REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Area Interdipartimentale 4 "Sistemi informativi, statistica, monitoraggi"
Telefono 091-7075634 fax: 091-7075650 mail areai4@regione.sicilia.it

Prot. /Area Interd. 4/ n . 50376 **Allegati** **Palermo,** 13 GIU. 2013

Oggetto: **indicazioni per l'applicazione del decreto 954 del 17/05/2013** "*criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriatezza e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in day service*"

Ai Commissari Straordinari/Direttori Generali
Ai Responsabili SIL
AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI,
OSPEDALIERE, UNIVERSITARIE e IRCCS

All'AIOP - Sicilia

Con il decreto in oggetto (pubblicato sul suppl alla GURS del 31/05/2013), a modifica della precedente normativa, sono stati ridefiniti i criteri relativi agli abbattimenti delle tariffe dei DRG considerati a rischio di inappropriatezza e sono stati attivati ulteriori PACC/DRG erogabili in Day Service.

La finalità del decreto è principalmente quella di accrescere il livello di appropriatezza organizzativa, che soprattutto nel regime di DH presenta ampi margini di miglioramento. Infatti, nel 2012 sono stati ben 259.614 i DH erogati (escludendo la riabilitazione e la lungodegenza); atteso che il tasso di ospedalizzazione (ricoveri per mille abitanti) previsto dalla normativa nazionale in DH è pari a 40 ricoveri ogni mille abitanti (legge 135/2012) comprensivi di quelli erogati fuori regione, si evince che la quota di ricoveri in DH dovrebbe ridursi di almeno il 30% (come media regionale).

Da una macro analisi sui ricoveri in DH relativi al 2012, si evincono i seguenti fenomeni:

a) in 141.801 casi è stato assegnato un DRG medico; di cui 66.903 con motivo di ricovero diagnostico (da considerare a maggior rischio di inappropriatezza);

b) in 52.659 casi è riportato nelle SDO un solo accesso e in 37.548 casi due accessi e, da una prima analisi, le prestazioni/ procedure erogate nella maggior parte dei casi non sembrano giustificare il ricorso al DH (stesso giudizio riguarda molti DH con più di 2 accessi).

Da quanto sopra si ritiene che le aziende devono promuovere, in alternativa al DH, l'utilizzo del Day Service, che è un modello organizzativo ed operativo che affronta problemi clinici di tipo diagnostico e/o terapeutico in pazienti stabili, che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica prolungata; si tratta quindi di un modello che garantisce la presa in carico dell'utente e la relativa assistenza. Ovviamente, si pone un problema di appropriatezza anche per il Day Service, per cui è da evitarne il ricorso in maniera impropria..

Al fine di una applicazione omogenea sul territorio si forniscono di seguito alcune indicazioni:

1) per attivare il day service è necessaria la richiesta del Medico (su ricetta rossa); per le strutture pubbliche la ricetta dovrà essere prescritta dallo stesso medico ospedaliero che ha suggerito il day service, evitando di inviare l'utente dal suo medico curante; non è possibile erogare per lo stesso paziente day service in contemporanea nello stesso reparto o in reparti diversi;

2) la durata di un Day Service dovrebbe essere contenuta in 3 mesi, ad esclusione del drg 410 e di eventuali altri casi particolari (non si tratta quindi di una regola tassativa);

3) I Day Service iniziati nel 2013 e terminati nel 2014, saranno contabilizzati nel 2014 (non è necessaria la chiusura al 31/12);

4) Le esenzioni per condizione economica (E01, E02, E03, E04), invalidità, etc sono valide;

   - per quanto riguarda le esenzioni per patologia:

      a. nel caso in cui nell'attestato di esenzione è riportata una lista chiusa di prestazioni esenti, nelle more della ridefinizione della normativa, non si può utilizzare l'esenzione;

      b. nel caso in cui nell'attestato di esenzione è indicato: "LE PRESTAZIONI SANITARIE APPROPRIATE PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA E DELLE RELATIVE COMPLICANZE, PER LA RIABILITAZIONE E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI, il medico prescrittore può riportare l'esenzione nel caso in cui la PACC/DRG è inerente la patologia per cui è stato rilasciato l'attestato di esenzione;

5) è obbligatorio compilare la SDAO (scheda dimissione ambulatoriale ospedaliera) e inviare il flusso Day Service secondo le specifiche contenute nella circolare del 31/08/2009;

6) per la PACC/DRG 039 (rimborso costo del cristallino a parte max 200 euro iva compresa), 465 e 466 (rimborso costo dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile max 150 euro iva compresa) nel flusso Day Service dovrà essere valorizzato il campo vuoto 31 (in posizione 199-202 del tracciato record) riportando ad esempio 0200 nel caso di 200 euro, (arrotondando i centesimi del costo del dispositivo); al massimo si può riportare 0200 per la PACC/DRG 039 e 0150 per le PACC/DRG 465 e 466;

7) per la PACC/DRG 410 (chemioterapia) nella SDAO e nel flusso occorre riportare il numero degli accessi in cui è stata praticata la chemioterapia (non vanno conteggiati gli accessi per altri motivi come l'accesso per la visita di presa in carico del paziente o per le indagini di laboratorio utili a monitorarne gli effetti collaterali); per il rimborso dei farmaci chemioterapici si utilizzerà il flusso T, come già previsto dal decreto 11/05/2009 (GURS 3/7/2009);

8) per quanto riguarda le PACC/DRG 465 e 466, relativa alla nota "in presenza del codice di procedura ……." il codice corretto è 86.07 (nel decreto erroneamente è riportato 89.07);

9) l'ambito di applicazione del decreto 954 si riferisce solo ai ricoveri per acuti e pertanto sono esclusi i DRG erogati in lungodegenza (codice disciplina 60), in riabilitazione (codici disciplina 28, 56 e 75) e hospice (codice disciplina 99).

Sul sito dell'assessorato è disponibile un foglio di calcolo con riportate le formule per il calcolo degli abbattimenti, link:

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_TariffariDRGPrestazioni/PIR_954

In ogni caso, per l'applicazione degli eventuali abbattimenti per il superamento delle soglie si terrà conto di quanto previsto al punto 3 lettera "e" del piano annuale dei controlli analitici anno 2012-2013 del decreto assessoriale 13/03/2013 " linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale" (GURS 29/03/213); in particolare, per evitare duplicazioni di sanzioni si applicherà solo la sanzione economica più onerosa.

Le Direzioni Generali delle ASP avranno cura di trasmettere la presente circolare a tutti i soggetti interessati.

Il Dirigente Area Interdipartimentale 4
(Dr. Sergio Buffa)

IL DIRIGENTE GENERALE del D.P.S.
(Dott. Salvatore Sammartano)

REGIONE SICILIANA