



Ministero della Sanità

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE

Linee di guida n. 1/95 in Gazzetta ufficiale 29 giugno 1995, n.150

applicazione del Decreto ministeriale 14 Dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri.

Il Decreto legge 28 febbraio 1995, n. 57, recante "Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità", confermando quanto previsto dai precedenti Decreti legge 29 ottobre 1994, n. 603 e 23 dicembre 1994, n.722, offre l'opportunità per alcune considerazioni e proposte inerenti il finanziamento e la riorganizzazione delle aziende e dei presidi ospedalieri.

L'articolo 9 del Decreto legge 28 febbraio 1995, D. 57, infatti, ha stabilito che, a decorrere dal 1° gennaio 1995, le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale siano remunerate sulla base di tariffe predeterminate dalle regioni e dalle province autonome, secondo i criteri generali definiti con il Decreto del Ministro della sanità 15- aprile 1994, attuativo dell'articolo 8, comma 6, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n 502, e successive modifiche ed integrazioni.

La Legge 23 dicembre 1994, n.724, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", ha inoltre stabilito che le Regioni entro il 31 gennaio 1995 devono disciplinare le modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere, sulla base dei seguenti principi:

- attribuzione per l'anno 1995 di una quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla copertura parziale delle spese necessarie alla gestione, nella misura dell'80 per cento dei costi complessivi dell'anno precedente;
- definizione di un apposito piano annuale preventivo relativamente alle prestazioni, sia di degenza che ambulatoriali, da rendere a fronte del finanziamento erogato;
- previsione di un congruo in positivo o in negativo rispetto all'acconto dell'80%, calcolato sulla base del volume di prestazioni erogate nel corso dell'anno e delle relative tariffe.

L'introduzione del nuovo sistema di pagamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera, sia pure con le modalità e la gradualità previste dalla ricordata legge finanziaria, comporta peraltro la necessità di considerare il problema unitamente a quanto stabilito dal Decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni che, all'articolo 4, comma 10, così riporta: "le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui

all'articolo 4, comma 3, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione dei degenti ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti".

E' da sottolineare, inoltre, come a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera prevista dall'articolo 4, comma 10 del Decreto legislativo 502/92, e comunque entro un triennio dalla entrata in vigore del Decreto legislativo 517/93-, e cioè entro il 30 dicembre 1996, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, ed ai Decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 e 129.

L'applicazione del sistema di pagamento mediante tariffe predeterminate deve, quindi, inserirsi nel più complessivo processo programatorio ed organizzativo della rete ospedaliera e delle sue relazioni con i presidi ed i servizi extra-ospedalieri, tenendo in particolare conto di due precisi elementi di riferimento: le risorse finanziarie disponibili e l'indice posti-letto per popolazione residente.

* Le risorse finanziarie attribuite alle regioni ed alle province autonome, sulla base della quota capitolaria, sono finalizzate a garantire la erogazione di tutti i servizi e le prestazioni previste dai sei livelli uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale 1994-1996. E' perciò necessario, intanto, individuare la quota di finanziamento da destinare alla assistenza ospedaliera, ricorrendo, almeno in questa prima fase, alla spesa affrontata nell'ultimo biennio con riferimento sia al settore pubblico che a quello privato, nonché ai provvedimenti correttivi eventualmente adottati nello stesso periodo. Appare altresì opportuno non destinare tutte le risorse

così individuate al pagamento a tariffe delle prestazioni, riservando una quota congrua al finanziamento di attività specifiche, quali l'attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi, di assistenza ai grandi ustionati, di attività di didattica e di ricerca, nonché di altre attività individuate dalla programmazione nazionale e regionale, quali la tutela della salute mentale, l'assistenza agli anziani, l'assistenza materno-infantile e l'assistenza ai soggetti affetti da HIV/AIDS. Tale quota potrà essere altresì utilizzata per far fronte a particolari e motivate esigenze di riequilibrio finanziario di strutture ospedaliere impegnate in programmi di riconversione organizzativa e gestionale, con importi decrescenti da riassorbire gradualmente nell'arco di un triennio.

* Per quanto riguarda l'indice posti-letto per popolazione residente, cui le regioni e le province autonome dovranno attenersi nel riorganizzare la rete ospedaliera, come previsto dal Decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, e da ricordare come ai parametri definiti dalla Legge 30 dicembre 1991, n.412, ovvero 6 posti-letto per mille abitanti, di cui 5.5 per acuti e 0.5 per la riabilitazione, la Legge 24 dicembre 1993, n.537, ha apportato alcune modifiche, per cui gli standard oggi vigenti stabiliscono che la rete ospedaliera sia costituita da 4.5 posti-letto per mille abitanti per quanto riguarda il settore per acuti e da 1 posto-letto per mille abitanti per il settore della riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. All'interno di questi parametri vanno ricompresi anche i posti-letto equivalenti di day-hospital, la cui attivazione, disciplinata dal Decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, è determinata nel 10 per cento, in media regionale, del numero di posti-letto ordinari, come richiamato dal Piano sanitario nazionale 1994-1996. Le regioni e le province autonome, nel recepire l'Atto di indirizzo e coordinamento, devono definire le regole per il conseguimento progressivo di tale obiettivo. Poiché occorre correlare tali standard con l'indice di degenza media (nonché con l'intervallo di turn-over e con la rotazione dei degenti), appare necessario che si proceda, intanto, alla differenziazione della rete ospedaliera nelle due grandi distinzioni operative: acuti e riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Mentre per quanto riguarda il settore ospedaliero per acuti si può affermare che il riferimento ai valori di degenza media può di fatto considerarsi superato con l'introduzione del sistema di pagamento mediante tariffe per prestazione, non altrettanto può dirsi per quanto riguarda il settore della riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Va infatti tenuto presente che il valore soglia specifico per DRG, come meglio specificato al successivo punto I.I c), potrebbe provocare forti ripercussioni sulla funzionalità e sul finanziamento degli ospedali, ove non fosse resa possibile la "continuità assistenziale"

richiesta dai singoli casi clinici. Tale continuità potrà essere garantita attraverso la integrazione delle unita operative di degenza per acuti, dove avviene la fase iniziale ed intensiva di diagnosi e di trattamento, con le unita di degenza per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, dove vengono assicurati i successivi interventi di recupero e riabilitazione funzionale, unitamente alle necessarie misure di sorveglianza e di trattamento medico.

Per tutto il settore della riabilitazione e lungodegenza post-acuzie da considerare di pertinenza ospedaliera ed operante o nello stesso ambito dell'ospedale per acuti, o in un ambito ad esso strettamente associato, oppure in presidi indipendenti con specificata caratterizzazione ospedaliera, andrà pertanto prevista una durata massima della degenza, secondo le indicazioni riportate al successivo punto 1 3. Separatamente, andranno valutate le strutture di alta specialità destinate alla riabilitazione specialistica di grande complessità e lunga durata, previste dal Decreto ministeriale 29 gennaio 1992, nonché altre forme di riabilitazione oggi non contemplate in tale decreto. A tale proposito, pero, va ricordato come il Decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, all'articolo 4, comma 2, preveda l'aggiornamento periodico, in base all'evoluzione scientifica e tecnologica, dell'elenco delle attività di alta specialità nonché dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime. Per tali ultime strutture, la durata di degenza dovrà essere funzione delle condizioni cliniche ed assistenziali dei singoli pazienti, per i quali verrà stilata periodicamente una relazione clinica oggetto di valutazione congiunta tra i medici curanti dell'unita operativa di degenza ed i responsabili dei servizi di controllo stabiliti in sede locale.

Anche al fine di garantire la continuità assistenziale con le strutture extra-ospedaliere, tutte le strutture, escluse quelle di riabilitazione specialistica di alta specialità, che sulla base dei dati disponibili per il triennio precedente abbiano operato con degenze medie dei pazienti marcatamente e persistentemente superiori a 60 giornate, potranno, da parte delle regioni e delle province autonome, essere riclassificate secondo le caratteristiche proprie delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), con le modalità stabilite dall'articolo 3 della ricordata Legge 724/94 e secondo i regolamenti che, al riguardo, ciascuna regione avrà assunto.

L'articolo 9 del Decreto legge 28 febbraio 1995, n.57 ha stabilito che le regioni e province autonome che alla data del 1° gennaio 1995 non abbiano adottato propri provvedimenti di fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, applichino, in via transitoria, le tariffe fissate con il Decreto del Ministro della sanità 14 dicembre 1994, pubblicato nel supplemento ordinario n. 169 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 300 del 24 dicembre 1994.

Le presenti linee di guida forniscono chiarimenti relativamente ai contenuti del Decreto ministeriale citato ed alle conseguenti modalità di utilizzo.

1. I contenuti del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994:le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera.

L'articolo 2, comma 1, del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994, individua tre categorie di prestazioni di assistenza ospedaliera: prestazioni per acuti erogate in regime di degenza: prestazioni per acuti erogate in regime di ricovero diurno e prestazioni di riabilitazione erogate in regime di degenza. Per ciascuna categoria di prestazioni- lo stesso articolo definisce una specifica struttura delle tariffe, al fine di tenere conto delle diverse tipologie della casistica ospedaliera, così come definite sulla base delle informazioni rilevate per il tramite della scheda di dimissione ospedaliera, che rappresenta la fonte informativa necessaria per la individuazione e la classificazione delle singole prestazioni di assistenza ospedaliera.

La scheda di dimissione ospedaliera dovrà, conseguentemente, costituire titolo per l'accesso alle remunerazioni delle prestazioni di assistenza ospedaliera.

Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza sono definite quali episodi di ricovero specificati secondo il sistema di classificazione dei Raggruppamenti omogenei di diagnosi (R.O.D.). Questo sistema di classificazione costituisce la traduzione italiana del

sistema di classificazione dei pazienti ospedalieri noto a livello internazionale con la sigla D.R.G (Diagnosis related groups). Le relative tariffe sono specificate secondo la struttura seguente:

a) La tariffa per i ricoveri ordinari e una tariffa forfettaria, specifica per D.R.G. di appartenenza (riportata nella 1° colonna dell'allegato 1).

b) La tariffa per i ricoveri di una sola giornata e una tariffa forfettaria, specifica per D.R.G. di appartenenza (riportata nella 2° colonna dell'allegato 1).

Si definiscono ricoveri di una sola giornata quei ricoveri la cui durata di degenza, calcolata quale differenza aritmetica fra la data di dimissione e la data di ricovero, risulti inferiore a due giornate (comprendendo sia i pazienti entrati e usciti nella stessa giornata, sia quelli che abbiano trascorso un'unica notte in ospedale).

Per i ricoveri di una sola giornata che siano stati trasferiti ad altro istituto di ricovero o che siano caratterizzati da decesso del paziente, la remunerazione da corrispondere è pari a due volte la tariffa per i ricoveri di un giorno, specifica per D.R.G., riportata nella 2° colonna dell'allegato 1.

c) La tariffa per i ricoveri ordinari individuati come anomali per durata di degenza (cosiddetti "outliers"), ovvero i ricoveri che facciano registrare una durata di degenza superiore al valore soglia, e pari alla tariffa forfettaria relativa al D.R.G. di appartenenza (riportata nella 1° colonna dell'allegato 1 al decreto), incrementata del prodotto tra numero di giornate oltre il valore soglia e la tariffa giornaliera specifica per il D.R.G. di appartenenza (riportata nella 4 colonna dell'allegato 1).

Il sistema D.R.G. di classificazione dei dimessi dagli ospedali per acuti individua raggruppamenti di pazienti il cui trattamento comporta, mediamente, un consumo di risorse ospedaliere omogeneo. Tuttavia, particolari condizioni cliniche di alcuni pazienti non sufficientemente rilevate dal metodo di classificazione possono comportare, per il trattamento di tali pazienti, uno scostamento significativo nel consumo di risorse rispetto alla media rappresentativa della categoria di appartenenza. Pertanto, a fini di equità distributiva, per tali casi viene riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, oltre la tariffa forfettaria del D.R.G. di appartenenza.

A tal fine, per ciascun D.R.G. è stato identificato un valore soglia, che individua la durata di degenza (espressa in giornate) oltre la quale si applica la remunerazione aggiuntiva, corrispondente al costo marginale sostenuto dall'ospedale quando il paziente superi il valore soglia del D.R.G. di appartenenza.

Tale valore soglia, conseguentemente; non corrisponde alla durata media di degenza specifica per D.R.G., ne assume il significato durata massima appropriata.

I valori soglia delle durate di degenza specifiche per D.R.G., sono stati calcolati applicando ai dati rilevati attraverso il flusso informativo nazionale relativo alla scheda di dimissione ospedaliera la formula non parametrica già concordata in sede gruppo di lavoro dei referenti regionali per la scheda di dimissione ospedaliera e riportata nell'allegato 1B al Decreto ministeriale 15 aprile 1994, "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera".

La 3° colonna dell'allegato 1 riporta, per ciascun D.R.G.

il valore soglia oltre il quale i singoli casi vengono definiti anomali per durata di degenza e rispetto al quale, quindi, devono essere individuati tutti i ricoveri anomali da remunerare secondo le modalità specificate nel presente punto c).

L'individuazione del numero delle giornate di degenza oltre il quale si applica il meccanismo di remunerazione aggiuntivo, si ottiene arrotondando per eccesso il valore soglia, espresso in termini decimali, al numero intero più prossimo. Ad esempio, per il D.R.G. 60 (tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18), a cui corrisponde un valore soglia pari a 6.7, devono considerarsi anomali per durata di degenza tutti i casi che presentano una degenza superiore a 7 giornate; per il D.R.G. 167 (appendicectomia

con diagnosi principale non complicata, senza complicazioni e/o patologie concomitanti), a cui corrisponde un valore soglia pari a 9.5, devono considerarsi anomali per durata di degenza tutti i casi che presentano una degenza superiore a 10 giornate; per il D.R.G. 183 (esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17, senza complicazioni e/o patologie concomitanti), a cui corrisponde un valore soglia pari a 28.3, devono considerarsi anomali per durata di degenza tutti i casi che presentano una degenza superiore a 29 giornate.

La 4° colonna dello stesso allegato riporta, per ciascun D.R.G., la tariffa giornaliera, corrispondente al costo marginale di ogni giornata di degenza specifico per D.R.G., da moltiplicare per il numero di giornate di degenza consumate oltre il valore soglia al fine di ottenere la remunerazione da corrispondere a fronte dei singoli episodi di ricovero individuati quali anomali per durata di degenza. Nelle esemplificazioni in precedenza riportate, per il D.R.G.60 la tariffa giornaliera aggiuntiva deve essere corrisposta a partire dalla 8. giornata di degenza, per il D.R.G.167, a partire dalla 11° giornata, per il D.R.G. 183, a partire dalla 30 giornata.

1.2. Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno sono definite quali episodi di ricovero identificati come ricoveri in day-hospital" sulla scheda di dimissione ospedaliera Tali episodi di ricovero, specificati secondo il sistema di classificazione dei D.R.G., comprendono sia i ricoveri caratterizzati da un unico accesso giornaliero, sia quelli caratterizzati da un ciclo programmato di accessi giornalieri.

La tariffa per i ricoveri in day-hospital, riportata nell'allegato 2, e una tariffa giornaliera, specifica per classe di D.R.G di appartenenza Le classi di D.R.G. specificate nel suddetto allegato 2 corrispondono alle Grandi categorie diagnostiche del sistema di classificazione D.R.G. (Major Diagnostic Categories – M.D.C.); all'interno delle M.D.C., inoltre, i casi chirurgici (ricoveri in day-surgery) sono distinti da quelli medici.

Per i ricoveri in day-hospital caratterizzati da un unico accesso, la remunerazione da corrispondere e pari alla tariffa giornaliera, specifica per classe di D.R.G di appartenenza.

Per i ricoveri in day-hospital caratterizzati da un ciclo di accessi, la remunerazione da corrispondere e pari al prodotto tra la tariffa giornaliera specifica per classe di D.R.G. ed il numero di accessi giornalieri documentati nella scheda di dimissione ospedaliera.

La situazione ora descritta è quella che discende dal Decreto ministeriale 14 dicembre 1994.

E' tuttavia necessario ricordare che le caratteristiche organizzative e funzionali del day-hospital sono disciplinate dal Decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, "Atto di indirizzo alle regioni per la attivazione dei posti di assistenza - a ciclo diurno negli ospedali".

Il Decreto, nello stabilire l'equivalenza dei posti letto di assistenza diurna a quelli di degenza ordinaria prevede, da parte delle regioni, una verifica periodica della attività prestata anche al fine della determinazione del numero di posti letto da istituire.

Si ricorda come l'attivazione dei posti letto equivalenti di day-hospital potrà avvenire esclusivamente mediante la conversione di un numero corrispondente di posti letto ordinari in ambito regionale, entro il limite complessivo stabilito dalla Legge 537/93.

In considerazione dell'esigenza di riconoscere la particolare concentrazione di risorse, ed i conseguenti costi, che mediamente caratterizzano le prestazioni erogate in regime di ricovero diurno, si manifesta l'opportunità di ridefinire le tariffe corrispondenti a tali prestazioni secondo le modalità di seguito riportate:

1. tariffe relative alle prestazioni di ricovero diurno di carattere medico, diagnostico e/o terapeutico, saranno pari, in prima applicazione, alle corrispondenti tariffe attualmente previste dal Decreto ministeriale 14 dicembre 1994, rivalutate nella misura indicativa media del 20 per cento e andranno applicate a ciascuna giornata di presenza in day-hospital, che andrà registrata singolarmente nella scheda di dimissione ospedaliera;

2. tariffe relative alle prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico (day-surgery) saranno definite sulla base di "pacchetti" predefiniti di trattamento che comprendano 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 saranno determinate nella misura indicativa media del 75 per cento della corrispondente tariffa per ricovero ordinario, specifica per DRG (riportata nella 1. colonna dell'allegato 1). Tali tariffe costituiranno la remunerazione a fronte dell'insieme delle prestazioni erogate nell'ambito dei "pacchetti", anche se queste fossero erogate in accessi separati.

Per l'insieme del "pacchetto" sarà compilata, come già previsto dal Decreto ministeriale 26 luglio 1993, una unica scheda di dimissione ospedaliera. Evidentemente, la relativa tariffa sarà riconosciuta solo nel caso l'intervento chirurgico sia stato effettivamente erogato. Pertanto, in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente. Anche a seguito dei lavori svolti da Commissioni del Consiglio superiore di sanità a partire dal 1993, è possibile adesso delineare le caratteristiche organizzative e funzionali della day-surgery;

3. le tariffe per le Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero diurno, sono quelle specifiche per classe di D.R.G. di appartenenza indicate nell'allegato 3.

Con successivo Decreto ministeriale sarà definito un modello di scheda di dimissione ospedaliera specifica per le prestazioni erogate in regime di ricovero diurno e le conseguenti modalità di compilazione e codifica: in particolare, sarà prevista la compilazione di una scheda di dimissione per ciascun accesso alla struttura ospedaliera.

1.3. Le Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza attualmente definite quali episodi di ricovero negli ospedali di riabilitazione, oppure quali episodi di ricovero per i quali il reparto di dimissione indicato nella scheda di dimissione ospedaliera sia identificato dal codice di disciplina "56 Recupero e riabilitazione funzionale" o "28 Unita spinale" (secondo le indicazioni del Decreto ministeriale 19 marzo 1988), specificati secondo il sistema di classificazione dei D. R.G.

Le relative tariffe sono tariffe giornaliere specifiche per classi di D.R.G., riportate nell'allegato 3. Le classi di D.R.G. specificate nel suddetto allegato 3 corrispondono alle Grandi categorie diagnostiche (M.D.C.) del sistema di classificazione D.R.G.; per le Grandi categorie diagnostiche identificate dai codici 1, 4, 5 e 8, corrispondenti, rispettivamente, alle malattie del sistema nervoso, dell'apparato respiratorio, dell'apparato cardiocircolatorio e del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, sono state fissate tariffe giornaliere specifiche (pari, rispettivamente, a 507, 447, 486 e 459 mila lire), mentre per le restanti Grandi categorie diagnostiche è stata individuata una tariffa giornaliera indifferenziata (pari a 390 mila lire). Le quattro Grandi categorie diagnostiche per le quali sono state indicate tariffe giornaliere specifiche corrispondono alle attività riabilitative evidenziate come prioritarie nel Piano sanitario nazionale 1994-1996 (capitolo 4.C. "Attività di riabilitazione") ed includono i D.R.G. maggiormente rappresentati nei reparti di riabilitazione degli ospedali italiani.

Per i singoli casi dimessi dagli ospedali di riabilitazione e dai reparti di lungodegenza riabilitativa post-acuzie, la remunerazione da corrispondere è pari al prodotto tra numero di giornate di degenza documentate nella scheda di dimissione ospedaliera e tariffa giornaliera relativa alla classe di D R G. di appartenenza.

Per i ricoveri nei day-hospital di riabilitazione, la tariffa giornaliera da corrispondere è quella specifica per classe di D.R.G. di appartenenza indicata nell'allegato 3.

La definizione di una tariffa giornaliera per le prestazioni di lungodegenza riabilitativa post-acuzie richiede l'attivazione di meccanismi di verifica della appropriatezza della durata della degenza, al fine di evitare il ricorso a pratiche di ingiustificato prolungamento della degenza in tali strutture,

inoltre, appare opportuno determinare un limite massimo di durata della degenza per le prestazioni di lungodegenza riabilitativa post-acuzie, le quali possono essere erogate o nell'ambito dell'ospedale per acuti, oppure in presidi indipendenti con specifica caratterizzazione ospedaliera. La durata massima della degenza oltre la quale, previa verifica di particolari condizioni che ne rendano ammissibile la deroga, riconoscere la tariffa giornaliera abbattuta del 40 per cento, può essere individuata in 60 giornate; durante la degenza, peraltro, andranno effettuati periodici controlli (indicativamente almeno ogni 20 giorni) che attestino, sulla base della documentazione clinica, le ragioni che richiedono il perdurare del trattamento in regime di lungodegenza riabilitativa post-acuzie.

Tale limite di durata non si applica alle strutture di alta specialità destinate alla riabilitazione specialistica di grande complessità e lunga durata, previste dal Decreto ministeriale 29 gennaio 1992.

Per le strutture di alta specialità destinate alla riabilitazione specialistica, previste dal Decreto ministeriale 29 gennaio 1992, il controllo della appropriatezza della durata di degenza potrà essere effettuato attraverso la redazione di una relazione clinica da compilare per i casi la cui durata di degenza superi il limite delle 60 giornate; tale relazione costituirà l'oggetto di una valutazione congiunta tra i medici curanti della unità di degenza ed i responsabili delle attività di controllo stabiliti in sede locale.

Al termine del periodo di assistenza ricevuto presso le unità per la lungodegenza riabilitativa post-acuzie, vi sono pazienti che sono nelle condizioni di essere dimessi a domicilio senza alcun ulteriore provvedimento oppure prevedendo interventi domiciliari a cura dell'ospedale o anche dei servizi sanitari e sociali di base.

Altri pazienti, Invece, in relazione alle loro condizioni cliniche e/o sociali, necessitano di un trasferimento in strutture extra-ospedaliere, le R-S-A , presso le quali possono disporre anche di servizi ed attività di supporto a carattere sociale, a cura degli organismi competenti.

Nell'attuale periodo di transizione, e fino alla messa a regime del nuovo sistema di accreditamento delle strutture sanitarie, per le attività di lungodegenza post-acuzie attualmente erogate da unità di degenza identificate dal codice di disciplina "60 Lungodegenti" (secondo le indicazioni del Decreto ministeriale 19 marzo 1988), la remunerazione da corrispondere e pari al prodotto tra la tariffa giornaliera indifferenziata, riportata alla fine dell'allegato 1 al Decreto ministeriale 14 dicembre 1994, e la durata di degenza di ciascun episodio di ricovero.

La definizione di una tariffa giornaliera per le prestazioni di ricovero nelle unità di lungodegenza post-acuzie, richiede l'attivazione di meccanismi di verifica della appropriatezza della durata della degenza, onde evitare il ricorso a pratiche di ingiustificato prolungamento della degenza in tali strutture: inoltre, appare opportuno determinare un limite massimo di durata della degenza per le prestazioni di lungodegenza post-acuzie, le quali possono essere erogate o nell'ambito dell'ospedale per acuti, oppure in presidi indipendenti con specifica caratterizzazione ospedaliera.

La durata massima della degenza oltre la quale, previa verifica di particolari condizioni che ne rendano ammissibile la deroga, riconoscere la tariffa giornaliera abbattuta del 40 per cento, può essere individuata in 60 giornate.

In materia di lungodegenza riabilitativa post-acuzie, verranno successivamente emanate specifiche linee di guida contenenti più analitiche informazioni ed indicazioni metodologiche per la riorganizzazione del settore.

La metodologia adottata per la determinazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera

Nell'ambito degli ospedali partecipanti al programma nazionale R.O.D sono stati individuati otto istituti di cura che dispongono della contabilità per centri di costo con un livello di accuratezza sufficientemente valicata.

I dati relativi ai costi totali sostenuti da questi ospedali nel corso dell'esercizio 1993, desunti dai rispettivi sistemi di contabilità per centri di costo e opportunamente depurati della quota attribuita alle attività erogate in regime ambulatoriale, sono stati ripartiti per singolo D.R.G. sulla base di specifici algoritmi che permettono di stimare il costo di produzione di ciascun D.R.G.

Tale costo rappresenta la somma dei costi-relativi a tutte le singole prestazioni (diagnostiche, chirurgiche, anestesologiche, riabilitative, etc.) mediamente erogate -ai pazienti attribuiti a ciascun D.R.G. nel corso dei rispettivi episodi di ricovero.

Coerentemente con i criteri definiti dal Decreto ministeriale 15 aprile 1994, il costo di produzione delle prestazioni è stato calcolato considerando tutti i costi diretti di produzione e i costi generali di funzionamento dell'ospedale, ivi inclusa la quota dei costi generali di USL da attribuire al funzionamento dell'ospedale, nel caso di presidi di USL (escludendo soltanto i costi associati alle attività di didattica, di ricerca e dei centri di emergenza sanitaria, laddove riscontrati).

Il costo di produzione specifico per D.R.G. così individuato che corrisponde, quindi, alla quota dei costi ospedalieri attribuita all'insieme dei casi compresi in uno stesso D.R.G., è stato assunto come elemento fondamentale per la definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, riportate nel Decreto ministeriale 14 dicembre 1994 (una descrizione più dettagliata della metodologia seguita per la definizione delle tariffe è riportata nell'allegato 1).

Appare opportuno sottolineare che, poiché la metodologia seguita ha consentito di individuare il costo di produzione di ciascun D.R.G., non è stato utilizzato il sistema dei pesi relativi indicato nel Decreto ministeriale 15 aprile 1994 quale possibile strumento per la stima dei costi di produzione di tutti i D.R.G. sulla base dei costi rilevati relativamente ad un campione di D.R.G. Conseguentemente, le proporzioni riscontrabili tra le tariffe riportate nel Decreto ministeriale 14 dicembre 1994 non corrispondono ai pesi relativi riportati nell'allegato 1 al Decreto ministeriale 15 aprile 1994.

3. Articolazione delle tariffe e ambito di applicazione

L'articolo 1, comma 2 del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994 stabilisce che le tariffe definite negli allegati allo stesso decreto "rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta ai soggetti erogatori".

Pertanto, le regioni e le province autonome, nell'adottare le tariffe delle prestazioni ospedaliere, possono articularle per tipologie di erogatori, per volumi di prestazioni e/o in funzione di altri criteri.

A tale proposito, appare opportuno che, quanto meno in fase di prima applicazione delle tariffe e nelle more della disponibilità della classificazione delle strutture sanitarie definita dai sistemi regionali di accreditamento, la definizione dettagliata delle modalità della loro articolazione venga individuata prioritariamente a livello regionale e provinciale.

Le regioni e province autonome possono individuare le tipologie di erogatori rispetto alle quali articolare il sistema tariffario sulla base di criteri che, nello specifico ambito regionale, costituiscano attualmente significativi fattori di variabilità dei costi ospedalieri quali, ad esempio; la complessità della casistica trattata, la complessità funzionale e/o la dotazione di personale.

La misurazione della complessità della casistica trattata può essere effettuata utilizzando i dati resi disponibili dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera ed il sistema dei pesi relativi per D.R.G. riportati nell'allegato 1A al Decreto ministeriale 15 aprile 1994, per calcolare l'"indice di case-mix" (vedi allegato 2).

La valutazione della complessità funzionale può basarsi sulla presenza e sulla relativa importanza di reparti e servizi di alta specializzazione, sulla disponibilità e l'uso di "grandi apparecchiature" e/o sulla dimensione dell'istituto di cura (eventualmente ricorrendo, in fase di prima applicazione, a classificazioni degli istituti già adottate a livello regionale a fini di programmazione, valutazione e/o finanziamento).

La dotazione di personale sanitario operante all'interno di ciascun istituto di cura, in termini di quantità, tipologia e varietà della tipologia, costituisce un criterio utile per la articolazione delle tariffe valevole nella prima fase di applicazione del nuovo sistema di remunerazione dell'attività di

assistenza ospedaliera Attualmente, infatti, la dotazione di personale risulta estremamente variabile da struttura a struttura e, dunque, rappresenta un importante fattore di variabilità dei costi di produzione sostenuti. Una volta che il sistema tariffario e l'istituto della mobilità del personale siano a regime, la dotazione di personale non dovrebbe più costituire un criterio di differenziazione, in quanto la determinazione della quantità e delle tipologie di operatori impiegati in ciascun istituto di ricovero rappresenteranno il risultato di specifiche scelte gestionali. Tuttavia, in quanto risulta in grado di influenzare il livello qualitativo della assistenza erogata, la dotazione di personale dovrà costituire un elemento rilevante nell'attività di valutazione e di controllo dei soggetti erogatori da parte delle aziende sanitarie acquisite e delle regioni e province autonome.

Al fine di controllare e contenere l'andamento della spesa ospedaliera entro i vincoli definiti dalla programmazione nazionale e regionale, beneficiando delle economie di scala e contrastando l'incentivo a moltiplicare le prestazioni erogate insito nel sistema di pagamento a tariffe per prestazione, le regioni e le province autonome possono inoltre individuare una articolazione del sistema tariffario in funzione del volume di Prestazioni erogate da ciascun soggetto erogatore, prevedendo una riduzione progressiva delle tariffe per le prestazioni erogate oltre predeterminati volumi.

La individuazione degli scaglioni di volumi può effettuarsi, sulla base dei volumi di prestazioni erogate negli anni precedenti, di considerazioni legate alla programmazione regionale e/o di valutazioni di carattere economico, relativamente all'insieme delle prestazioni erogate, ovvero, preferibilmente, per specifiche tipologie di prestazioni.

Ai criteri appena esposti, sulla base dei quali articolare il sistema tariffario, le regioni e le province autonome potranno affiancare ulteriori criteri, al fine di tenere conto delle particolarità della realtà ospedaliera regionale e delle priorità individuate dalla programmazione sanitaria regionale in termini, ad esempio, di specifici servizi o prestazioni da incentivare o meno in regime di ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda, inoltre, l'ambito di applicazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, l'articolo 2, comma 5, -del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994, indica una serie di attività che, per il loro carattere di forte specializzazione ed elevato costo, per le esternalità ad esse associate e/o per la loro rilevanza di natura strategica, può risultare maggiormente appropriato finanziare mediante modalità alternative rispetto alle tariffe per prestazione. A questo fine le Regioni possono utilizzare le risorse all'uopo accantonate.

In particolare, il decreto elenca specificamente le attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi, di assistenza ai grandi ustionati, nonché quelle di didattica e quelle di eventuali ulteriori servizi individuati quali obbligatori dalla programmazione nazionale e regionale (ad esempio, le normative specifiche per il diabete, le attività di emergenza e 1' AID5) prevedendo che per il loro finanziamento le regioni e le province autonome possano ricorrere a programmi regionali finalizzati. A tale proposito, per quanto attiene in particolare i trapianti di organo, al fine di promuovere le attività di donazione e prelievo, si sottolinea l'opportunità che le regioni e le province autonome prevedano il riconoscimento, per tutti quegli ospedali che ne documentino lo svolgimento e in proporzione al volume di attività svolta, di finanziamenti mirati alla copertura dei relativi costi (ivi inclusi quelli relativi agli accertamenti preventivi sui donatori).

Tra le attività da finanziare mediante programmi regionali finalizzati può opportunamente rientrare anche l'attività di ospedalizzazione a domicilio, per tutti quegli ospedali che ne documentino lo svolgimento e in proporzione al volume di attività svolta.

Si rammenta, infine, solo per completezza di esposizione, che l'articolo 3, comma 4, del Decreto ministeriale 15 aprile 1994 ("Criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera") prevede che nel determinare le tariffe per le prestazioni rese dai soggetti erogatori per i quali siano documentati lo svolgimento, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di attività istituzionali di ricerca e didattica e/o la presenza di servizi obbligatori individuati dalla programmazione nazionale e regionale, le regioni e le province autonome possono incrementare il costo standard di produzione di una quota percentuale proporzionale ai costi attribuiti a tali attività". Tale modalità di remunerazione di specifiche attività

ospedaliera può essere utilizzata in alternativa a quella precedentemente descritta, che, nella attuale fase di implementazione del nuovo sistema di remunerazione delle attività ospedaliere, appare più funzionale.

4. La scheda di dimissione ospedaliera

La scheda di dimissione ospedaliera, istituita con Decreto ministeriale 28 dicembre 1991, costituisce una rappresentazione sintetica della cartella clinica, finalizzata a consentire una raccolta corrente, economica e di qualità controllabile di alcune fra le informazioni contenute nella cartella stessa; essa contiene tutte le informazioni necessarie e sufficienti per classificare secondo il sistema D.R.G. ciascun caso trattato negli istituti di ricovero e, quindi, per individuare la relativa tariffa.

A tale riguardo, si rammenta che, ai sensi del citato decreto, la scheda di dimissione costituisce parte integrante della cartella clinica, della quale assume la medesima rilevanza medico-legale, e, che conseguentemente è un atto pubblico dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione, obbliga la responsabilità del medico.

La scheda di dimissione corrisponde ad un singolo episodio di ricovero che comprende l'intero periodo di degenza in un istituto di cura. Conseguentemente, gli eventuali trasferimenti interni del paziente da una divisione all'altra dello stesso istituto di cura non comportano la sua dimissione e successiva riammissione: il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa scheda di dimissione, deve essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.

5. Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994 nella fase transitoria

Il Decreto legge 28 febbraio 1995, n. 57 (reiterazione dei precedenti Decreti legge 29 ottobre 1994, n.603 e 23 dicembre 1994, n. 722) comporta, in particolare per quanto riguarda le prestazioni di assistenza ospedaliera, una anticipazione della applicazione dei meccanismi previsti dal Decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni relativamente al finanziamento dei soggetti erogatori del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, l'articolo 9, comma 1, del citato Decreto legge ha anticipato al 1° gennaio 1995 l'introduzione del sistema di pagamento a tariffa, per le sole prestazioni di assistenza ospedaliera, che il Decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni aveva stabilito venisse applicato, per tutte le prestazioni, entro un triennio dalla entrata in vigore dello stesso Decreto legislativo, ossia entro il 31 dicembre 1995.

L'articolo 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, nel richiamare la remunerazione a tariffa delle prestazioni, ha definito, quindi, un puntuale sistema di finanziamento per le aziende ospedaliere e per gli altri presidi ospedalieri, da valere per l'anno 1995 che dovrà essere progressivamente superato entro un triennio. Non oltre tale periodo, si dovrà accedere esclusivamente al sistema di remunerazione mediante tariffe per prestazione ed entreranno in vigore i nuovi rapporti, di cui all'articolo 8, comma 7, del Decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fondati sull'accreditamento e sulla adozione del sistema di verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Fino a tale data, così come confermato dallo stesso articolo 6, comma 6, sono da considerare accreditati i soggetti già convenzionati con il Servizio sanitario nazionale alla data del 1° Gennaio 1993, nonché i soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali, che accettino il sistema della remunerazione mediante tariffe per prestazione.

Appare evidente che le disposizioni citate influenzano la prima fase di applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994.

Conseguentemente, nei confronti degli ospedali pubblici e degli ospedali a questi equiparati (ivi compresi quelli classificati), il sistema delle tariffe per prestazioni si applica per attribuire un valore

monetario al volume di prestazioni erogate nel corso dell'anno, al fine di calcolare il conguaglio dell'acconto riconosciuto ad inizio anno. A tale riguardo, si ritiene di specificare che le tariffe sono finalizzate al finanziamento dell'istituto di cura nel suo complesso e non alla individuazione della quota di risorse ospedaliere destinata alle singole unità che operano al suo interno, che rappresenta il prodotto del processo di allocazione interna delle risorse e non può correttamente ricondursi direttamente ed unicamente al sistema tariffario.

Nell'applicare le modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri definite nell'articolo 6, comma 5, della Legge 23 dicembre 1994, n.724, le regioni e le province autonome possono seguire le seguenti indicazioni:

a) determinazione dell'ammontare dell'anticipazione sulla base dei

costi complessivamente sostenuti dai singoli ospedali nel corso del 1994 (al netto dell'eventuale disavanzo di gestione e dei relativi oneri passivi), quali risultano dal sistema contabile esistente a livello locale, ossia direttamente attribuiti all'ospedale quando esista un sistema di contabilità per centri di costo, ovvero stimati sulla base delle informazioni comunque disponibili relativamente al consumo di risorse da parte dell'ospedale (numero e qualifica del personale dipendente attribuito all'ospedale; acquisto di beni e servizi finalizzati alla attività dell'ospedale; ecc.);

b) determinazione del volume e della tipologia di prestazioni sui quali

basare il preventivo a fronte dell'ammontare della anticipazione sulla base dei seguenti criteri:

- stima del fabbisogno complessivo annuo, a livello regionale, di prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza erogabili in ambito ospedaliero (sia in regime di degenza, ordinaria e diurna, sia ambulatoriale);
- individuazione della quota di tale fabbisogno che può essere soddisfatta dalle strutture pubbliche e assimilate, sulla base delle dotazioni di risorse tecnologiche e di personale disponibili, considerato il tasso di utilizzo predeterminato a livello regionale ritenuto efficiente (anche ai sensi di quanto previsto dall'articolo 3, comma 9, della legge 23 dicembre 1994, n.724);
- individuazione del volume e della tipologia delle prestazioni che ciascun ospedale si impegna ad erogare a fronte della anticipazione finanziaria ottenuta, in funzione della propria dotazione di risorse tecnologiche e di personale, considerato il tasso di utilizzo predeterminato a livello regionale, ritenuto efficiente;

c) determinazione, a fine esercizio, del conguaglio in positivo o in negativo dell'anticipazione finanziaria sulla base del volume e della tipologia delle prestazioni effettivamente erogate nel corso dell'anno dal singolo ospedale, valorizzate sulla base delle tariffe per prestazione vigenti, e tenuto conto delle attività eventualmente finanziate mediante i programmi regionali di finanziamento finalizzati di cui al punto precedente.

Per quanto riguarda gli istituti di cura privati, ai sensi dell' articolo 6, comma 6, della Legge 23 dicembre 1994, n. 724, fino al 31 dicembre 1996 sono provvisoriamente considerati erogatori del Servizio sanitario nazionale gli istituti che, il 1. gennaio 1993, erano convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, limitatamente alle sole discipline formalmente autorizzate alla data del 31.12.1994, e quelli che, alla stessa data, erogavano prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta, limitatamente solo a dette prestazioni, i quali accettino quale remunerazione per le proprie prestazioni le tariffe stabilite, ed eventualmente articolate, dalla regione di appartenenza.

Nell'implementare il sistema di pagamento mediante le tariffe per prestazione, pertanto, le regioni e le province autonome provvedono ad individuare per ciascun erogatore che rientri tra quelli individuati dai criteri succitati il corrispondente livello tariffario e, quindi, a comunicarglielo. Dal canto suo, l'erogatore privato provvederà quindi a comunicare, mediante trasmissione di una lettera di adesione alla regione di appartenenza, la propria eventuale accettazione delle tariffe riconosciute e del sistema di controlli contestualmente previsti. Tale procedura di individuazione degli erogatori

privati del Servizio sanitario nazionale può rimanere valida fino alla completa attivazione, a livello regionale, del sistema di accreditamento degli erogatori, e comunque non oltre il 31 dicembre 1996. Resta di tutta evidenza la necessità che le regioni, soprattutto nella prima fase di applicazione del nuovo sistema tariffario, mettano in essere idonee misure finalizzate, come si è detto, ad un puntuale controllo della spesa per l'assistenza ospedaliera erogata dalle istituzioni pubbliche e private. Per quanto riguarda queste ultime, in analogia a quanto dettagliatamente previsto per le strutture pubbliche, le regioni possono individuare, per ciascun erogatore privato, il volume annuo delle prestazioni erogabili sulla base delle prestazioni erogate nell'esercizio precedente, tenendo conto delle situazioni di sospesa attività, prevedendo economie di scala e conseguentemente riduzioni progressive delle tariffe per le prestazioni erogate oltre il volume predeterminato. Non si deve dimenticare che anche nei confronti di dette istituzioni, con l'introduzione del nuovo sistema di pagamento, si esercita la facoltà di libera scelta del cittadino, il quale può pertanto accedervi sulla base di apposita richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale dal proprio medico di fiducia.

Nella fase di funzionamento a regime del nuovo sistema di finanziamento degli erogatori di assistenza ospedaliera, tutti gli istituti di ricovero, pubblici e privati, accreditati dal Servizio sanitario nazionale verranno interamente finanziati, nell'ambito degli appositi rapporti previsti dal Decreto legislativo 502/92, sulla base delle tariffe per prestazione, salvo le eventuali integrazioni associate ai programmi finalizzati di finanziamento regionale di cui all'articolo 2, comma 5, del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994.

6. I controlli

L'introduzione del sistema di pagamento degli ospedali sulla base delle tariffe predeterminate per prestazione comporta l'esigenza di sviluppare appropriati sistemi di controllo, come indicato anche nel capitolo 8 del Piano sanitario nazionale 1994-1996: sia in termini di controllo esterno, da parte della regione e delle aziende USL acquirenti, relativamente al comportamento degli erogatori, pubblici e privati, ed alla corretta osservanza delle regole degli scambi, ivi compresa la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza erogata; sia in termini di controllo interno, da parte dei singoli erogatori del Servizio sanitario nazionale.

Tale attività di controllo comporterà la formazione di personale esperto al riguardo, secondo moduli formativi che verranno successivamente definiti.

Appare opportuno, pertanto, che le regioni e le province autonome provvedano ad attivare flussi informativi e controlli finalizzati a consentire una attività di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori.

A tale proposito, deve considerarsi prioritario ed urgente il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- * verificare che tutti gli ospedali, pubblici e privati, compilino e trasmettano alla regione le schede di dimissione ospedaliera relative a tutti i casi trattati;

- * organizzare il sistema di controllo ed elaborazione dei dati raccolti attraverso le schede di dimissione ospedaliera, affinché la regione possa effettuare e/o verificare la corretta attribuzione di ciascun caso trattato al relativo D.R.G., la individuazione dei ricoveri di un giorno e dei casi anomali per durata di degenza e, quindi, la determinazione del volume del finanziamento da corrispondere a ciascun istituto di cura a fronte dell'attività erogata;

- * attivare un sistema di controllo finalizzato a valutare per ciascun istituto di cura la frequenza e le dimensioni di eventuali effetti "distorsivi" associati all'applicazione delle tariffe (rispetto al quale potranno essere successivamente fornite più analitiche informazioni e indicazioni metodologiche, nonché parametri di riferimento). In particolare, dovranno essere oggetto di specifici monitoraggi i seguenti fenomeni, potenzialmente indicativi di comportamenti opportunistici degli erogatori:

- * la proporzione di casi, per ciascun D.R.G., con durata di

degenza siano significativamente più bassa rispetto alla media, al fine di individuare eventuali tendenze a ricorrere a ricoveri inappropriati, dimissioni anticipate e ricoveri ripetuti al fine di moltiplicare le prestazioni e i relativi introiti;

* la proporzione, per ciascun D.R.G., di casi anomali per durata di degenza, al fine di individuare eventuali tendenze ad allungare fittiziamente le durate di degenza per ottenere il pagamento aggiuntivo oltre la tariffa forfettaria;

* la proporzione di casi, per ciascun D.R.G., trasferiti ad altro istituto di ricovero entro la seconda giornata di ricovero, al fine di individuare eventuali tendenze a trasferire inappropriatamente alcuni casi assicurandosi comunque la tariffa riconosciuta ai ricoveri di una sola giornata trasferiti ad altro istituto di ricovero;

* la proporzione di D.R.G. con diagnosi concomitanti e/o complicanti, al fine di individuare eventuali comportamenti orientati a incrementare in maniera non conforme alle condizioni cliniche dei pazienti- la quota di D.R.G. "complicati";

* la proporzione, per ciascun D.R.G., di ricoveri ripetuti, al fine di individuare eventuali comportamenti orientati a moltiplicare inappropriatamente le prestazioni;

* l'appropriatezza del ricovero, valutata su base campionaria nei singoli erogatori attraverso il ricorso a specifici protocolli di valutazione, al fine di individuare eventuali comportamenti orientati a moltiplicare inappropriatamente le prestazioni;

* la qualità della compilazione delle schede di dimissione ospedaliera, valutata su base campionaria, nei singoli istituti di ricovero, in confronto alle relative cartelle cliniche.

Il controllo interno da parte delle aziende ospedaliere e, in generale, da parte degli erogatori di prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale, dovrà essere orientato sia alla valutazione dell'utilizzo delle risorse impiegate nel trattamento dei pazienti, sia alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate, sia alla verifica delle attività di compilazione e codifica degli strumenti informativi, quale la scheda di dimissione ospedaliera, che certifichino la tipologia delle prestazioni erogate. In particolare, appare opportuno istituire funzioni di supporto alle attività di codifica delle informazioni amministrative e sanitarie, la cui correttezza è determinante per una corretta classificazione dei casi trattati (eventualmente prevedendo un ufficio dedicato, con personale appositamente formato).

Inoltre, poiché l'istituzione di un sistema di remunerazione fondato su tariffe predeterminate potrebbe indurre variazioni significative nella condotta clinico-assistenziale, tali da influire sulla qualità delle prestazioni erogate, è opportuno dare attuazione operativa al modello organizzativo dipartimentale, previsto dall'articolo 4, comma 10, del Decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nell'ambito del quale avviare sistematiche iniziative di audit medico, finalizzate alla valutazione della assistenza prestata, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

tipologia e numerosità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche utilizzate;

- impiego di risorse umane, strumentali e finanziarie;

risultati clinici ottenuti (monitorati, su base campionaria, anche nei 30 giorni successivi alla dimissione);

- risultati conseguiti in merito alla qualità della vita dei pazienti.

7. Considerazioni finali

L'introduzione di un sistema di pagamento delle prestazioni di assistenza sanitaria mediante tariffe predeterminate richiede, come si è detto, una profonda revisione della organizzazione e del funzionamento degli ospedali, dei rapporti che intercorrono tra il direttore generale ed i suoi collaboratori con la dirigenza medica, nonché un nuovo rapporto collaborativo ed integrativo tra i

servizi ospedalieri ed i presidi e servizi extra-ospedalieri compresa la funzione dei medici e dei pediatri di base.

Inoltre, la determinazione e l'applicazione del sistema tariffario richiedono un suo progressivo aggiornamento, sulla base del riscontro che nel tempo verrà fatto rispetto alle singole realtà operative.

Problemi particolari, infine, quali quelli posti, ad esempio, dalle caratteristiche proprie dell'assistenza pediatrica e di quella psichiatrica o dalle prestazioni che comprendono l'impiego di protesi, richiederanno ulteriori approfondimenti.

Per tutte queste ragioni, in analogia con quanto è già avvenuto negli Stati Uniti d'America, dove il sistema dei D.R.G. è nato, si rende necessaria una fase di graduale attuazione di tutte le misure sopra indicate, così come del resto stabilito dall'articolo 6 della Legge 72~/94, che prevede il progressivo superamento del sistema di finanziamento valido per l'anno 1995 nell'arco di un triennio, al termine del quale si dovrà accedere esclusivamente al sistema di remunerazione mediante tariffe per prestazione per gli erogatori, sia pubblici sia privati, accreditati.

occorre, pertanto, un impegno costante di collaborazione tra il Ministero della sanità e le regioni e le province autonome, affinché il nuovo sistema produca gradualmente i positivi effetti attesi, con l'impegno, da parte di tutti, di rivedere progressivamente aspetti generali o particolari dell'intera disciplina, così da realizzare il nuovo sistema entro la scadenza del triennio prevista dalla citata Legge 72~/94.

ALLEGATO 1

METODOLOGIA ADOTTATA PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1 Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario:

- le tariffe dei ricoveri ordinari sono state determinate suddividendo il costo di produzione specifico per D.R.G., al netto della quota imputabile ai casi di durata di un giorno ed alla quota di attività eccedente il valore soglia, per il numero di casi di durata superiore ad un giorno attribuito allo stesso D R G;
- le tariffe dei ricoveri di una giornata sono state determinate in misura pari all'80 % del costo medio della giornata di degenza specifico per D.R.G., calcolato suddividendo il costo totale specifico per D.R.G. per il numero totale di giornate di degenza attribuite a ciascun D.R.G..L'abbattimento del 20% è finalizzato a disincentivare il ricorso a tale modalità di erogazione dell'attività ospedaliera;
- l'incremento per giornata di degenza oltre il valore soglia è stato determinato stimando pari al 60\ del costo medio della giornata di degenza specifico per D R G il costo marginale della giornata di degenza;
- la tariffa giornaliera dei ricoveri nei reparti di lungodegenza è stata determinata identificando il più basso tra i costi medi della giornata di degenza specifici per D.R.G., sulla base dell'assunzione che il costo del trattamento nei reparti di lungodegenza rappresenti la modalità di trattamento ospedaliero meno costosa

2 Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno

- le tariffe dei ricoveri in day-hospital (e in day-surgery) sono state determinate identificando il costo medio della giornata di degenza specifica per grande categoria diagnostica (M.D.C), distinguendo i

raggruppamenti medici da quelli chirurgici Il costo medio per ciascun raggruppamento, medico e chirurgico, è stato calcolato dividendo la somma dei costi di produzione relativi ai D.R.G. in esso inclusi per il numero totale delle giornate di degenza relative ai casi attribuiti ai medesimi D.R.G..

3, Tariffe delle prestazioni di riabilitazione erogate in regime di degenza:

- la tariffa dei ricoveri di riabilitazione è stata determinata con riferimento ai soli casi dimessi dai reparti e dagli istituti di riabilitazione rappresentati nella base informativa nazionale relativa alle schede di dimissione ospedaliera. Analogamente ai ricoveri in day-hospital, è stato individuato il costo medio della giornata di degenza specifico per M.R.C.; relativamente a ciascuna delle quattro M.D.C. caratterizzate da una significativa numerosità di casi (>1.000 casi) e stato calcolato il costo medio specifico per M.D.C., mentre è stato calcolato un unico costo medio relativamente all'insieme delle restanti M.D.C..

INDICE DI CASE-MIX PER LA MISURAZIONE DELLA COMPLESSITA' DELLA CASISTICA TRATTATA

La misurazione della complessità della casistica trattata può essere effettuata attraverso il calcolo del rapporto tra la composizione della casistica trattata in ciascun istituto di cura, ponderata con il sistema dei pesi relativi dei D.R.G., e la composizione ponderata della casistica trattata nel complesso degli istituti di cura operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale o provinciale. L'indice di case-mix si calcola secondo la formula di seguito riportata:

L'indice di case-mix si calcola secondo la formula di seguito riportata:

$$I.C.M. = \frac{\left[\sum_{g=1}^{492} (a_g \cdot N_{gk}) \right]}{\left[\sum_{g=1}^{492} (a_g \cdot N_{g2}) \right]} : \frac{\sum_{g=1}^{492} N_{gk}}{\sum_{g=1}^{492} N_{g2}}$$

dove

a_g = peso relativo specifico per ciascun DRG (riportata nell'allegato 1A del D.M. 15.4.1994)

N_{gk} = numero di dimessi appartenenti al DRG in ciascun istituto di cura

N_{g2} = numero di dimessi appartenenti al DRG nella regione