

REGIONE EMILIA-ROMAGNA



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

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

La Regione Emilia-Romagna avvia, negli anni '90, una serie di provvedimenti sulla ristrutturazione della rete ospedaliera, con disciplina dei dipartimenti ospedalieri e regolamentazione dell'attività di day hospital. Sull'attività di day hospital la Regione, in coerenza con la logica dipartimentale introdotta con la normativa sulla rete ospedaliera, suggerisce di adottare un modello di tipo trasversale che comprenda più unità operative, vantaggioso anche dal punto di vista della gestione di personale e tecnologie.

Nel 1998 approva le linee guida sull'attività di day surgery, riprendendo quanto disposto nella Proposta dell'ASSR del 1996 in merito alle definizioni, ai modelli organizzativi, al percorso di cura, all'elenco indicativo delle prestazioni effettuabili in day surgery, con alcune particolarità: non viene ammesso il pernottamento e si attribuisce particolare attenzione alla gestione in qualità del processo, chiedendo alle aziende sanitarie di definire, con propri atti, l'offerta terapeutica e, conseguentemente, di pianificare le attività di day surgery al fine di potenziare le relative attività in modo corretto.

Nello stesso anno, la Regione individua "50 DRG da svolgere preferibilmente in regime diurno", ai quali viene riconosciuto un valore pari all'80% del corrispettivo DRG del ricovero ordinario, che è differenziato in tre diverse categorie, basate sulla complessità organizzativa degli ospedali presenti nella Regione. Dal 1999 la Regione aggiunge ulteriori 20 DRG, insieme ad altre disposizioni volte ad incrementare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni. Questa esperienza, insieme ad altre maturate in sede internazionale e nazionale, danno l'avvio all'elenco dei "43 DRG potenzialmente inappropriati come sede erogativa", attualmente contenuto nel DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei LEA.

Il tema della chirurgia di giorno viene anche ripreso nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001, che delinea le politiche per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, in relazione alla necessità clinica ed assistenziale dei servizi, all'appropriatezza e alla tempestività degli interventi, alla rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei loro destinatari. Il Piano individua una serie di programmi speciali per il miglioramento della qualità dell'assistenza, innovazione e modernizzazione dei servizi offerti, tra i quali quello finalizzato all'avvio di un modello organizzativo fondamentale nell'ospedale, da sviluppare per le sue caratteristiche essenziali tra cui

assicurare pari efficacia e maggiore appropriatezza degli interventi, uso più razionale delle risorse ma soprattutto garantire una più elevata rispondenza alle aspettative e alle richieste di salute dei cittadini.

Ulteriori indicazioni sull'attività di day surgery sono presenti nelle norme sull'autorizzazione e accreditamento, recentemente modificate con delibera di giunta regionale n. 327 del 2004.

Normativa di riferimento

L.R. 15-05-1994, n. 19: *“Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”*; **D.G.R. 2772/1996:** *“Linee Guida per la rimodulazione della rete ospedaliera della Regione”*; **Direttiva n. 454 per l'istituzione dei Dipartimenti Ospedalieri.**

L'insieme di queste norme porta alla costruzione di una rete ospedaliera integrata, sia in senso verticale, secondo il principio della progressività delle cure, sia in senso orizzontale, attraverso la differenziazione nelle competenze prevalenti. Nella fase ultima, il modello si orienta a definire le reti cliniche integrate ed a creare, per le funzioni di interesse regionale, il modello “hub and spoke”, un modello che concentra l'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) e organizza un sistema di invio di informazioni e pazienti da centri di minore complessità (spoke). Propone, inoltre, un approccio organizzativo dipartimentale, come strumento di governo clinico, che si basa sull'attivazione di processi di miglioramento della qualità, su una corretta gestione del rischio clinico, che si basa sull'attivazione di processi di miglioramento della qualità, su una corretta gestione del rischio clinico, una programmazione integrata delle attività ed un utilizzo razionale e condiviso delle risorse.

In merito all'attività di day surgery, la DGR 557/2000, in attuazione del Piano Sanitario regionale 1999-2001, rileva che le esperienze aziendali attuali non sono ancora particolarmente avanzate e considera necessario lo sviluppo, in questo ambito, per un prossimo futuro, in special modo per alcune discipline per le quali esistono già esperienze consolidate a livello internazionale.

D.G.R. 17-01-1996, n. 2773: *“Linee Guida per il corretto funzionamento e potenziamento dei posti letto di assistenza a ciclo diurno (Day Hospital)”*.

La Regione, in coerenza con la logica dipartimentale introdotta con la normativa sulla rete ospedaliera, suggerisce di adottare un modello di tipo trasversale di day hospital che comprenda più unità operative, vantaggioso anche dal punto di vista della gestione di personale e tecnologie.

D.C.R. 1999, n. 1235: *“Piano Sanitario Regionale 1999-2001”*.

Il Piano delinea le politiche per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, in relazione anche alla necessità clinica ed assistenziale dei servizi, all'appropriatezza e alla tempestività degli interventi, alla rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei loro destinatari. Individua una serie di programmi speciali per il miglioramento della qualità dell'assistenza, innovazione e modernizzazione dei servizi offerti, fra i quali quello finalizzato all'avvio delle attività di chirurgia di giorno (day surgery). In merito alla riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera, convenuto che l'attività di chirurgia di giorno rappresenta uno degli elementi fondamentali, la delibera stabilisce che, in termini di scelte di modelli organizzativi, è importante indicare il modello più consono alle richieste di salute dei cittadini.

D.G.R. 01-03-2000, n. 559: *“Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery).”*

La delibera disciplina l'attività di day surgery, con riferimento alla Proposta dell'ASSR del 1996 e alle Commissioni ministeriali del 2000. Non è prevista la possibilità del pernottamento mentre è disciplinato il percorso assistenziale, il criterio di classificazione per la selezione dei pazienti

eleggibili in day surgery (Classificazione ASA). La delibera, inoltre, fissa i requisiti minimi per l'esercizio dell'attività di day surgery.

D.G.R. 28-06-2004, n. 1280: *“Linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2004”.*

In tale delibera si parla della principali attività realizzate nell'anno 2003; sono stati fatti passi rilevanti in merito alla costruzione di percorsi integrati, per dare risposta al problema clinico e non alla singola prestazione; la maggior parte della Aziende ha attivato il Day-Service.

Ai fini della deospedalizzazione, sono state adeguate le tariffe ed è stata sancita la possibilità di eseguire in regime ambulatoriale nuove metodiche diagnostiche e selezionati interventi. L'adozione del regime ambulatoriale ha, certamente, contribuito alla riduzione del tasso di ospedalizzazione in day surgery.

Con riferimento alla “Revisione del nomenclatore tariffario”, l'Accordo del 22 novembre 2001, tra Governo, Regioni e Province Autonome sui livelli essenziali di assistenza, ha previsto l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario nazionale per la specialistica ambulatoriale. Con D.G.R. n. 262/2003, è stato operato un parziale aggiornamento del tariffario regionale, che ha portato all'inserimento di alcune nuove prestazioni ed alla revisione delle tariffe dei settori che maggiormente presentavano sofferenza in relazione al rapporto costi/remunerazione.

Normativa sull'autorizzazione e accreditamento

L.R. 12-10-1998, n. 34: *“Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale”.*

Con tale Legge la Regione recepisce il DPR 14 gennaio 1997, disciplina le procedure e, all'articolo 1, comma 2, prevede la successiva adozione di requisiti minimi integrativi.

D.G.R. 08-02-1999, n. 125: *“Primi provvedimenti applicativi della L.R. n. 34/1998”.*

Con tale delibera la Regione approva il “Manuale per l'utente”, che definisce i requisiti minimi integrativi rispetto a quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, per ogni tipologia di struttura e con riferimento all'attività di day hospital e day surgery.

Per esercitare l'attività di day surgery le strutture devono essere in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici specifici, attrezzature ed impianti. Per essi si rimanda al contenuto del DPR 14 gennaio 1997, a cui questa delibera aggiunge altri requisiti minimi, con particolare riguardo alle sale operatorie, reparti di degenza e ambulatori.

D.G.R. 01-03-2000, 594: *“Requisiti generali e specifici per l'accREDITamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna”.*

La delibera definisce i requisiti generali e specifici per attivare il sistema di accreditamento delle strutture nella Regione.

D.G.R. 01-03-2000, n. 555: *“Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie. Primi adempimenti.”*

La delibera definisce contenuti, modalità e termini per le autorizzazione alla realizzazioni di strutture e all'esercizio di attività sanitarie.

D.G.R. 23-02-2004, n. 327: *“Applicazione della L.R. n. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti.”*

La delibera ridisciplina la materia dell'autorizzazione e dell'accreditamento, tenendo conto del D. Lgs. 229/99 e della Riforma del Titolo V della Costituzione, che amplia l'ambito dell'autonomia regionale in materia di organizzazione sanitaria. La delibera semplifica il corpus dei requisiti generali di accreditamento, sposta gli aspetti di sicurezza del paziente nella fase autorizzativa e concentra i requisiti organizzativi nel processo di accreditamento. La delibera riguarda sia l'istituto dell'autorizzazione, per tutte le tipologie di strutture sanitarie e gli studi professionali ex art. 8-ter del D.Lgs. 502/92 e modificazioni, sia l'accreditamento delle strutture di degenza. Revoca, inoltre, le norme precedenti: la DGR n. 125/1999 e n. 54/2000.

D.G.R. 17-01-2005, n. 23: *“Definizione di requisiti specifici ai sensi dell’art. 8, comma 1, della L.R. n. 34/1998, per l’accreditamento delle strutture e dei professionisti dell’Emilia-Romagna”.*

La delibera indica i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'accreditamento riportando uno specifico riferimento anche all'attività di day surgery.

Normativa tariffaria

D.G.R. 31-07-2001, n. 1505, integrata dalla DGR 28-12-2001, n. 2931, modificata, parzialmente, dalla DGR 2582/2002:

E' mantenuto inalterato il sistema tariffario definito dalla DGR n. 319/2000, n. 703/2000 e n. 2381/2000. Gli erogatori sono divisi in fasce secondo parametri: per ogni fascia viene stabilito il punto massimo del punto DRG secondo l'impostazione del DM 30/06/1997.

Si specifica che, per i ricoveri ordinari di un giorno, la tariffa massima è: per i DRG Medici, euro 120,85; per i DRG Chirurgici, 80% della tariffa prevista per i ricoveri ordinari.

D.G.R. 03-11-2003, n. 2169: *“Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dal 1° gennaio 2003.*

La delibera definisce le tariffe applicabili al regime di day hospital sia per i DRG chirurgici che per i DRG medici: per i DRG chirurgici e non medici, è prevista una remunerazione pari all' 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri ordinari con durata della degenza superiore ad un giorno; per i DRG medici, con 1, 2, 3 accessi, è prevista una tariffa pari a € 124,47, con più di 3 accessi, 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in regime ordinario di più giorni.

Restano invariate le tariffe stabilite con le deliberazioni 1505/01 e 2582/02 sui 67 DRG oggetto di specifica analisi da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale, comprensivi dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, sia per quanto concerne l'erogazione in regime ordinario che in regime di day hospital.

D.G.R. 20-12-2004, n. 2642: *“Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della regione Emilia-Romagna decorrere dal 01-01-2004”.*

La delibera stabilisce tariffe sia per i ricoveri in regime ordinario che in regime di day hospital.

In particolare:

- Regime ordinario: le tariffe per le prestazioni ospedaliere sono incrementate del 3% ad eccezione delle tariffe di 51 DRG e dei ricoveri attribuiti ai DRG 124, 125, 373, 323, la cui tariffa è pari all' 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri di più giorni;
- Regime di day hospital: le tariffe sono differenziate a seconda dei DRG e confermano quanto previsto dalla DGR n. 2169/2003.

Normativa DRG chirurgici

D.G.R. 02-08-2002, n. 1492: “Piano degli obiettivi 2002 per le aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna”.

La delibera individua i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 e stabilisce che, i Direttori Generali devono ridurre il tasso di ospedalizzazione standardizzato specifico per i ricoveri ordinari superiori ad un giorno relativi ai DRG medici e, separatamente, chirurgici dell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001.

In particolare prevede:

- riduzione del numero dei ricoveri ordinari per 27 DRG di tipo medico, oggetto di accordo con i MMG, con un decremento del 20% rispetto al dato 1997; dal 1999 i ricoveri eccedenti tale numero subiscono un abbattimento tariffario scalare fino al 50%;
- applicazione, dal 1999, di forti incentivi tariffari per ricondurre 5 DRG chirurgici in day hospital (si applica, per il ricovero ordinario, un abbattimento tariffario del 50%) relativi a:
 - 119 – legatura e stripping di vene
 - 270 – altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza complicanze
 - 342 – circoncisione età > 17
 - 343 – circoncisione età < 18
 - 364 – dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie maligne.
- introduzione, dal 2002, di tariffe ambulatoriali pari a quelle previste per il ricovero in Day Hospital per Cataratta e Tunnel carpale.
- definizione, dal 1999, di un sistema di controlli esterno ed interno che costituisce parte integrante del sistema tariffario e che include, fra l'altro, un elenco di 63 DRG a rischio di inappropriatazza, e l'applicazione di abbattimenti tariffari per scoraggiare comportamenti opportunistici.