezza risulterà utile partire dagli elementi che in questo documento sono stati proposti per individuare le prestazioni e i bisogni assistenziali che afferiscono al regime di degenza in day hospital, che qui sinteticamente si richiamano: -esecuzione di indagini cliniche diagnostiche e strumentali o terapie che richiedono assistenza medico infermieristica prolungata; non siano eseguibili a livello ambulatoriale per complessità e/o rischiosità delle prestazioni; multidisciplinarietà; necessità di integrazione e coordinamento del percorso assistenziale.

## **Criteri di appropriatezza del Day Hospital medico**

Alcune Regioni, nell'ambito delle proprie iniziative di promozione dell'appropriatezza dei ricoveri hanno definito specifici criteri per l'accesso alle prestazioni di ricovero in regime di day hospital medico.

Quelli proposti nella regione Marche risultano, a nostro avviso i più coerenti e condivisibili dal livello centrale e regionale.

### **Day hospital medico diagnostico**

Sono considerati appropriati:

- i ricoveri per esecuzione di accertamenti diagnostici che comportano problemi di sicurezza per il paziente;
- i ricoveri per specifiche condizioni del paziente.

#### **Day hospital diagnostico per l'esecuzione di accertamenti diagnostici che comportano problemi di sicurezza per il paziente**

Sono considerati appropriati i day hospital per l'esecuzione di:

- esami strumentali in pazienti a rischio che richiedono un'osservazione per più di 1 ora dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica);
- esami che prevedono somministrazione di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) che necessitano di monitoraggio dopo l'esecuzione di oltre 1 ora (il monitoraggio deve essere registrato nella cartella clinica);
- esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (rischio di shock anafilattico, scompenso emodinamico o metabolico, ecc) richiedono monitoraggio clinico (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica).

#### **Day hospital diagnostico appropriato in relazione allo stato psicofisico del paziente**

Sono considerati appropriati i day hospital per l'esecuzione di accertamenti diagnostici da eseguire a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (pazienti geriatrici, pediatrici, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive).

## Day hospital medico terapeutico

Per la definizione di appropriatezza dei ricoveri in day hospital per motivi terapeutici si considerano i seguenti criteri:

- effettuazione di **chemioterapia**, in particolare quando si utilizzano:
  - antiblastici per via endovenosa;
  - terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, ecc) per via endovenosa.
- terapia per **via endovenosa** che comporti uno dei seguenti problemi:
  - tempo di somministrazione maggiore di 1 ora;
  - necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di 1 ora dopo la somministrazione.
- necessità di eseguire **esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici** nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia.
- procedure terapeutiche **invasive** che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

## Trasferimento di prestazioni dal DH all'assistenza specialistica ambulatoriale

Per definire le misure che renderebbero concretamente possibile il trasferimento di una quota di casistica dal regime di ricovero in day hospital di tipo medico diagnostico al livello ambulatoriale, è necessario analizzare i motivi che hanno favorito la diffusione del day hospital.

Questa modalità assistenziale ha incontrato il favore dei pazienti soprattutto perché agevola l'accessibilità alle prestazioni diagnostico-terapeutiche.

La struttura organizzativa che effettua il ricovero, infatti, attraverso i suoi operatori dedicati, prende in carico il paziente nel suo percorso diagnostico terapeutico, garantendo la concentrazione temporale delle prestazioni; nello stesso tempo il medico specialista del reparto di degenza cui è affidato il paziente e che ha pianificato il percorso assistenziale, monitorizza lo svolgimento dell'iter diagnostico e si assume il compito, a conclusione del percorso diagnostico, di formulare la sintesi clinica delle informazioni raccolte.

Non va sottovalutato l'aspetto economico, in quanto le prestazioni di ricovero non comportano partecipazione alla spesa da parte del cittadino, caratteristica particolarmente apprezzata tra gli strati della popolazione a minor reddito.

L'intervento del professionista è centrato sul problema clinico del paziente e non, come avviene nel tradizionale livello di assistenza specialistica ambulatoriale, sulla singola prestazione.

Nel modello assistenziale del day hospital medico è lo specialista ospedaliero che formula l'ipotesi diagnostica, definisce il percorso assistenziale, esegue la sintesi clinica sulla base dei referti delle indagini eseguite, e la propone al medico curante.

Il day hospital si è mostrato adeguato ed efficace in tutte quelle situazioni cliniche nelle quali è opportuna, per dirimere i quesiti diagnostici, l'esecuzione di indagini cliniche, diagnostiche, e strumentali plurime e multidisciplinari spesso complesse, che richiedono, per tempistica di erogazione, un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo e la concentrazione delle prestazioni in un'unica struttura erogatrice.

E' parere comune dei gruppi di lavoro che una quota importante di ricoveri in day hospital medico per motivi diagnostici, pur presentando le necessità assistenziali precedentemente descritte non ha bisogno né di allettamento, né di assistenza medico infermieristica, né di sorveglianza per più ore nel corso della giornata. Si può quindi affermare che non ricorrono le condizioni di appropriatezza caratteristiche del day hospital, ma si deve convenire che questo tipo di casistica non troverebbe, nell'attuale modello organizzativo di assistenza specialistica, una alternativa assistenziale adeguata.

Infatti il modello tradizionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale è incentrato sulle singole prestazioni e non sul problema clinico del paziente e non prevede alcuna forma di presa in carico clinico-organizzativa da parte della struttura erogatrice.

Per queste ragioni la possibilità di trasferire una parte significativa delle prestazioni attualmente erogate in day hospital appare subordinata alla definizione e realizzazione di modelli di assistenza ambulatoriale innovativi.

Va anche sottolineato che una parte degli attuali ricoveri in day hospital medico è effettuato per erogare singole prestazioni (non presentano caratteri di multidisciplinarietà) che non prevedono elevati livelli di coordinamento clinico ed organizzativo (prestazioni per il controllo routinario di pazienti affetti da malattie croniche quali il diabete e l'ipertensione arteriosa); questi pazienti devono essere assistiti nel tradizionale livello specialistico ambulatoriale.

Il trasferimento di una quota significativa di ricoveri di day hospital medico diagnostico verso una dei due modelli assistenziali indicati, produrrebbe una riduzione dei tassi di ospedalizzazione, calcolato sui dati 2003, di almeno 5 punti per 1000 se solo si realizzasse nella metà dei casi per DRG potenzialmente inappropriati..

## Un modello innovativo: il day service ambulatoriale

Alcune Regioni hanno avviato esperienze innovative di organizzazione dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali coordinate e complesse, denominata comunemente day service ambulatoriale, attivata in via preliminare nell'ambito ospedaliero, nell'ottica di proporre una alternativa assistenziale al ricovero. La valutazione ed il confronto tra queste esperienze ha consentito di condividere nei gruppi di lavoro dei Mattoni: “Evoluzione del sistema DRG”, “Misure dell'appropriatezza” e “Specialistica ambulatoriale”, la proposta di articolazione generale delle attività di day service ambulatoriale in merito a:

- definizione del modello assistenziale di day service ambulatoriale
- ambiti di applicazione
- linee generali di organizzazione

### Definizione del modello assistenziale

Il day service ambulatoriale è una innovativa modalità di assistenza, ricompresa nel livello territoriale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

E' finalizzato alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione; richiede un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice.

Deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione da parte della struttura erogatrice delle prenotazioni, in coerenza con l'iter diagnostico ed in modo da ridurre il numero di accessi all'utente.

### Ambiti di attivazione

E' un modello assistenziale finalizzato a razionalizzare l'assistenza ospedaliera che consente di migliorare l'appropriatezza nell'uso dell'ospedale, rendendo possibile il trasferimento di una consistente quota di attività dal regime di ricovero, in particolare di day hospital, ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale.

L'assistenza ambulatoriale in day service potrà essere erogata dagli ambulatori di istituti di cura e da poliambulatori territoriali che assicurino la presenza, al loro interno, di tutte (o almeno larga parte) le discipline interessate dal percorso assistenziale.

## Aspetti organizzativi generali

Il day service ambulatoriale viene avviato dallo specialista ospedaliero o del poliambulatorio al quale si rivolge il cittadino, su richiesta di visita od altra prestazione avanzata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta che formula un primo quesito diagnostico.

Lo specialista della struttura a cui si rivolge il cittadino assume la gestione clinico-organizzativa del paziente.

Lo stesso professionista (se dotato di capacità prescrittiva) ovvero il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta (nel caso le prestazioni da erogare siano state definite da specialista a cui non è attribuita capacità prescrittiva), formula la prescrizione; la struttura che prende in carico la prescrizione effettua l'erogazione delle prestazioni.

Il day service ambulatoriale è un processo organizzativo cui partecipano discipline differenti; ne consegue che occorrerà prevedere una funzione di coordinamento e sintesi clinica (il clinico che prende in carico il paziente decide l'iter diagnostico da realizzare, lo monitorizza, effettua la sintesi diagnostico-terapeutica), e una funzione di coordinamento organizzativo ed amministrativo per seguire il paziente e favorirne la presa in carico complessiva (agenda, percorsi organizzativi, impegnative ecc.).

I percorsi diagnostico terapeutici ( P.A.C.C. percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) vanno esplicitati a priori, e definiti con un criterio di priorità che tenga conto delle prevalenti problematiche cliniche presenti nella popolazione.

I percorsi diagnostico terapeutici del day service sono gruppi ragionati di prestazioni, incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che devono essere erogati in risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie; all'interno dello specifico "percorso" ambulatoriale, lo specialista che ha la responsabilità della gestione clinica del paziente specialista clinico individua, caso per caso, le prestazioni da prescrivere che costituiscono il pacchetto.

I P.A.C.C. dovranno essere proposti e condivisi dagli specialisti della struttura erogatrice, formalizzati e codificati dalle aziende sanitarie a cui afferiscono le strutture, ed eventualmente validati a livello regionale.

L'intero iter previsto dal P.A.C.C. deve concludersi, di norma, entro 30 giorni dall'accettazione del paziente.

L'organizzazione del day service ambulatoriale prevede la redazione di una cartella clinica alla cui compilazione partecipano tutti gli specialisti implicati nella risposta assistenziale; si tratta pertanto di un documento che dovrà essere standardizzato e coordinato.

Per quanto riguarda la definizione di un sistema di rilevazione delle prestazioni di day service ambulatoriale ed il relativo flusso informativo, è oggetto di riflessione e si rimanda allo specifico documento.

La tariffazione delle prestazioni, nelle esperienze fin qui condotte, ha seguito sostanzialmente le modalità tariffarie delle prestazioni contenute nel nomenclatore nel quale potrebbero essere inserite 2 nuove attività/prestazioni peculiari della modalità assistenziale di day service (“coordinamento organizzativo” e “coordinamento e sintesi clinica”).

Qualche considerazione va fatta relativamente alla compartecipazione del cittadino alla spesa: nelle esperienze fin qui condotte alcune Regioni l'hanno prevista secondo le vigenti normative, mentre altre, ritenendo le prestazioni di day service intermedie tra il ricovero in day hospital e l'assistenza ambulatoriale, hanno ritenuto opportuno non prevedere alcuna compartecipazione.

Appare evidente che le attuali regole di prescrizione non risultano adeguate ai contenuti di multidisciplinarietà proprie del day service che presuppone, per la definizione del percorso clinico, prestazioni afferenti a più branche specialistiche (risultanti solo a posteriori una volta definite le attività erogate); questo richiede la compilazione di più prescrizioni nonché un calcolo composito per il pagamento del ticket.

Emerge quindi la necessità di un ripensamento della struttura prescrittiva, indispensabile per l'adozione del modello.

## Chirurgia Ambulatoriale

Molte procedure chirurgiche possono essere effettuate, con livelli di efficacia e di sicurezza ritenuti adeguati, in un contesto ambulatoriale.

Un elenco di tali procedure, con riferimento ai soli codici contenuti nella Classificazione Internazionale delle Malattie IX Revisione, è riportato ad esempio in allegato al documento «*Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Livelli Essenziali di sicurezza per l'esercizio delle attività di Chirurgia ambulatoriale e di altre Prestazioni ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, di Day surgery limitatamente ai presidi autonomi extraospedalieri di Day surgery" ai sensi dell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*» attualmente in discussione presso la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni; l'elenco non è completamente esaustivo ma le attività che mancano si possono considerare largamente minoritarie.

Alcune delle procedure di cui all'elenco citato sono già presenti nell'attuale nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali (Decreto del Ministero della Sanità 22 luglio 1996 recante «*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*») e pertanto già sono erogate anche (o esclusivamente) in contesto ambulatoriale, mentre per altre l'attuale assenza dal nomenclatore ha fino ad oggi largamente impedito la loro erogazione in ambulatorio.

Alcune regioni hanno adottato il principio cosiddetto della "assimilazione" (la prestazione x, assente dal nomenclatore, è stata assimilata alla prestazione y, presente nel nomenclatore), creando in questo modo la possibilità di erogare in ambulatorio prestazioni che non sarebbero erogabili in tale contesto; altre invece hanno dato corso a tentativi (seppure ancora limitati a poche attività) di erogare in ambulatorio prestazioni che fino ad oggi erano caratteristica esclusiva del contesto ospedaliero (si pensi alla cataratta, all'ernia, allo stripping di vene, ecc.).

All'interno del mattone «*Classificazione delle prestazioni ambulatoriali*» sono in corso in maniera estensiva, con l'aiuto degli esperti delle Regioni e delle società scientifiche, alcune attività di valutazione di tali prestazioni al fine specifico del loro inserimento nel nuovo nomenclatore in preparazione, creando così la condizione fondamentale per la erogabilità delle prestazioni stesse in un contesto ambulatoriale.

A prescindere dal problema degli eventuali requisiti (sicurezza, accreditamento, ...) che le strutture ambulatoriali erogatrici devono possedere (requisiti per altro ancora in discussione sui

tavoli di merito: si veda in proposito il citato documento «Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Livelli Essenziali di sicurezza per l'esercizio delle attività di Chirurgia ambulatoriale e di altre Prestazioni ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, di Day surgery limitatamente ai presidi autonomi extraospedalieri di Day surgery" ai sensi dell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289»), il trasferimento di attività dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale propone alcuni elementi di discussione che è opportuno esaminare.

### **Le prestazioni da trasferire.**

Il trasferimento di attività dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale può avvenire nell'ipotesi che la attività sanitaria trasferita sia, per quanto possibile, identica alla attività originaria: la prestazione "cataratta", ad esempio, non può avere un contenuto differente se erogata in day hospital o erogata in ambulatorio.

L'elenco di attività cui si sta facendo riferimento, però, non presenta una lista di "prestazioni trasferibili" (la cataratta, appunto) bensì è costituito da una elencazione di procedure ricavate dalla Classificazione Internazionale delle Malattie (nel caso della cataratta sono presenti le procedure "13.41 Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta" e "13.43 Faco frammentazione meccanica ed aspirazione di cataratta"): per molte di esse occorre prendere alcune decisioni specifiche per trasformare queste singole procedure chirurgiche (la procedura "13.41" e/o la procedura "13.43") in vere e proprie prestazioni ambulatoriali equivalenti alle analoghe attività ospedaliere (la "cataratta", appunto).

In altre parole deve essere identificato con precisione il contenuto della prestazione che si intende trasferire se non si vuole da una parte introdurre una inaccettabile differenziazione tra prestazione ambulatoriale e prestazione ospedaliera e dall'altra dare luogo ad una rilevazione (e successiva remunerazione) distorta di attività ambulatoriali specifiche.

I criteri utilizzabili per discriminare la casistica chirurgica trasferibile non possono prescindere dalla necessità di garantire la sicurezza del paziente; se, da una parte devono essere ritenute immediatamente trasferibili in un regime di erogazione ambulatoriale singole prestazioni che non richiedono approfondite valutazioni preoperatorie, dall'altra si deve pensare ad una modalità erogativa più strutturata per erogare, in completa sicurezza, interventi o procedure per le quali devono essere predisposti esami e visite pre-operatorie nonché successive visite di controllo.

## Tariffazione delle prestazioni

Alla nuova prestazione ambulatoriale oggetto di trasferimento dovrà essere attribuita una tariffa.

A prescindere dalla modalità con cui la tariffa sarà stabilita, è ragionevole ipotizzare che essa sarà in diminuzione ma probabilmente non si potrà discostare in maniera significativa, rilevante, dalla tariffa attribuita alla stessa prestazione in regime di day-hospital; ciò significa che lo spostamento di attività chirurgiche dal regime di ricovero al contesto ambulatoriale provocherà uno spostamento certo di risorse tra i due livelli di assistenza (in diminuzione al livello ospedaliero, in aumento al livello ambulatoriale), ma probabilmente senza intaccare in maniera significativa (o intaccando minimamente) le risorse complessive richieste al sistema (maggiore è la rilevanza economica della spostamento, naturalmente, qualora il passaggio avvenga da ricovero ordinario, anziché giornaliero, a prestazione ambulatoriale).

Lo spostamento corrisponde più ad una esigenza di appropriatezza erogativa, di minore impegno per l'utente, che non (se non in minima parte) ad un risparmio complessivo di risorse.

A livello macroscopico, nel tempo, contemporaneamente allo spostamento di attività occorre che il sistema ospedaliero sia capace anche di trasferire risorse (in termini di spesa) al sistema ambulatoriale altrimenti l'effetto economico complessivo del trasferimento di attività non potrà che corrispondere ad un aumento delle risorse utilizzate dal sistema (più spese ambulatoriali, nessun risparmio ospedaliero).

Lo spostamento di attività chirurgiche dal regime di ricovero al contesto ambulatoriale propone, per esse, il tema della compartecipazione del cittadino alla spesa, compartecipazione al momento assente qualora la prestazione fosse eseguita in regime di ricovero

## Tasso di ospedalizzazione

Lo spostamento di attività chirurgiche dal regime di ricovero al contesto ambulatoriale provocherà una diminuzione dell'indicatore "tasso di ricovero" ed un aumento degli eventuali indicatori associati alle attività ambulatoriali.

## Cartella clinica

L'esecuzione della prestazione in regime di ricovero è accompagnata dalla redazione di un documento clinico (cartella clinica), documento che ad oggi non è previsto nel contesto delle prestazioni ambulatoriali; inoltre occorrerà prevedere uno specifico flusso informativo ed uno specifico tracciato record per registrare le prestazioni di chirurgia ambulatoriale che attualmente non sono ancora contenute nel nomenclatore e che sono attualmente registrate dal sistema informativo delle dimissioni ospedaliere.

Il tracciato record della specialistica ambulatoriale, infatti potrebbe risultare inadeguato in quanto più orientato a registrare prestazioni a partire dalla prescrizione e non consente di rilevare informazioni su eventuali comorbilità o complicanze che, attualmente, registra la scheda di dimissione ospedaliera.

In sintesi, da quanto appena descritto risulta che è possibile oggi trasferire alcune prestazioni chirurgiche dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale a condizione che, una volta definito il contenuto effettivo della prestazione da trasferire, vengano affrontati alcuni problemi che differenziano oggi il contesto ospedaliero da quello ambulatoriale (tariffa, compartecipazione del cittadino, redazione della cartella clinica, ...).

Gli effetti attesi hanno a che fare da una parte con lo spostamento di risorse tra i due contesti e dall'altra con la variazione di alcuni indicatori di attività (tasso di ricovero, ad esempio); meno rilevanti appaiono invece gli effetti economici complessivi, in termini di risparmio, riferiti all'intero sistema.

## Lo sviluppo di una metodologia di analisi dei dati di day hospital medico

### Introduzione

Prima di poter proporre criteri e regole nazionali per garantire omogeneità ed equità, è parso necessario verificare lo stato dell'arte sull'utilizzo del day hospital medico nelle diverse regioni.

Il punto da cui partono le regioni è un elemento che non può essere sottovalutato nel dare indicazioni comuni su cosa e come può essere erogato nel setting assistenziale più appropriato.

E' infatti di tutta evidenza che l'analisi non deve focalizzarsi su liste di prestazioni, ma deve tener conto di modalità organizzative, peculiarità territoriali e esperienze consolidate che sono alla base di prassi erogative difformi.

L'esigenza di fornire indicazioni nazionali su questo tema nasce dalla considerazione che alcune realtà hanno già 'sperimentato' modalità organizzative alternative al day-hospital per prestazioni con connotazione diagnostica o, più in generale, per prestazioni di natura non chirurgica.

In assenza di linee di indirizzo, le esperienze odierne non hanno ambiti di applicazione e connotazioni clinico-organizzative uniformi: infatti solo in alcune regioni sono state definite linee guida contenenti indicazioni per l'erogazione di pacchetti predefiniti di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale: queste modalità di assistenza presuppongono la presa in carico del paziente, come già nel DH, finalizzata alla individuazione di un percorso di trattamento complesso, organico e temporalmente definito; tale modello resta attualmente di natura ospedaliera, in cui viene garantita una attività ambulatoriale "protetta", ma si deve prevederne l'estensione al territorio, probabilmente suo luogo di elezione.

In altri casi sono le singole Aziende che hanno definito percorsi alternativi al ricovero in DH, rendendo esclusivamente più snello il sistema di prescrizione ed erogazione, senza la partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

La realizzazione di questo progetto passa necessariamente attraverso alcuni fondamentali momenti :

- attenta selezione dei pazienti (pazienti , oltre che casistica, per non rischiare di sottovalutare le sempre presenti componenti socio-assistenziali, come la gestione dell'accesso di bambini, anziani e portatori di handicap);
- la casistica appunto, con le sue componenti di gravità e possibilità di complicazioni;
- una valutazione precisa delle componenti strutturali-organizzative necessarie per l'attivazione del percorso clinico e l'economizzazione delle risorse;

- le competenze professionali, fondamentali per l'istituzione di un regime assistenziale multidisciplinare e la sua organizzazione;
- la vigilanza sul mantenimento di standard di qualità soddisfacente;
- la formazione del personale medico, paramedico e tecnico;
- la garanzia di ascolto del paziente;
- la definizione del flusso informativo;
- l'individuazione di indicatori utili per la verifica di andamento dell'attività.

Deve essere comunque considerato che il contenuto informativo desumibile dalla scheda nosologica può risultare scarso, non tanto e non solo a causa di una incompleta compilazione, ma anche perché gli elementi utili a stabilire la valorizzazione economica sono sostanzialmente diversi rispetto al contesto ambulatoriale; infatti alcune procedure eseguite in corso di ricovero non hanno ragione di essere rappresentate nella descrizione della casistica di degenza, in quanto ininfluenti nell'ottica della determinazione delle risorse consumate nell'episodio assistenziale.

Un altro aspetto che richiede una valutazione precisa riguarda la possibilità (il se) e la modalità (il come) di modifica del nomenclatore ambulatoriale, anche in relazione alla variabilità di percorsi assistenziali intrapresi dalle diverse regioni, verosimilmente da attribuire alla difficoltà di declinazione di protocolli condivisi sia dal punto di vista clinico, che organizzativo-strutturale.

In questo caso dovrebbero essere previsti pacchetti di prestazioni e non singole voci, o prevedere l'uso di codici di prestazione 'traccianti'.

Non è difficile immaginare come sia problematico gestire, ad esempio, il paziente diabetico in tutti gli stadi della patologia (con le complicazioni relative, che hanno a loro volta dignità di quadri clinici autonomi e diversi e richiedono terapie ovviamente diverse), sia da parte di un coordinatore clinico (lo specialista), che per ciò che attiene agli aspetti più pratici di natura logistica.

La gestione della cura "multidisciplinare" richiede una progettazione consensuale di strutture tecnologiche e impiego delle risorse umane, mirata ad armonizzare esigenze professionali, spazi e strumenti di lavoro.

E' auspicabile che, al di là di scelte ed esperienze regionali, si introducano percorsi assistenziali condivisi e ripetibili, concretamente praticabili e applicabili su scala nazionale, che garantiscano l'uniformità erogativa sia nell'ottica dell'equità assistenziale, che per quel che concerne la gestione della mobilità interregionale.

E' necessario pianificare l'attività prescrittiva, aggiornandola a supportare un livello assistenziale nuovo, modificandone la struttura e identificando ruoli e competenze di Medico di Medicina Generale e Specialista, nel rispetto delle rispettive professionalità.

E' importante sottolineare che una quota significativa di casistica selezionata è rappresentata, dedotte le prestazioni plurispecialistiche riferibili al modello day service, da procedure semplici che possono essere immediatamente trasferite in regime di specialistica ambulatoriale così come attualmente gestita; in altre parole singole procedure diagnostiche o terapeutiche che sono impropriamente e senza alcuna motivazione clinica erogate in regime di osservazione prolungata e che non comportano alcun rischio per la salute del paziente, proponibili quindi in totale sicurezza in ambulatorio.

## Metodologia

Fare valutazioni su questo importante tema ha reso necessario effettuare l'analisi su dati il più aggiornati possibile. Poiché l'ultimo anno disponibile dell'archivio nazionale SDO è il 2003 sono stati raccolti i dati SDO relativi al 2004 e al 2005 limitatamente alle Regioni Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia, Lazio, Marche, Basilicata, Campania. Non si tratta di un campione casuale ma l'arruolamento è scaturito dall'aver partecipato ai lavori su questo specifico argomento e dalla disponibilità tempestiva dei dati.

Complessivamente nel 2003 i ricoveri di queste regioni rappresentavano il 48% (sia ordinario che day hospital) della casistica nazionale, per cui si può affermare di avere una buona rappresentatività dell'intero universo.

Per prima cosa sono stati adottati criteri di selezione dell'attività di ricovero che permettessero di individuare e descrivere la quota di day hospital medico potenzialmente trasferibile, oltre a verificarne l'incidenza sull'attività complessiva.

Sono stati individuati i seguenti livelli di selezione gerarchicamente determinati sulla base di valutazioni clinico organizzative condivise:

- primo livello: ricoveri in regime diurno;
- secondo livello: ricoveri a carico del SSN;
- terzo livello: ricoveri di residenti in regione. Sui fuori regione possono intervenire scelte organizzative condizionate dalla distanza. Probabilmente questo criterio, corretto in questa fase, può sollevare critiche: si tratta di inappropriata organizzazione, dovuta all'inadeguata strutturazione dell'ambulatorio per funzioni e collegamenti. Inoltre è stata mantenuta nel

campione la quota parte di mobilità infraregionale che a volte, per distanze percorse, può essere sovrapponibile alla mobilità interregionale.

- quarto livello: ricoveri attribuiti a DRG non chirurgici;
- quinto livello: ricoveri di pazienti di età compresa fra 16 e 74 anni.

L'assunto alla base di questo criterio è principalmente clinico: il paziente pediatrico, dovendo sovente essere sedato, è per sua natura un candidato a sorveglianza protratta. I ricoveri pediatrici non chirurgici sono spesso finalizzati alla diagnosi dei malassorbimenti gastroenterici o terapie ormonali che richiedono osservazione: ad esempio le iposomie e tutte le sindromi endocrinologiche, ivi incluso il diabete giovanile.

Per l'anziano va premesso che l'età in sé non determina il bisogno di ricovero, ma di fatto egli è frequentemente portatore di più patologie o problematiche che, aggravando il rischio, lo rendono clinicamente "instabile" e quindi candidato ad assistenza medica e infermieristica prolungata.

Si tenga anche presente che al pari del bambino, ma per motivi diversi, l'anziano è, in alcuni casi, scarsamente collaborante; le patologie che interessano l'età geriatrica spesso incidono sulla sfera cognitiva (demenze di varia eziopatogenesi) e rendono conto della difficoltà assistenziale (non gestionale) di questi pazienti. Questo criterio di selezione esclude una parte di pazienti che a prescindere dall'età e pur in presenza di copatologie, possono essere assistiti in modo ottimale ambulatorialmente; ma si è scelto di focalizzare preliminarmente l'attenzione su una casistica semplice impropriamente trattata in day hospital ed immediatamente trasferibile, che ha nell'assistenza specialistica ambulatoriale il suo corretto regime assistenziale.

- sesto livello: sottoinsieme precedente con l'esclusione di H.I.V. (codici ICD-IX-CM 042 e V08 in qualsiasi posizione sulla SDO).

Le prime cinque selezioni, eseguite a cascata da ciascuna Regione, consentono di avere un sottoinsieme dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri su cui concentrare l'attenzione e l'approfondimento.

Nel contempo, la richiesta di fornire il numero di casi esclusi a ciascun passaggio ha consentito di valutare l'entità di ciascuna selezione fornendo una prima misura dell'impatto sulle singole Regioni (tabella 1).

L'ultimo criterio di selezione è stato definito dopo una prima valutazione della casistica ed un confronto con il gruppo di lavoro.

In una prima fase della selezione dati sono stati escluse le schede di dimissione con diagnosi di tumore (capitolo 2 della classificazione ICD-IX-CM) o con indicazione di un codice della categoria V.58 (radioterapia, chemioterapia e altri trattamenti).

Successivamente è parso più congruo individuare percorsi diagnostici trasferibili, al di là della diagnosi di dimissione rappresentata nella SDO; ciò ha comportato il reinserimento nella casistica considerata della patologia neoplastica e dell'attività radio/chemioterapia anche se nelle tabelle successive sono evidenziate separatamente così come l'attività riabilitativa, entrambe attività specificamente terapeutiche.

## Analisi di dati

Le tabelle 1a e 1b riassumono per gli anni considerati, i valori assoluti per ciascun livello di esclusione, e per ciascuna Regione la percentuale calcolata sul livello precedente.

Il numero di day-hospital sul totale dei ricoveri ospedalieri (primo livello di selezione) mostra delle differenze fra le diverse regioni, con andamenti diversi nei due anni: mentre per Umbria ed Emilia-Romagna il numero assoluto di day-hospital diminuisce, per Lombardia, Lazio e Basilicata si evidenzia un aumento in valori assoluti ma una diminuzione della percentuale sui ricoveri totali.

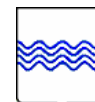
In particolare per queste ultime l'impatto del day-hospital sul totale dei ricoveri diminuisce in Lombardia (28.5% nel 2004 e 24.1% nel 2005), mentre aumenta nel Lazio (33.6% nel 2004 e 36,5 nel 2005) e in Basilicata (32.9 % nel 2004 e 34% nel 2005).

Un altro spunto di riflessione viene fornito dall'alta variabilità del peso della casistica medica (4° livello di selezione ): in entrambi gli anni Lazio e Basilicata hanno valori più elevati rispetto alle altre regioni.

Tabella n.1a - Criteri di selezione della casistica: valori assoluti e valori percentuali su ciascun livello precedente anni 2004

anno 2004

<i>LOMBARDIA</i>	<i>EMILIA-R.</i>	<i>UMBRIA</i>	<i>MARCHE</i>	<i>LAZIO</i>	<i>BASILICATA</i>		
605.216	230.647	62.842	69.382	463.667	37.502	DH	1° selezione
<b>28,5%</b>	<b>25,5%</b>	<b>33,2%</b>	<b>23,7%</b>	<b>33,6%</b>	<b>32,9%</b>	/ tot ricoveri	
596.599	225.561	62.378	69.115	461.117	37.502	DH SSN	2° selezione
<b>98,6%</b>	<b>97,8%</b>	<b>99,3%</b>	<b>99,6%</b>	<b>99,5%</b>	<b>100,0%</b>	/ tot DH	
547.529	201.623	51.673	62.795	426.788	32.279	DH SSN residenti	3° selezione
<b>91,8%</b>	<b>89,4%</b>	<b>82,8%</b>	<b>90,9%</b>	<b>92,6%</b>	<b>86,1%</b>	/ DH SSN	
302.786	95.417	24.526	23.329	277.153	21.483	DH SSN residenti Medici	4° selezione
<b>55,3%</b>	<b>47,3%</b>	<b>47,5%</b>	<b>37,2%</b>	<b>64,9%</b>	<b>66,6%</b>	/ DH SSN residenti	
225.412	72.824	18.437	16.025	180.339	16.581	DH SSN residenti Medici ADULTI	5° selezione
<b>74,4%</b>	<b>76,3%</b>	<b>75,2%</b>	<b>68,7%</b>	<b>65,1%</b>	<b>77,2%</b>	/ DH SSN residenti Medici	
210.508	69.320	17.819	15.878	168.289	16.404	DH SSN residenti Medici ADULTI no HIV+rinvii int.	6° selezione
<b>93,4%</b>	<b>95,2%</b>	<b>96,6%</b>	<b>99,1%</b>	<b>93,3%</b>	<b>98,9%</b>	/ DH SSN residenti Medici ADULTI	



Mattoni SSN – Mattoni 3 - Evoluzione del Sistema DRG Nazionale

Tabella n.1b - Criteri di selezione della casistica: valori assoluti e valori percentuali su ciascun livello precedente anni 2005

anno 2005

LOMBARDIA	EMILIA-R.	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	BASILICATA		
611.884	212.350	57.880	69.936	525.242	38.151	DH	1° selezione
<b>24,1%</b>	<b>24,0%</b>	<b>32,2%</b>	<b>24,1%</b>	<b>36,5%</b>	<b>34,0%</b>	/ tot ricoveri	
603.153	207.361	57.418	69.743	520.416	38.151	DH SSN	2° selezione
<b>98,6%</b>	<b>97,7%</b>	<b>99,2%</b>	<b>99,7%</b>	<b>99,1%</b>	<b>100,0%</b>	/ tot DH	
553.844	183.669	47.397	63.619	478.064	32.894	DH SSN residenti	3° selezione
<b>91,8%</b>	<b>88,6%</b>	<b>82,5%</b>	<b>91,2%</b>	<b>91,9%</b>	<b>86,2%</b>	/ DH SSN	
302.816	85.797	21.491	22.765	307.839	21.124	DH SSN residenti Medici	4° selezione
<b>54,7%</b>	<b>46,7%</b>	<b>45,3%</b>	<b>35,8%</b>	<b>64,4%</b>	<b>64,2%</b>	/ DH SSN residenti	
221.993	64.523	16.361	15.199	199.135	16.270	DH SSN residenti Medici ADULTI	5° selezione
<b>73,3%</b>	<b>75,2%</b>	<b>76,1%</b>	<b>66,8%</b>	<b>64,7%</b>	<b>77,0%</b>	/ DH SSN residenti Medici	
208.082	61.137	15.722	15.014	187.053	16.027	DH SSN residenti Medici ADULTI no+HIV+rinvii int.	6° selezione
<b>93,7%</b>	<b>94,8%</b>	<b>96,1%</b>	<b>98,8%</b>	<b>93,9%</b>	<b>98,5%</b>	/ DH SSN residenti Medici ADULTI	

La tabella 2 riassume il peso della quota di attività considerata sull'intera attività di day-hospital (sesto livello su primo livello) e sul totale di day-hospital medico (sesto livello su quarto livello); questo è un primo dato della quota di day-hospital medico potenzialmente trasferibile ed oggetto di ulteriori approfondimenti.

Emerge una certa variabilità tra le Regioni: si va dal 66% della regione Marche per l'anno 2005, al 76% della Basilicata (la variabilità è fortemente condizionata dalla quota di attività di chemioterapia: 20% dei day-hospital medici in Lombardia, il 30% in Emilia-Romagna, il 33% nella Marche, mentre le altre regione del campione è meno rilevante ). La regione Marche ha avviato un percorso di regolamentazione per un migliore utilizzo del day-hospital dal 2003.

L'osservazione dei dati assoluti mostra un generale decremento rispetto al numero totale di ricoveri in day-hospital, con particolare riferimento alla Regione Emilia-Romagna in cui la differenza fra 2004 e 2005 appare elevata (da 69.320 a 61.137, pari all'11,8%) e all'Umbria (da 17.819 a 15.722, pari a all'11,76%).

Ciò contro il 5,4% delle Marche (-864 ricoveri), il 2,3% della Basilicata (-377 ricoveri), l'1,2% della Lombardia (-2426 ricoveri).

In controtendenza il Lazio che vede un aumento della quota assoluta (+ 11,1% pari a 18.764 ricoveri, pur questa rappresentando il 36% sul totale dei ricoveri, come nel 2004).

Troviamo valori sostanzialmente invariati tra i due anni in esame sulle percentuali riferite al totale di day-hospital medico.

Va ricordato che i dati sono comprensivi dell'attività di riabilitazione, dei ricoveri per patologia neoplastica e di chemioterapia.

Tabella n. 2 - Impatto sull'attività di day-hospital

**LOMBARDIA                  EMILIA-  
ROMAGNA                  UMBRIA   MARCHE   LAZIO   BASILICATA**

210.508	69.320	17.819	15.878	168.289	16.404	<b>2004</b>
% sul totale del D.H.						
35%	30%	28%	23%	36%	44%	
% sul totale D.H. medici						
70%	73%	73%	68%	61%	76%	
208.082	61.137	15.722	15.014	187.053	16.027	<b>2005</b>
% sul totale del D.H.						
34%	29%	27%	21%	36%	42%	
% sul totale D.H. medici						
69%	71%	73%	66%	61%	76%	

**Mattoni SSN – Mattone 3 - Evoluzione del Sistema DRG Nazionale**

Le tabelle 3a e 3b forniscono un quadro schematico delle principali variabili ed indicatori esaminati: numero di accessi, presenza di procedure e, dove presenti, il numero medio di procedure per SDO; la copertura delle prime trenta categorie diagnostiche (primi tre caratteri dei codici ICD-IX-CM segnalati in diagnosi principale); la copertura delle prime 10 discipline di dimissione.

Tabella n. 3a

**Distribuzione dei ricoveri in regime diurno per Regione – Anno 2004**  
 (Banca dati SDO)

	Regione di ricovero						
	Lombardia	Emilia Romagna	Umbria	Marche	Lazio	Campania	Basilicata
<b>N. totale ricoveri</b>	<b>210.508</b>	<b>69.320</b>	<b>17.819</b>	<b>15.878</b>	<b>168.289</b>	<b>202.489</b>	<b>16.404</b>
<b>1 solo accesso in DH</b>	127.030	10.099	8.016	6.513	54.336	87.405	7.925
<b>1 solo accesso in DH (%)</b>	60,34	14,57	44,99	41,02	32,29	43,17	48,31
<b>Tra 2 e 3 accessi in DH</b>	37.859	12.454	4.500	3.303	56.934	82.087	5.644
<b>Tra 2 e 3 accessi in DH (%)</b>	17,98	17,97	25,25	20,80	33,83	40,54	34,41
<b>Tra 4 e 7 accessi in DH</b>	22.002	25.198	2.243	2.423	30.555	23.404	1.754
<b>Tra 4 e 7 accessi in DH (%)</b>	10,45	36,35	12,59	15,26	18,16	11,56	10,69
<b>Più di 7 accessi in DH</b>	23.617	21.569	3.060	3.639	26.464	9.593	1.081
<b>Più di 7 accessi in DH (%)</b>	11,22	31,12	17,17	22,92	15,73	4,74	6,59
<b>Presenza di procedure</b>	178.492	55.547	11.383	15.049	165.594	174.296	15.106
<b>Presenza di procedure (%)</b>	84,79	80,13	63,88	94,78	98,40	86,08	92,09
<b>N. medio di procedure per ricovero</b>	<b>2,48</b>	<b>2,50</b>	<b>1,91</b>	<b>2,73</b>	<b>3,16</b>	<b>2,71</b>	<b>3,04</b>
<b>N. ricoveri per le prime 30 Categorie diagnostiche</b>	109.384	41.546	9.730	10.478	76.830	100.863	8.953
<b>% cumulata di copertura</b>	51,96	59,93	54,60	65,99	45,65	49,81	54,58
<b>N. ricoveri per le prime 10 Discipline di dimissione</b>	147.841	51.263	13.971	11.789	112.267	145.709	13.722
<b>% cumulata di copertura</b>	70,23	73,95	78,41	74,25	66,71	71,96	83,65

**Sono applicate le selezioni sulle diagnosi principale e secondarie**

Tabella n 3b

**Distribuzione dei ricoveri in regime diurno per Regione – Anno 2005**

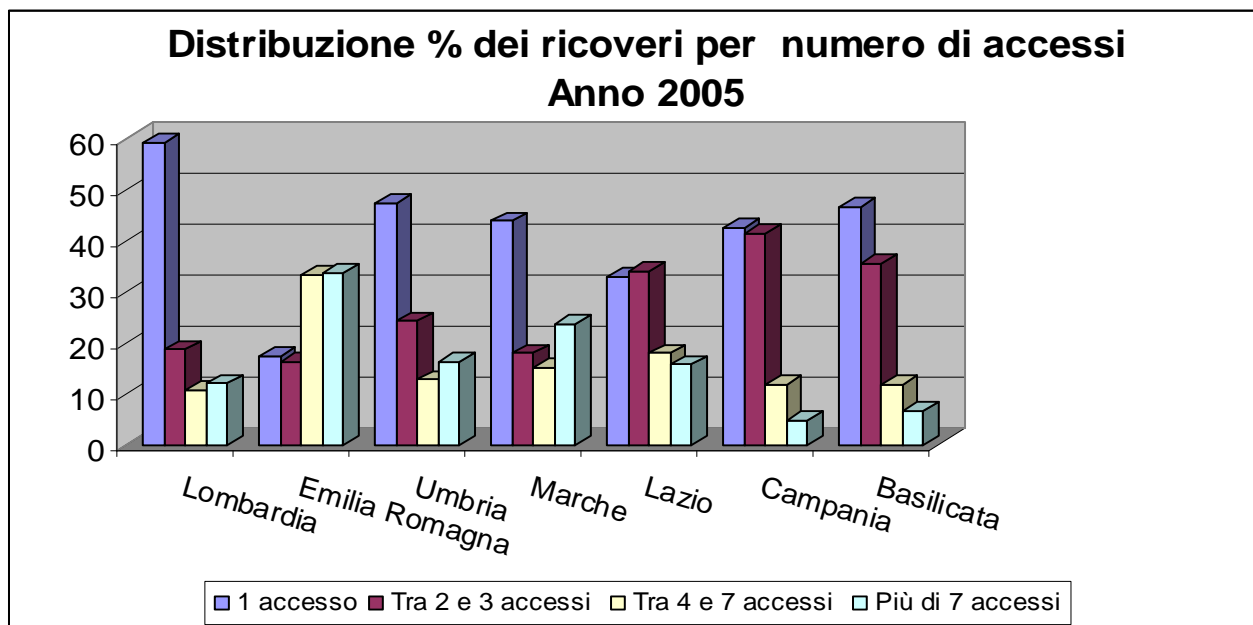
(Banca dati SDO)

	Regione di ricovero						
	Lombardia	Emilia Romagna	Umbria	Marche	Lazio	Campania	Basilicata
<b>N. totale ricoveri</b>	<b>208.082</b>	<b>61.137</b>	<b>15.722</b>	<b>15.014</b>	<b>187.053</b>	<b>216.251</b>	<b>16.027</b>
<b>1 solo accesso in DH</b>	122.547	10.551	7.425	6.563	61.320	91.740	7.426
<b>1 solo accesso in DH (%)</b>	58,89	17,26	47,23	43,71	32,78	42,42	46,33
<b>Tra 2 e 3 accessi in DH</b>	38.527	9.876	3.784	2.676	63.293	89.153	5.659
<b>Tra 2 e 3 accessi in DH (%)</b>	18,52	16,15	24,07	17,82	33,84	41,23	35,31
<b>Tra 4 e 7 accessi in DH</b>	22.262	20.209	1.988	2.248	33.318	25.379	1.887
<b>Tra 4 e 7 accessi in DH (%)</b>	10,70	33,06	12,64	14,97	17,81	11,74	11,77
<b>Più di 7 accessi in DH</b>	24.746	20.501	2.525	3.527	29.122	9.979	1.055
<b>Più di 7 accessi in DH (%)</b>	11,89	33,53	16,06	23,49	15,57	4,61	6,58
<b>Presenza di procedure</b>	180.025	49.903	10.048	14.348	182.722	186.075	14.932
<b>Presenza di procedure (%)</b>	86,52	81,62	63,91	95,56	97,68	86,05	93,17
<b>N. medio di procedure per ricovero</b>	<b>2,52</b>	<b>2,53</b>	<b>1,85</b>	<b>2,71</b>	<b>3,18</b>	<b>2,75</b>	<b>3,03</b>
<b>N. ricoveri per le prime 30 Categorie diagnostiche</b>	107.994	36.180	8.758	9.871	83.590	109.222	8.391
<b>% cumulata di copertura</b>	51,90	59,18	55,71	65,75	44,69	50,51	52,36
<b>N. ricoveri per le prime 10 Discipline di dimissione</b>	145.202	45.321	12.223	11.127	123.633	156.443	13.181
<b>% cumulata di copertura</b>	69,78	74,13	77,74	74,11	66,10	72,34	82,24

**Sono applicate le selezioni sulle diagnosi principale e secondarie**

Pur con leggere variazioni fra le diverse Regioni, le prime trenta categorie diagnostiche assommano più della metà della casistica medica, e le prime dieci discipline comprendono 7 casi su dieci.

Figura 1

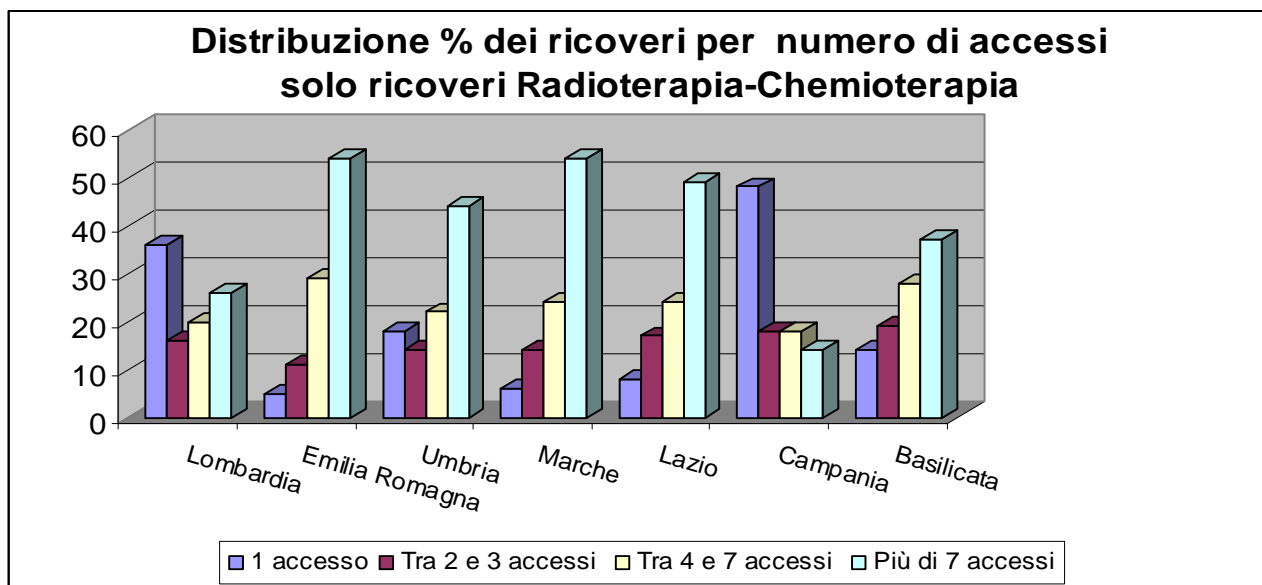


La distribuzione dei ricoveri per **classi di accesso** mostra chiaramente come , la gestione anche solo amministrativa del day-hospital, assume aspetti molto differenti nelle regioni analizzate (figura 1).

In Emilia-Romagna la distribuzione è inversa rispetto alla tendenza generale: i valori più alti sono in corrispondenza dei ricoveri con più di quattro accessi mentre nelle altre regioni la proporzione più elevata di casistica si concentra su un accesso o al massimo su tre accessi.

Il fenomeno osservato è verosimilmente collegato alle indicazioni regionali sulla gestione della SDO e sulla identificazione degli accessi, nonché alle diverse modalità di remunerazione e controllo.

Figura 2



Relativamente al numero di accessi per Radio/Chemioterapia, nel corso dell'anno 2005, si osserva una netta prevalenza di ricoveri con accessi superiori a 7 (Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio e Basilicata). In controtendenza la Campania ( 48%) e la Lombardia ( 36%).

Nell'interpretazione di questi valori si dovrà tener conto ancora delle diverse modalità di gestione della scheda nodologica.

La casistica medica non è distinta in base alla **tipologia di prestazione** erogata - diagnostica, riabilitativa e/o terapeutica; per distinguere queste tipologie è stato applicato un sistema di classificazione delle procedure sviluppato dall' A.H.R.Q. (Agency for HealthCare Research & Quality) che ne segnala la presenza e le differenzia in diagnostiche e terapeutiche. Le tabelle 4a e 4b rappresentano i risultati di questa classificazione.

Tabella n. 4a

**Numero di ricoveri per Tipologia di Procedura – Anno 2004**  
(Banca dati SDO)

Regione di ricovero	senza procedure	con solo procedure diagnostiche	con solo procedure terapeutiche	entrambe	Totale	Dimessi da Riabilitazione	Presenza diagnosi Radio o Chemioterapia
<b>Lombardia</b>	24.537 16%	78.352 50%	33.128 21%	21.402 14%	<b>157.419</b> 100%	10.448	42.641
<b>Emilia Romagna</b>	8.433 19%	19.530 44%	8.981 20%	7.788 17%	<b>44.732</b> 100%	2.543	22.045
<b>Umbria</b>	5.256 37%	5.510 39%	2.693 19%	691 5%	<b>14.150</b> 100%	1282	2.387
<b>Marche</b>	694 7%	3.283 32%	2.896 28%	3.365 33%	<b>10.238</b> 100%	628	5.012
<b>Lazio</b>	0 0%	93.221 64%	22.995 16%	29.081 20%	<b>145.297</b> 100%	7.857	15.135
<b>Campania</b>	26.737 15%	122.540 67%	15.368 8%	17.937 10%	<b>182.582</b> 100%	0	19.907
<b>Basilicata</b>	1.307 9%	10.584 71%	1.052 7%	2.020 13%	<b>14.963</b> 100%	278	1163
<b>Totale</b>	66.964 12%	333.020 58%	87.113 15%	82.284 14%	<b>569.381</b> 100%	23.036	108.290

Tabella n. 4b

**Numero di ricoveri per Tipologia di Procedura – Anno 2005**  
(Banca dati SDO)

Regione di ricovero	senza procedure	con solo procedure diagnostiche	con solo procedure terapeutiche	entrambe	Totale	Dimessi da Riabilitazione	Presenza diagnosi Radio o Chemioterapia
<b>Lombardia</b>	22.790 15%	78.265 50%	33.709 22%	21.973 14%	<b>156.737</b> 100%	10.624	40.721
<b>Emilia Romagna</b>	7.501 19%	16.885 42%	8.708 22%	7.124 18%	<b>40.218</b> 100%	2.707	18.212
<b>Umbria</b>	4.514 36%	4.647 37%	2.669 21%	880 7%	<b>12.710</b> 100%	731	2.281
<b>Marche</b>	571 6%	3.236 34%	2.357 25%	3.429 36%	<b>9.593</b> 100%	413	5.008
<b>Lazio</b>	1.535 1%	101.570 62%	25.789 16%	33.641 21%	<b>162.535</b> 100%	8.644	15.874
<b>Campania</b>	28.806 15%	130.374 68%	15.220 8%	18.715 10%	<b>193.115</b> 100%	0	23.136
<b>Basilicata</b>	1.100 7%	10.393 70%	1.066 7%	2.205 15%	<b>14.764</b> 100%	345	918
<b>Totale</b>	66.817 11%	345.370 59%	89.518 15%	87.967 15%	<b>589.672</b> 100%	23.464	106.150

Se si considerano i ricoveri nei quali si rileva l'assenza di qualsiasi procedura, si deve valutare che questa evenienza è sostanzialmente imputabile a regole difformi per la compilazione della SDO: mentre in alcune regioni è stata data esplicita indicazione di segnalare, per ogni accesso una procedura che 'tracci' la SDO, in altre l'esecuzione di esami diagnostici "semplici" (es. RX torace/addome o prelievo ematico) non deve essere rappresentata.

I dati indicano un sostanziale decremento del numero dei dimessi senza procedure dal 2004 al 2005 con l'eccezione della regione Campania che passa da 26.737 ricoveri a 28.806, pur mantenendo invariata la percentuale sul totale (15%); le altre regioni mostrano un leggero decremento percentuale che si osserva anche sul totale.

Alcune considerazioni sui ricoveri con solo procedure diagnostiche: mentre Lombardia e Umbria mostrano numeri invariati fra i due anni, si rileva un calo interessante in Emilia-Romagna (da 19.530 dimessi, pari al 44% a 16.885, pari al 42%) e Umbria (da 5.510, pari al 39% a 4.647 pari al 37%); il calo è più sfumato in Basilicata.

In controtendenza il Lazio per numero assoluto ( da 93.221 a 101.570, ma con percentuale in calo dal 64% al 62%), mentre sono in aumento i valori in Campania (da 122.540 pari al 67% a 130.374 pari al 68%); per concludere, anche il totale mostra un aumento ( da 333.020 a 345.370, + 1%).

All'interno di questo contingente di ricoveri è lecito aspettarsi procedure diagnostiche significative che possono giustificare il ricovero, ma anche esami diagnostici la cui esecuzione può essere effettuata in altro e meno impegnativo regime assistenziale; è opportuno comunque rimarcare che le differenti modalità organizzativo-strutturali delle varie Regioni, unitamente all'adozione di criteri amministrativi diversi nella gestione del flusso informativo della SDO possono condizionare significativamente i dati in esame, ed è doveroso tenerne conto.

Alcune Regioni hanno inoltre già sperimentato percorsi assistenziali di day-hospital adottando liste (repertori) di procedure considerate appropriate quando erogate in ricovero diurno (Marche), oppure definendo protocolli di cura relativi a patologie da effettuarsi in day service (Emilia Romagna); altre ancora (Lazio) hanno introdotto controlli scartanti relativi alle schede pervenute senza la compilazione del campo procedure.

I ricoveri con solo procedure terapeutiche sono omogeneamente invariati da 2004 a 2005 fra le diverse Regioni, mentre sul totale a fronte di una percentuale invariata (15%), si registra un lieve incremento dei valori assoluti ( da 87.113 a 89.518).

Le procedure diagnostiche e terapeutiche possono definirsi maggiori e minori, secondo la classificazione proposta dall' A.H.R.Q. (Agency for HealthCare Research & Quality): questo può aggiungere ulteriori elementi di valutazione per "pesare" i ricoveri, anche se deve essere considerata la logica di attribuzione usata dall'A.H.R.Q. per qualificare come più impegnativa (quindi "maggiore") una procedura, e valutarne la congruità e la adattabilità alle finalità di questo studio.

Anche i ricoveri con procedure diagnostiche e terapeutiche mostrano un aumento percentuale tra gli anni considerati e tra le varie Regioni, con un incremento del totale dei dimessi significativo (da 82.284 a 87.967 pari a +1%); anche in questo caso deve essere analizzata la qualità delle prestazioni erogate, anche se potrebbe essere presuntivamente ritenuta confortante la presenza di più procedure nello stesso episodio di ricovero.

La tabella proposta evidenzia due classi di ricoveri che, pur non esclusi dalla selezione operata, sono da considerarsi propriamente terapeutici: riabilitazione e radio-chemioterapia; le peculiarità della terapia antitumorale devono essere evidenziate per sottolineare, da un lato la necessità di competenze tecnico-organizzative legate alla manipolazione di farmaci instabili e sensibili a variazioni termico-luminose, dall'altra le peculiarità di trattamento di particolari patologie che prevedono la

somministrazione di alti dosaggi di farmaco, e quindi allettamento ed osservazione se non ricovero ordinario.

L'attività riabilitativa si può definire costante da 2004 a 2005, con l'eccezione dell'Umbria (da 1282 a 731 dimessi) e del Lazio (da 7857 a 8644); rimane da definire l'assenza di valori di attività in Campania.

Una ultima osservazione si riferisce alle **categorie diagnostiche** maggiormente rappresentate nelle prime 30 posizioni, riferita all'anno 2005.

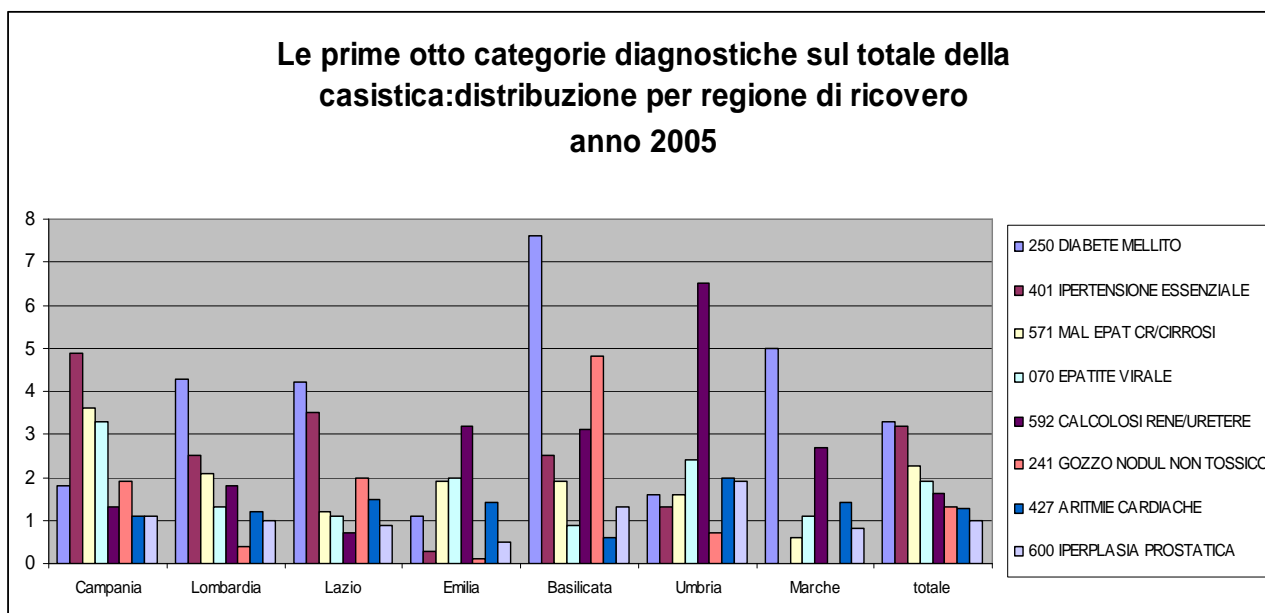
L'intero campione mostra una netta prevalenza dei ricoveri di radio-chemioterapia, pari a 102.111 (14,2%); a seguire le patologie più frequenti sono:

- 250 Diabete Mellito 23.583 (3,28 %)
- 401 Ipertensione Essenziale 22.929 (3,19 %)
- 571 Malattie epatiche/cirrosi 16.279 (2,26 %)
- 070 Epatite virale 13.763 (1,91 %)
- 592 Calcolosi rene/uretere 11.618 (1,62 %)
- 241 Gozzo nodulare non tossico 9.511 (1,32 %)
- 427 Aritmie cardiache 9.234 (1,28 %)
- 600 Iperplasia prostatica 7152 (0,99 %)
- 362 Disordini retina NAS 6.874 (0,96 %)
- 414 Altre mal. card. Ischemiche 6.783 (0,94 %)

Quale spunto di riflessione sull'alta variabilità di distribuzione della casistica, si riporta in figura 3, per ciascuna Regione l'incidenza delle categorie diagnostiche più frequenti (con esclusione dei ricoveri per chemio-radioterapia); si notino, ad esempio, i valori relativi all'Ipertensione essenziale: in Campania i ricoveri sono 10.533 con percentuale del 4,9%, mentre nella regione Marche nell'anno 2005 abbiamo avuto 3 ricoveri (0%), e in Emilia-Romagna 181 ricoveri (pari allo 0,3%).

I ricoveri per patologia diabetica rappresentano un altro interessante esempio: in Basilicata, nel 2005 spiegano un percentuale superiore al 7% mentre in Umbria ed Emilia-Romagna si attestano intorno all'1% .

Figura n. 3



A titolo meramente esemplificativo i ricoveri per patologia diabetica sono stati poi suddivisi in tre classi (tabella 5):

- le SDO con segnalazione di complicazioni diabetiche a breve e lungo termine;
- i casi in cui i pazienti vengono descritti come non complicati e non scompensati (codici ICD-IX-CM 250.00 e 250.01) e senza patologie concomitanti;
- i casi di diabete non complicato né scompensato ma con patologie concomitanti.

Sul complesso dei ricoveri per patologia diabetica il 43.5% dei pazienti sono compensati e non hanno sviluppato complicazioni legate alla patologia di base (tabella n.5).

Tabella n. 5

Ricoveri con diagnosi principale di diabete. categoria 250  
day-hospital 2005 DRG medici

	<b>diabete complicato</b>	<b>diabete non complicato (con secondarie)</b>	<b>diabete non complicato (senza secondarie)</b>	<b>totale casi categoria 250</b>
LOMBARDIA	6.054 <i>68,14</i>	1.925 <i>21,67</i>	905 <i>10,19</i>	8.884
EMILIA-ROMAGNA	382 <i>58,68</i>	140 <i>21,51</i>	129 <i>19,82</i>	651
UMBRIA	155 <i>59,85</i>	62 <i>23,94</i>	42 <i>16,22</i>	259
MARCHE	624 <i>82,32</i>	129 <i>17,02</i>	5 <i>0,66</i>	758
LAZIO	3.534 <i>44,98</i>	1.722 <i>21,92</i>	2.600 <i>33,1</i>	7.856
CAMPANIA	2.174 <i>55</i>	1.145 <i>28,97</i>	634 <i>16,04</i>	3.953
BASILICATA	402 <i>32,9</i>	321 <i>26,27</i>	499 <i>40,83</i>	1.222
<b>Totale</b>	13325 <i>56,5</i>	5444 <i>23,1</i>	4814 <i>20,4</i>	23.583

L'analisi delle procedure segnalate su tale quota di schede nosologiche fa ritenere che siano casi impropriamente trattati in regime di ricovero per eseguire esami diagnostici gestibili sul territorio; frequentemente singoli esami specialistici (fundus o diagnostica ad ultrasuono del cuore), cui sono associati visite generali o terapia educativa.

In altri casi sono indicati codici afferenti ad apparati differenti che possono far pensare ad una stadiazione multidisciplinare periodica del diabete tesa a escludere la complicazione diabetica.

Si riporta di seguito una tabella con le procedure presenti nei casi di diabete compensato non complicato.

Esempi di procedure contemporaneamente presenti con diagnosi di diabete non complicato compensato

	<i>Intervento principale</i>	<i>I intervento secondario</i>	<i>II intervento secondario</i>	<i>III intervento secondario</i>	<i>IV intervento secondario</i>
1	88.Diagnosi ultrasuono addome	88.72 Diagnosi ultrasuono cuore	89.61 Monitoraggio pressione arteriosa	87.44 Radiografia routine torace	89.52 Elettrocardiogramma
2	89.03 Intervento/valutazione completa	89.52 Elettrocardiogramma	88.77 Diagnosi ultrasuono vascolare	89.15 Altro test funzionale neurologico non invasivo	95.03 Esplorazione oftalmica ampliata
3	87.49 Radiografia torace SAI	88.76 Diagnosi ultrasuono addome	87.22 Altra radiografia colonna cervicale	88.21 Radiografia spalla arto superiore	90.59 Esame microscopico sangue NIA
4	99.17 Iniezione di insulina	95.11 Fotografia del fundus	89.39 Esame non chirurgico SAI	95.03 Esplorazione oftalmica ampliata	93.82 Terapia educativa
5	89.52 Elettrocardiogramma	89.29 Altro esame sistema genitourinario	89.31 Esame dei denti	93.82 Terapia educativa	89.52 Elettrocardiogramma
6	89.52 Elettrocardiogramma	90.59 Esame microscopico sangue NIA	88.76 Diagnosi ultrasuono addome	88.76 Diagnosi ultrasuono addome	88.71 Diagnosi ultrasuono testa/collo
7		89.29 Altro esame sistema genitourinario	99.17 Terapia occupazionale	88.72 Diagnosi ultrasuono cuore	90.51 Esame microscopico sangue striscio batterico

Sicuramente le singole Regioni potranno procedere ad analisi dettagliate della propria casistica tese a costruire parametri o protocolli utili a determinare il più corretto livello di erogazione (assistenza specialistica ambulatoriale o day-service), in considerazione degli aspetti organizzativo-strutturali peculiari di ciascuna realtà.

In questa sede ci pare opportuno suggerire un metodo possibile, ulteriormente affinabile, per la selezione della casistica medica impropriamente presente in regime di day hospital e con buona probabilità di trasferimento in regime assistenziale di minor impegno. Di seguito si sintetizzano gli step del metodo proposto

## Un metodo possibile

- **Definizione di criteri di inclusione/esclusione attraverso livelli di selezione gerarchicamente determinati sulla base di valutazioni clinico-organizzative condivise:**

- livello 1: ricoveri in regime diurno;
- livello 2: ricoveri a carico del SSN;
- livello 3: ricoveri di residenti in regione;
- livello 4: ricoveri attribuiti a DRG non chirurgici;
- livello 5: ricoveri di pazienti di età compresa fra 16 e 74 anni;
- livello 6: ricoveri di pazienti affetti da HIV (codici ICD-IX-CM 042 e V08 in qualsiasi posizione della SDO).

- **Esclusione di percorsi terapeutici con caratteristiche peculiari:**

- Radio/Chemioterapia;
- Riabilitazione.

- **Rappresentazione delle patologie più frequentemente trattate in regime di day-hospital:**

- Esempio:

250 Diabete Mellito	23.583	(3,28 %)
401 Ipertensione Essenziale	22.929	(3,19 %)
571 Malattie epatiche/cirrosi	16.279	(2,26 %)
070 Epatite virale	13.763	(1,91 %)
592 Calcolosi rene/uretere	11.618	(1,62 %)
241 Gozzo nodulare non tossico	9.511	(1,32 %)
427 Aritmie cardiache	9.234	(1,28 %)
600 Iperplasia prostatica	7152	(0,99 %)
362 Disordini retina NAS	6.874	(0,96 %)
414 Altre mal. card. Ischemiche	6.783	(0,94 %)

- **Selezione, per mezzo dei codici della classificazione ICD-IX-CM, dei ricoveri non complicati o complessi.**

Oltre alla descrizione del codice, al fine della indicazione di complicazione, si accerti la presenza di diagnosi secondarie (concomitanti o complicanti) con l'avvertenza di considerare complicanti solo le diagnosi accessorie che modificano il bisogno di risorse.

Esempio:

Ricoveri con diagnosi principale di diabete. categoria 250  
day-hospital 2005 DRG medici

	diabete complicato	diabete non complicato (con diagnosi secondarie)	diabete non complicato (senza diagnosi secondarie)	totale casi categoria 250
LOMBARDIA	6.054 68,14%	1.925 21,67%	905 10,19%	8.884

- **Analisi delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche** effettuate nel corso di questi ricoveri, tesa a segnalare, su tale quota di schede nosologiche, esami diagnostici e/o terapie gestibili sul territorio: il più delle volte singoli esami specialistici (ad esempio fondo oculare o diagnostica ad ultrasuoni) cui sono spesso associati visite generali o terapia educativa. In altri casi sono indicati codici afferenti ad apparati differenti che possono far pensare ad una valutazione diagnostica periodica tesa a escludere la presenza di complicazioni.

Esempio:

<i>Intervento principale</i>	<i>I intervento secondario</i>	<i>II intervento secondario</i>	<i>III intervento secondario</i>	<i>IV intervento secondario</i>
99.17 Iniezione di insulina	99.11 Fotografia del fundus	89.39 Esame non chirurgico SAI	95.03 Esplorazione oftalmica ampliata	93.82 Terapia educativa

Oppure:

89.52 Elettrocardiogramma	89.29 Altro esame sistema genitourinario	89.31 Esame dei denti	93.82 Terapia educativa	89.52 Elettrocardiogramma
---------------------------	--	-----------------------	-------------------------	---------------------------

- I ricoveri che presentano esami singoli “semplici”, già codificati nel nomenclatore tariffario della **Assistenza Specialistica Ambulatoriale**, saranno in questo regime trasferiti; per altri casi non complessi si possono ipotizzare, dove applicabili, percorsi erogativi organizzativamente più strutturati ( **Day Service**).

## Bibliografia

D. L.vo n. 502/92 - *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

D. L.vo n. 517/93 - *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

D. L.vo n. 229/99 - *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*

D.M. 27.10.2000 n° 380 – *Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati*

*D.P.C.M. 29 novembre 2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza*

*Deliberazione della giunta regionale Regione Emilia-Romagna n. 2126 del 19/12/2005 - Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dal 1/1/2005*

*Delibera n. 2273/1996 Regione Emilia-Romagna - Linee guida per il corretto funzionamento e potenziamento dei posti letto di assistenza a ciclo diurno (day hospital)*

*Regione Emilia-Romagna - Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera – revisione 2006*

*Regione Emilia-Romagna - Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa e integrata (Day service ambulatoriale DSA) – circolare n.8 del 30 aprile 2004*

*Regione Emilia-Romagna - DOSSIER 101/2004 Agenzia Sanitaria Regionale. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in EmiliaRomagna*

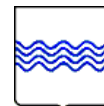
*Delibera n. VI/34776 del 20/02/1998 Regione Lombardia - Direttive in ordine all'attività di day hospital e day surgery*

*Decreto n. 47640 del 24/11/1999 Regione Lombardia - Modifica della scheda regionale di dimissione ospedaliera prevista dall'art. 13 della L.R. 15 gennaio 1975, n.5*

*Delibera n. VII/5127 del 15/06/2001 Regione Lombardia - Ulteriori direttive in ordine all'attività di day hospital e day surgery rispetto alla d.r.g. VI/34776 del 20 febbraio 1998*

*Regione Lombardia - Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera – revisione 2003*

*Regione Lazio - Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera – revisione 2006*



*Mattoni SSN – Mattone 3 Evoluzione del Sistema DRG Nazionale*

*Delibera n. 1709 del 09/12/2003 Regione Marche - Regolamentazione dell'attività di day hospital diagnostico e terapeutico medico*

*Delibera n. 1709 del 09/12/2003 Regione Marche - Repertorio regionale dei day hospital diagnostici e terapeutici medici-2005*

*Decreto n. 143/AOS del 21/12/2004 Regione Marche – Regolamentazione dell'attività di day hospital diagnostico e terapeutico medico: repertorio regionale dei day hospital diagnostici e terapeutici medici-2005*

*L.R. 39/93 Regione Veneto - Indirizzi per la regolamentazione delle attività effettuabili in regime di ricovero diurno (day hospital-day surgery)*

*D.G.R. 3/6/98 n.2016 Regione Puglia - Regolamentazione del day hospital e del day surgery: Linee guida*

*Decreto 6 giugno 2003 Regione Siciliana - Linee guida per l'erogazione delle prestazioni di day surgery e day hospital*

*Circolare 28 gennaio 2000, n.1017 Regione Siciliana - Day hospital.Linee guida*

*<http://www.ahrq.gov> Agency for Healthcare Research and Quality*

*<http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/procedure/procedure.jsp> - Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP)*