

## REGIONE LAZIO



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

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

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

In merito agli aspetti normativi, l'unico riferimento alla chirurgia di giorno si ha con una delibera del 2000, relativa all'attività eseguibile in "ambulatorio chirurgico", in cui vengono indicati la definizione di "chirurgia ambulatoriale", i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e, infine, le modalità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture che erogano chirurgia ambulatoriale.

I primi e dettagliati riferimenti all'attività di day surgery si trovano, invece, nel PSR 2002-2004 che fornisce importanti indicazioni:

- i modelli organizzativi per svolgere l'attività in day surgery sono quelli previsti dalle linee guida nazionali, approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2002;
- la riconversione dei posti letto chirurgici ordinari in posti letto di day surgery deve avvenire nella misura del 20%, entro l'anno 2004;
- il trasferimento dei ricoveri ordinari in day surgery deve essere incentivato con apposite politiche tariffarie e con modelli di riferimento stabiliti con atti di Giunta Regionale.

Nell'anno 2005 la Regione approva le "Linee Guida per la regolamentazione delle attività chirurgiche effettuabili in regime di ricovero diurno (Day Surgery)" con le quali per la prima volta è fornito un quadro organico di riferimento per lo sviluppo dell'attività di day surgery.

Le linee guida si soffermano, con particolare attenzione, sulle modalità di monitoraggio individuando indicatori di attività, ma anche di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate, al fine di enfatizzare l'orientamento regionale sugli aspetti qualitativi e non di costo legati al regime assistenziale diurno. Gli indicatori di qualità sono:

- per la fase di selezione: rapporto cancellati/attesi; rapporto non venuti/attesi; rapporto rioperati/operati;
- per la fase della dimissione: rapporto ricoverati/operati; rapporto dimessi oltre le 6 ore/pazienti operati;

- per il monitoraggio complessivo delle attività: ricoveri in day surgery con meno di 3 accessi/totale interventi eseguiti; interventi eseguiti in regime ordinario (almeno 2 notti di degenza)/totale interventi eseguiti; interventi eseguiti con pernottamento programmato (ordinario di 1 giorno)/totale di interventi eseguiti.

## **Normativa di riferimento**

### **D.C.R. 31-07-2002, n. 114: “Piano Sanitario Regionale 2002-2004”.**

Il Piano costituisce un riferimento importante per l'attività di day surgery in quanto indica, con chiarezza, la necessità di modificare il ruolo dell'ospedale, utilizzando le diverse modalità assistenziali articolate per livelli di intensità, dal ricovero ordinario, al day hospital e day surgery, al day service. E' riportata la definizione di day surgery, che ricalca quella delle linee guida nazionali del 1° agosto 2002, i modelli organizzativi e i requisiti previsti in tali Linee guida, compresa la possibilità di pernottamento ed è, anche, previsto il progressivo trasferimento di gran parte della chirurgia di elezione in day surgery.

Nell'ambito del Progetto “Evoluzione dell'ospedale per acuti” è definito l'obiettivo di realizzare lo sviluppo delle attività ospedaliere a ciclo diurno e, in particolare, sono definiti due obiettivi:

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

Nell'ambito delle altre modalità assistenziali, il Piano indica precisi obiettivi per la sicurezza degli ambulatori chirurgici ospedalieri, per l'appropriatezza dei day hospital medici e per la realizzazione in day service di “pacchetti” di prestazioni ambulatoriali complesse.

La Regione nell'anno 2002 ha costituito, in attuazione degli obiettivi previsti nel Piano, un gruppo di lavoro formato da funzionari regionali e dell'Agenzia di Sanità Pubblica, operatori delle aziende ed esperti della materia, con il compito di analizzare le linee guida ministeriali e predisporre le integrazioni necessarie sulle procedure organizzative, a maggior garanzia dell'utenza e in coerenza con la realtà ospedaliera regionale.

### **D.G.R. 25-03-2005, n. 423: “Preso d'atto dell'accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di approvazione delle linee guida per la regolamentazione delle attività chirurgiche in regime di ricovero diurno (Day Surgery).”**

Questo provvedimento rappresenta il primo riferimento, per la Regione, sullo sviluppo delle attività di chirurgia di giorno. Le linee guida per l'attività di day surgery, che sono parte integrante della delibera, sono state prodotte da un gruppo di lavoro formato da operatori delle aziende ed esperti della materia e sottoposte a verifica da parte delle società scientifiche. Le linee guida specificano il percorso assistenziale, gli aspetti medico legali, i rapporti con i medici prescrittori, forniscono, inoltre, indicazioni di carattere organizzativo e strutturale e prevedono modalità di monitoraggio e valutazione di qualità. La delibera affida il mandato all'Agenzia di Sanità Pubblica di produrre un elenco delle prestazioni, per evitare l'inappropriatezza, che devono essere effettuate in regime diurno.

## **Normativa sull'autorizzazione e accreditamento**

### **D.G.R. 11-04-2000, n. 1269 “Ambulatorio chirurgico, definizione dei requisiti per autorizzare la realizzazione di strutture per l'esercizio di attività sanitarie e per l'accreditamento”.**

Il provvedimento contiene la definizione di “chirurgia ambulatoriale” e definisce i requisiti minimi per l’autorizzazione e l’accreditamento delle strutture che svolgono attività chirurgica ambulatoriale. Spetta all’Agenzia di Sanità Pubblica definire ed aggiornare, periodicamente, le linee guida sulle prestazioni effettuabili e sui criteri di selezione dei pazienti suscettibili di interventi di chirurgia ambulatoriale. In merito all’accreditamento, la delibera definisce le procedure ed i tempi di adeguamento per le attività chirurgiche già in corso di svolgimento.

**L.R. 03-03-2003, n. 4:** *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitari, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali.”*

Con tale Legge la Regione definisce procedure, competenze, principi e tempi di adeguamento per le autorizzazioni, per l’accreditamento istituzionale e per gli accordi contrattuali.

## **Normativa tariffaria**

**D.G.R. 20-12-2002, n. 1761:** *“Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Definizione di budget 2003 per le prestazioni erogate dai soggetti privati accreditati”.*

La delibera conferma il sistema tariffario risultante dalle D.G.R. n. 2594 del 19/12/2000 e n. 2047 del 21/12/2000.

Il tariffario di riferimento è quello del DM Sanità del 1997, incrementato del 3%. Viene aumentato il fondo ospedaliero, rispetto all’anno precedente, del 3,9% e viene istituito un budget di settore per le case di cura per acuti pari a euro 253 milioni.

Il modello prevede abbattimenti tariffari per tutte le tipologie di ricovero previste, nell’eventualità che i consumi dei residenti siano superiori alla quota di fondo ospedaliero destinati agli ambiti territoriali delle ASL, con i seguenti criteri:

- A. sono esclusi alcuni DRG di alta specialità e precisamente i DRG 1,2,75,103-108,110,302,458,472,480-481. Sono inclusi, inoltre, i DRG riferiti al parto, i dimessi da reparti di medicina nucleare, radioterapia, oncologia, pediatria, malattie infettive e psichiatria, i dimessi dai day hospital chirurgici e i dimessi dai day hospital medici riclassificati a seguito dell’applicazione della DGR n. 864/2002.
- B. I rimanenti ricoveri, pari all’80% dell’intera produzione ospedaliera, sono suddivisi in 4 tipologie:
  - a) Ricoveri di tipo chirurgico di peso medio alto;
  - b) Ricoveri di tipo chirurgico di peso medio basso;
  - c) Ricoveri di tipo medico di peso elevato;
  - d) Ricoveri di tipo medico di peso medio basso.

**D.G.R. 09-07-2004, n. 602:** *“Ripartizione tra le A.S.L. del Lazio del fondo sanitario regionale 2004. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l’anno 2004. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale erogate dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati”.*

La delibera fornisce indicazioni sui DRG erogabili in Day Surgery e sulle procedure effettuabili in day hospital medico e considerate appropriate per le modalità assistenziali.

All’interno del tetto di spesa programmato per ciascuna ASL relativo ai ricoveri per residenti, le prestazioni di ricovero sono così remunerate:

**Ricoveri ordinari, DH e DS**

Tariffe del DM/97 +3%

Tariffe DRG pediatriche (ad eccezione del 391) sono incrementate (20% DRG con peso>1, del

15% i DRG con peso >0,5 e <1, del 5% i DRG con peso <0,5)

## **Riabilitazione ospedaliera**

Prestazioni di riabilitazione intensiva € 413,17 per giornata di degenza

Prestazioni di riabilitazione post acuzie:

- Strutture in possesso dei requisiti della DGR 434/2001: tariffe DM/97 + 3%
- Altre strutture: 80% tariffa DM/97 + 3%

L'abbattimento tariffario del 40% non si applica dopo il 60% di degenza calcolato tenendo conto di tutti gli episodi di ricovero intervenuti per la medesima patologia nello stesso istituto e nel medesimo regime di ricovero nel corso dell'anno solare, se non sono intervallati da un episodio di ricovero per acuti. Sono esclusi alcuni DRG e alcune diagnosi.

**D.G.R. 04/08/2005, n. 731:** *“Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del Livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale”.*

Tale delibera modifica il precedente sistema di remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera per acuti attraverso l'individuazione di un fondo dedicato alla remunerazione dei ricoveri programmati, per il raggiungimento di specifici obiettivi, ed in particolare:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo, dai 238 ricoveri per 1000 abitanti fino al raggiungimento, nel 2007, di 180 ricoveri per 1000 abitanti;
- programmazione della spesa attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere collegato all'appropriatezza della risposta assistenziale, garantendo la libera scelta e la mobilità dei cittadini e al contempo dando certezza del mantenimento della spesa entro i vincoli di bilancio.

Vengono, così, individuati dei tetti economici specifici per soggetto erogatore, articolati per regime di ricovero e differenziati per classi di DRG.

Con tale delibera, inoltre, vengono aggiornate le soglie di ammissibilità per le prestazioni a rischio di inappropriata, viene regolamentata ex novo l'attività di day hospital medico e viene introdotto il day service quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in day hospital di pazienti che presentano problemi sanitari complessi e di regola non necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata.

## **Normativa DRG chirurgici**

**D.G.R. 10-07-2001, n. 996:** *“Linee Guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero”.*

La Regione adotta con tale delibera le “Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero”, e prevede l'adozione del metodo APPRO, un metodo innovativo per la valutazione dell'appropriatezza generica dei ricoveri ordinari per acuti con i dati amministrativi, stadiazione per gravità e calcolo di soglie di ammissibilità dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriata.

Il metodo si articola in 3 fasi: selezione della casistica, individuazione dei ricoveri a gravità minima, calcolo delle soglie di ammissibilità per singolo DRG, ovvero soglie che eccedono il grado di inappropriata tollerata di ricoveri ordinari > 1 giorno, derivante dai fattori sociali ed organizzativi, nonché dall'incertezza collegata alla natura amministrativa dei dati raccolti con la SDO. Sulla base delle rilevazioni effettuate con tale metodo, la Regione definisce annualmente le

soglie di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG riportati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 sui LEA. L'adozione dei valori soglia è stata adottata dalla Regione successivamente.

**D.G.R. 28-06-2002, n. 864:** *“Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2C del DPCM del 29/11/01”.*

La delibera individua i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM del 29/11/2001.

I valori soglia, che vengono rideterminati annualmente, sono stati definiti sulla base della valutazione di appropriatezza generica dei ricoveri ospedalieri eseguita sugli archivi informatici delle dimissioni dell'anno 2001, tramite l'utilizzo del metodo APPRO.

Le prestazioni di ricovero ordinario per acuti prodotte da ciascun soggetto erogatore che superano il valore soglia regionale vengono remunerate sulla base della seguente distinzione:

- DRG Chirurgici: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario sarà effettuata in base al tariffario nazionale dei ricoveri diurni;
- DRG Medici: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario sarà effettuata in base ad una tariffa pari a due accessi del corrispondente day hospital medico.

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