



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI




26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

verso un
NUOVO
SISTEMA
SANITARIO

EQUO - SOLIDALE - SOSTENIBILE

PROGRAMMA

AREZZO FIERE E CONGRESSI
Via L. Spallanzani 23, Arezzo

26 NOVEMBRE | Sala **LEONARDO**

🕒 9:30 - 11:30 | **COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGHI: TRA CLINICA E POLITICA**

A cura di  Collegio Italiano dei Chirurghi

Coordina	Michele De Angelis	Esperto
Saluti Istituzionali	Maurizio Brausi	Presidente CIC
La formazione del chirurgo in Italia: Luci ed Ombre	Massimo Carlini	Presidente SIC
Discussant	Alessandro Giardino	Past President SICOP, Consigliere CIC
La razionalizzazione delle risorse in Chirurgia: gestione e costi delle nuove tecnologie	Michele Tringali	Responsabile UOS HTA ASL di Pavia
Discussant	Giovanni Scambia	Vicpresidente CIC
Politica Sanitaria Regionale: peculiarità e differenza. La migrazione Sanitaria	Diego Foschi	Istituto Alta Specializzazione – San Gaudenzio Novara, Past President CIC
Discussant	On. Carmelo Massimo Misiti	Consigliere SICOP, Consigliere CIC
Riclassificazione dei DRG e prestazioni Sanitarie: un Must Age.Na.S.	Paola Frati	Delegata per gli affari istituzionali SIMLA, Coordinatrice della Sezione Medicina Legale Sapienza Università di Roma
Discussant	Filippo La Torre	Collegio dei Garanti CIC
Emergenza/Urgenza un grave problema irrisolto	Andrea Mingoli	Presidente SICUT
Discussant	Marco Piemonte	Presidente Collegio Garanti CIC
La chirurgia da remoto	Davide Patrini	Lenovo
Conclusioni	Maurizio Brausi	Presidente CIC



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19



Collegio Italiano
dei Chirurghi

Riclassificazione dei DRG e prestazioni Sanitarie: un Must Age.Na.S

Massimo Misiti (Cosenza)



www.forumriskmanagement.it

Grazie per l'attenzione



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

18

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

La sfida della
SANITÀ PUBBLICA

Cambiamento • Sostenibilità • Prossimità

ISCRIVITI ONLINE



**Collegio Italiano
dei Chirurghi**

DRG: SONO CAMBIATI?

ON. MASSIMO MISITI



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

Cosa è cambiato

NIENTE!!!!

Il sistema dei DRG (*Diagnosis Related Groups*), è stato elaborato negli Stati Uniti negli anni '70 ed introdotto operativamente dal 1983 con l'obiettivo di comprendere la causa della continua crescita dei costi per l'assistenza sanitaria attraverso la descrizione di tutti i pazienti ospedalizzati in termini di diagnosi, procedure eseguite, degenza e costi sostenuti.

In seguito sono stati individuati dei singoli DRG, definibili “categorie di ricoveri omogenei per quantità di risorse assorbite nel processo assistenziale”, cioè malattie simili trattate in reparti ospedalieri simili che comportano all'incirca lo stesso consumo di risorse umane e materiali .

L'Italia con il D.M. del 14 dicembre 1994 ha introdotto il rimborso forfettario dell'azienda sanitaria in base a calcoli effettuati su coefficienti indicati da apposite tabelle (sistema DRG) per cui l'azienda ospedaliera e, per certi versi, **ciascuna unità operativa, è diventata un'azienda.**

Il sistema DRG adottato in Italia (DRG versione 24) prevede 579 classi di ricoveri omogenei raggruppati in 25 Categorie Diagnostiche Principali (*MDC, Major Diagnostic Categories*) che accorpano tutte le diagnosi attribuibili ad un singolo sistema organico o ad un'eziologia specifica.



- Il [DM 8 luglio 2010, n. 135](#), ha ulteriormente ampliato il contenuto informativo del flusso SDO, modificando inoltre la periodicità di invio dei dati, precedentemente semestrale e divenuta trimestrale per l'anno 2010 e mensile a partire dall'anno 2011.
- Oltre alle Linee guida del 1992, è stata prodotta la Circolare 23 ottobre 2008, approvata dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo, nella seduta del 9 luglio 2008, recante "[Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della SDO](#)"; successivamente, con l'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 è stato delineato un ulteriore aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della Scheda di Dimissione Ospedaliera.
- Il [decreto ministeriale del 7 dicembre 2016 n. 261](#) ha apportato numerose **modifiche al flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera**, ampliandone considerevolmente il contenuto informativo. Fra le principali novità, la possibilità di tracciare i trasferimenti interni del paziente fra le diverse unità operative (discipline e reparti), con data e ora di ammissione, trasferimento e dimissione, la possibilità di conoscere se una o più diagnosi erano già presenti al momento del ricovero, la possibilità di tracciare (nel rispetto della vigente normativa a tutela della privacy) l'equipe chirurgica che ha eseguito gli interventi, nonché numerose informazioni più prettamente cliniche.

La ricostruzione del legamento crociato diventa prestazione sanitaria ambulatoriale

All. 9 del DPGR 1084 del 6.12.2009 reg. Lombardia

nomeclatore_ospedaliera_2013_pw.xlsx [Sola lettura] Cerca nel foglio

Home Inserisci Layout di pagina Formule Dati Revisione Visualizza

Termini Margini Orientamento Dimensioni Area di stampa Interruzioni Sfondo Stampa Imposta titoli Larghezza: 1 pagina Griglia Titoli Altezza: 20 pagine Visualizza Visualizza Stampa Stampa

Office Update To keep up-to-date with security updates, fixes, and improvements, choose Check for Updates. Check for Updates

F4 Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti

Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria

Allegato 1

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI, per TIPO DI RICOVERO (EURO)

Descrizione DRG (14 ^a ver.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0 - 1 giorno, Valore Dragg	Caratteristiche Valore Dragg
	per ogni di ricovero	per giornata	per ogni di ricovero con un per giorno - almeno 2000 euro	per giornata
474.305.22 M Unitesi sotto a valvole a tutto spessore con ventilatore meccanico 2-8 ore senza inteso di cura	10.835	1.466	-	855
475.306.22 C Unitesi sotto a tutto spessore con inteso di cura e lesione da inalazione con CC e trachea sigilificativa	16.484	1.274	-	218
476.307.22 M Unitesi sotto a tutto spessore con inteso di cura e lesione da inalazione senza CC e trachea sigilificativa	8.421	1.531	1.488	828
477.308.22 M Unitesi sotto a tutto spessore senza inteso di cura o lesione da inalazione con CC e trachea sigilificativa	5.825	466	-	161
478.309.22 M Unitesi sotto a tutto spessore senza inteso di cura o lesione da inalazione senza CC e trachea sigilificativa	3.435	434	291	194
480.311.22 M Unitesi non sotto senza CC o trachea sigilificativa	4.228	512	351	165
481.312.22 C Impianto con trachea e paratrachea	2.311	257	218	146
482.313.22 C Impianto di paratrachea	67.228	-	-	470
483.314.22 C Impianto di defibrillatore cardiaco senza catetere cardiaco	16.573	9.945	9.948	222
484.315.22 C Impianti ad sistema cardio-circolatorio per via percutanea senza inteso di cura o lesione da inalazione senza DAA	3.962	2.163	2.586	167
485.316.22 C Impianti cardio-circolatorio con CC	12.751	3.800	-	298
486.317.22 M Alture e dispositivi di altro tipo senza tempo subdiagnostico senza CC	7.934	3.088	3.183	346
487.318.22 M Alture e dispositivi di altro tipo senza tempo subdiagnostico con CC	2.278	308	197	131
488.319.22 M Alture e dispositivi di altro tipo senza tempo subdiagnostico senza CC	2.862	217	171	115
489.320.22 M Alture e dispositivi di altro tipo senza tempo subdiagnostico senza CC	1.436	243	177	118
490.321.22 M Impianti cardio-circolatorio con diagnosi principale di emergenza	2.461	382	237	158
491.322.22 C Impianti di altro sistema di assistenza cardiaca	53.272	20.044	-	429
492.323.22 C Impianti cardio-circolatorio con diagnosi principale di emergenza	25.812	5.457	-	424
493.324.22 C Impianti di assistenza cardiaca con CC	11.891	2.368	-	217
494.325.22 C Impianti di assistenza cardiaca con CC	7.816	2.089	-	217
495.326.22 C Impianti di assistenza cardiaca con CC	14.434	4.388	2.782	179
496.327.22 C Impianti di assistenza cardiaca con CC	8.411	2.675	2.782	190
497.328.22 C Impianti cardio-circolatorio con CC	6.866	1.568	1.714	294
498.329.22 C Impianti cardio-circolatorio con CC	4.119	1.444	1.734	311
499.330.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco con trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	24.098	10.717	-	198
500.331.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	21.634	10.317	-	216
501.332.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	5.648	1.751	1.758	117
502.333.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	1.651	882	1.758	151
503.334.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	11.271	3.288	-	300
504.335.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	4.867	1.636	2.009	258
505.336.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	51.919	8.266	-	396
506.337.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	34.546	3.033	-	315
507.338.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	16.777	2.898	-	312
508.339.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	8.822	3.788	-	305
509.340.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	11.552	4.545	-	301
510.341.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	15.545	3.391	-	279
511.342.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	21.125	3.499	-	321
512.343.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	19.312	5.313	-	366
513.344.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	18.244	4.742	-	400
514.345.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	14.674	4.082	-	376
515.346.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	9.384	3.806	3.653	201
516.347.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	4.754	2.081	-	186
517.348.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	6.039	2.604	2.308	146
518.349.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	1.144	2.148	3.443	178
519.350.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	4.202	2.062	2.413	201
520.351.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	4.747	2.478	2.570	191
521.352.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	8.128	4.098	4.301	154
522.353.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	6.834	4.201	4.817	174
523.354.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	6.073	688	-	201
524.355.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	8.027	653	307	205
525.356.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	1.058	351	254	168
526.357.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	3.283	455	254	168
527.358.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	1.193	450	214	109
528.359.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	1.651	311	190	94
529.360.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	11.505	1.330	-	283
530.361.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	6.744	517	291	188
531.362.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	13.712	2.141	-	214
532.363.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	11.418	2.261	-	201
533.364.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	11.729	1.658	-	201
534.365.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	11.118	2.171	-	215
535.366.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	3.191	351	248	163
536.367.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	1.484	450	240	160
537.368.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	14.885	1.175	-	260
538.369.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	2.738	657	211	107
539.370.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	21.485	1.629	-	278
540.371.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	1.493	550	247	165
541.372.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	3.795	1.651	3.113	208
542.373.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	18.114	2.814	4.432	200
543.374.22 C Impianti di defibrillazione cardiaca con catetere cardiaco senza trachea intubata, tracheostomia, intubazione orotracheale e shock	3.163	1.931	2.119	180

Pronto

All.1 assist. ospedal. x Acuti All. 2 Riab. e Ldg Ospedaliera

Conteggio: 7

70%

DUBBI

DOMANDE

SSN

SSR

- ✓ Ministero
SALUTE
- ✓ AGENAS
- ✓ AIFA
- ✓ ISS
- ✓ MEF
- ✓ CSS
- ✓ REGIONI

Magistratura

Corte dei Conti



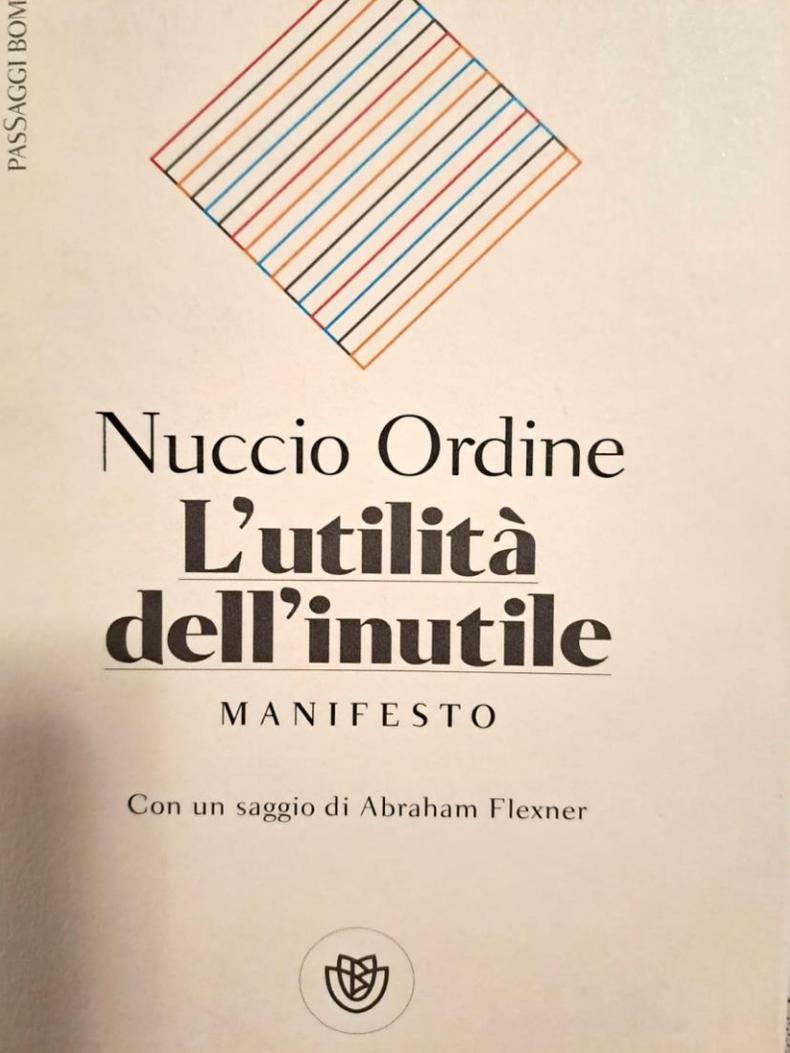
Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

Il sistema DRG **IN ITALIA** non è aggiornato dal 2013



Il messaggio chiave del libro "L'utilità dell'inutile" è che ciò che spesso consideriamo superfluo o inutile, come l'arte, la letteratura e la filosofia, è fondamentale per il nostro sviluppo umano e culturale. Ordine argomenta che queste forme di espressione, pur non avendo un'applicazione pratica immediata, arricchiscono le nostre vite, ci aiutano a comprendere meglio noi stessi e il mondo, e contribuiscono al benessere sociale.

In un'epoca in cui si enfatizzano l'efficienza e il profitto, c'è l'invito a riscoprire il valore dell'inutile, sottolineando come la bellezza, la creatività e la contemplazione siano essenziali per una vita piena e significativa.

La vera ricchezza dell'esistenza risiede nel riconoscere e valorizzare ciò che non può essere misurato in termini utilitaristici.

Il sistema dei DRG in Italia è utilizzato per classificare i ricoveri ospedalieri e determinare il rimborso che le strutture sanitarie ricevono in base alla diagnosi e ai trattamenti forniti.

Ogni DRG è associato a un *peso* (che riflette la complessità e la gravità del caso) e a un *costo* medio, che rappresenta la spesa per il trattamento di quel particolare caso. La remunerazione delle strutture sanitarie è quindi legata a questi pesi e ai costi, ma il sistema non è esente da problematiche.

I ritardi nella riclassificazione dei DRG

Uno degli aspetti critici del sistema dei DRG in Italia è il ritardo nell'aggiornamento e nella riclassificazione.

Questo fenomeno ha diverse cause:

a. Evoluzione lenta delle linee guida e dei protocolli

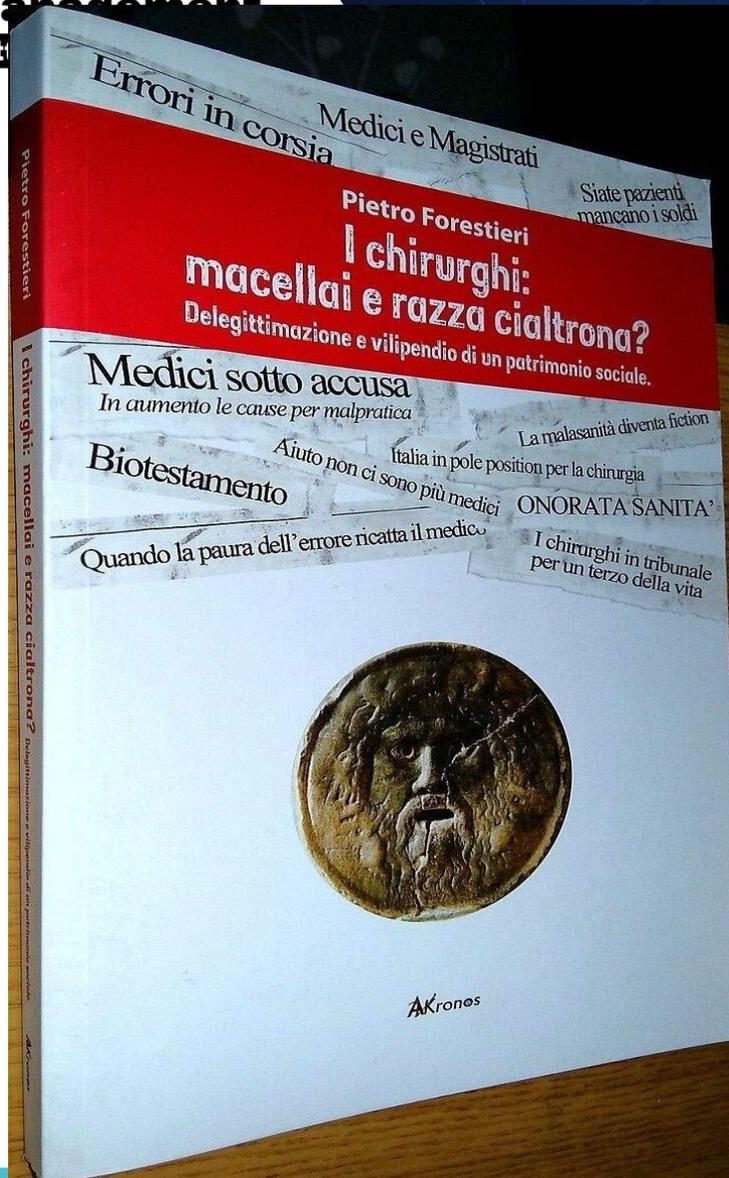
I DRG devono essere aggiornati periodicamente per riflettere i cambiamenti nella *pratica clinica*, nelle *tecnologie mediche* e nelle *malattie emergenti*. Tuttavia, questo processo di aggiornamento è spesso più lento rispetto all'evoluzione della medicina e della tecnologia. Le nuove patologie, come le malattie rare o le *malattie infettive* emergenti (ad esempio, il COVID-19), possono non essere adeguatamente incluse o correttamente rappresentate nei DRG, creando discrepanze tra i costi reali e quelli rimborsati.

b. Rigidità burocratica e regionale

La gestione dei DRG in Italia è spesso soggetta a *differenze regionali*, e le diverse regioni hanno tempi e modalità differenti nell'adattare i sistemi informatici e i processi amministrativi. Le *politiche regionali* e le *competenze sanitarie decentrate* contribuiscono ad una *variazione* delle pratiche di classificazione, che può portare a un ritardo nell'adozione di nuovi DRG.

c. Problemi nell'allineamento dei dati

L'*analisi dei dati* relativi ai DRG è fondamentale per identificare le aree in cui la classificazione deve essere aggiornata. Tuttavia, la qualità dei *dati clinici* raccolti dalle strutture sanitarie italiane può variare. Le *discrepanze nei sistemi informatici* e la mancanza di uniformità nei protocolli di raccolta dei dati possono ostacolare il monitoraggio e il miglioramento continuo della classificazione.



I chirurghi: macellai e razza cialtrona?

Delegittimazione e vilipendio di un patrimonio sociale. (2012)

I DRG e la necessità del coinvolgimento dei medici

I DRG sono il cuore del sistema di rimborso delle strutture sanitarie ospedaliere e sono strettamente legati al modo in cui vengono gestite le risorse pubbliche nella sanità. Tuttavia, un sistema di classificazione dei DRG che non è ben aggiornato o che non tiene conto della *complessità clinica* del paziente può avere effetti negativi tanto sulla qualità dell'assistenza quanto sulla sostenibilità economica del sistema sanitario.

i medici hanno un ruolo centrale in quanto:

1. *Valutatori clinici delle condizioni del paziente*: I medici sono i professionisti che determinano la diagnosi e la terapia del paziente, che sono poi tradotti in DRG. La loro esperienza e competenza sono fondamentali per *garantire che il DRG assegnato corrisponda effettivamente alla realtà clinica*, soprattutto nei casi complessi o con comorbidità.

2. *Testimoni diretti delle inefficienze*: I medici sono anche i primi a notare le *inefficienze* del sistema DRG, come ad esempio i casi in cui un DRG non riflette adeguatamente la gravità del trattamento o non copre completamente i costi di prestazioni specialistiche. Questo può comportare *perdite per le strutture sanitarie o compromissione della qualità delle cure*.

3. *Advocacy per il miglioramento del sistema*: I medici, attraverso le loro associazioni professionali e i loro rappresentanti politici, possono agire come intermediari per proporre modifiche al sistema di DRG, assicurandosi che i criteri di classificazione siano più in linea con le esigenze reali dei pazienti e che le strutture sanitarie ricevano una remunerazione adeguata.



NOTA	CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
		Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fahico)
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
HR	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
HR	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
HR	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)

DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	8	C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC

dopo essere stato sottoposto al parere delle Commissioni parlamentari competenti, è stato approvato il D.P.C.M 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017. I precedenti LEA erano stati definiti con D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

I ritardi nel riclassificare i DRG in Italia riflettono una serie di sfide legate all'evoluzione della medicina, alle differenze regionali e alla gestione dei dati. Per affrontare queste problematiche, è necessario un aggiornamento costante del sistema DRG, una maggiore *integrazione tecnologica* e un *rafforzamento del monitoraggio centrale*. Age.Na.S è fondamentale per orientare queste trasformazioni, garantendo che i DRG possano rispondere efficacemente alle *necessità del sistema sanitario* e ai *bisogni dei pazienti*, in modo da rendere la sanità italiana più efficiente, sostenibile e di qualità, ma anche per un miglioramento continuo della qualità delle cure.

La *riclassificazione dei DRG* è un processo fondamentale per garantire che il sistema sanitario italiano resti efficiente, sostenibile e in grado di offrire prestazioni di *alta qualità* ai pazienti. Age.Na.S gioca un ruolo cruciale in questo processo, monitorando e regolando le pratiche sanitarie per ottimizzare l'allocazione delle risorse e migliorare le prestazioni delle strutture sanitarie. L'aggiornamento e la gestione accurata dei DRG sono essenziali non solo per una remunerazione e Il sistema dei DRG (Diagnosis-Related Groups) in Italia è al centro di un dibattito che coinvolge sia gli aspetti *gestionali e economici* della sanità pubblica, sia la *qualità delle prestazioni sanitarie*. Sebbene i DRG siano stati introdotti per razionalizzare i costi ospedalieri e migliorare l'efficienza, in Italia si registrano *ritardi* nell'adozione di aggiornamenti e nelle risposte a nuove necessità, creando delle sfide per il sistema sanitario. Questi ritardi si manifestano sia nell' *evoluzione della classificazione* che nella *gestione delle risorse*, e sono influenzati da una serie di fattori.

(CIC Foschi-Misiti 2021)

Riclassificazione dei DRG

La «riclassificazione dei DRG» può essere necessaria per diversi motivi:

1. **Evoluzione della medicina:** Nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche, nonché la comparsa di nuove malattie, possono rendere necessaria una revisione dei DRG esistenti per garantire che riflettano adeguatamente le attuali pratiche cliniche.
2. **Adeguamento alle politiche sanitarie:** A volte, le riclassificazioni vengono fatte per allinearsi meglio con le politiche sanitarie regionali o nazionali, cercando di ottimizzare le risorse disponibili.
3. **Miglioramento dell'efficienza e della qualità:** La riclassificazione può aiutare a gestire meglio le risorse, incentivando il trattamento di malattie in modo più efficiente e appropriato, riducendo gli sprechi e migliorando i risultati clinici.

Le necessità per un sistema DRG più efficiente

necessità urgenti per migliorare l'efficacia del sistema.

Le principali necessità includono:

- a. Un *aggiornamento costante* dei DRG è fondamentale per garantire che i sistemi di remunerazione siano allineati con i **progressi medici**, le *innovazioni tecnologiche* e le *nuove patologie*. Questo richiede un **monitoraggio continuo** delle tendenze sanitarie e l'adattamento dei DRG alle nuove realtà cliniche, al fine di evitare il rischio di inefficienze e di pagamenti insufficienti.

- b. Semplificazione e uniformità nella gestione regionale

Il sistema sanitario italiano è molto **frammentato** a livello regionale. Ogni regione ha una propria organizzazione sanitaria e gestione dei DRG, il che può portare a **inefficienze** e **ineguaglianze** nei livelli di prestazione. La **standardizzazione** della classificazione dei DRG a livello nazionale, unita a un sistema di **monitoraggio centralizzato**, potrebbe migliorare l'efficacia del sistema, riducendo le disparità regionali.

c. Integrazione di nuove tecnologie

La *digitalizzazione* dei processi sanitari può giocare un ruolo cruciale nella riduzione dei ritardi. L'introduzione di *sistemi informatici integrati*, che permettano una *condivisione rapida e sicura dei dati* tra le strutture sanitarie e le autorità centrali, potrebbe rendere più agili i processi di aggiornamento e monitoraggio dei DRG.

d. Incentivare la qualità attraverso i DRG

Un sistema DRG non deve solo riflettere i costi, ma anche premiare la *qualità delle cure*. Ad esempio, i DRG potrebbero essere aggiornati per includere indicatori legati agli *outcome sanitari*, come la riduzione delle complicanze o la *riabilitazione post-ospedaliera*. In questo modo, il sistema di remunerazione non si concentrerebbe solo sulla quantità di prestazioni, ma anche sulla qualità del trattamento erogato.

e. Personalizzazione dei DRG per casi complessi

I DRG tradizionali, basati su diagnosi standardizzate, non sempre sono sufficienti per riflettere la complessità dei pazienti, in particolare quelli con *comorbidità multipli o trattamenti molto specializzati*.

Un'attenzione crescente è rivolta alla creazione di DRG *personalizzati* o “a misura di paziente”, che meglio rispecchiano le esigenze cliniche individuali, migliorando la sostenibilità economica e la qualità dell'assistenza.



S.I.A.

SOCIETÀ ITALIANA DI ARTROSCOPIA

**AUDIZIONE INFORMALE
12 COMMISSIONE - IGIENE E SANITÀ
SENATO DELLA REPUBBLICA
10 MARZO 2010**



S.I.A.

SOCIETÀ ITALIANA DI ARTROSCOPIA

**INCONTRO MINISTERO DELLA SALUTE
18 NOVEMBRE 2010**



S.I.A.
SOCIETÀ ITALIANA DI ARTROSCOPIA
 Sede Legale: Via Nicola Martelli,3 – 00197 Roma
 C.F. 92025830370

qualità della prestazione chirurgica ed impossibilità a risolvere casi particolarmente complessi.

In definitiva i rischi di un mancato riconoscimento, sostanziale ed economico, di una tecnica che ha rivoluzionato la Chirurgia Ortopedica comporta, a nostro avviso, il rischio di un complessivo scadimento delle prestazioni, con danno soprattutto per i pazienti.

VALUTAZIONE ECONOMICA DELLA CHIRURGIA ARTROSCOPICA

- Attualmente sottostimata nei rimborsi
- Valutazioni generiche, che non corrispondono alle singole procedure e non riconoscono le diverse complessità
- Assenza di numerose procedure comuni nel prontuario di valutazione
- Assenza di tutte le nuove tecniche, che necessitano di particolari devices o tecnologie, comprese le bio-tecnologie
- Mancata copertura del rimborso su buona parte delle artroscopie complesse e su tutte quelle ad alta complessità
- La sottostima economica delle singole procedure artroscopiche complesse determina rischio di non potere più effettuare chirurgia artroscopica complessa
- Rischio di un impatto negativo a livello socio-economico
- Rischio di un danno al paziente per il ritorno alla chirurgia aperta

LE RICHIESTE E LE PROPOSTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ARTROSCOPIA

Le richieste che vengono inoltrate al Ministero della Salute sono le seguenti:

Segreteria:
 Casella Postale 3180 Bologna Ponente -40131 Bologna – Tel. 051-380748, Fax: 051-3764173, Cell. 3283521746
 e mail: segreteria@siaonline.it - www.siaonline.it
 Unicredit Banca, Agenzia Bologna Pupilli: IBAN: IT1610200802468000002462885
 C/c BANCO POSTA n° 28010403 – IBAN: IT74H076102400000028010403



S.I.A.
SOCIETÀ ITALIANA DI ARTROSCOPIA
 Sede Legale: Via Nicola Martelli,3 – 00197 Roma
 C.F. 92025830370

- Riconoscimento alla Chirurgia Artroscopica della qualifica di Chirurgia Complessa
- Differenziazione tra le procedure artroscopiche semplici e quelle complesse
- Mancato declassamento delle procedure artroscopiche complesse a Chirurgia Ambulatoriale
- Introduzione di codifiche attualmente mancanti per alcune procedure artroscopiche complesse (trapianti meniscali, innesti osteo-cartilaginei, utilizzo di allograft legamentosi ed osteo-cartilaginei, utilizzo di PRP e cellule staminali, nuove bio-tecnologie,
- Rivalutazione tariffaria per le procedure artroscopiche complesse
- altre (da verificare).

PROPOSTA DI CLASSIFICAZIONE DI TUTTE LE PROCEDURE ARTROSCOPICHE A LIVELLO DELLE VARIE ARTICOLAZIONI

1. CHIRURGIA ARTROSCOPICA NON COMPLESSA

- GINOCCHIO (artroscopia diagnostica – meniscectomia semplice – shaving cartilagineo – sinovialectomia semplice - biopsia sinoviale – asportazione di corpi mobili isolati)
- SPALLA (artroscopia diagnostica – bursectomia – acromioplastica)

2. CHIRURGIA ARTROSCOPICA COMPLESSA

- GINOCCHIO (ricostruzione LCA – ricostruzione LCP – sutura meniscale – microfratture – lateral-release rotuleo - sinovialectomia in artrite reumatoide e sinovite villo-nodulare – condromatosi – assistenza artroscopica in traumatologia)

Segreteria:
 Casella Postale 3180 Bologna Ponente -40131 Bologna – Tel. 051-380748, Fax: 051-3764173, Cell. 3283521746
 e mail: segreteria@siaonline.it - www.siaonline.it
 Unicredit Banca, Agenzia Bologna Pupilli: IBAN: IT1610200802468000002462885
 C/c BANCO POSTA n° 28010403 – IBAN: IT74H076102400000028010403



S.I.A.
SOCIETÀ ITALIANA DI ARTROSCOPIA
Sede Legale: Via Nicola Martelli,3 – 00197 Roma
C.F. 92025830370

- SPALLA (riparazione cuffia dei rotatori – trattamento delle instabilità – trattamento di slap-lesion – tenodesi del bicipite – condromatosi – artroplastica acromion-claveare - assistenza artroscopica in traumatologia -
- ANCA (trattamento lesioni del labbro acetabolare – sinoviectomia - condromatosi - assistenza artroscopica in traumatologia)
- GOMITO (sinoviectomia - artrosi – condromatosi – release in epicondiliti - assistenza artroscopica in traumatologia)
- CAVIGLIA (trattamento di lesioni cartilaginee - trattamento dell'impingement osseo-fibroso – exeresi di os trigonum - trattamento di m. di Haglund - assistenza artroscopica in traumatologia)
- POLSO (riparazione di lesioni della fibrocartilagine triangolare – exeresi endoscopica di cisti del polso – artrosi - assistenza artroscopica in traumatologia)

3. CHIRURGIA ARTROSCOPICA AD ALTA COMPLESSITA'

- GINOCCHIO (ricostruzione plurilegamentose- ricostruzioni legamentosa con allograft – trapianto meniscale con allograft – trapianto meniscale sintetico – trapianto di condrociti autologhi – introduzione di scaffold bio-mimetico per lesioni osseo-condrali)
- SPALLA (transfer tendineo del gran dorsale – Latatjet artroscopica – ricostruzione legamentosa acromion-claveare)
- ANCA (trattamento dell'impingement femoro-acetabolare)
- TUTTE LE ARTICOLAZIONI (trapianto di condrociti autologhi - utilizzo di PRP – impianto di cellule mesenchimali)

La Società Italiana di Artroscopia dichiara altresì la sua piena disponibilità a collaborare mediante:

- *Controllo dell'Appropriatezza delle Indicazioni e misurazione della efficacia degli interventi sanitari erogati*
- *Creazione di Linee-Guida su indicazioni e selezione dei pazienti, modalità organizzative e requisiti professionali*
- *Introduzione di Data Base Nazionali, per le principali procedure artroscopiche semplici e complesse*

Segreteria:
Casella Postale 3180 Bologna Ponente -40131 Bologna – Tel. 051-380748, Fax: 051-3764173, Cell. 3283521746
e mail: segreteriaasia@fastwebnet.it - www.siaonline.it
Unicredit Banca, Agenzia Bologna Pupilli: IBAN: IT1610200802468000002462885
C/c BANCO POSTA n° 28010403 – IBAN: IT74H076102400000028010403

10



S.I.A.
SOCIETÀ ITALIANA DI ARTROSCOPIA
Sede Legale: Via Nicola Martelli,3 – 00197 Roma
C.F. 92025830370

- *Individuazione di Centri di Eccellenza di Chirurgia Artroscopica*
- *Partecipazione a Consensus Conference fra società scientifiche, esperti Ministero, ISS, rappresentanti Regioni*
- *Organizzazione a Corsi di Formazione specifici ed adesione al Registro Unico delle Patologie Articolari Complesse (RUPAC), da utilizzarsi come sistema di controllo.*
- *Organizzazione di una Conferenza annuale di presentazione degli outcome e della valutazione del costo/opportunità*

IL Presidente Dr RAUL ZINI

IL delegato ai rapporti Istituzionali Dr Massimo MISITI

Segreteria:
Casella Postale 3180 Bologna Ponente -40131 Bologna – Tel. 051-380748, Fax: 051-3764173, Cell. 3283521746
e mail: segreteriaasia@fastwebnet.it - www.siaonline.it
Unicredit Banca, Agenzia Bologna Pupilli: IBAN: IT1610200802468000002462885
C/c BANCO POSTA n° 28010403 – IBAN: IT74H076102400000028010403

11



4P MEDICINE



PERSONALIZZATA

Individua il trattamento medico specifico sulla base delle specifiche caratteristiche della singola persona.

PARTECIPATIVA

Il paziente effettua scelte consapevoli basate su informazioni precise ed è responsabilizzato nella collaborazione con il medico per sviluppare la terapia più efficace e personalizzata.

PREDITIVA

Consente di identificare la fragilità o il difetto che predispone un paziente a sviluppare una patologia.

PREVENTIVA

Attraverso un approccio diagnostico proattivo e concentrato anche sugli stili di vita, consente di prevenire o individuare in anticipo alcune patologie.



CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici

ANALISI

Le sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza Ospedaliera.
 Centro Studi Assobiomedica

Un esame della normativa Nazionale e regionale

Primo aggiornamento

ASSOBIOMEDICA Associazione Nazionale per le tecnologie biomediche e diagnostiche

Regione	Distinzione per tipo di ospedale	Integrazioni tariffarie per determinati DRG	Anno dell'ultimo aggiornamento delle tariffe
Abruzzo	no	no	2001
Basilicata	no	no	2002
P.A. Bolzano	si	si	2003
Calabria	no	no	2002
Campania	si	no	2001
Emilia R.	si	si	2005
Friuli V.G.	si	si	2004
Lazio	no	si	2002
Liguria	si	no	2005
Lombardia	si	si	2005
Marche	si	si	2002
Molise	si	no	2002
Piemonte	si	si	2002
Puglia	si	si	2002
Sardegna	no	si	2005
Sicilia	si	no	2002
Toscana	si	no	2005
P.A. Trento	si	si	2003
Umbria	si	no	2005
Valle d'Aosta	no	no	1997
Veneto	no	si	2005



Figura 1: Mappa delle regioni che effettuano distinzioni per tipologia di ospedale

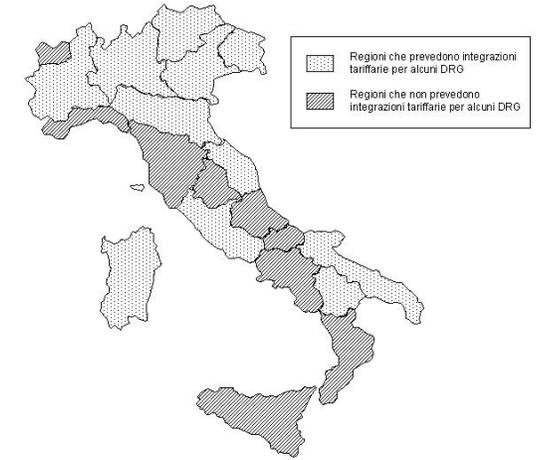


Figura 2: Mappa delle regioni che prevedono integrazioni tariffarie per alcuni DRG

GLI INDIRIZZI DEL MINISTERO DELLA SANITA'

Normativa di riferimento

- DM N.169 del 14.12.1994 (prima determinazione tariffe);
- Linee di guida N.1/95 del 12.04.1995 (indicazioni per la determinazione e l'applicazione delle tariffe da parte delle regioni);
- Legge N.549/95 del 28.12.1995 (legge finanziaria 1996, all'art.2 c.9 dettava disposizioni per l'applicazione dei criteri di cui al DM N.169/94);
- DM N.178 del 30.06.1997 (ultimo aggiornamento tariffe).

Sebbene i riferimenti di indirizzo siano di livello nazionale, ogni regione è responsabile della definizione del meccanismo di remunerazione da adottare all'interno del proprio territorio.⁸ Negli anni, esse si sono trovate di fronte le seguenti possibilità:

- adottare le tariffe indicate dal Ministero della Salute, eventualmente modificate (in eccesso o in difetto) di una percentuale prefissata;
- definire proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi relativi definiti a livello nazionale e modificando unicamente il valore per punto di peso;
- definire proprie tariffe regionali, sulla base di analisi di costo svolte sulle strutture del proprio territorio di riferimento.

Semplificando, due sono le strade (alternative) indicate alle regioni per la determinazione di proprie tariffe:

- stimare i costi standard di produzione di un panel di ospedali (idealmente scelti in virtù del fatto che li si reputa in grado di essere dei riferimenti in positivo), depurarli dai costi attribuibili a prestazioni erogate in regime ambulatoriale, ed attribuirli a ciascun DRG attraverso specifici algoritmi e tenuto conto del case-mix rilevato (cd. metodo analitico);

oppure

- costruire "a tavolino" i costi standard di produzione attribuibili a determinati DRG (idealmente scelti tra quelli più omogenei in termini di prestazioni sottese) e da questi ricostruire i valori tariffari di tutti gli altri DRG applicando l'apposito sistema di pesi relativi indicato dal Ministero (cd. metodo dei pesi).

Il costo standard di produzione per prestazione è calcolato sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori operanti nell'ambito del territorio regionale. Tale costo fa riferimento alla composizione ed alla qualità di fattori produttivi utilizzati per la produzione della prestazione, valorizzati sulla base dei prezzi unitari medi di acquisto riferiti all'ultimo anno e delle relative eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato.

Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono le seguenti:

- il costo del personale direttamente impiegato;
- il costo dei materiali consumati;
- il costo delle apparecchiature utilizzate;
- i costi generali dell'unità produttiva della prestazione.

Solo sei regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto) e la provincia autonoma di Bolzano sembrerebbero aver determinato le rispettive tariffe partendo dall'analisi dei costi di produzione dei propri ospedali.

I pesi dovrebbero essere verificati annualmente e le tariffe aggiornate con una periodicità almeno triennale. In realtà, tale disposizione è a volte disattesa, come si può notare dalla normativa prodotta sul tema dalle singole regioni.

Ai sensi di legge⁹, le regioni che optassero per adottare le tariffe definite dal Ministero, avrebbero facoltà di decurtarle al massimo del 20% ma non oltre. In realtà, anche tale raccomandazione è in alcuni casi disattesa, esistendo regioni che prevedono decurtazioni superiori al limite indicato.

Le tariffe ministeriali (sia quelle del 1994 che quelle del 1997) fanno riferimento al Grouper CMS versione N.10. Ad ogni codice DRG identificato, vengono associate due differenti tariffe: una destinata a remunerare i ricoveri in regime ordinario (più di 1 giorno di degenza), un'altra destinata a remunerare i ricoveri in day-hospital. Viene poi definito per ciascun DRG un valore massimo della durata della degenza ("valore soglia"), oltrepassato il quale viene previsto un rimborso giornaliero ulteriore ("incremento pro-die"), anch'esso specifico per ogni DRG.

Le tariffe ministeriali sono fissate uniche per tutti i tipi di ospedale; alle regioni è però data facoltà di modulare il proprio sistema tariffario in funzione delle diverse tipologie di erogatori, individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate.

Al fine di avvicinare il più possibile le tariffe ai costi effettivi, alcune regioni, con provvedimenti specifici hanno inoltre fissato ulteriori remunerazioni, riguardanti determinate prestazioni che sottendono l'impiego di particolari dispositivi medici (ad esempio l'impianto di protesi).

La "tariffa unica convenzionata" (T.U.C.)

Per quanto riguarda la mobilità sanitaria interregionale, in base ad un accordo tra le regioni vigente fino al giugno del 2003, veniva riconosciuta agli erogatori la tariffa in vigore nella regione di ubicazione dei medesimi; ciascuna regione calcolava i propri saldi attivi/negativi rispetto alle altre regioni per poi incassare/versare il dovuto.

In seguito a quanto concordato nella Conferenza dei Presidenti delle Regioni, dal luglio 2003 viene adottata una tariffa unica convenzionata (TUC), la quale si fonda sulle tariffe istituite dal DM N.178/97, modificate secondo i seguenti criteri:

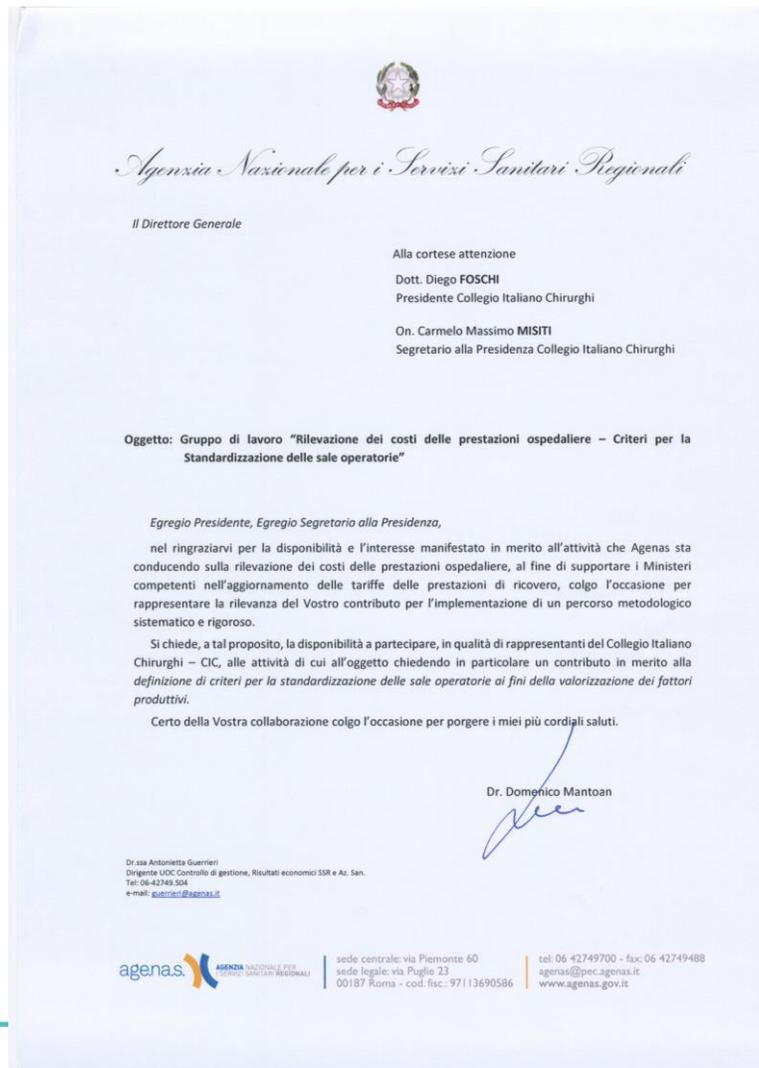
Classi di DRG	Tipologia	Ricoveri > 1g	Ricoveri di 1g	Day Hospital
Alta complessità	CHI	+10% DM 97	DM 97	DM 97
	MED	+10% DM 97	DM 97	DM 97
Esclusi dai Lea	CHI	-20% DM 97	-20% DM 97	-20% DM 97
	MED	-40% DM 97	DM 97	DM 97
Sentinella ¹⁰	MED	-20% DM 97	DM 97	DM 97
Restanti DRG	CHI	DM 97	-20% DM 97	-20% DM 97
	MED	-15% DM 97	DM 97	DM 97
DRG specifici	410, 492	DM 97	DM 97	+20% DM 97
	124, 125, 323	DM 97	-20% DM 97	-20% DM 97
Trapianti		Tar. specifica	DM 97	DM 97

Alle Aziende in cui è effettuato il triennio di medicina e chirurgia è riconosciuto un aumento percentuale della tariffa del 6%, in riconoscimento delle attività didattiche da esse svolte.

Ruolo di Age.Na.S

L'**Age.Na.S** ha il compito di garantire l'armonizzazione e il monitoraggio delle prestazioni sanitarie a livello nazionale, attraverso la raccolta di dati e l'analisi delle performance delle strutture sanitarie. Questo permette:

- **Monitoraggio e valutazione:** Age.Na.S si occupa di monitorare la qualità delle prestazioni sanitarie a livello nazionale e regionale, analizzando i dati relativi ai DRG e alle prestazioni, per identificare eventuali inefficienze o aree di miglioramento.
- **Standardizzazione:** L'agenzia lavora per uniformare i criteri di classificazione delle prestazioni sanitarie, affinché le informazioni siano comparabili tra diverse strutture sanitarie e regioni.
- **Sostenibilità economica:** Age.Na.S è anche coinvolta nella gestione dei costi e delle risorse del sistema sanitario, cercando di garantire che il finanziamento delle prestazioni sanitarie sia equo e sostenibile.





Dicembre 2021

CIC ed Agenas hanno invitato tutte le società scientifiche ad inviare ad un Link predisposto dall'Agenzia le criticità legate alla mancanza di codifica delle prestazioni chirurgiche di pertinenza

Sono state ricevute numerose segnalazioni che hanno indotto ad una elaborazione particolareggiata del costing con uno schema ben definito



SIAGASCOT

Società Italiana

Artroscopia, Ginocchio, Arto superiore, Sport, Cartilagine, Tecnologie Ortopediche

COMITATO ESECUTIVO

Presidente
Massimo Berruto
massimo.berruto@fastwebnet.it

1° Vice Presidente
Giovanni Di Giacomo
concordia@iol.it

2° Vice Presidente
Giovanni Bonaspetti
giovannibonaspetti@gmail.com

Past President
Enrico Arnaldi
arnaenr@gmail.com

Giuseppe Milano
giuseppe.milano@outlook.it

Segretario
Giovanni Battista Vinanti
gvinanti@tin.it

Tesoriere
Mario Ronga
mario.ronga@unimol.it

Member at Large
Elizaveta Kon
elisaveta.kon@gmail.com

Claudio Mazzola
cgmazzola@gmail.com

Co-Presidente 1° Congresso
Enrico Gervasi
gervasi.enrico@libero.it

Resp. Attività Scientifica
Pietro S. Randelli
pietro.randelli@unimol.it

Resp. Progetto Giovani
Vincenzo Madonna
vmadonna@me.com

Direttore Esecutivo
Alessandro D'Andrea

SEGRETERIA
segreteria@siagascot-orto.com

SEDE LEGALE
Via Nicola Martelli, 3
00197 Roma, Italia

Segreteria

Milano, 18 Maggio 2021

PROGETTO DRG

GINOCCHIO

Sono più di 20 anni che vige la stessa normativa sanitaria in ambito di rimborsi, normativa che non è mai stata aggiornata nonostante gli enormi cambiamenti di trattamento terapeutico che sono avvenuti in due decenni e ancor più le innumerevoli innovazioni tecnologiche che sono ormai diventate di comune pratica clinica. È per questo e altri motivi che si rende sempre più necessario un adeguamento del sistema DRG.

L'iniziativa di quantomeno aggiornare i DRG alle effettive necessità attuale e comune pratica clinica è stata proposta dal CIC, sostenuta dalla SIOT che ha provveduto a creare una specifica commissione DRG e sostenuta dalle società superspecialistiche alle quali è stato chiesto di valutare distretto per distretto le criticità e incongruenze del sistema di rimborso ad oggi in uso.

Si rende necessario fare alcune considerazioni per meglio chiarire quali possono essere le falle del sistema, inadeguatezze che possono a volte indurre modifiche delle indicazioni nella pratica clinica. La chirurgia Ortopedica, in particolare la chirurgia articolare, negli ultimi decenni ha visto rivoluzionare le tecniche chirurgiche volte sempre più alla mininvasività e alle tecniche conservative, nell'ultimo decennio inoltre è entrata prepotentemente a far parte della comune pratica clinica anche la medicina rigenerativa. Le tecniche mininvasive abbinate alla chirurgia riparativa necessitano l'utilizzo di particolari devices senza i quali non sarebbe possibile eseguire l'intervento chirurgico.

Alcuni esempi per rendere più comprensibile il concetto: la chirurgia meniscale ha subito negli ultimi due decenni un cambiamento radicale, mentre in passato il paziente affetto da una lesione del menisco veniva sottoposto ad asportazione del menisco stesso, in forza dell'evidenza scientifica che tale procedura portava ineluttabilmente ad artrosi precoce, la ricerca si è spinta a ideare e produrre innovative tecniche di sutura meniscale che potevano tra l'altro essere eseguite con tecniche mininvasive, nelle specifico in artroscopia. È facile comprendere quale sia la differenza di tecnologia e quindi di impegno economico tra rimuovere un menisco e riparare in artroscopia una lesione meniscale, riparazione che necessità l'utilizzo di particolari devices. Il medesimo concetto vale per tutte le



SIAGASCOT

Società Italiana

Artroscopia, Ginocchio, Arto superiore, Sport, Cartilagine, Tecnologie Ortopediche

COMITATO ESECUTIVO

Presidente
Massimo Berruto
massimo.berruto@fastwebnet.it

1° Vice Presidente
Giovanni Di Giacomo
concordia@iol.it

2° Vice Presidente
Giovanni Bonaspetti
giovannibonaspetti@gmail.com

Past President
Enrico Arnaldi
arnaenr@gmail.com

Giuseppe Milano
giuseppe.milano@outlook.it

Segretario
Giovanni Battista Vinanti
gvinanti@tin.it

Tesoriere
Mario Ronga
mario.ronga@unimol.it

Member at Large
Elizaveta Kon
elisaveta.kon@gmail.com

Claudio Mazzola
cgmazzola@gmail.com

Co-Presidente 1° Congresso
Enrico Gervasi
gervasi.enrico@libero.it

Resp. Attività Scientifica
Pietro S. Randelli
pietro.randelli@unimol.it

Resp. Progetto Giovani
Vincenzo Madonna
vmadonna@me.com

Direttore Esecutivo
Alessandro D'Andrea

SEGRETERIA
segreteria@siagascot-orto.com

SEDE LEGALE
Via Nicola Martelli, 3
00197 Roma, Italia

articolazioni, nella spalla ormai la riparazione artroscopica della cuffia dei rotatori è di comune pratica clinica. 20 anni fa la spalla veniva aperta e i tendini della cuffia reinseriti con punti trans-ossei, oggi la lesione di cuffia dei rotatori viene riparata in artroscopia, i tendini vengono reinseriti con ancore e fili ad alta resistenza. Senza venire dirlo, che l'impegno economico per sostenere tali tecniche è completamente diverso.

Il sistema DRG ad oggi in uso non prevede in alcun modo la possibilità di quantificare l'impegno economico dei devices necessari per poter eseguire con le corrette indicazioni cliniche alcuni interventi, ma prevede un rimborso omnicomprensivo. Comprendiamo la difficoltà di poter organizzare un rimborso che possa sostenere le nuove tecnologie, anche perché l'utilizzo di un diverso numero dei devices può modificare in modo sostanziale la spesa, ma tale sistema, come detto, rende a volte difficile se non impossibile poter utilizzare i necessari mezzi per eseguire una chirurgia moderna, chirurgia che tutti noi vorremmo fosse applicata ai nostri cari.

Tengo a precisare che rimane lontano dalla nostra proposta chiedere di modificare il rimborso al rialzo, ma chiediamo semmai la possibilità di poter quantificare nel rimborso l'utilizzo di necessarie tecnologie atte a poter svolgere una corretta e attuale pratica clinica.

Per sopperire a questo problema, potrebbero esistere due vie:

La prima, quella sicuramente più innovativa e difficile, è di adottare il sistema che non vede legato il rimborso dell'intervento al rimborso dei devices utilizzato, come attualmente avviene per i prodotti farmacologici. Questo permetterebbe l'utilizzo dei metodi più adeguati e tecnologicamente innovativi senza incorrere nel rischio di speculazione o di abuso. Quanto proposto darebbe tra l'altro la possibilità di quantificare in modo semplice e facilmente gestibile l'utilizzo di eventuali devices.

La seconda prevedrebbe la revisione del sistema DRG attualmente in uso, adeguandolo ai tempi moderni ed alla necessità dei nostri pazienti.

A questo scopo, iniziamo segnalando che ad oggi il sistema di codifica evidenzia punti critici meritevoli di un'attenta analisi e un necessario adeguamento.

- 1) Il SSN ad oggi non è univoco per le regioni, l'autonomia sanitaria regionale rende possibile una diversa quantificazione dei DRG per i medesimi interventi eseguiti in diverse regioni, differenze che a volte risultano macroscopiche. Questo oltre a generare evidenti squilibri può incentivare una non giustificata migrazione interregionale di pazienti.



SIAGASCOT

Società Italiana

Artroscopia, Ginocchio, Arto superiore, Sport, Cartilagine, Tecnologie Ortopediche

COMITATO ESECUTIVO

Presidente
Massimo Berruto
massimo.berruto@fastwebnet.it

1° Vice Presidente
Giovanni Di Giacomo
concordia@iol.it

2° Vice Presidente
Giovanni Bonaspetti
giovannibonaspetti@gmail.com

Past President
Enrico Arnaldi
arnaenr@gmail.com

Giuseppe Milano
giuseppe.milano@outlook.it

Segretario
Giovanni Battista Vinanti
gvinanti@tin.it

Tesoriere
Mario Ronga
mario.ronga@unimol.it

Member at Large
Elizaveta Kon
elisaveta.kon@gmail.com

Claudio Mazzola
cgmazzola@gmail.com

Co-Presidente 1° Congresso
Enrico Gervasi
gervasi.enrico@libero.it

- 2) Scarsa specificità di alcune codifiche DRG (ad. es. ricostruzioni legamento e meniscali del ginocchio, infezioni periprotetische, chirurgia conservativa articolare ecc.) che conduce all'inadeguatezza.

- 3) Scarsa chiarezza e in molti casi mancanza della possibilità di codificare DRG relativi alle nuove tecnologie, biotecnologie e medicina rigenerativa le cui procedure sono talvolta prive di specifica codifica; difficoltà ad utilizzare dei materiali di banca, come allograft per la ricostruzione meniscale o di legamento crociato.

- 4) Obsolescenza di alcuni DRG muscolo-scheletrici relativi a procedure non più eseguite.

- 5) Inadeguatezza della valorizzazione economica della maggior parte dei DRG (mancata rivalutazione a 20 anni).

- 6) Scarsa attenzione del sistema DRG sugli interventi di chirurgia articolare conservativa, come ricostruzione cartilaginea o la sostituzione meniscale, che rappresentano il cardine del trattamento dei pazienti secondo i principi di "healthy aging".

- 7) Assenza di omogeneità sul territorio nazionale circa la remunerazione dei DRG terapeutici. Si evidenzia, in particolare, la mancata valorizzazione, solo in alcune regioni, di differenti diagnosi che conducono al medesimo DRG terapeutico. Ciò crea notevoli squilibri economici tra regioni differenti e non valorizza la diversa complessità delle stesse procedure chirurgiche eseguite per patologie differenti.

Esprimiamo la nostra disponibilità a creare in tempi brevi i gruppi di lavoro specifici per settori DRG a scopo di creare un **documento specifico e preciso** di proposta di modifica concreta, partendo dall'elenco dei DRG esistenti.



Le nuove tariffe massime di riferimento delle prestazioni sanitarie

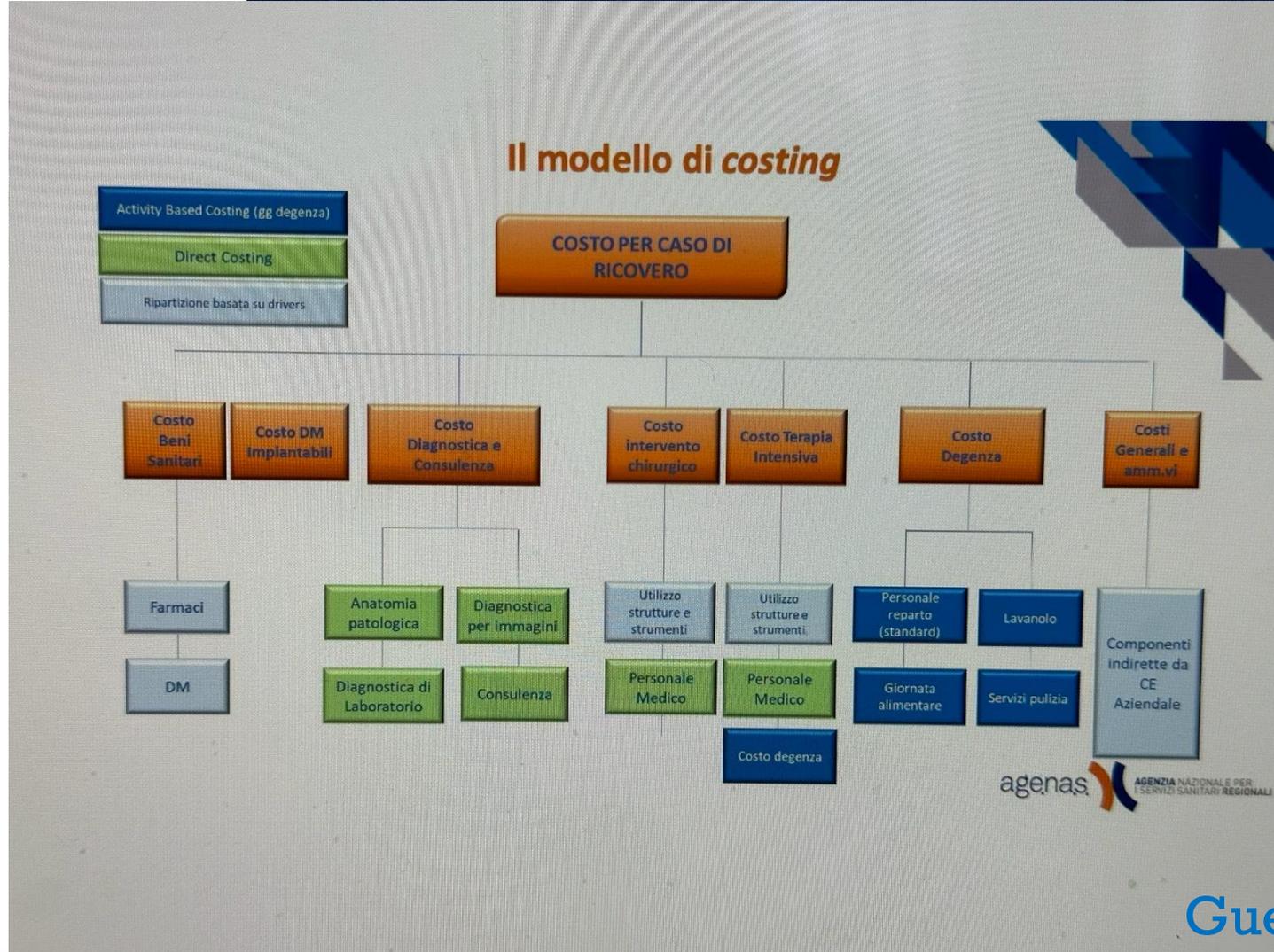
Obiettivo

Determinare il costo per singolo caso di ricovero attraverso la valorizzazione delle risorse assorbite ai fini dell'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni ospedaliere

Metodologia

1. identificazione e definizione del modello di costing
2. la rilevazione dei dati dei flussi informativi
3. Acquisizione, analisi e validazione qualitativa dei dati
4. confronto con i professionisti
5. risultati emersi

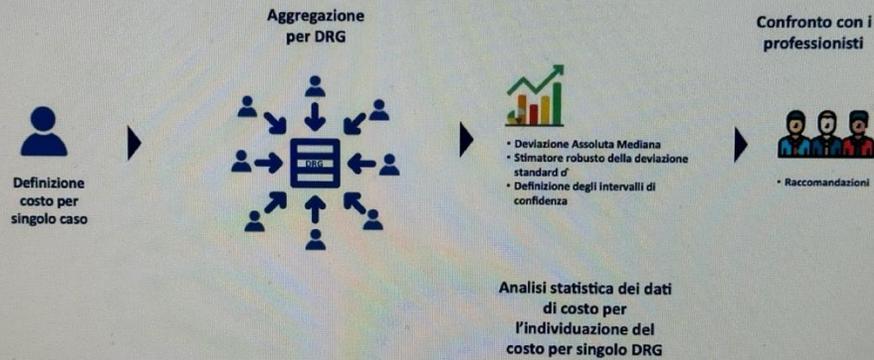
Guerrieri 2023 Agenas



Guerrieri 2023 Agenas



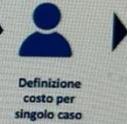
Applicazione delle logiche di costing, aggregazione per DRG e analisi statistica



Distribuzione dei costi per macro aggregato



Aggregato Costo	Tipo Costo	%
DEGENZA	Personale	43,8%
	Pulizie	2,8%
	Giornata alimentare	1,4%
	Lavabo	1,1%
Totale DEGENZA		49,1%
FARMACI E DISPOSITIVI	Dispositivi	8,1%
	Farmaci	3,1%
	Protesi	2,2%
Totale FAR		13,4%
SALA OPERATORIA	Sala operatoria	11,0%
	Sala parto	0,2%
	Totale SALA OPERATORIA	
CONSULENZE INTERNE	Laboratorio Analisi	4,2%
	Diagnostica per immagini	2,3%
	Consulenze	1,0%
COSTI GENERALI	Anatomia Patologica	0,7%
	Totale CONSULENZE INTERNE	
TOTALE COMPLESSIVO		100%



La riclassificazione dei DRG ha un impatto diretto sulle *prestazioni sanitarie* in quanto incide su:

1. **Remunerazione delle strutture sanitarie:** L'importo associato a ciascun DRG determina quanto una struttura sanitaria viene rimborsata per un determinato ricovero. Se la classificazione non è aggiornata o non rispecchia correttamente la realtà, le strutture potrebbero essere sotto-finanziate o sovra-finanziate, con impatti sulla qualità del servizio.
2. **Incentivazione alla qualità:** Con una classificazione più precisa e rispondente alla realtà clinica, le strutture sanitarie sono incentivate a trattare i pazienti con un approccio più personalizzato, ottimizzando le risorse e migliorando la qualità delle cure.
3. **Gestione delle risorse:** Una riclassificazione adeguata permette di allocare in modo più efficiente le risorse, riducendo gli sprechi e migliorando la gestione dei costi.

Le sfide della riclassificazione

Nonostante i vantaggi, la riclassificazione dei DRG presenta alcune sfide, tra cui:

- **Complessità dei dati:** La necessità di raccogliere e analizzare grandi quantità di dati per effettuare una classificazione accurata richiede competenze tecniche avanzate e infrastrutture adeguate.
- **Impatto sui sistemi informatici:** La riclassificazione può richiedere aggiornamenti e modifiche ai sistemi informatici delle strutture sanitarie, con possibili costi e difficoltà nella gestione dei cambiamenti.
- **Differenze regionali:** Le diverse regioni italiane possono avere esigenze diverse in termini di riclassificazione, il che rende difficile trovare un equilibrio che soddisfi tutte le esigenze senza compromettere l'uniformità del sistema.

La riforma del sistema dei DRG in Italia non è solo una questione tecnica, ma una vera e propria sfida politica e sociale che richiede il *coinvolgimento attivo dei medici* e un forte *impegno da parte delle istituzioni*, insieme ad altri politici e professionisti del settore sanitario, può essere determinante per portare avanti un sistema DRG che sia al contempo *efficiente, sostenibile e orientato alla qualità delle cure*.



Camera dei deputati WebMail

ministero sanità On. Carmelo ...mo Misiti

Email Contatti Agenda Impegni Preferenze Cerca

Nuovo messaggio Rispondi Rispondi a tutti Inoltra Elimina Spam Azioni 93 di 418 messaggi Continua a leggere Visualizza

Cartelle di posta	Oggetto	Cartelli	Dimensic	Inviato
In arrivo (113)	drg - Buongiorno sig Ministro prof Schillaci Le scrivo per renderle noto che nonostante gli svariati tentativi di ricerca di i		15 KB	10 apr
Inviato	info Collegio italiano chirurghi & DRG - Gent.mo Dr Russo mi sono permesso di inviariLe, in allegato, uno scritto che ev		49 KB	10 apr
Bozze (3)	info DRG - Spett.le segreteria tecnica del Ministro Chiar.ma Prof.ssa Campitiello Mi permetta di disturbarla non come p		9 KB	06 mar
Posta indesiderata (47)	info drg - Buongiorno Dr Mattei, Facendo seguito alle mail del gennaio, febbraio 2024 e al colloquio telefonico avuto co		11 KB	21 feb
Cestino	info DRG - Buongiorno Dr.ssa Campitiello, Le scrivo, per come indicatomi telefonicamente dagli Uffici del Dr Mattei a se		14 KB	14 feb
Affari Sociali	aggiornamenti DRG - Buongiorno Dr Mattei, Facendo seguito alla mail del 26 gennaio e al colloquio telefonico avuto c		2 KB	07 feb
Bilancio	info drg - Buongiorno Dr Mattei, Le scrivo per chiederLe, se possibile, delle informazioni riguardo l'aggiornamento delle		3 KB	26 gen
Calabria Live	Fwd: Alla c.a. del Minirro - Egregio sig Ministro Scrivo a voi tutti per descrivere il mio più profondo dissenso per il com		2 KB	11/9/2023
Chats	Fwd: Richiesta incontro con Ministro -- Messaggio inoltrato -- Da: Segreteria Ministro <segreteriaministro@sanita.it> /		4 KB	22/3/2023
Difesa	Re: Richiesta incontro con Ministro - Nel ringraziarla per la Sua cortesia, Le chiederei un incontro in una data utile al M		2 KB	6/3/2023
Intergruppo Disabilità	Richiesta incontro con Ministro - On. Ministro, il sottoscritto dott. Carmelo Massimo Misiti, già deputato della XVIII ^a legi		14 KB	1/3/2023
Legislativo MSS	Fwd: Nuovi Accordi AGENAS per tutelare e rafforzare il SSN - Incontro HAG - Da: "Agenas" <mail-sender@agenas.it> Inviato		17 KB	30/9/2022
Ricerche	spedizione colli - Facendo seguito alla nota riportata relativamente agli adempimenti connessi al termine della legislatu		2 KB	21/9/2022
Tag	Mantenimento Casella di Posta - Facendo seguito alla nota pervenuta arelativa gli adempimenti connessi al termine de		2 KB	21/9/2022
Zimlet	FW: evento infovax 9 settembre - file inviti e locandine definitive 31 08 - Inviato dal mio Galaxy -- Messaggio originale - Inviato		2 MB	8/9/2022
	Richiesta cartoni e nastro adesivo - Con la presente si richiedono, nel limite del possibile per la giornata odierna, 15 ca		2 KB	6/9/2022
	RE: Camion vela: super offerta! - Buongiorno Desidero avere una informazione sul costo del carburante.Questo è relat		33 KB	1/9/2022
	Re: Spegnimento della piattaforma VPN e passaggio alla piattaforma VDA - Con la presente si richiede l'accesso alla p		2 KB	3/8/2022
	Fwd: Elementi informativi sulle problematiche afferenti al Comune di Castrovillari - Da: "segreteria sibilla" <segreteria.s		10 MB	19/7/2022
	Fwd: Documento di proposta emergenza urgenza -- Messaggio inoltrato -- Da: On. Fabiola Bologna <bologna_f@car		38 KB	13/7/2022
	Alla c.a. del Presidente - Si allega nota all'attenzione del Presidente on. Roberto FicoSalution. dott. Carmelo Massimo		249 KB	13/7/2022
	Re: *** Urgente*** Da On. Stefano MUGNAI - Conferma quale Relatore Evento 15 luglio ad ANCONA - Innanzi tutto la		6 KB	13/7/2022
	Re: AVVISO IMPORTANTE - Dichiarazione delle spese sostenute per l'esercizio del mandato - In allegato copia della c		1 MB	28/6/2022
	Re: Presenza Cena di gala PGEU, Roma 14 Giugno 2022 - Sopraggiunti impegni, purtroppo mi impediranno di essere		11 KB	14/6/2022
	FW: INVITO RELATORE EVENTO EMERGENZA URGENZA MILANO 17 GIUGNO - Inviato dal mio Galaxy -- Messag Inviato		426 KB	14/6/2022
	Presenza Cena di gala PGEU, Roma 14 Giugno 2022 - Con la presente confermo la mia presenza per la cena di gala		573 KB	3/6/2022
	Fwd: EDGE CONSULTING: proposta intervista online sui sostituti ossesi -- Messaggio inoltrato -- Da: Daniela Olivi - E		626 KB	1/6/2022
	Re: Invito Cena di gala PGEU, Roma 14 Giugno 2022 - Ringrazio per l'invito, sarà mia premura darvi conferma entro il		4 KB	24/5/2022
	Re: Trasmesso via sito - Riforma sistema emergenza urgenza - Gentile sig. Colombo, intanto la ringrazio per avermi ill		5 KB	24/5/2022
	Informazione - Gentile dott.ssa Ugenti,la disturbo relativamente ad una pratica di riconoscimento per laurea del dott. Fi		3 KB	18/5/2022
	Assenza lavori d'aula - Gentile Clorinda a seguito di controlli eseguiti questa mattina mi sono stati prescritti altri control		577 KB	16/5/2022
	Assenza lavori lunedì 15 maggio - Gentile Clorinda,ti comunico che oggi non sarò presente per i lavori programmati da		2 KB	16/5/2022
	Re: Trasmesso via sito - Appuntamento con l Onorevole in Roma presso segreteria - Salve è possibile anticipare il mo		3 KB	10/5/2022
	EVENTO CIC - Legge Gelli-Bianco all'ultimo miglio: cosa manca? - Caro Michele, sperando di farti cosa gradita, ti invi		14 KB	6/5/2022
	EVENTO CIC - Legge Gelli-Bianco all'ultimo miglio: cosa manca? - Gentile Senatore, sperando di farti cosa gradita, ti Inviato		14 KB	6/5/2022

drg

Da: "On. Carmelo Massimo Misiti" <misiti_c@camera.it>

A: "m mattei" <m.mattei@sanita.it> "o schillaci" <o.schillaci@sanita.it>

10 aprile 2024 6:55



3. Le difficoltà politiche e istituzionali

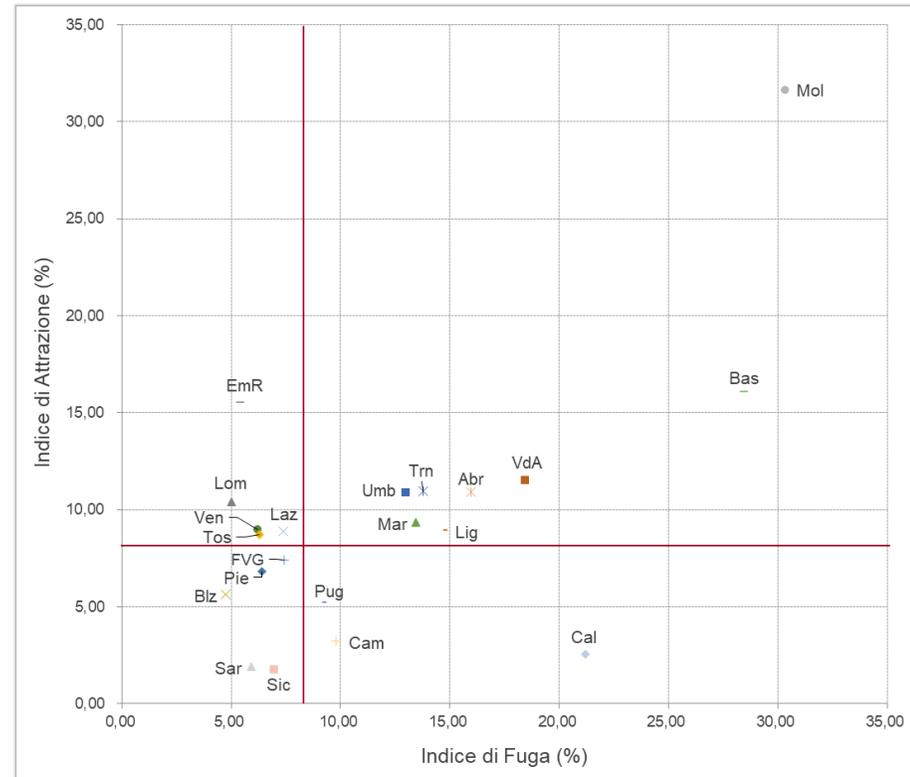
Nonostante le necessità di un aggiornamento e di un impegno congiunto tra medici e politica, ci sono diverse **difficoltà** che ostacolano l'efficace riforma dei DRG in Italia:

- **Resistenze burocratiche e politiche:** La **riforma dei DRG** può essere vista come una **minaccia** per l'equilibrio esistente, con implicazioni economiche per le strutture sanitarie, ma anche per i budget delle regioni. Le **resistenze politiche** e burocratiche a cambiamenti rapidi possono rallentare i progressi.
- **Differenze regionali:** Come già sottolineato, le differenze nelle politiche sanitarie tra le varie **regioni italiane** creano disomogeneità nell'applicazione dei DRG. Un intervento uniforme a livello nazionale è complesso, anche per via delle competenze regionali in sanità.
- **Risorse limitate:** Le risorse finanziarie per la sanità sono **limitate**, e ogni modifica ai DRG comporta un impatto economico che deve essere attentamente valutato. In un contesto di **austerità economica**, trovare il giusto equilibrio tra sostenibilità e qualità delle cure è una sfida costante.

L'impegno politica, è quindi essenziale per superare le *sfide istituzionali e burocratiche*. potendo agire come portavoce delle istanze dei medici e delle strutture sanitarie, ha la possibilità di:

- *Promuovere il dialogo* tra i professionisti sanitari, le istituzioni regionali e nazionali, e le organizzazioni sanitarie.
- *Spingere per riforme legislative* che rendano i DRG più *flessibili e precisi*, in grado di rispondere meglio alle reali esigenze cliniche.
- *Sostenere un sistema di incentivi per la qualità*, che premi l'innovazione e il miglioramento degli outcome sanitari.

Grafico 5. Mobilità interregionale: indice di fuga vs indice di attrazione per acuti in regime ordinario
- Anno 2022

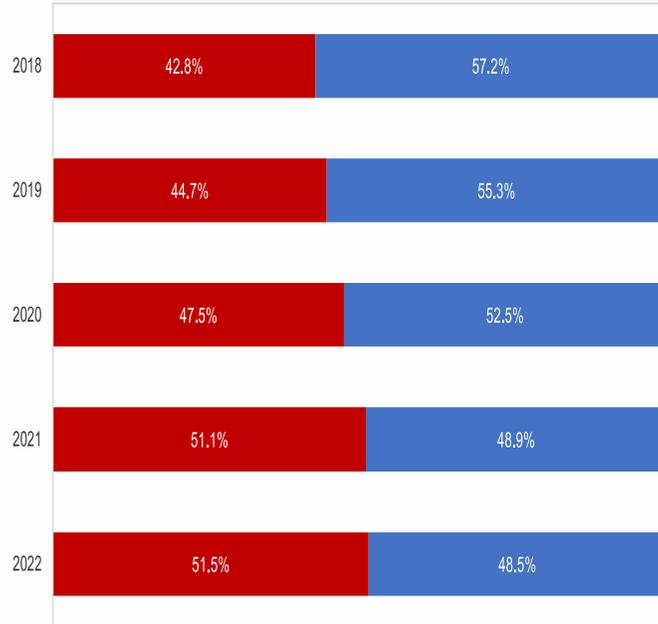


Fonte: elaborazione su banca dati SDO anno 2022

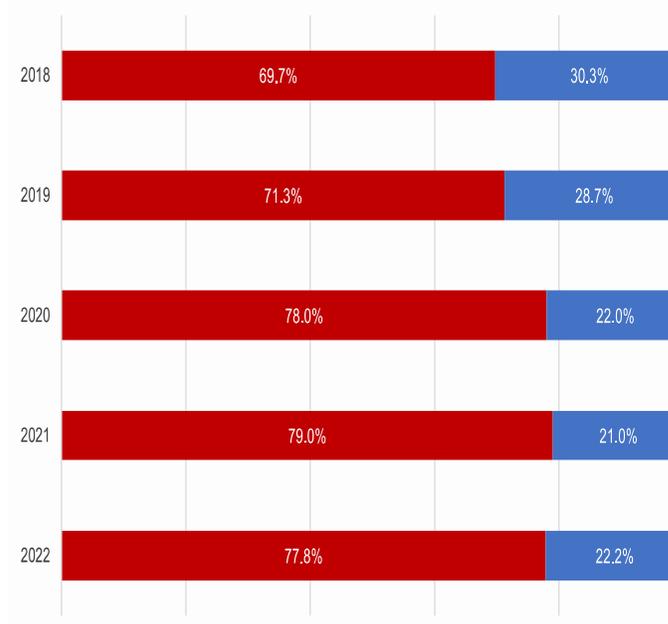
Distribuzione degli interventi di protesi d'anca, per istituti pubblici e privati accreditati. Italia, 2018-2022

Distribuzione degli interventi di protesi del ginocchio, per istituti pubblici e privati accreditati. Italia, 2018-2022

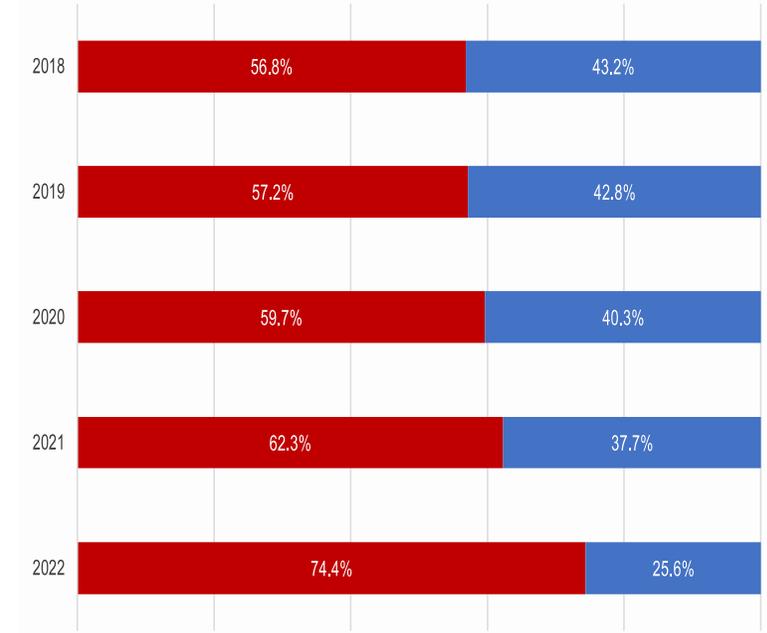
Distribuzione degli interventi di protesi della spalla, per istituti pubblici e privati accreditati. Italia, 2018-2022



■ Privato accreditato ■ Pubblico



■ Privato accreditato ■ Pubblico



■ Privato accreditato ■ Pubblico



Muscolo-scheletrico

- Frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero
- Frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni: mortalità a 1 anno
- Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni
- Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento



* DRG ed artroscopia: costi dei materiali

		Importo fino al 2010	Importo dal 2010	media calcolo
1	lama motorizzato	125,00	90,00	90,00
2	terminale RF	170,00	120,00	120,00
3	tubo pompa	110,00	90,00	90,00
4	endo button	300,00	2/250,00	210,00
5	filo alta resistenza	22,00	22,00	22,00
6	vite biocomposito	200,00	190,00	190,00
7	vite riassorbibile	120,00	100,00	100,00
8	vite metallica	80,00	60,00	60,00
9	bottone	70,00	70,00	70,00



indagine per procedure artroscopiche chirurgiche di ginocchio

	DRG	Impianti/ monouso	rimborso DS1	differenza
1 meniscectomi a o sutura	503	200/440,00	1.746,00	1,546,00 / 1.306,00
meniscale				
2 ricostruzione LCA, LCP	503	440/1200,00	1.746,00	1.306,00 / 546,00
o associati				
3 ricostruzione LCA, con	503	662/2500,00	1.746,00	1.084,00 / -580,00
PAPE/PAPI				

Commissione DRG

Lama shaver 1210 euro cf 6pz

Pompa:

- tubo giornaliero 80 euro
- tubo paziente 80 euro

Radiofrequenza:

- puntale 450 euro

Fissazione femorale:

- ultrabutton 500 euro
- Endobutton 220 euro

Fissazione tibiale

- vite 550 euro

Si consideri che sarebbero monouso anche fili guida e frese (per tutte le aziende) per altri 250 euro circa

Sono tutti prezzi di listino con uno sconto medio nazionale del 45%

Per le case di cura private l'IVA è un costo.
Impianti iva al 4 %
Tutto il resto iva a 22%

Marzo 2024

regione	istituto ricovero	ginocchio				importo	cuffia	instabilità						
		diagnosi	procedura	DRG	pagamento di ogni tipo			diagnosi	procedura	DRG	importo	diagnosi	procedura	DRG
Abruzzo e Molise	ospedale	844.2	8145	503		1.732,40	727.61	8363/8021	224	1.004,51	718.31	8163/8021	223	1.004,51
	struttura accreditata	n.p.	n.p.	n.p.		n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Basilicata	ospedale	844.2	8145	503		€ 1.746,26	727.61	8363/8021	224	€ 1.700,22	718.31	8163/8021	223	€ 1.992,84
	struttura accreditata	844.2	8145	503		€ 1.746,26	727.61	8363/8021	224	€ 1.700,22	718.31	8163/8021	223	€ 1.992,84
Calabria	ospedale				pagamento di ogni tipo					artroscopia a forfait				
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 1.097,00	840.6	8363/8021	223	€ 1.097,00	718.81	8183/8021	224	€ 1.097,00
Campania	ospedale	844.2	8145	503		€ 1.900,00	727.61	8363/8021	232	€ 1.501,73	718.31	8163/8021	232	€ 1.501,73
	struttura accreditata	844.2	8145	503		€ 1.712,00	727.61	8363/8021	232	€ 1.264,62	718.31	8182/8021	232	€ 1.264,62
Emilia Romagna	ospedale	844.2	8145/8026	503		1657,42091,65	727.61	8383/8021	232	€ 2.052,60	718.31	8182/8021	232	€ 2.052,60
	struttura accreditata	n.p.	n.p.	n.p.		n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Friuli VG	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 3.809,00	727.61	8383/8021	223	€ 3.225,00	718.31	8182/8021	232	€ 2.747,00
	struttura accreditata	n.p.	n.p.	n.p.		n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Lazio	ospedale	717.83	8145/8026	503		€ 1.976,00	840.6	8363/8021	232	€ 2.392,00	718.81	8183	224	€ 2.041,00
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 1.446,00	840.6	8363/8021	232	€ 1.007,00	718.81	8183/8021	224	€ 1.007,00
Liguria	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 2.492,00	840.4	8363/8021	232	€ 2.152,54	718.31	8182/8021	232	€ 1.823,00
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 2.492,00	840.4	8363/8021	232	€ 2.152,54	718.31	8182/8021	232	€ 1.823,00
Lombardia	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 2.226,00	727.61	8383/8021	232	€ 1.419,00	718.81	8183	224	€ 1.419,00
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 2.226,00	727.61	8383/8021	232	€ 1.419,00	718.81	8183	224	€ 1.419,00
Marche	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 1.746,26	727.61	8363/8021	232	€ 1.543,53	718.30	8182/8021	232	€ 1.543,53
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		n.p.	727.61	8363/8021	232	€ 1.992,84	718.30	8182/8021	232	€ 1.992,84
Piemonte/Val d'Aosta	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 1.916,39	727.61	8363/8021	232	€ 1.505,70	718.31	8183/8021	232	€ 1.505,70
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 1.916,39	727.61	8363/8021	232	€ 1.505,70	718.31	8183/8021	232	€ 1.505,70
Puglia	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 986,00	727.61	8363/8021	223	€ 986,00	718.30	8182/8021	223	€ 986,00
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 986,00	727.61	8363/8021	223	€ 986,00	718.30	8182/8021	223	€ 986,00
Sardegna	ospedale	717.83	8145/8026	503		€ 1.676,71	726.19	8363/8021	232	€ 2.391,71	718.81	8183/8021	224	€ 2.391,71
	struttura accreditata	717.83	8145/8026	503		€ 1.676,61	727.61	8363/8021	232	€ 1.481,97	718.31	8183/8021	232	€ 1.481,97
Sicilia	ospedale	717.83	8341/8737/7845	503		€ 4.264,90	727.61	8363/8021	224	€ 1.004,61	718.30	8182	232	€ 1.079,91
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 2.162,00	727.61	8163/8021	223	€ 2.343,88	95.92	8183/8021	443	€ 3.864,29
Toscana	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 2.131,00	727.61	8363/8021	232	€ 1.638,00	718.31	8183/8021	232	€ 1.638,00
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 2.267,00	727.61	8363/8021	232	€ 1.638,00	718.31	8183/8021	232	€ 1.638,00
Trentino Alto Adige	ospedale	844.2	8145/8026	503		€ 2.648,07	727.61	8163/8021	223	€ 3.018,99	718.30	8182/8021	232	€ 1.773,67
	struttura accreditata	844.2	8145/8026	503		€ 2.243,06	727.61	8163/8021	223	€ 1.346,02	718.30	8182/8021	232	€ 1.504,93
Umbria	ospedale	n.p.	n.p.	n.p.		n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
	struttura accreditata	844.2	8145	503		€ 2.930,00	840.6	8363	223	€ 1.324,00	718.81	8183	224	€ 3.663,00
Veneto	ospedale	717.83	8145/8026	503		€ 2.129,30	727.61	8363/8021	223	€ 2.491,06	718.31	8182/8021	232	€ 1.158,80
	struttura accreditata	717.83	8145/8026	503		€ 2.129,30	727.61	8363/8021	223	€ 2.491,06	718.31	8182/8021	232	€ 1.158,80

* **DRG ed artroscopia:
quali rimborsi?**

Commissione DRG



Analisi della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) sul confronto tra i costi per DRG e la proposta tariffaria del ministero



Roma, 3 giugno 2009

1-la presentazione della metodologia che costituisce il fondamento dell'analisi dei costi per DRG (vedasi punto 2). Ciò trova fondamento nel fatto che presentare dei dati sui costi senza precisare il metodo relativo non avrebbe il necessario fondamento scientifico; si ricorda, inoltre, come precisato nella prima e nella seconda parte, che la metodologia utilizzata è quella in vigore negli ospedali delle nazioni più avanzate dal lato gestionale ed è validata dal Canadian Institute for Health Information;

2-la riproposizione della pubblicazione della ricerca condotta dalla SIOT sui costi per DRG;

Fig. 1.1: Il processo di realizzazione dell'analisi dei costi (sistema sinottico)

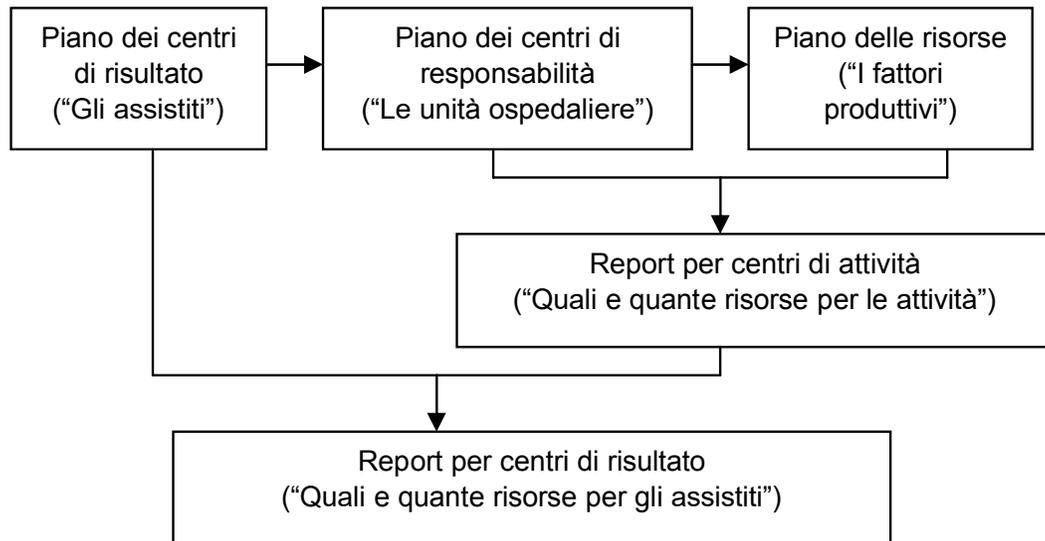
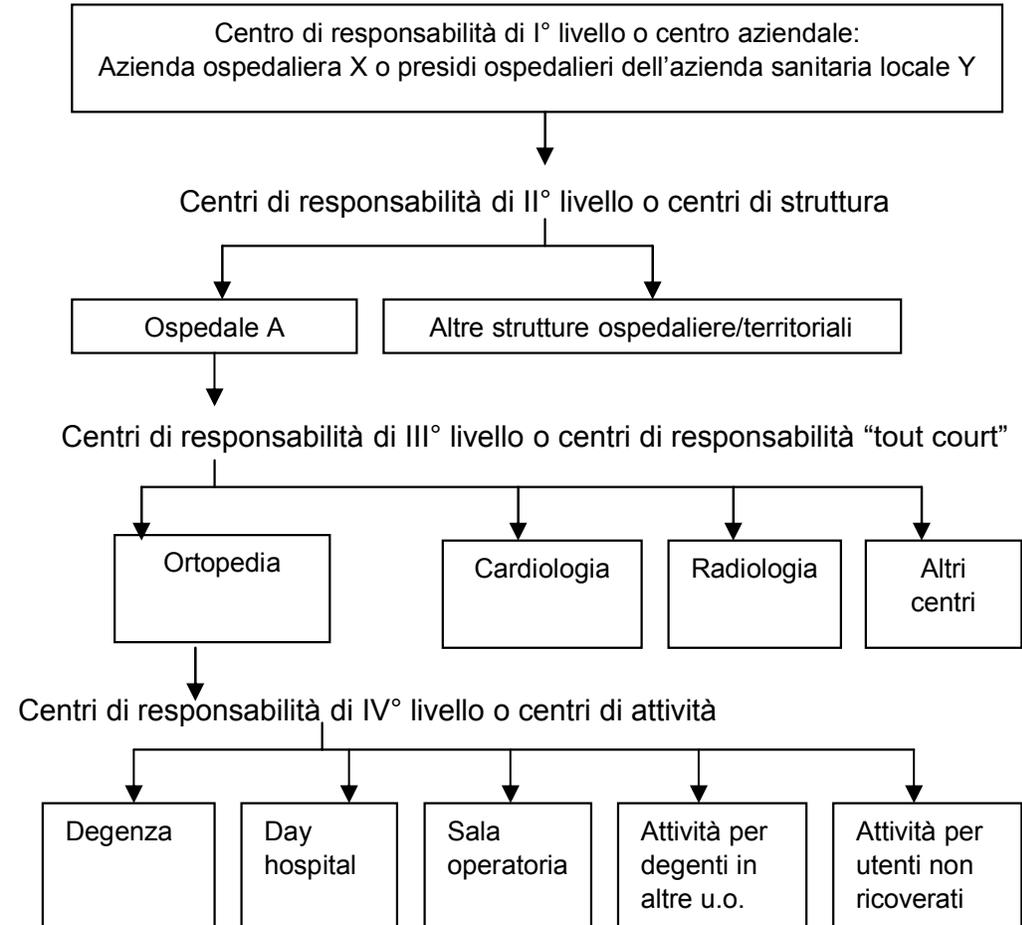


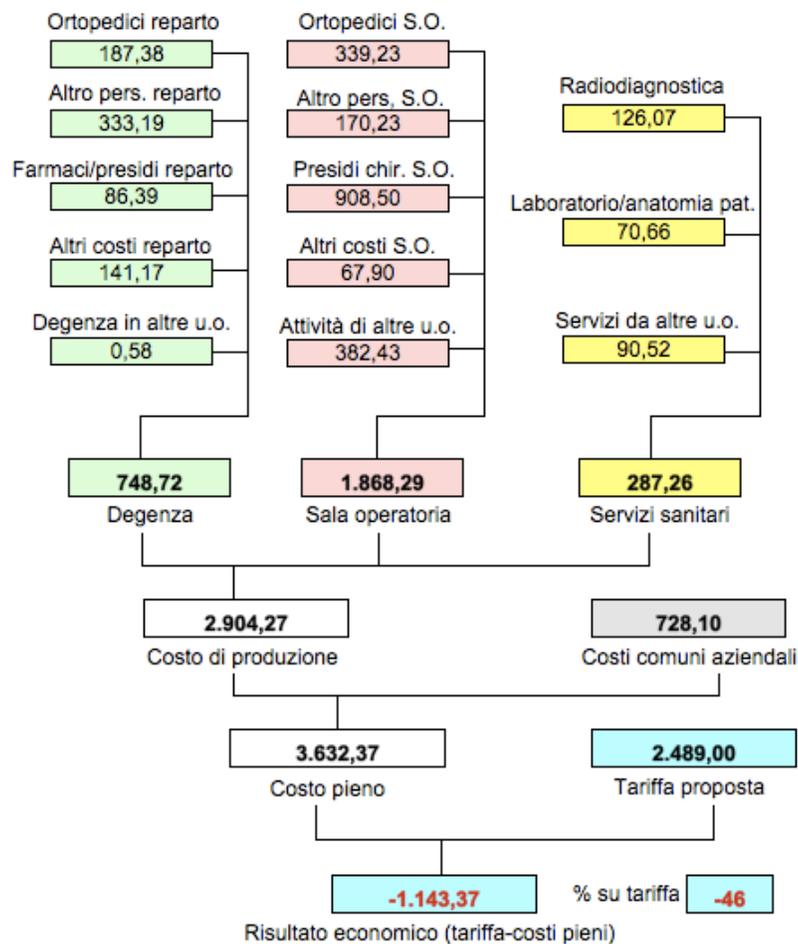
Fig. 1.2: Esempio di piano dei centri di responsabilità





SIOT
Costi medi unitari per DRG / tipo di ricovero

DRG: codice e denominazione				Tipologia ricoveri
232 Artroscopia				Ordinari
GG. ricovero totali	gg. in ortopedia	gg. in rianimaz.	gg. in altre u.o.	Età media
3,757	3,752	0,000	0,004	45



SIOT Costi medi unitari per DRG / tipo di ricovero

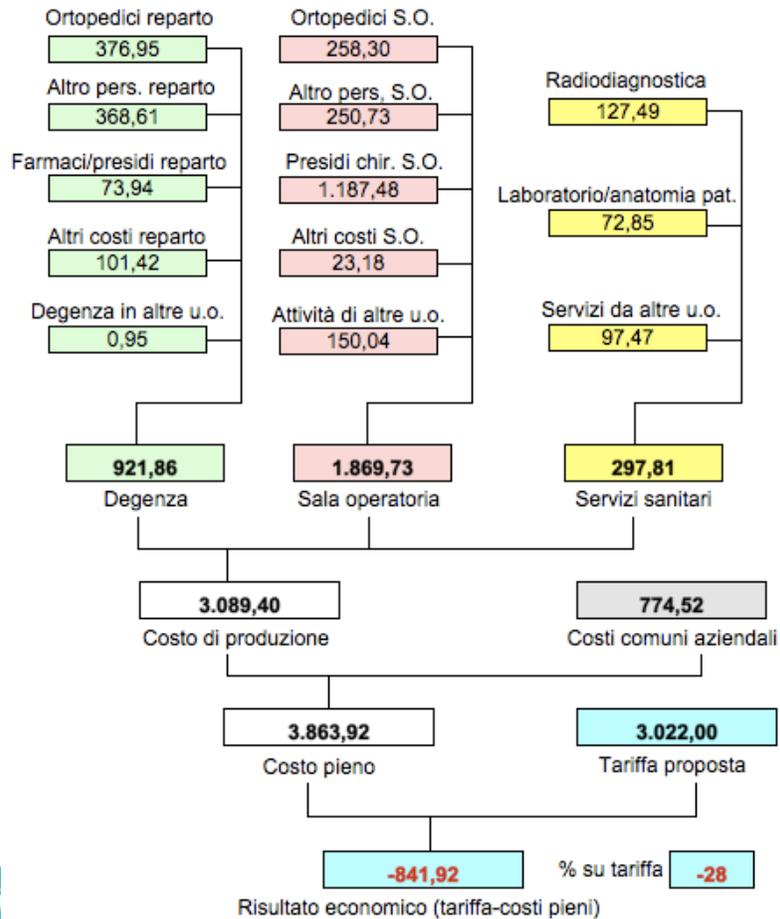
DRG: codice e denominazione

503 Interventi su ginocchio senza dia. principale di infezione

Tipologia ricoveri

Ordinari

GG. ricovero totali	gg. in ortopedia	gg. in rianimaz.	gg. in altre u.o.	Età media
3,890	3,883	0,000	0,007	38



SIOT Costi medi unitari per DRG / tipo di ricovero

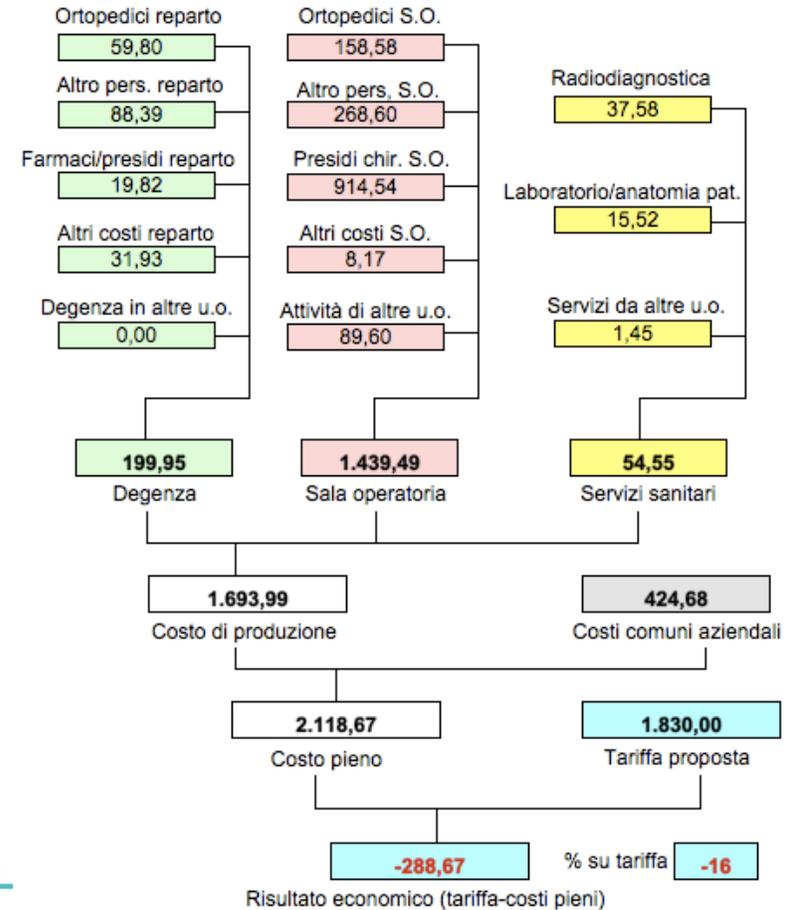
DRG: codice e denominazione

503 Interventi su ginocchio senza dia. principale di infezione

Tipologia ricoveri

DH/DS

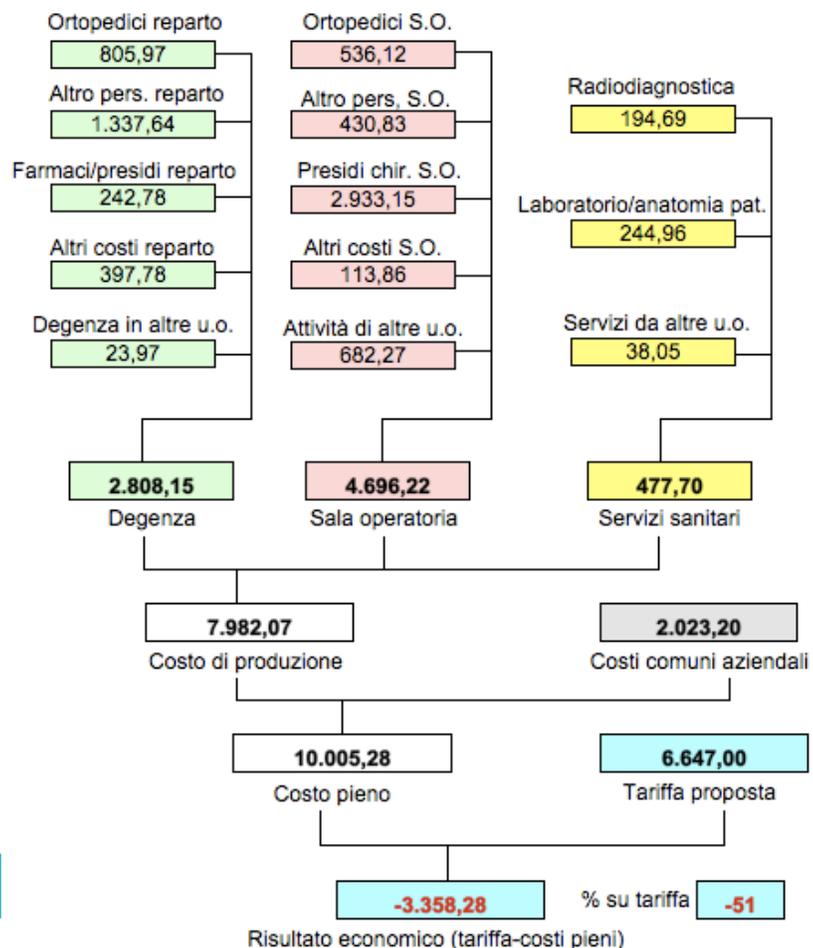
GG. ricovero totali	gg. in ortopedia	gg. in rianimaz.	gg. in altre u.o.	Età media
2,286	2,286	0,000	0,000	48





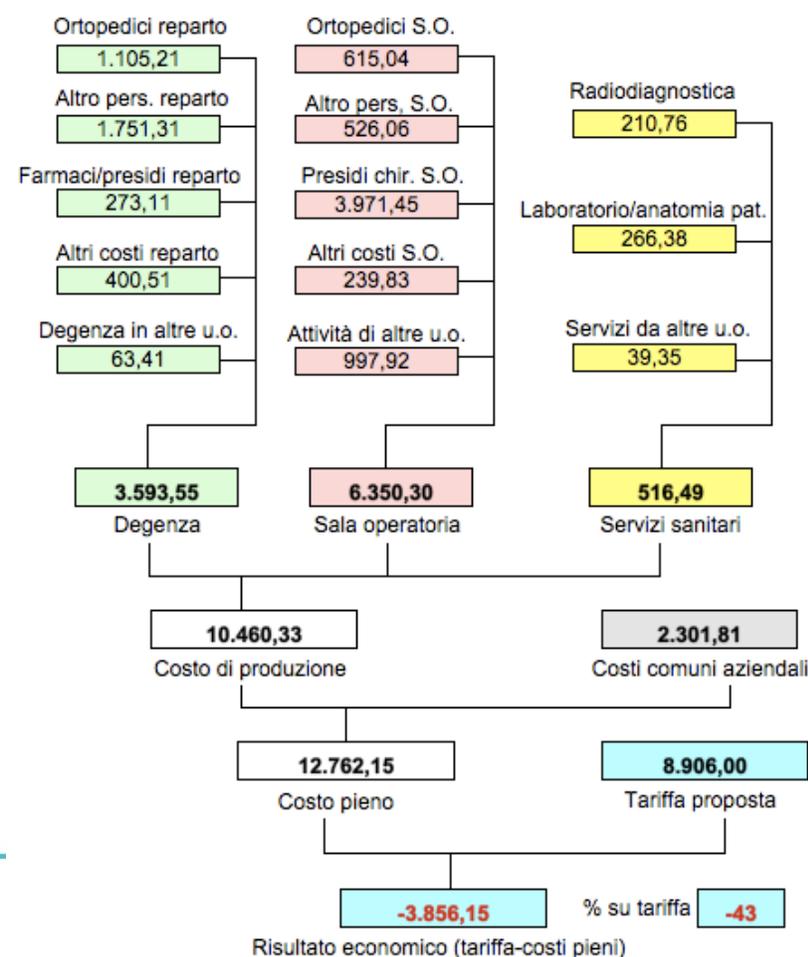
SIOT
Costi medi unitari per DRG / tipo di ricovero

DRG: codice e denominazione	Tipologia ricoveri			Età media
544 Sostituz. art. magg. / reinpianto arti inf.	Ordinari			
GG. ricovero totali	gg. in ortopedia	gg. in rianimaz.	gg. in altre u.o.	
11,063	11,010	0,026	0,027	70



SIOT
Costi medi unitari per DRG / tipo di ricovero

DRG: codice e denominazione	Tipologia ricoveri			Età media
545 Revisione di sost. anca/ginocchio	Ordinari			
GG. ricovero totali	gg. in ortopedia	gg. in rianimaz.	gg. in altre u.o.	
14,515	14,424	0,067	0,024	71





Ministero della Salute
Direzione generale della programmazione sanitaria
Ufficio 6

**Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero**

DATI SDO 2020

Luglio 2022

Rapporto SDO 2020



Ministero della Salute
Direzione generale della programmazione sanitaria
Ufficio 6

**Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero**

DATI SDO 2021

Ottobre 2023

Rapporto SDO 2021



Ministero della Salute
Ex Direzione generale della programmazione sanitaria
Ufficio 6

**Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero**

Dati SDO 2022

SDO | Scheda
Dimissione
Ospedaliera

0002447-20/10/2021-DGOCTS-MDS-P - Allegato Utente 2 (A)



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità

Sessione LI (2019-2022)

Presidente: Prof. Franco Locatelli

Sezione I

Presidente: Prof. Bruno Dallapiccola
 Segretario tecnico: Dr. Stefano Moriconi

**“Riflessioni e prospettive sull’utilizzo dei DRG:
 un nuovo modello di applicazione e sviluppo”**

Coordinatore: Prof. Bruno Dallapiccola
 Vice-coordinatori: Prof. Paolo Vineis - Prof. A. Elio Cardinale

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY.....	4
RIFLESSIONI SULL’UTILIZZO DEI DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) NEL SSN	
1. Storia e ratio dei DRG.....	6
2. Sistema nazionale: contesto <i>as is</i> e criticità.....	8
3. Il vero peso dei DRG nel finanziamento	13
CRITICITA’ DEL SISTEMA DRG: REVISIONE DEI DRG CRITICI - AREE SPECIALISTICHE.....	18
A. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Introduzione.....	20
1. DRG di maggiore criticità:	
A. Chirurgia protesica robotica.....	20
B. Traumi maggiori.....	22
C. Infezioni.....	24
D. Megaprotesi.....	26
2. Criticità ed analisi dei costi	27
3. Conclusioni e Proposte di Policy	33
B. ORL E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	
Introduzione.....	38
1. Gerarchia degli interventi chirurgici nella MDC 3:	
Malattie e disturbi dell’orecchio, del naso e della gola	40
2. Criticità Relative ai DRG della Classe MDC 3.....	42
3. Proposta di Revisione dei DRG Inerenti a:	
A. Patologie Oncologiche.....	43
B. Patologie Otologiche.....	46
C. Patologie Naso-Sinusali.....	48
D. Patologie del Collo.....	50
C. GINECOLOGIA, OSTETRICIA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	
Introduzione.....	61
DRG di maggiore criticità:	
A. Ginecologia: Chirurgia oncologica (microinvasiva e invasiva) non oncologica.....	62
B. Ostetricia.....	68

Tavola 6.5 - Distribuzione della remunerazione teorica (euro) per DRG ad alto rischio di inapproprietezza per regione e regime di ricovero - Attività per Acuti - Anno 2021 (segue)

REGIONE	467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute				490 - H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate				503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione			
	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno
Piemonte	248.816	94.347	490.990	33,6	6.799	523	103.746	6,2	3.294.040	5.740.467	6.088.903	35,1
Valle d'Aosta	11.663	4.290	10.158	53,4	-	261	12.550	-	92.394	267.139	293.971	23,9
Lombardia	1.055.455	475.516	1.647.765	39,0	3.399	1.055	356.167	0,9	9.466.348	3.371.389	6.624.254	58,8
P.A. Bolzano	63.276	15.953	106.135	37,4	-	-	2.458	-	1.570.695	624.662	1.051.573	59,9
P.A. Trento	65.287	11.523	34.059	65,7	523	-	2.458	17,5	1.918.176	98.419	200.773	90,5
Veneto	595.629	204.828	543.423	52,3	1.307	1.307	106.616	1,2	2.133.092	2.374.119	3.571.485	37,4
Friuli V.G.	270.399	53.206	295.229	47,8	27.718	261	45.049	38,1	5.384.952	805.433	1.135.029	82,6
Liguria	408.883	26.809	261.420	61,0	14.382	523	81.627	15,0	1.391.933	835.561	986.484	58,5
Emilia Romagna	563.052	254.960	764.275	42,4	302.283	1.586	209.569	59,1	15.044.122	5.357.856	8.987.521	62,6
Toscana	505.004	136.317	386.148	56,7	31.117	261	91.196	25,4	7.397.530	3.362.370	3.815.720	66,0
Umbria	111.806	19.707	45.472	71,1	15.428	-	22.119	41,1	2.341.982	986.203	1.148.466	67,1
Marche	38.207	28.820	152.014	20,1	8.368	-	14.746	36,2	2.241.554	1.815.739	2.073.195	52,0
Lazio	3.054.827	208.946	1.051.580	74,4	111.918	2.118	235.968	32,2	11.667.731	3.368.357	4.889.157	70,5
Abruzzo	320.404	60.592	176.221	64,5	303.590	-	18.851	94,2	1.622.917	879.750	1.296.077	55,6
Molise	29.091	9.518	39.779	42,2	75.048	-	2.458	96,8	90.385	54.231	158.413	36,3
Campania	1.663.418	171.163	549.079	75,2	3.669.229	1.316	157.610	95,9	1.781.594	465.986	1.654.555	51,8
Puglia	187.148	125.046	439.594	29,9	12.029	261	81.458	12,9	586.500	1.178.041	2.281.529	20,4
Basilicata	26.812	4.823	62.848	29,9	11.506	-	14.746	43,8	112.479	114.488	174.904	39,1
Calabria	134.596	16.617	115.304	53,9	621.039	523	29.643	95,4	128.548	261.113	408.884	23,9
Sicilia	664.134	167.924	719.414	48,0	13.597	532	64.432	17,4	1.470.267	210.899	1.275.504	53,5
Sardegna	991.777	51.323	257.976	79,4	671.768	784	99.092	87,1	2.337.965	2.566.941	2.817.527	45,3
ITALIA	11.009.684	2.142.228	8.148.883	57,5	5.901.048	11.311	1.752.559	77,1	72.075.204	34.739.163	50.933.924	58,6

Direzione generale della programmazione sanitaria - Ufficio 6

Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inapproprietezza se erogati in Regime ordinario.

Dal computo dei ricoveri a rischio inapproprietezza sono esclusi:

- ricoveri urgenti afferenti ai DRG 065, 131, 133, 134, 142, 184, 208, 243, 281, 282, 294, 324, 326, 395, 426, 427, 467;
- ricoveri per trapianto di cornea (codice di procedura ICD-9-CM 11.6*) afferenti al DRG 042;
- ricoveri afferenti al DRG 262 senza codici di procedura ICD-9-CM 85.20 e 85.21;
- ricoveri afferenti ai DRG 160, 162 e 163 erogati in regime ordinario con degenza di un giorno.

Pertanto, i valori riportati nella presente tabella non sono confrontabili con quelli nella tabella 6.4, che prende in esame il totale dell'attività erogata, senza applicare le esclusioni di cui sopra.

Si evidenzia che la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero, poste a carico del S.S.N., è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni ricovero sia remunerato in ogni regione secondo i valori delle tariffe di riferimento nazionali ex d.m.18/10/2012 e la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. Pertanto, i valori riportati non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera.

Per l'individuazione delle giornate oltresoglia per il calcolo della remunerazione teorica sono state utilizzate le soglie DRG 24 ex d.m.18/12/2008.

Sono stati considerati i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, esclusi i solventi.

Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2021

Tavola 4.6 - Distribuzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza per regione e regime di ricovero - Attività per Acuti - Anno 2021

REGIONE	503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione				538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC				563 - Convulsioni, età > 17 anni senza CC				564 - Cefalea, età > 17 anni			
	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno	Regime diurno	Regime ordinario 1 giorno	Totale Regime ordinario	% Regime diurno
Piemonte	1.640	2.858	3.040	35,0	1.148	1.255	1.531	42,9	2	16	320	0,6	50	12	136	26,9
Valle d'Aosta	46	133	147	23,8	33	18	36	47,8	-	-	13	-	-	1	4	-
Lombardia	4.713	1.679	3.445	57,8	6.477	1.107	2.522	72,0	6	42	1.419	0,4	23	19	519	4,2
P.A. Bolzano	782	311	544	59,0	672	152	246	73,2	4	23	126	3,1	4	16	62	6,1
P.A. Trento	955	49	100	90,5	625	45	73	89,5	1	10	116	0,9	2	2	50	3,8
Veneto	1.062	1.182	1.802	37,1	2.332	1.211	1.681	58,1	9	29	657	1,4	46	20	231	16,6
Friuli V.G.	2.681	401	573	82,4	596	345	461	56,4	10	11	239	4,0	17	5	66	20,5
Liguria	693	416	473	59,4	795	347	675	54,1	12	17	179	6,3	20	19	114	14,9
Emilia Romagna	7.490	2.668	4.626	61,8	2.717	1.987	3.135	46,4	8	47	785	1,0	24	23	309	7,2
Toscana	3.683	1.675	1.913	65,8	1.439	713	1.052	57,8	30	27	454	6,2	29	8	121	19,3
Umbria	1.166	491	575	67,0	230	202	317	42,0	-	12	186	-	9	13	112	7,4
Marche	1.116	904	1.046	51,6	426	360	503	45,9	1	8	119	0,8	-	3	28	-
Lazio	5.809	1.677	2.484	70,0	1.892	1.027	1.885	50,1	627	30	522	54,6	90	22	171	34,5
Abruzzo	808	438	661	55,0	335	197	409	45,0	9	5	80	10,1	46	4	23	66,7
Molise	45	27	84	34,9	124	19	58	68,1	3	5	442	0,7	257	3	50	83,7
Campania	887	232	881	50,2	1.023	251	1.027	49,9	71	38	459	13,4	170	16	193	46,8
Puglia	292	587	1.185	19,8	201	275	915	18,0	-	23	289	-	4	14	203	1,9
Basilicata	56	57	90	38,4	86	46	108	44,3	-	8	109	-	1	2	42	2,3
Calabria	64	130	205	23,8	557	263	379	59,5	17	10	90	15,9	28	2	37	43,1
Sicilia	732	105	668	52,3	1.116	103	738	60,2	6	16	266	2,2	11	23	170	6,1
Sardegna	1.164	1.278	1.411	45,2	236	218	381	38,2	4	47	263	1,5	55	24	87	38,7
ITALIA	35.884	17.298	25.953	58,0	23.060	10.141	18.132	56,0	820	424	7.133	10,3	886	251	2.728	24,5

Direzione generale della programmazione sanitaria - Ufficio 6

Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2021

Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriatazza se erogati in Regime ordinario.

Dal computo dei ricoveri a rischio inappropriatazza sono esclusi:

- ricoveri urgenti afferenti ai DRG 065, 131, 133, 134, 142, 184, 208, 243, 281, 282, 294, 324, 326, 395, 426, 427, 467;
- ricoveri per trapianto di cornea (codice di procedura ICD-9-CM 11.6*) afferenti al DRG 042;
- ricoveri afferenti al DRG 262 senza codici di procedura ICD-9-CM 85.20 e 85.21;
- ricoveri afferenti ai DRG 160, 162 e 163 erogati in regime ordinario con degenza di un giorno.



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

**REFERTO AL PARLAMENTO SULLA
GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI
SANITARI REGIONALI**

ESERCIZI 2020-2021

DELIBERAZIONE N. 19/SEZAUT/2022/FRG



#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità

Sessione LII (2019-2022)

Presidente: Prof. Franco Locatelli

Sezione I

Presidente: Prof. Bruno Dallapiccola
 Segretario tecnico: Dr. Stefano Moriconi

“Riflessioni e prospettive sull'utilizzo dei DRG: un nuovo modello di applicazione e sviluppo”

Coordinatore: Prof. Bruno Dallapiccola
 Vice-coordinatori: Prof. Paolo Vineis - Prof. A. Elio Cardinale

12 ottobre 2021

INDICE	
EXECUTIVE SUMMARY.....	4
RIFLESSIONI SULL'UTILIZZO DEI DRG (Diagnosis Related Groups) NEL SSN	
1. Storia e ratio dei DRG.....	6
2. Sistema nazionale: contesto <i>as is</i> e criticità.....	8
3. Il vero peso dei DRG nel finanziamento	13
CRITICITA' DEL SISTEMA DRG: REVISIONE DEI DRG CRITICI - AREE SPECIALISTICHE.....	
A. ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA	
Introduzione.....	
20	
1. DRG di maggiore criticità:	
A. Chirurgia protesica robotica.....	20
B. Traumi maggiori.....	22
C. Infezioni.....	24
D. Megaprotesi.....	26
2. Criticità ed analisi dei costi	27
3. Conclusioni e Proposte di Policy	33
B. ORL E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	
Introduzione.....	
38	
1. Gerarchia degli interventi chirurgici nella MDC 3:	
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	40
2. Criticità Relative ai DRG della Classe MDC 3.....	42
3. Proposta di Revisione dei DRG Inerenti a:	
A. Patologie Oncologiche.....	43
B. Patologie Otologiche.....	46
C. Patologie Naso-Sinusali.....	48
D. Patologie del Collo.....	50
C. GINECOLOGIA, OSTETRICIA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	
Introduzione.....	
61	
DRG di maggiore criticità:	
A. Ginecologia: Chirurgia oncologica (microinvasiva e invasiva) non oncologica.....	62
B. Ostetricia.....	68

3. CONCLUSIONI E PROPOSTE DI POLICY

Sulla scorta dell'analisi delle criticità crediamo opportuno puntare l'attenzione su almeno quattro elementi:

7. il sistema tariffario attualmente vigente è decisamente sottostimato rispetto ai costi reali dell'attività di ricovero dell'Ortopedia/Traumatologia in particolare per quanto concerne l'attività chirurgica con impianto di Megaprotesi (-58%)
8. “penalizzazione” e “premia” in modo incoerente i diversi tipi di ricovero, “penalizza” le Ortopedie aventi i casi più complessi a vantaggio delle unità che presentano per la maggior parte interventi routinari e di più limitata complessità;
9. con riguardo ai DRG ordinari, ovvero il DRG217-Int. su articolazioni maggiori e reimpianti arti inferiori, ed il DRG 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori – 545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio, vi è l'esigenza di una riconsiderazione profonda delle relative tariffe sia per il fatto che essi rappresentano di gran lunga, riguardo alla degenza ordinaria, la tipologia di casi più ricorrente nelle Ortopedia/Traumatologie (da soli rappresentano il 40,3% del totale delle dimissioni delle strutture analizzate), sia per il fatto che il disavanzo dei due DRG in esame rappresenta il 45% del totale del risultato economico negativo di tutte le Ortopedie/Traumatologie oggetto della ricerca. Di conseguenza, “riconsiderare” correttamente le tariffe ovvero “allineare” le stesse a al livello dei costi realmente sostenuti per questi DRG che permetterebbe di avvicinare il sistema di finanziamento attraverso le tariffe DRG alle reali esigenze dei pazienti delle Ortopedie/Traumatologie;
10. sarebbe opportuno tariffare non solo il DRG in quanto episodio di ricovero, ma anche, a parte, procedere ad una tariffazione per tipologia di intervento chirurgico, poiché in Ortopedia, e in molte branche specialistiche, non vi possono essere “all'interno” di un dato DRG differenti interventi chirurgici che comportano costi assai diversi tra loro.
11. Istituire Unità Operative Ortopediche dedicate al trattamento di patologie ad “altissima complessità” distribuite nel territorio Nazionale individuando volumi, potenzialità strumentali e professionalità. I pazienti affetti da Infezioni dell'osso o neoplasie, come già succede per il politrauma, che necessitano della presenza di multidisciplinarietà o per i quali è richiesta una chirurgia ad alto livello di tecnologia come nella chirurgia robotica, verrebbero convogliati su centri HUB attrezzati per professionalità e livelli organizzativi dedicati. In questi centri il sistema di remunerazione della prestazione non dovrebbe tenere conto del solo peso del DRG chirurgico ma verrebbe distribuito forfettariamente in base alla diagnosi, adeguando la tariffa al livello dei costi realmente sostenuti dalla struttura. Un sistema di controllo mediato da linee guida per i percorsi clinici e dall'attuale controllo di gestione per quello economico potrebbe provvedere ad allineare il sistema di finanziamento alle reali esigenze dei pazienti.

disciplina di tali scambi, occorre aggiornare le regole procedurali di carattere tecnico-operativo, il Ministero della giustizia provvede con uno o più decreti emanati ai sensi del comma 1-bis all'adeguamento delle regole procedurali ivi indicate.

2. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice identificativo di cui all'articolo 43, il decreto dirigenziale è adottato sentito altresì il Ministero dell'interno. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice fiscale, fatte salve la disciplina in materia di anagrafe tributaria e codice fiscale e le relative competenze del Ministero dell'economia e delle finanze e delle agenzie fiscali, il decreto è adottato altresì sulla base delle prescrizioni tecniche stabilite con decreto dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze.

3. Le tecnologie informatiche sono finalizzate a prevenire e correggere eventuali errori nella immissione, scambio, trasmissione e conservazione dei dati, anche in collegamento con il sistema informatizzato dei registri.»

«Art. 43 (Codice identificativo sulla base delle impronte digitali). — 1. Al fine di consentire la sicura riferibilità di un procedimento ad un cittadino di Stato appartenente all'Unione europea, che non abbia il codice fiscale, ad un cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza o ad un apolide, con decreto dirigenziale del Ministero della giustizia, di concerto con il Ministero dell'interno, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie - e il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabilite le regole tecniche che consentono, nei casi previsti dal presente testo unico, l'adozione di un codice identificativo attraverso l'utilizzazione del sistema di riconoscimento delle impronte digitali esistente presso il Ministero dell'interno, come eventualmente modificato o integrato dalla normativa di attuazione prevista dall'art. 34 della legge 30 luglio del 2002, n. 189, e successive modificazioni.

2. Con lo stesso decreto di cui al comma 1, possono essere de-

7. L'Ufficio centrale indica il parametro "decisioni non penali" soltanto nei casi in cui lo Stato membro di cui la persona interessata ha la cittadinanza fornisca, su base volontaria, informazioni su dette decisioni in risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne.»

— Per l'articolo 42 del citato decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, si vedano le note all'articolo 3.

22G00083

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
 E DELLE FINANZE

SOMMARIO

1. **PREMESSA**.....

2. **SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN**

3. **STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO**.....

4. **DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI**

5. **CASA DELLA COMUNITÀ**.....

6. **INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ**.....

7. **UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**.....

8. **CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE**.....

9. **CENTRALE OPERATIVA 116117**.....

10. **ASSISTENZA DOMICILIARE**.....

11. **OSPEDALE DI COMUNITÀ**

12. **RETE DELLE CURE PALLIATIVE**

13. **SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE**

14. **PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO**

15. **TELEMEDICINA**.....

16. **SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITÀ**

Lunedì 04 DICEMBRE 2023

Che ne è dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere (e dei sistemi di classificazione Sdo/Drg correlati)?

Siamo praticamente ad autunno 2023 e non posso che constatare come la scadenza del 30 giugno u.s. per l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere (e dei sistemi di classificazione Sdo/Drg correlati) non sia stata rispettata (e che sia pressoché trascorsa sotto silenzio).

Eppure si trattava di una norma contenuta nell'unica "finanziaria del Governo Draghi" e cioè la Legge 30 dicembre 2021 n. 234, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (GU Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49), in cui è presente all'art.1, il Comma 280 (Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera), che così recita: *Al fine di aggiornare le valutazioni inerenti all'appropriatezza e al sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dal Servizio sanitario nazionale, entro il 30 giugno 2023, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera.*

Le predette tariffe massime, come aggiornate con il decreto di cui al primo periodo, costituiscono limite tariffario invalicabile per le prestazioni rese a carico del Servizio sanitario nazionale e sono aggiornate ogni due anni con la medesima procedura di cui al primo periodo.

Si sono sottolineate la scadenza "perentoria" del 30 giugno 2023 (trascorsa "invano"), e le ultime parole del primo periodo perché è proprio sull'urgenza dell'aggiornamento dei sistemi di classificazione della SDO (con particolare riferimento a quello relativo alla codifica degli item che descrivono le diagnosi), e più in generale sull'aggiornamento dei flussi informativi sanitari, non solo ospedalieri, che si intende porre l'attenzione ed esprimere qualche preoccupazione.


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI 2024 Report su dati 2023

29 OTTOBRE 2024

Sala Plenaria Marco Biagi, CNEL
 Viale David Lubin 2, Roma

Programma

Caffè di benvenuto

<p>Ore 10 SALUTI ISTITUZIONALI</p> <p>Massimiliano Monnanni <i>Segretario Generale CNEL</i></p> <p>Orazio Schillaci <i>Ministro della Salute</i></p> <p>Manuela Lanzarin <i>Presidente f.f. AGENAS</i></p> <p>Andrea Piccioli <i>Direttore Generale ISS</i></p> <p>Ore 10.30 PNE 2024 – I RISULTATI</p> <p>Giulio Siccardi <i>Portale della Trasparenza AGENAS</i></p> <p>Giovanni Baglio <i>Direttore Ricerca AGENAS</i></p> <p>Marina Davoli <i>Responsabile tecnico PNE AGENAS</i></p> <p>Marco Di Marco <i>Dirigente PNE e Relazioni Internazionali AGENAS</i></p> <p>Giorgia Duranti <i>Indicatori PNE AGENAS</i></p>	<p>Ore 12 TAVOLA ROTONDA</p> <p>Luciano Ciocchetti <i>Vice Presidente della XII Commissione Affari Sociali</i></p> <p>Alessandro Mantovani <i>Giornalista Il Fatto Quotidiano</i></p> <p>Giovanni Esposito <i>Presidente Scuola di Medicina Università Federico II, Napoli Ordinario di Cardiologia Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate Past-President della Società Italiana di Cardiologia Interventistica (SICI-GISE)</i></p> <p>Alberto Momoli <i>Presidente SIOT</i></p> <p>Ore 12.45 PREMIAZIONI</p> <p>Domenico Mantoan <i>Direttore Generale AGENAS</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Light Lunch</i></p> <p>Moderatrice Ester Marago <i>Giornalista Quotidiano Sanità</i></p>
--	---



**Agenzia per la Rappresentanza
Negoziale delle Pubbliche
Amministrazioni**

AREA SANITA'			
ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%	CONFEDERAZIONE
ANAAO ASSOMED	18.038	25,92%	COSMED
FEDERAZIONE CIMO-FESMED	13.331	19,15%	CIDA
AARO I EMAC	7.563	10,87%	COSMED
FASSID	6.705	9,63%	CODIRP
FP CGIL	6.012	8,64%	CGIL
FVM	5.674	8,15%	COSMED
UIL FPL	4.207	6,04%	UIL
FEDERAZIONE CISL MEDICI	4.187	6,02%	CISL
FIALS	554	0,80%	
CISL FP	525	0,75%	
USPPI SANITA'	404	0,58%	
FIMMG	401	0,58%	
SIDIRMED	184	0,26%	
FSI-USAE	167	0,24%	
UGL SALUTE	128	0,18%	
SNR	127	0,18%	
SAUES	113	0,16%	
USSMO	108	0,16%	
AUPI	91	0,13%	
SINAFO	78	0,11%	
SNALV	47	0,07%	
CSE SANITA'	45	0,06%	
FEDISETS	38	0,05%	
ANDPROSAN	36	0,05%	
USB PI	35	0,05%	
UGS	29	0,04%	
FISI	23	0,03%	
CISAL SANITA'	19	0,03%	
CISAL FPC	16	0,02%	
FEDERAZIONE GILDA UNAMS	16	0,02%	
SAPMI	16	0,02%	
NURSIND	14	0,02%	
CISL FSUR	13	0,02%	
SAVT	11	0,02%	
NURSING UP	10	0,01%	
AIPAC	9	0,01%	
AMCO	8	0,01%	
SPES	8	0,01%	
SUL	8	0,01%	
COBAS PI	7	0,01%	
CONFAEL SANITA'	6	0,01%	
COS	6	0,01%	
CUB SANITA' ITALIANA	6	0,01%	
SIMET	6	0,01%	
FIADEL	5	0,01%	
UMUS	5	0,01%	
ANPO	4	0,01%	

AREA SANITA'			
ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%	CONFEDERAZIONE
CISAS	4	0,01%	
COBAS SANITA' UNIVERSITA' E RICERCA	4	0,01%	
CONFIAL	4	0,01%	
CUB	4	0,01%	
SDS SNABI	4	0,01%	
COBAS	3	0,00%	
CSA REGIONI AUTONOMIE LOCALI	3	0,00%	
SELP	3	0,00%	
SMI	3	0,00%	
ULAS	3	0,00%	
UMI	3	0,00%	
ANPO ASCOTI	2	0,00%	
CISAL	2	0,00%	
FELDA	2	0,00%	
GILDA	2	0,00%	
SICAMBIACON	2	0,00%	
SNALS CONFAL	2	0,00%	
USI	2	0,00%	
ADONP	1	0,00%	
ANMDO	1	0,00%	
ASMDOI	1	0,00%	
ASU	1	0,00%	
CISL	1	0,00%	
COAS	1	0,00%	
CONFINTESA	1	0,00%	
CONFAL	1	0,00%	
CSS	1	0,00%	
CUB PI	1	0,00%	
DIRSTAT FIALP	1	0,00%	
FLP	1	0,00%	
GIL SANITA'	1	0,00%	
NUOVA ASCOTI	1	0,00%	
SGB	1	0,00%	
SIMMFIR	1	0,00%	
SUNAS	1	0,00%	
UNSAIU	1	0,00%	
Deleghe non attribuibili	52	0,07%	
Deleghe di valore inferiore al 50% media di settore	436	0,63%	
TOTALE	69.601	100,00%	

TITOLO VII

MISURE IN MATERIA DI SANITÀ

ART. 47.

(Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale) Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è incrementato di 1.302 milioni di euro per l'anno 2025.....

ART. 48.

(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

ART. 49.

(Misure in materia di farmaci innovativi, antibiotici reserve e farmaci ad innovatività condizionata)

ART. 50.

(Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie) è autorizzata la spesa di 77 milioni di euro per l'anno 2025, destinata ai *Diagnosis Related Groups (DRG)* post acuzie e, a decorrere dall'anno 2026, di 1.000 milioni di euro annui, destinata rispettivamente per 350 milioni di euro ai DRG post acuzie e per 650 milioni di euro ai DRG per acuti.

ART. 51.

(Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e importi tariffari)

ART. 52.

(Piano pandemico 2025-2029)

ART. 53.

(Misure per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto)

ART. 54.

(Dematerializzazione delle ricette mediche cartacee per la prescrizione di farmaci a carico del SSN, dei SASN e dei cittadini)

ART. 55.
(Accordi bilaterali fra le regioni per la mobilità sanitaria) (da valutare con sistema RIAP)

ART. 56.
(Incremento indennità pronto soccorso)

ART. 56.
(Incremento indennità pronto soccorso)

ART. 58.
(Incremento delle risorse per le cure palliative)

ART. 59.
(Disposizioni per i medici in formazione specialistica)

ART. 60.
(Implementazione della presenza negli istituti penitenziari di professionalità psicologiche esperte per la prevenzione e il contrasto di specifici reati)

ART. 61.
(Incremento dell'indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria)

ART. 62.
(Incremento dell'indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica)

ART. 63.
(Incremento dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute)

ART. 64. *(Premialità liste di attesa)* **all'item H Liste di Attesa previsto nel questionario LEA è vincolata una quota pari a 50 milioni di euro per l'aa 2025 e 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026**

ART. 65.
(Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale)

ART. 66.
(Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze)



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

Quali possono essere le proposte?

- Partecipazione attiva ad attività sindacale e CIC
- Proposta di confronto con Conferenza Stato Regioni