

DELIBERAZIONE N. VIII/7612 DEL 11.7.2008

Oggetto: **DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2008 - 2° PROVVEDIMENTO**

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATA la DGR n. VIII/5743 del 31.10.2007 “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008 (di concerto con l'Assessore Abelli)*”, ed in particolare l'Allegato 7 “*Le tariffe delle prestazioni sanitarie*”, che ha stabilito una rimodulazione delle tariffe dei DRG, con una attenzione prioritaria a quelli di tipo complicato, intervenendo su tre elementi di rilievo che partecipano a formare la tariffa delle prestazioni erogate: il peso relativo del DRG nella coppia di DRG complicato-non complicato, il valore di durata della degenza (valore soglia) oltre il quale è previsto un contributo integrativo giornaliero al DRG, il valore economico del punto DRG a partire dal quale sono ricalcolate le tariffe di ogni DRG;

RICHIAMATO il D.D.G. Sanità n. 4733 del 28.02.2000 “*Regole generali per l'utilizzo della versione italiana dell'ICD-9-CM 1997 e per la corretta selezione e codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la SDO. Modifica del D.D.G. n. 64001 del 6.7.1998*”, ed in particolare l'Allegato tecnico che ha stabilito che “*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*”;

VISTO il documento, Allegato A parte integrante del presente atto, elaborato dai competenti uffici della D.G. Sanità, in collaborazione con diversi rappresentanti di chirurghi operanti in Strutture della Rete Oncologica Lombarda (ROL) ed afferenti alla Società Lombarda di Chirurgia, che, con riferimento ai DRG 146, 148, 154, 191,193, precisa:

- le diagnosi che si possono considerare complicanti;
- a quali condizioni è corretto codificare le predette diagnosi sulla SDO al momento della dimissione dei pazienti;

RITENUTO pertanto:

- di approvare il predetto documento, **Allegato A** parte integrante del presente atto, precisando che i criteri ivi contenuti sono vincolanti per tutte le Strutture, con riferimento ai pazienti dimessi a decorrere dal 1 luglio 2008;
- di stabilire che, in considerazione delle maggiori garanzie di appropriatezza di codifica contenute nel citato Allegato A, del contenuto prevalentemente oncologico dei predetti DRG 146, 148, 154, 191, 193, della conseguente complessità sia degli interventi effettuati che della gestione clinico assistenziale dei pazienti nelle fasi pre e post intervento e della significativa durata della degenza, le tariffe degli stessi siano aggiornate, con riferimento ai pazienti dimessi a decorrere dal 1 luglio 2008, come segue:

DRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	TarDHC	TarDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
146	9974,00	4266,82	22	181,65	10	5689,10	4266,82	0,00	167	20	99	125
148	12912,00	3478,23	24	256,38	9	4637,64	3478,23	0,00	167	20	99	125
154	13124,00	3570,09	26	331,11	9	4760,12	3570,09	0,00	167	20	99	125
191	17878,00	4561,09	27	328,00	9	6081,46	4561,09	0,00	167	20	99	125
193	10374,00	3990,46	30	232,51	13	5320,62	3990,46	0,00	167	20	99	125

RICHIAMATA la DGR n. VIII/5875 del 21.11.2007 “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2007 – IV Provvedimento 2007*”, in particolare nella parte in cui prevede la codifica della sostituzione per via percutanea delle valvole cardiache aortica o polmonare;

CONSIDERATA l’opportunità di migliorare la descrizione delle procedure di sostituzione valvolare per via percutanea, modificandone la codifica, precisando che la diversa codifica individuata non modifica l’attribuzione del DRG e non comporta un incremento di costi;

RITENUTO inoltre di individuare, come di seguito indicato, una codifica anche per l’intervento di sostituzione per via transapicale della valvola cardiaca aortica;

RITENUTO pertanto:

- che la codifica dell’intervento di sostituzione per via percutanea / transapicale delle valvole cardiache aortica o polmonare preveda come diagnosi principale quella che descrive la patologia valvolare e come procedura la valvuloplastica percutanea (Cod. 3596);
- che per ognuna di queste protesi impiantate per via percutanea debba essere prodotto e trasmesso con le modalità oggi vigenti per il flusso endoprotesi un record indicando nel campo tipo protesi/componente il codice 11A (valvola aortica impiantata per via percutanea/transapicale) o il codice 11B (valvola polmonare impiantata per via percutanea) ed avendo, in considerazione della novità della rilevazione per questo tipo di endoprotesi, la massima cura nella compilazione di tutti gli altri campi previsti;
- che il rimborso complessivo (DRG + protesi) di questi episodi di ricovero non debba superare il costo del DRG 104 incrementato del 20% e che quindi la percentuale di rimborso per il costo della valvola sia definita con decreto della DG Sanità nel corso del 2008 considerando sia questo vincolo sia i dati di costo che saranno trasmessi in corso d’anno dalle strutture;

VALUTATO che, in fase prima applicazione ed in attesa di definire eventuali ulteriori indicazioni sulle corrette modalità clinico organizzative di erogazione delle prestazioni innanzi citate, si debba prevedere che:

- a. le menzionate procedure di sostituzione valvolare aortica o polmonare per via percutanea/transapicale debbano essere effettuate in una sala operatoria ibrida o con uno stand by chirurgico presso strutture che abbiano accreditata ed operante una unità operativa di cardiocirurgia, ciò al fine di garantire le necessarie multidisciplinarietà e sicurezza per i pazienti;
- b. la sostituzione percutanea/transapicale della valvola aortica sia effettuata per trattare pazienti anziani e/o con gravi comorbidità associate e con un rischio operatorio grave (euroscore > 10);
- c. la sostituzione percutanea della valvola polmonare sia effettuata per trattare pazienti precedentemente già sottoposti a sostituzione della valvola polmonare e/o con un rischio operatorio grave (euroscore > 10);
- d. tutte le strutture che intenderanno effettuare queste procedure dovranno darne preventiva comunicazione alla DG Sanità e dovranno accettare per questa casistica una revisione tra pari sulla appropriatezza specifica di queste prestazioni;

RILEVATO che la citata DGR n. VIII/5875 del 21.11.2007 riduce a €36,00 “*l’importo massimo di partecipazione alla spesa per ricetta, che può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della stessa branca specialistica, quale partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) per l’assistenza*”

specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio di cui al D.M. Sanità 22 luglio 1996 e successive modifiche”;

RITENUTO di considerare, relativamente alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio, l'effetto della riduzione della franchigia di partecipazione alla spesa per ricetta da 46 a 36 euro:

- stimando, per ogni struttura che eroga prestazioni di specialistica ambulatoriale, sulla base delle attività rendicontate con il debito informativo per il 1° quadrimestre 2008, la quota annuale di minore partecipazione alla spesa rispetto alle regole in vigore fino al 30 novembre 2007;
- prevedendo che tali quote:
 - saranno vincolanti per le ASL in sede di consuntivazione 2008 e verranno indicate con un decreto della D.G. Sanità entro la fine del mese di luglio c.a.
 - rappresentano, per il 2008, l'incremento massimo di risorse, per ciascun soggetto erogatore, rispetto a quelle già negoziate e comunque in misura non superiore all'effettiva valorizzazione prodotta al di sopra della soglia del 106%;
 - verranno assegnate solo ai soggetti erogatori che effettueranno produzione al di sopra del 106%;

RICHIAMATE:

- la DGR n. VII/15324 del 28.11.2003 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2004”*, in particolare l'Allegato 7 *“Tariffe di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di ricovero e cura”* ;
- la Circolare n. 43/SAN *“Adeguamento dei tracciati record validi per l'anno 2004 per i flussi informativi delle prestazioni di ricovero, delle endoprotesi e delle prestazioni ambulatoriali, e chiusura dei flussi per l'anno contabile 2003”*, in particolare nella parte in cui prevede la classificazione delle endoprotesi aortiche ed iliache;

RITENUTO opportuno, a seguito di un confronto con i rappresentanti del collegio dei primari di chirurgia vascolare e rappresentanti della società italiana di chirurgia vascolare ed endovascolare, rivedere la classificazione delle endoprotesi aortiche ed iliache indicata nella citata Circolare n. 43/SAN, come previsto nell'**Allegato B** parte integrante del presente atto, al fine di ottenere un flusso informativo maggiormente descrittivo della reale complessità degli interventi effettuati e del loro costo;

RICHIAMATA la DGR n. VIII/5743 del 31.10.2007 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008 (di concerto con l'Assessore Abelli)”*, ed in particolare:

- l'allegato 2 che prevede che *“A decorrere dall'anno 2008, in applicazione del D.L. n. 159/2007, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera non può superare il 14,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, comprensivo delle risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie”*;
- l'allegato 5 *“Farmaceutica e protesica”*, che definisce le regole per il 2008 in materia di assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera ed prevede: *“Il contenuto del presente allegato dovrà tenere conto, se necessario con ulteriore provvedimento della Giunta*

regionale, delle eventuali modifiche apportate al D.L. n. 159/2007 sopraccitato in sede di conversione in legge”;

RICHIAMATA inoltre la circolare prot. n. H1.2007.48662 del 16 novembre 2007 “*Indicazioni relative all’applicazione della d.g.r. 31.10.2007 n. VIII/5743 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2008 - (di concerto con l’Assessore Abelli)”* che, con riferimento all’allegato 2 alla citata deliberazione ed, in particolare, all’area di prestazione della farmaceutica territoriale, ha precisato: “*Le ASL sono direttamente coinvolte nella responsabilità del rispetto a livello regionale del tetto definito nella normativa vigente (compreso il DL. n. 159/2007 in fase di conversione) che prevede l’incidenza della spesa farmaceutica territoriale sulla spesa regionale”;*

VISTA la Legge n. 222 del 29 novembre 2007 “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l’equità sociale*”, ed in particolare l’articolo 5, “*Misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico*”, che prevede: “*A decorrere dall’anno 2008 l’onere a carico del SSN per l’assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe «A» ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non può superare a livello nazionale ed in ogni singola regione il tetto del 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie”;*

RITENUTO, in conformità a quanto previsto dalla citata Legge n. 222/2007, di ridefinire il tetto per l’assistenza farmaceutica territoriale al 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato;

RITENUTO inoltre:

- di confermare l’incremento massimo per il 2008, rispetto al 2007, per la spesa farmaceutica convenzionata per i lombardi al 3%, calcolato sulla base dei dati finali di chiusura dei bilanci a consuntivo 2007, validati a livello regionale;
- di dare mandato alla D.G. Sanità di aggiornare conseguentemente, mediante la modifica della quota capitaria, l’obiettivo 2008 per la spesa farmaceutica territoriale di ogni singola ASL, confermando che l’eventuale risparmio rispetto all’obiettivo originariamente previsto nei decreti di assegnazione sia reso disponibile per le necessità complessive del sistema;

CONSIDERATO che l’Allegato 2 alla citata DGR n. VIII/5743 del 31.10.2007 ha, tra l’altro, previsto per l’esercizio 2008 una voce specifica per funzioni non tariffate per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa;

RITENUTO di definire, come da **Allegato C**, parte integrante del presente atto, i criteri che saranno utilizzati per calcolare le funzioni innanzi citate quando, nel corso del 2009, saranno disponibili le schede di dimissione ospedaliera relative all’intero esercizio 2008, contenenti i dati indispensabili per effettuare i calcoli;

DATO ATTO che le integrazioni e/o le modifiche di cui al presente atto non modificano l’equilibrio economico – finanziario del SSR per l’esercizio 2008 definito con la d.g.r. VIII/5743 del 2007 e che la copertura finanziaria è garantita dalle risorse disponibili ai cap. 5.1.0.2.256.5471 e 5.1.0.2.256.5470 del bilancio per l’esercizio 2008;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito internet della Direzione Generale Sanità;

VISTI i seguenti documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria:

- Piano Regionale di Sviluppo e Documento di Programmazione Economico - Finanziaria Regionale 2006-2008 approvati dal Consiglio Regionale in data 26 ottobre 2005;
- Risoluzione concernente il Documento di Programmazione Economico - Finanziaria Regionale 2007 – 2009 approvata con DCR n. VIII/188 del 26 luglio 2006;
- Piano Socio Sanitario Regionale approvato con DCR n. VIII/257 del 26 ottobre 2006;

VISTE

- la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 recante “*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la legge 24 dicembre 2007, n. 244 “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)*”;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1) Di approvare il documento, **Allegato A** parte integrante del presente atto, che, con riferimento ai DRG 146, 148, 154, 191, 193, precisa:

- le diagnosi che si possono considerare complicanti;
- a quali condizioni è corretto codificare le predette diagnosi sulla SDO al momento della dimissione dei pazienti.

2) Di precisare che i criteri contenuti nel documento, Allegato A parte integrante del presente atto, sono vincolanti per tutte le Strutture, con riferimento ai pazienti dimessi a decorrere dal 1 luglio 2008.

3) Di stabilire che, in considerazione delle maggiori garanzie di appropriatezza di codifica contenute nell’Allegato A parte integrante del presente atto, del contenuto prevalentemente oncologico dei predetti DRG 146, 148, 154, 191, 193, della conseguente complessità sia degli interventi effettuati che della gestione clinico assistenziale dei pazienti nelle fasi pre e post intervento e della significativa durata della degenza, le tariffe degli stessi siano aggiornate, con riferimento ai pazienti dimessi a decorrere dal 1 luglio 2008, come segue:

DRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	TarDHC	TarDHM	TARRIA	VALSOR	TARSOR	TARDHR
146	9974,00	4266,82	22	181,65	10	5689,10	4266,82	0,00	167	20	99	125
148	12912,00	3478,23	24	256,38	9	4637,64	3478,23	0,00	167	20	99	125
154	13124,00	3570,09	26	331,11	9	4760,12	3570,09	0,00	167	20	99	125
191	17878,00	4561,09	27	328,00	9	6081,46	4561,09	0,00	167	20	99	125
193	10374,00	3990,46	30	232,51	13	5320,62	3990,46	0,00	167	20	99	125

4) Di prevedere, come precisato nel successivo punto 5):

- di migliorare la descrizione delle procedure di sostituzione valvolare per via percutanea, modificandone la codifica, precisando che la diversa codifica individuata non modifica l'attribuzione del DRG e non comporta un incremento di costi;
- di individuare una codifica anche per l'intervento di sostituzione per via transapicale della valvola cardiaca aortica.

5) Di stabilire:

- che la codifica dell'intervento di sostituzione per via percutanea / transapicale delle valvole cardiache aortica o polmonare preveda come diagnosi principale quella che descrive la patologia valvolare e come procedura la valvuloplastica percutanea (Cod. 3596);
- che per ognuna di queste protesi impiantate per via percutanea debba essere prodotto e trasmesso con le modalità oggi vigenti per il flusso endoprotesi un record indicando nel campo tipo protesi/componente il codice 11A (valvola aortica impiantata per via percutanea/transapicale) o il codice 11B (valvola polmonare impiantata per via percutanea) ed avendo, in considerazione della novità della rilevazione per questo tipo di endoprotesi, la massima cura nella compilazione di tutti gli altri campi previsti;
- che il rimborso complessivo (DRG + protesi) di questi episodi di ricovero non debba superare il costo del DRG 104 incrementato del 20% e che quindi la percentuale di rimborso per il costo della valvola sia definita con decreto della D.G. Sanità nel corso del 2008, considerando sia questo vincolo sia i dati di costo che saranno trasmessi in corso d'anno dalle strutture.

6) Di stabilire che, in fase prima applicazione ed in attesa di definire eventuali ulteriori indicazioni sulle corrette modalità clinico organizzative di erogazione delle prestazioni di cui al punto 5), si debba prevedere che:

- a. le menzionate procedure di sostituzione valvolare aortica o polmonare per via percutanea/transapicale debbano essere effettuate in una sala operatoria ibrida o con uno stand by chirurgico presso strutture che abbiano accreditata ed operante una unità operativa di cardiocirurgia, ciò al fine di garantire le necessarie multidisciplinarietà e sicurezza per i pazienti;
- b. la sostituzione percutanea/transapicale della valvola aortica sia effettuata per trattare pazienti anziani e/o con gravi comorbilità associate e con un rischio operatorio grave (euroscore > 10);
- c. la sostituzione percutanea della valvola polmonare sia effettuata per trattare pazienti precedentemente già sottoposti a sostituzione della valvola polmonare e/o con un rischio operatorio grave (euroscore > 10);
- d. tutte le strutture che intenderanno effettuare queste procedure dovranno darne preventiva comunicazione alla DG Sanità e dovranno accettare per questa casistica una revisione tra pari sulla appropriatezza specifica di queste prestazioni.

7) Di considerare, relativamente alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio, l'effetto della riduzione della franchigia di partecipazione alla spesa per ricetta da 46 a 36 euro:

- stimando, per ogni struttura che eroga prestazioni di specialistica ambulatoriale, sulla base delle attività rendicontate con il debito informativo per il 1° quadrimestre 2008, la quota annuale di minore partecipazione alla spesa rispetto alle regole in vigore fino al 30 novembre 2007;
- prevedendo che tali quote:
 - saranno vincolanti per le ASL in sede di consuntivazione 2008 e verranno indicate con un decreto della DG Sanità entro la fine del mese di luglio c.a.

- rappresentano, per il 2008, l'incremento massimo di risorse, per ciascun soggetto erogatore, rispetto a quelle già negoziate e comunque in misura non superiore all'effettiva valorizzazione prodotta al di sopra della soglia del 106%;
- verranno assegnate solo ai soggetti erogatori che effettueranno produzione al di sopra del 106%.

8) Di rivedere la classificazione delle endoprotesi aortiche ed iliache indicata nella citata Circolare n. 43/SAN, come previsto nell'**Allegato B** parte integrante del presente atto, al fine di ottenere un flusso informativo maggiormente descrittivo della reale complessità degli interventi effettuati e del loro costo.

9) Di ridefinire il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale al 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, in conformità a quanto previsto dalla Legge n. 222/2007.

10) Di confermare l'incremento massimo per il 2008, rispetto al 2007, per la spesa farmaceutica convenzionata per i lombardi al 3%, calcolato sulla base dei dati finali di chiusura dei bilanci a consuntivo 2007, validati a livello regionale.

11) Di dare mandato alla D.G. Sanità di aggiornare, mediante la modifica della quota capitaria, l'obiettivo 2008 per la spesa farmaceutica territoriale di ogni singola ASL, confermando che l'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo originariamente previsto nei decreti di assegnazione sia reso disponibile per le necessità complessive del sistema.

12) Di definire, come da **Allegato C**, parte integrante del presente atto, i criteri che saranno utilizzati per calcolare le funzioni non tariffate per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa quando, nel corso del 2009, saranno disponibili le schede di dimissione ospedaliera relative all'intero esercizio 2008, contenenti i dati indispensabili per effettuare i calcoli.

13) Di dare atto che le integrazioni e/o le modifiche di cui al presente atto non modificano l'equilibrio economico – finanziario del SSR per l'esercizio 2008 definito con la d.g.r. VIII/5743 del 2007 e che la copertura finanziaria è garantita dalle risorse disponibili ai cap. 5.1.0.2.256.5471 e 5.1.0.2.256.5470 del bilancio per l'esercizio 2008.

14) Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito internet della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO

Allegato A alla DGR n° del

DRG 146/148

ICD	DESCRIZIONE COMPLICANZA	VALUTAZIONE
1962	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intraaddominali	NON COMPLICA
1977	Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se res. Epatica
5672	Altra peritonite suppurativa	COMPLICA
5609	Occlusione intestinale non specificata	COMPLICA
56983	Perforazione dell'intestino	COMPLICA
56089	Anemia postemorragica acuta	COMPLICA se trasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
2851	Altra occlusione specificata dell'intestino	COMPLICA
1976	Tumori maligni secondari di retroperitoneo e peritoneo	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
2800	Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica)	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, BPCO, emotrasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni), prolungamento degenza. etc
99859	Altra infezione postoperatoria	COMPLICA – documentare in CC
9974	Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove	COMPLICA se ben documentato in CC (p.e. ritardo nella ripresa della canalizzazione)
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	COMPLICA – sempre associata a terapia intensiva
42731	Fibrillazione atriale	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a TAO
57410	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo

		operatorio
5570	Insufficienza vascolare acuta dell'intestino	COMPLICA
5679	Peritonite non specificata	COMPLICA
56081	Aderenze intestinali o peritoneali con occlusione (postoperatorio) (postinfettivo)	COMPLICA
99811	Emorragia complicante un intervento	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni o prolungamento degenza
9986	Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove	COMPLICA se causata dall'intervento attuale
5678	Altra peritonite specificata	COMPLICA
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, rianimazione, FKT post-op, dimostrati numerosi accertamenti pre-op
1974	Tumori maligni secondari dell'intestino tenue, incluso il duodeno	COMPLICA se resezione intestinale associata
1966	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intrapelvici	NON COMPLICA COMPLICA se linfadenectomia che prolunga il tempo operatorio
78559	Altro shock senza menzione di trauma	COMPLICA
5961	Fistola intestino-vescicale	COMPLICA

DRG 154 (Int. esofago, stomaco e duodeno, età >17 con CC)

ICD	DESCRIZIONE COMPLICANZA	VALUTAZIONE
1962	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intraaddominali	COMPLICA (ad eccezione che per l'esofago)
5672	Altra peritonite suppurativa	COMPLICA
2851	Anemia postemorragica acuta	COMPLICA se trasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
1977	Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se res. Epatica
1976	Tumori maligni secondari di retroperitoneo e peritoneo	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	COMPLICA – sempre associata a terapia intensiva
2800	Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica)	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, BPCO, emotrasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni), prolungamento degenza. etc
5678	Altra peritonite specificata	COMPLICA
1961	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intratoracici	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
57410	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, rianimazione, FKT

		post-op, dimostrati numerosi accertamenti pre-op
42731	Fibrillazione atriale	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a TAO
5679	Peritonite non specificata	COMPLICA
5715	Cirrosi epatica senza menzione di alcol	COMPLICA
9986	Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove	COMPLICA se causata dall'intervento attuale
9974	Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove	COMPLICA se ben documentato in CC (p.e. ritardo nella ripresa della canalizzazione)
78559	Altro shock senza menzione di trauma	COMPLICA
99811	Emorragia complicante un intervento	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni o prolungamento degenza
1978	Tumori maligni secondari di altri organi digestivi e milza	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
99859	Altra infezione postoperatoria	COMPLICA
5119	Versamento pleurico non specificato	COMPLICA se drenaggio toracico, prolungamento degenza
5609	Occlusione intestinale non specificata	COMPLICA
51881	Insufficienza respiratoria acuta	COMPLICA
53110	Ulcera gastrica acuta con perforazione, senza menzione di ostruzione	COMPLICA
1975	Tumori maligni secondari di colon e retto	COMPLICA se intervento associato
5712	Cirrosi epatica alcolica	COMPLICA
56089	Altra occlusione specificata dell'intestino	COMPLICA
5374	Fistola dello stomaco e del duodeno	COMPLICA
1974	Tumori maligni secondari dell'intestino tenue, incluso il duodeno	COMPLICA se intervento associato
5373	Altra ostruzione del duodeno	COMPLICA se intervento associato
5121	Pneumotorace iatrogeno	COMPLICA se drenaggio toracico, prolungamento degenza
1570	Tumori maligni della testa del pancreas	COMPLICA se intervento associato
585	Insufficienza renale cronica	NON COMPLICA
1969	Tumori maligni secondari e non specificati, sede non specificata	COMPLICA se intervento associato

5789	Emorragia del tratto gastrointestinale, non specificata	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni o prolungamento degenza
53210	Ulcera duodenale acuta con perforazione, senza menzione di ostruzione	COMPLICA
2769	Disordini dei liquidi e degli elettroliti non classificati altrove	NON COMPLICA
57400	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo op.
56081	Aderenze intestinali o peritoneali con occlusione (postoperatorio) (postinfett..)	COMPLICA
486	Polmonite, agente non specificato	COMPLICA
485	Broncopolmonite, non specificata	COMPLICA

DRG 191 (Int. su pancreas, fegato e di shunt con CC)

ICD	DESCRIZIONE COMPLICANZA	VALUTAZIONE
5715	Cirrosi epatica senza menzione di alcol	COMPLICA
1962	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intraaddominali	COMPLICA
2851	Anemia postemorragica acuta	COMPLICA se trasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
9986	Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove	COMPLICA se causata dall'intervento attuale
5712	Cirrosi epatica alcolica	COMPLICA
1977	Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se res. Epatica
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	COMPLICA – sempre associata a terapia intensiva
57410	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
1976	Tumori maligni secondari di retroperitoneo e peritoneo	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
99811	Emorragia complicante un intervento	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
5764	Fistola del dotto biliare	COMPLICA
7895	Ascite	COMPLICA se prolungamento degenza
07054	Epatite C cronica senza menzione di coma epatico	COMPLICA

99859	Altra infezione postoperatoria	COMPLICA
5119	Versamento pleurico non specificato	COMPLICA se drenaggio toracico, prolungamento degenza
2800	Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica)	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, BPCO, emotrasfusioni, prolungamento degenza. etc
9974	Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove	COMPLICA se ben documentato in CC (p.e. ritardo nella ripresa della canalizzazione)
5770	Pancreatite acuta	COMPLICA
42731	Fibrillazione atriale	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a TAO
5761	Colangite	COMPLICA se ben documentato quadro settico
56881	Emoperitoneo (non traumatico)	COMPLICA
5678	Altra peritonite specificata	COMPLICA
5672	Altra peritonite suppurativa	COMPLICA
25001	Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non def....	NON COMPLICA
1970	Tumori maligni secondari del polmone	COMPLICA se intervento associato
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menz.....	COMPLICA
5720	Ascesso del fegato	COMPLICA
5772	Cisti e pseudocisti del pancreas	COMPLICA solo se intervento associato
9973	Complicanze respiratorie, non classificate altrove	COMPLICA
51881	Insufficienza respiratoria acuta	COMPLICA
9982	Puntura o lacerazione accidentale durante un intervento, non classificate altrove	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
1975	Tumori maligni secondari di colon e retto	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
1974	Tumori maligni secondari dell'intestino tenue, incluso il duodeno	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
1540	Tumori maligni della giunzione rettosigmoidea	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, rianimazione, FKT

		post-op, dimostrati numerosi accertamenti pre-op
19889	Tumori maligni secondari di altre sedi specificate	COMPLICA solo se intervento associato
78559	Altro shock senza menzione di trauma	COMPLICA
585	Insufficienza renale cronica	NON COMPLICA
57400	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
452	Trombosi della vena porta	COMPLICA solo se manovre invasive o prolungamento degenza
1890	Tumori maligni del rene, eccetto la pelvi	COMPLICA solo se intervento associato
25002	Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o no.....	NON COMPLICA
99812	Ematoma complicante un intervento	COMPLICA solo se chirurgia o prolungamento degenza
2513	Ipoinsulinemia post-chirurgica	NON COMPLICA
1541	Tumori maligni del retto	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
03842	Setticemia da Escherichia coli (E. coli)	COMPLICA (Setticemia)
57451	Calcolosi del dotto biliare senza menzione di colecistite, con ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
57512	Colecistite acuta e cronica	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
5849	Insufficienza renale acuta, non specificata	COMPLICA
5755	Fistola della colecisti	COMPLICA

DRG 193 (Int. su vie biliari escl. colecistectomia con CC)

ICD	DESCRIZIONE COMPLICANZA	VALUTAZIONE
5761	Colangite	COMPLICA se ben documentato quadro settico
1977	Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici	COMPLICA
1962	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intraaddominali	COMPLICA
42731	Fibrillazione atriale	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a TAO
5770	Pancreatite acuta	COMPLICA
1976	Tumori maligni secondari di retroperitoneo e peritoneo	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
5678	Altra peritonite specificata	COMPLICA
1570	Tumori maligni della testa del pancreas	COMPLICA solo se intervento associato
5764	Fistola del dotto biliare	COMPLICA
57450	Calcolosi del dotto biliare senza menzione di colecistite, senza menzione di ost	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
99859	Altra infezione postoperatoria	COMPLICA
5715	Cirrosi epatica senza menzione di alcol	COMPLICA
V427	Fegato sostituito da trapianto	COMPLICA
9986	Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove	COMPLICA se causata dall'intervento attuale

5373	Altra ostruzione del duodeno	COMPLICA se reintervento o prolungamento degenza
2851	Anemia postemorragica acuta	COMPLICA se trasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
1551	Tumori maligni dei dotti biliari intraepatici	COMPLICA
57451	Calcolosi del dotto biliare senza menzione di colecistite, con ostruzione	COMPLICA solo se intervento associato
99811	Emorragia complicante un intervento	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
5755	Fistola della colecisti	COMPLICA
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	COMPLICA – sempre associata a terapia intensiva
25002	Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o no....	NON COMPLICA
5763	Perforazione del dotto biliare	COMPLICA
585	Insufficienza renale cronica	NON COMPLICA
1579	Tumori maligni del pancreas, parte non specificata	COMPLICA solo se intervento associato
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, rianimazione, FKT post-op, dimostrati numerosi accertamenti pre-op
1974	Tumori maligni secondari dell'intestino tenue, incluso il duodeno	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
99682	Complicazioni di trapianto di fegato	COMPLICA
57441	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite, con ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
1550	Tumori maligni primitivi del fegato	COMPLICA se resezione associata
57410	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
57400	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo

		operatorio
51881	Insufficienza respiratoria acuta	COMPLICA
5119	Versamento pleurico non specificato	COMPLICA se drenaggio toracico, prolungamento degenza
2800	Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica)	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, BPCO, emotrasfusioni, prolungamento degenza. etc
07054	Epatite C cronica senza menzione di coma epatico	COMPLICA
1519	Tumori maligni dello stomaco, non specificato	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
78559	Altro shock senza menzione di trauma	COMPLICA
5849	Insufficienza renale acuta, non specificata	COMPLICA
5753	Idrope della colecisti	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
570	Necrosi acuta e subacuta del fegato	COMPLICA
1970	Tumori maligni secondari del polmone	COMPLICA solo se intervento associato
2761	Ipoosmolarità e/o iponatriemia	NON COMPLICA
03849	Altre setticemie da microrganismi gram-negativi	COMPLICA
57461	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare, con colecistite acuta, con ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
25001	Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definit....	NON COMPLICA

Allegato B alla DGR n°del

Le attuali codifiche delle endoprotesi aortiche ed iliache:

- “08” Endoprotesi biforcata dell’aorta addominale sottorenale
- “09” Endoprotesi retta dell’aorta toracica
- “10” Endoprotesi retta dell’arteria iliaca

sono ridefinite come segue:

- “12” Endoprotesi vascolare retta: elemento base compresa un’eventuale estensione
- “13” Endoprotesi biforcata standard
- “14” Endoprotesi vascolare retta: estensione aortica solo se in aggiunta alla prima estensione già ricompresa nell’elemento base
- “15” Endoprotesi vascolare retta: estensione iliaca per biforcata controlaterale
- “16” Endoprotesi vascolare retta: estensione iliaca per biforcata ipsilaterale.

Questa ridefinizione di codifica ha anche il duplice scopo di allineare la classificazione di tali dispositivi alle categorie individuate dal DM 11 ottobre 2007 e di restringere la variabilità dei prezzi segnalati all’interno di ciascuna categoria.

Tali nuove codifiche entrano in vigore per le segnalazioni riferite a pazienti dimessi successivamente al 30/6/2008. A partire dalla medesima data le precedenti codifiche non devono più essere utilizzate.

Si rammenta che la rilevazione di tali dispositivi non contempla le protesi vascolari, i patch vascolari ed eventuali cuffie o stent aggiuntivi riferiti allo stesso intervento e tutto quanto non di pertinenza dei distretti vascolari aortico o iliaco.

La casistica trattata con questi presidi avrà un’integrazione tariffaria pari al 25% del valore medio delle endoprotesi impiantate nel 2° semestre del 2008 e rendicontate attraverso la citata rilevazione.

Per favorire il massimo allineamento sulla terminologia sopra elencata se ne fornisce di seguito la definizione:

- **Endoprotesi Vascolare** (sono quelle per cui è prevista la rilevazione ed il finanziamento aggiuntivo):
Sono dispositivi sterili, utilizzati nel corso di interventi di chirurgia vascolare per la riparazione di segmenti di vasi. Vengono posizionate all’interno del vaso e sono dotate di uno stent. Presentano forma retta o biforcata e sono disponibili in diverse misure, per permettere il trattamento di vasi di diversa lunghezza e di diverso diametro. I dispositivi descritti sono monouso.
- **Protesi Vascolare:**
Sono dispositivi sterili, utilizzati per sostituire una porzione di vaso sanguigno colpito da patologia (in genere stenosi o aneurisma), hanno forma tubolare retta o multiforcata e sono disponibili in varie lunghezze e diametri, per l’utilizzo su distretti anatomici diversi. I dispositivi descritti sono monouso.
- **Patch Vascolare:**
Sono dispositivi sterili, utilizzati per la riparazione o il rinforzo di segmenti parietali dei vasi caratterizzati da particolare fragilità o incisi durante interventi chirurgici.

Allegato C alla DGR n° del

Per ogni DRG relativo a pazienti residenti in Regione Lombardia trattati in degenza ordinaria e dimessi da reparti per acuti differenti dai seguenti:

06 CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
11 CHIRURGIA PEDIATRICA
46 GRANDI USTIONI PEDIATRICHE
76 NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
31 NIDO
65 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
62 PATOLOGIA NEONATALE
39 PEDIATRIA
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
78 UROLOGIA PEDIATRICA

viene calcolata la percentuale relativa ai dimessi con età maggiore di 75 anni. Si ottiene in questo modo un livello medio atteso regionale di pazienti ultra settantacinquenni per ogni DRG.

Con lo stesso criterio di estrazione dei dati viene calcolata per ogni ospedale la percentuale relativa ai dimessi con età maggiore di 75 anni.

Si può quindi calcolare, per ogni presidio ospedaliero, il rapporto dimessi osservati con età > 75 anni / dimessi attesi con età > 75 anni.

Vengono calcolati, dividendo il numero delle giornate di degenza, calcolate sempre con lo stesso criterio di estrazione, per 365, il numero reale di posti letto utilizzati complessivamente in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate.

Vengono calcolati, dividendo il numero delle giornate di degenza, calcolate sempre con lo stesso criterio di estrazione, per 365, il numero reale di posti letto utilizzati in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate per pazienti con età superiore ai 75 anni.

Si può quindi calcolare per ogni presidio il rapporto tra i posti letto utilizzati in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate per pazienti con età superiore ai 75 anni ed i posti letto utilizzati complessivamente in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate.

Viene stabilito, utilizzando sempre lo stesso criterio di estrazione, il bacino di utenza di ogni presidio ospedaliero andando a stabilire quali comuni saturano almeno l'80% delle degenze. Così facendo si è in grado di stabilire la densità abitativa del bacino di utenza di ogni presidio ospedaliero.

Viene quindi calcolato, per ogni presidio ospedaliero, il rango percentile per gli indicatori:

1. rapporto dimessi osservati con età > 75 anni / dimessi attesi con età > 75 anni
2. rapporto tra i posti letto utilizzati in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate per pazienti con età superiore ai 75 anni ed i posti letto utilizzati complessivamente in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate
3. densità abitativa del bacino di utenza di ogni presidio ospedaliero.

Per i presidi ospedalieri per i quali il rapporto dimessi osservati con età > 75 anni / dimessi attesi con età > 75 anni è almeno uguale a 0,92 viene effettuata la somma dei valori del rango percentile per i 3 indicatori sovraesposti e la stessa è ponderata moltiplicandola per il numero reale di posti letto utilizzati complessivamente in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate.

Viene infine, sulla base del punteggio ottenuto con il calcolo di cui al punto precedente, stabilito per ogni presidio il punteggio finale sempre rappresentato in termini di rango percentile.

Le strutture che hanno un punteggio di almeno 80° rango percentile e che hanno almeno 70 posti letto utilizzati in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate per pazienti con età superiore ai 75 anni ed i posti letto utilizzati complessivamente in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate concorrono alla assegnazione della funzione che viene attribuita in proporzione ai posti letto utilizzati in degenza ordinaria nelle unità operative selezionate per pazienti con età superiore ai 75 anni.