

IL DM 28/12/91

Strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere **medico-legale**, quindi un **atto pubblico** dotato di rilevanza giuridica, la cui **corretta compilazione obbliga** la responsabilità del medico.

ASPETTI NORMATIVI...

- **D.M. del 28 dicembre 1991: istituzione della SDO.**
- **D.M. del 26 luglio del 1993: sono state definite le modalità di raccolta , tempi e trasmissione dei contenuti della SDO.**
- **D.M. 380 del 27 ottobre 2000: norme su aggiornamento della disciplina del flusso, introduce il sistema di classificazione ICD9CM del 1997, l'adeguamento del flusso ai sensi della normativa della privacy e la sicurezza per il trattamento dei dati personali.**
- **D.M. del 18 dicembre 2008 decreta che le informazioni di carattere clinico contenute nella SDO devono essere codificate utilizzando la classificazione ICD9CM del 2007 (adottato con D.A. n. 1999 del 03 agosto 2010).**
- **D.M. del 08 Luglio 2010: integrazione dei campi inseriti in SDO approvato con D.A. 2068 del 09 agosto 2010.**
- **D.A. 632 del 2011: aggiornamento informazioni cliniche contenute nella SDO sostituisce il precedente ed entra in vigore dal 1 gennaio 2011.**

CLASSIFICAZIONE DRG CON IL SOFTWARE GROUPE

NECESSARI I SEGUENTI DATI:

- DIAGNOSI
- PROCEDURE
- ETA'
- SESSO
- MODALITA' DIMISSIONE

- Primo **strumento informativo** che consente la raccolta congiunta di informazione sanitarie ed anagrafiche dei singoli pazienti
- Potente fonte di informazione di natura **epidemiologica** (l'epidemiologia studia la frequenza dei fenomeni salute / malattia nella popolazione e dei fattori e circostanze che le determinano)
- Unico strumento informativo a valenza **medico legale**
- Utilizzabile per la **programmazione**

La diagnosi principale

è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere **la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.**

Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

LE DIAGNOSI SECONDARIE

DEFINIZIONE CONTENUTA NEL DECRETO 27-10-2000 N.380 (GURI 19-12-2000)

Le diagnosi secondarie (o altre diagnosi) sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

IMPORTANZA DELLE ALTRE DIAGNOSI

Possono giocare un **ruolo decisivo nell'assegnare il DRG**, infatti esistono 124 coppie di DRG (nella versione 24°) in versione “complicata” (con CC) e “non complicata” (senza CC) a seconda delle presenza o meno di determinate patologie e condizioni.

IMPORTANZA DELLE ALTRE DIAGNOSI

DRG con CC = con patologie Complicanti o Concomitanti

Anche la classificazione degli **interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche**, sviluppata come modificazione della classificazione Procedure chirurgiche pubblicata dalla Organizzazione mondiale della sanità, e' costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico di codici.

La struttura della classificazione delle procedure e' prevalentemente basata sull'anatomia topografica piuttosto che sulle specialità chirurgiche.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure della ICD-9-CM e' articolato in **quattro** caratteri numerici, dei quali **i primi due** identificano generalmente un **organo**, mentre **il terzo e il quarto** specificano la **sede e il tipo dell'intervento**. In alcuni casi, i codici si limitano al terzo carattere, per descrivere interventi che non necessitano di ulteriori specificazioni. Il terzo e il quarto carattere sono separati dai primi due con un punto decimale.

Nella versione italiana 2007 della classificazione e' stata introdotta una rubrica **00** delle procedure, con codici da 00.0 a 00.93, utili a descrivere interventi e procedure non classificati altrove, ad esempio di radiologia e cardiologia interventistica, o di chirurgia ortopedica su anca o ginocchio.

Le rubriche comprese fra 01 e 86 comprendono interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie.

Queste rubriche sono raggruppate in 15 sezioni, identificate sulla base del criterio anatomico (sede dell'intervento o della procedura).

Le rubriche comprese fra 87 e 99 comprendono altre procedure diagnostiche e terapeutiche, e sono raggruppate sulla base della tipologia della procedura (specialità che di norma o nella maggior parte dei casi eroga la procedura stessa).



Ministero della Sanità

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE

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

Il Decreto legge 28 febbraio 1995, n. 57, recante "Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità"

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:

“...le regioni e le provincie autonome, a decorrere dal 1999 e per gli anni 2000 e 2001, assicurano **l'effettiva vigilanza e il controllo** sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, **nella misura annuale non inferiore all'1% dei ricoveri** e della spesa complessiva a tal fine registrata nell'anno precedente” (Finanziaria 1999, Legge n. 449)



Necessità di
riduzione dei ricoveri evitabili



Valutazione e Studio
dell'appropriatezza dei ricoveri

Legge 23 Dicembre 2000 n. 388
Finanziaria per il 2001

Articolo 88

*Disposizioni per l'appropriatezza
nell'erogazione dell'assistenza sanitaria*

Comma 2

...le Regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 2 per cento delle cartelle cliniche...

Comma 3

*Le Regioni applicano **abbattimenti sulla remunerazione complessiva dei soggetti erogatori presso i quali si registrino frequenze di ricoveri inappropriati superiori agli standard stabiliti dalla Regione stessa.***



LA CENTRALITA' DEL PAZIENTE ... SU CUI SI RIBALTA
“ *LA CONTRIBUZIONE DELLA SPESA SANITARIA* ” -
TICKET

I CONTENUTI DEI RECENTI DECRETI INCIDONO IN MANIERA CONSIDEREOLE
SULLA **VALORIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA ...**



NE RISENTE IL BILANCIO, IL FATTURATO ...

FORSE OCCORRE RIPENSARE I PERCORSI DI CURA ...



REGIMI DI EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA

RICOVERI ORDINARI

PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CHE NECESSITANO
DI UNA INTENSA ASSISTENZA SANITARIA

RICOVERI DAY HOSPITAL

PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CHE NECESSITANO
DI MINORE INTENSITA' ASSISTENZIALE, E' UN
RICOVERO PROGRAMMATO CHE NECESSITA DI
UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

LA PRE-OSPEDALIZZAZIONE POSSIBILE
CON COMMA 18 ART. 1 LEGGE 662/1996

ATTIVITA' DI DAY SERVICE

il Day Service Ambulatoriale 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 e che la modalità di erogazione delle prestazioni in day service, in vigore dal 2009 e quindi ampiamente sperimentato, rappresenta una valida alternativa ai ricoveri ospedalieri, presupponendo un minore assorbimento di risorse rispetto al medesimo DRG erogato in regime di DH-

ATTIVITA' AMBULATORIALE

- ✓ sono erogate per finalità di assistenza specialistica ambulatoriale;
- ✓ sono prestazioni non esplicitamente riconducibili ad altri livelli di assistenza;
- ✓ sono prescrivibili, di norma, su apposito ricettario del SSN (fatte salve le previsioni di accesso diretto);
- ✓ sono programmabili in termini di accesso;
- ✓ sono individualmente identificate e tariffate;
- ✓ presentano caratteristiche e durata definite e predeterminabili.

Controllo n.2

Qualità della compilazione della SDO e sua congruenza con la cartella clinica

	SI	NO	NA
1.è presente nella cartella clinica copia della SDO?			
2.è presente nella SDO la firma del medico che dimette?			
3.la diagnosi principale indicata è verosimilmente quella che ha comportato il maggior consumo di risorse? (escluso DRG 483 e dimessi dai reparti di Rianimazione (49))			
4.sono state segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura?			
5.le diagnosi secondarie segnalate hanno realmente influenzato l'episodio di cura (comportando un impegno significativo nel corso del ricovero p.e. richiesta di consulenze, esami diagnostici, terapie infusionali etc.)? (per i soli DRG complicati)			
6.le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica?			
7.in cartella clinica sono descritti interventi chirurgici non segnalati nella SDO?			
8.le diagnosi e le procedure indicate nella SDO in maniera descrittiva sono congruenti con le regole di codifica (normativa e linee guida)? (per l'anno 2010 la verifica di congruenza viene limitata alla terza cifra del codice per i codici a 4 cifre, alla quarta cifra per i codici a 5 cifre)			
9.fra le diagnosi secondarie è indicato, in maniera coerente, uno dei codici V27 relativi all'esito del parto? (solo per i DRG 370-371-372-373-374-375)			
10.in diagnosi principale è codificata l'indicazione al parto cesareo? (solo per i DRG 370-371)			

I CONTROLLI ...

GARANTIRE EQUITA' DISTRIBUTIVA DELLE RISORSE FINANZIARIE E DI CONSEGUENZA ...

LA SOSTENIBILITA' DEL SSN

