



FLUSSO INFORMATIVO RICOVERI OSPEDALIERI (SDO)

PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE

- Tracciati XML -

SOMMARIO

NOTE ALLA VERSIONE	3
1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
1.1 Obiettivi e ambito di applicazione	4
1.2 Tariffario ufficiale regionale	4
1.3 Riferimenti normativi	5
2. LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE – INQUADRAMENTO	10
2.1 Le procedure nel sistema centralizzato di elaborazione	10
2.2 SDO oggetto di valorizzazione	10
2.3 Competenza / Extracompetenza	10
2.4 Le tabelle per la valorizzazione economica	11
2.5 Decimali a arrotondamenti	11
2.6 Classificazione DRG adottata	11
2.7 Nota sulla valorizzazione economica e la relativa reportistica di riferimento	11
3. PRIMA VALORIZZAZIONE E RIVALORIZZAZIONI	12
3.1 Definizioni	12
3.2 Algoritmo di valorizzazione	13
3.3 Valore del ricovero	14
3.3.1 Ricoveri di acuzie	14
3.3.1.1 Remunerazioni sostitutive per endoprotesi o procedure ad alto costo	15
3.3.1.2 Remunerazioni aggiuntive per endoprotesi	15
3.3.1.3 Remunerazioni dei trapianti	16
3.3.1.4 Casi di valorizzazione economica a zero della SDO	16
3.3.1.5 Discipline di post-acuzie 28, 56, 75, 60 e neuropsichiatrica	17
3.3.2 Regime di ospedalizzazione domiciliare	18
3.4 Eventuali abbattimenti	19
3.4.1 Libera Professione	19
3.4.2 Ricoveri ripetuti	19
3.4.3 Chemioterapia con farmaco ad alto costo rilevato tramite flusso F	19
3.4.4 Ricoveri in DH di RRF	20
3.5 Eventuali tariffe aggiuntive	21
3.5.1 Casi soggetti a tariffe aggiuntive non abbattibili	21
4. CHIUSURA CONTABILE	22
4.1 Ricoveri contemporanei o sovrapposti	22
4.2 Ricoveri di postacuzie di prosecuzione	22
4.3 Ricoveri di RRF - Continuità	24
4.4 Ricoveri in Lungodegenza - Continuità	25
4.5 Ricoveri in DH di RRF	26
4.6 Ricoveri con somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo rilevato nel flusso F	26
4.7 LEA Chirurgici e Medici - Appropriatezza	27
4.8 LEA Oncologici - drg 410	28
4.9 Ricoveri Ripetuti	29
5. TABELLE DEL TARIFFARIO	30

NOTE ALLA VERSIONE

Rispetto alla versione precedente sono state apportate le seguenti modifiche:

- Aggiornamento della sezione dei Riferimenti Normativi (*par. 1.3 Riferimenti Normativi*)
- Corretto refuso inerente i Ricoveri Ripetuti relativo alla provenienza assistito 05 – trasferito da istituto pubblico (*par. 4.9 Ricoveri Ripetuti*)
- Modificato il paragrafo relativo alla continuità per i ricoveri RRF in relazione alla gestione delle SDO di prosecuzione introdotte dalla D.G.R. n. 30-6425 del 26.01.2018 (*par. 4.3 Ricoveri di RRF - Continuità*)

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Obiettivi e ambito di applicazione

Il presente documento descrive le procedure di **valorizzazione economica** applicate alle Schede di dimissione Ospedaliera (SDO) dal Sistema centralizzato di elaborazione del flusso informativo.

Costituisce il complemento al Disciplinare tecnico del Flusso informativo ricoveri ospedalieri – SDO (Verdone) che ne descrive i controlli e **si applica ai dimessi a partire dal 1 gennaio 2018¹**.

E' scorporato da tale documento, oltre che per comodità di consultazione, perché Regione Piemonte può disporre provvedimenti (tipicamente in forma di delibera) che impattano sulla valorizzazione delle SDO ma non sul sistema dei controlli o viceversa: modifiche ai controlli possono non avere riflessi sulle logiche di valorizzazione.

Si invita comunque a considerare unitariamente la documentazione tecnica relativa al Flusso SDO dal momento che le procedure di valorizzazione economica si inscrivono per intero nel complesso del sistema di acquisizione, controllo, gestione e restituzione delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e ne costituiscono parte integrante.

Si ricorda che – con nota n. 24174/A1403A del 29.12.2015 – la valorizzazione delle SDO è unicamente a tariffa.

N.B.: il concetto di valorizzazione economica non va confuso con quello di valorizzazione informatica. Il primo attiene alla definizione del valore economico della SDO mentre il secondo riguarda la presenza di un dato all'interno di una struttura, sia essa un database o un tracciato.

Il presente documento riguarda solo e unicamente la valorizzazione economica per cui a questo concetto ci si riferisce quand'anche si usasse la dizione semplificata "valorizzazione".

1.2 Tariffario ufficiale regionale

In analogia a quanto sopra, costituisce parte integrante del presente documento il **tariffario** ufficiale regionale, che per facilitarne la consultabilità è stato scorporato in formato excel.

Ogni qual volta nel corso del presente documento vengono citate tabelle (numerate e titolate) si intende fare riferimento a quelle presenti nel tariffario.

¹ Si ricorda che rientrano in tale tipologia i "ricoveri a scavalco" cioè relativi a pazienti ricoverati prima del 1 gennaio 2018 e dimessi a partire da questa data.

1.3 Riferimenti normativi

- **D.M. 28.12.1991**
Istituzione scheda di dimissione ospedaliera.
- **D.M. 26.7.1993**
Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.
- **D.G.R. 18.9.1995 N. 70-1459**
Determinazione delle tariffe ospedaliere da riconoscersi agli erogatori pubblici e privati del Servizio Sanitario Regionale.
- **D.G.R. 6.8.1997 n. 156-21885 e s.m.i**
Provvisorio accreditamento degli Istituti di cura privati.
- **D.G.R. 27.10.1997 n. 44-22844**
Rideterminazione delle tariffe per attività ospedaliere e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio Sanitario Regionale
- **D.G.R. 29.12.1997 n. 59-23768**
Interventi di cardiocirurgia. Determinazione delle tariffe da corrispondersi alle Case di cura private provvisoriamente accreditate con decorrenza 1.1.1997
- **D.G.R. 30.12.1998 n. 31-26419**
Revisione delle modalità di addebito delle prestazioni per la compensazione della mobilità sanitaria dei cittadini.
- **D.M. 27.10.2000 n. 380**
Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.
- **D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380**
Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale.
- **D.G.R. 22.7.2002 n. 70-6732**
Integrazione e modifica della D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380. Rideterminazione delle percentuali di riferimento per l'incremento tariffario per la funzione universitaria e l'appropriatezza dei ricoveri.
- **D.G.R. 5.8.2002 n. 46-6882**
Recepimento accordo tra Regione Piemonte e associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato per l'attività di ricovero per l'anno 2002. Budget e aggiornamento tariffario per l'anno 2002.
- **D.G.R. 30.12.2002 n. 28-8148**
Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da strutture pubbliche, equiparate e private accreditate per l'anno 2003.
- **D.G.R. 02.03.2004 n. 60-11906**
Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate
- **D.G.R. 18.05.2004 n. 29-12508**
Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate – seconda parte.

- **D.G.R. 25.10.2004 n. 37-13743**
Determinazione delle percentuali dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatazza” di cui all’allegato 2C del D.P.C.M 29 novembre 2001 di definizione dei LEA
- **D.G.R. 23.03.2005 n. 41-15180**
Recepimento accordo tra Regione Piemonte e Associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato, in merito alle modalità per la determinazione del budget delle strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate, nonché in merito alla definizione delle attività di ricovero in RRF 1° livello ed in lungodegenza post-acuzie delle strutture private definitivamente accreditate
- **D.G.R. 30.03.2005 n. 24-15233**
Attuazione D.G.R. n. 37-13743 del 25 ottobre 2004 – Rideterminazione dei valori dei ricoveri per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatazza” di cui all’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- **D.G.R. 10.10.2005 n. 50-1062**
Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera – ICD9CM 2002 versione 19
- **D.G.R. 07.02.2006 n. 44-2139**
Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 e 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate, per l’anno 2006. Revoca allegato 3) D.G.R. 41-15180 del 23.03.2005
- **D.M. 05.12.2006**
Definizione nuovi modelli di rilevazione dei flussi informativi ministeriali sulle attività gestionali delle aziende sanitarie ed ospedaliere a partire dal 2007
- **D.G.R. 28.12.2006 n. 71-5059**
Modifiche e integrazione linee guida regionali per l’attività di Day Surgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca D.G.R. n. 57-3226 dell’11.06.2001
- Nota 09.01.2008 n. 822 e successive integrazioni
Assistenza sanitaria a cittadini neo comunitari rumeni e bulgari – Disposizioni.
- **D.G.R. 17.03.2008 n. 33-8425**
Recepimento degli Accordi tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ambulatoriali privati ANISAP, CONFAPI, GRISP, META per il biennio 2007-2008 e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ospedalieri privati AIOP e ARIS per il biennio 2007-2008 e per la revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuro-psichiatrico.
- **D.G.R. 04.06.2008 n. 5-8880**
Integrazione alla D.G.R. n. 44-2139 del 07.02.2006 relativamente all’ individuazione di nuova protesi rimborsabile e all’individuazione dei Centri autorizzati a beneficiare del relativo rimborso.
Individuazione dell’Ospedale Regina Margherita di Torino quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l'impianto di protesi cocleare.
- **D.M. 18.12.2008**
Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere: versione italiana 2007 dell’ICD-9-CM e grouper 24
- **D.G.R. 12 .01.2009 n. 4-10568**
Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera ICD-9-CM alla versione italiana 2007 della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM).

- **D.G.R. 20.07.2009 n. 59-11816**
Modificazioni ed integrazione del sistema di remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.
- **D.G.R. 07.12.2009 n. 26-12740**
Integrazioni alla D.G.R del 20 luglio 2009 n. 59-11816 e alla D.G.R 7 febbraio 2006 N. 44-2139 riguardanti la remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.
- **D.G.R. 30.12.2009 n. 97-13037**
Revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuropsichiatrico. Proseguimento della fase sperimentale nell'anno 2010.
- **D.G.R. 16.03.2010 n. 85-13580**
Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare.
- **D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750**
Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell'attività di day hospital con l'uso di farmaci ad alto costo.
- D.M. 08.07.2010 del Ministero della Salute
"Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380";
- **D.G.R. 22.03.2010 n.13647-830**
Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome.
- **D.G.R. 15.10.2010 n.18-804**
Disposizioni in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2011 e 2012.
- **D.G.R. 07.03.2011 n.12-1665**
Attuazione Piano di rientro. Attività di Recupero e rieducazione funzionale: criteri di appropriatezza per attività di Day-Hospital. Modifica ed integrazione D.G.R. n. 44-2284 del 27/10/2007 e n. 10-5605 del 2/04/2007.
- **D.G.R. 22.06.2011 n. 2-2203**
Integrazione alla DGR 44-2139 del 07.02.2006. Individuazione dell'Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l'impianto di protesi cocleare.
- **D.G.R. 03.08.2011 n. 4-2495**
Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza.
- **D.G.R. 05.09.2011 n. 17-2559**
Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera.
- **D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087**
Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazione alla deliberazioni regionali D.G.R. n. 73-13176 del 27.07.2004, D.G.R. n. 4-2495 del 3.08.2011 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010.
- **D.G.R. 04.03.2013 n. 19-5465**
Correzione per mero errore materiale della D.G.R. 33-5087 del 18 dicembre 2012 avente come oggetto "Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario.

Modificazioni alle deliberazioni regionali D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 4-2495 del 03.08.2011 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010.

- **D.G.R. 02.07.2013 n.12-6037**
Decisioni in merito al finanziamento per funzione degli Istituti equiparati a quelli pubblici per l'anno 2013.
- **D.G.R. 02.07.2013 n. 14-6039**
Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DDGR n. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000.
- **D.G.R. 11.11.2013 n. 55-6670**
Modificazioni ed integrazioni alla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013
- **D.G.R. 09.12.2013 n. 18-6837**
DGR n. 14-6039 del 2/7/2013. Rettifica per mero errore materiale
- **D.G.R. 30.12.2013 n. 13-6981**
Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate.
- **D.G.R. 10.02.2014 n 14-7092**
Modificazione alla DRG 4-2495 del 3 agosto 2011 "Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza
- **D.G.R. 19.01.2015 n. 24-918**
Linee Guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007 – Revisione 2014.
- **D.G.R. 21.05.2014 n. 46-7637**
Modificazioni ed integrazioni alle DD.G.R. n. 14-6039 del 2 luglio 2013 e n. 55-6670 del 11 novembre 2013. Esecuzione dell'ordinanza TAR Piemonte del 13.03.2014 relativa al ricorso 79/2014 Eremo di Miazzina s.p.a. contro Regione Piemonte e definizione dei presidi autorizzati al rimborso dei presidi di neurostimolatore spinale e di pompa di infusione totalmente impiantabile.
- **D.G.R. 04.08.2014 n. 46-233**
Sospensione, revoca e disapplicazione di atti relativi alla revisione della rete ospedaliera, appropriatezza, attribuzione di incarichi di struttura nelle A.S.R., regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati.
- **D.G.R. 19.01.2015 n. 24-918**
Linee Guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007 – Revisione 2015.
- **D.G.R. 06.07.2015 n. 67-1716**
Articolazione dei posti letto per attività di ricovero in acuzie e post acuzie e per prestazioni di assistenza territoriale da contrattare con le strutture private accreditate con il SSR erogatrici di attività di ricovero ed individuazione dei correlati tetti massimi di spesa.

- **D.G.R. 14.12.2015 n. 21-2601**
Integrazione alla DGR 2 luglio 2013 n.14-6039. Autorizzazione al rimborso per l'impianto di protesi cocleare e di dispositivo elettromagnetico dell'orecchio medio all'Ospedale Cesare Arrigo di Alessandria
- **D.G.R. 07.11.2016 n. 17-4167**
Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività delle post acuzie.
- **D.M. 07.12.2016 n. 261**
Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera.
- **D.G.R. 05.06.2017 n. 12-5131**
Linee Guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007 – Revisione 2015. Revoca della D.G.R. 24-918 del 19.01.2018.
- **D.G.R. 03.08.2017 n. 73-5504**
Approvazione delle nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per le annualità 2017-2018-2019, dello schema di contratto e dei tetti di spesa della Regione Piemonte e delle Aziende sanitarie regionali per l'annualità 2017.
- **D.G.R. 26.01.2018 n. 30-6425**
Programmazione Sanitario 2018. Definizione dei tetti di spesa provvisori per l'acquisto, da parte delle ASL, di prestazioni sanitarie da erogatori privati.
- **D.G.R. 20.07.2018 n. 24-7249**
Individuazione presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara di un Centro di Neurochirurgia per la terapia chirurgica della malattia di Parkinson e dei Disordini del Movimento. Modifiche ed integrazioni alla DGR n.14-6039 del 2 luglio 2013.

2. LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE – INQUADRAMENTO

2.1 Le procedure nel sistema centralizzato di elaborazione

Il tracciato record SDO costituisce l'input alla procedura di elaborazione del flusso informativo relativo ai dimessi (d'ora in avanti *Sistema Centralizzato*), al termine di un iter sanitario in regime di ricovero ordinario, diurno (Day Hospital o One Day Surgery) o di ospedalizzazione a domicilio.

Compito del *Sistema Centralizzato* è quello di sottoporre ogni SDO ricevuta a tutte le verifiche e gli algoritmi derivanti dalle normative esistenti e di registrare gli esiti delle varie elaborazioni sulla *Base Dati Centrale*, fornendo agli utenti gli opportuni riscontri (*restituzioni*) tramite il sistema di invio delle SDO (MOBS).

Senza entrare nel dettaglio di ciascuna di esse, le varie **fasi** cui va incontro ogni singolo record SDO ricevuto dal Sistema Centralizzato sono le seguenti:

1. Procedura di acquisizione giornaliera

- a. Controlli di validità
- b. Codificazione del DRG attraverso il Grouper 3M
- c. Controlli di congruità normativa
- d. Controlli di terzo livello
- e. Prima valorizzazione economica
- f. Restituzione

2. Controlli differiti post elaborazione giornaliera

3. Rielaborazioni contabili a chiusura competenza

Il sistema centralizzato esegue quindi, in tutte e tre le fasi sopra elencate, elaborazioni di natura economica sulle SDO valide.

Il presente documento ne descrive funzionamento, inquadrandole tanto rispetto alle normative dalle quali scaturiscono quanto rispetto al processo elaborativo in cui si collocano.

2.2 SDO oggetto di valorizzazione

Sono **oggetto di valorizzazione** tutte le SDO di Istituti pubblici ed equiparati o di Istituti privati provvisoriamente o definitivamente accreditati che, prese in carico dal Sistema Informativo, ai controlli sono risultate prive di errori formali, logici e di congruità normativa.

Le SDO di Istituti privati non accreditati sono acquisite al sistema ma **non valorizzate economicamente**; lo stesso avviene per le SDO con onere di degenza 4.

2.3 Competenza / Extracompetenza

L'anno **di competenza della prestazione** è l'anno solare di **dimissione**, per tutti Istituti di ricovero.

Le schede pervenute dopo la data di chiusura annuale (indicata dalla D.G.R. 30/12/2013 n. 13-6981) vengono accettate e valorizzate, ma evidenziate con flag "**extra competenza**", che le identifica come SDO non addebitabili ai fini del computo della chiusura contabile (se la cartella è già presente nell'archivio "in competenza", la versione "extra competenza" non disabilita la precedente).

L'acquisizione di SDO in extra-competenza assolve finalità di conoscenza clinica, fermo restando la facoltà della Regione di disporre l'inclusione di SDO pervenute al di fuori del periodo definito dal calendario regionale nel novero di quelle contabilizzate.

2.4 Le tabelle per la valorizzazione economica

Il sistema di valorizzazione economica delle SDO si allinea ai sistemi tariffari vigenti sia a livello ministeriale che interregionale per la gestione della mobilità.

In particolare prende a riferimento le tariffe massime di cui al D.M. 18.10.2012 e i principi ivi richiamati in particolare agli artt. 4 e 5 e recepisce l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per quanto attiene al riferimento del riconoscimento tariffario di importi aggiuntivi rispetto alle tariffe massime con i limiti e le condizioni previsti dallo stesso D.M. al comma 4 dell'articolo 2.

Nella valorizzazione dell'episodio di ricovero diventa quindi determinante la tariffa definita nella DGR n. 14-6039 del 02.07.2013 e s.m.i.

Le tabelle di riferimento, utilizzate dal Sistema di valorizzazione, sono quelle riportate nell'allegato al presente documento e alla nota attuativa regionale della D.G.R n. 14-6039 del 2 luglio 2013 e s.m.i. Queste tabelle esplicitano tutte le tariffe contenute – in forma esplicita o implicita – negli allegati 3) 4) e 5) del provvedimento (in particolare per determinare le diverse tariffe presenti nell'allegato, si fa riferimento al concetto di differenziazione tariffaria per livello di accreditamento, di cui al paragrafo 1).

Nei paragrafi seguenti vengono descritti gli algoritmi che si adottano per calcolare la valorizzazione indipendentemente dagli importi effettivi delle tariffe applicate.

Il dettaglio degli importi delle tariffe, pur facendo parte integrante del disciplinare del flusso SDO, è stato inserito in un allegato perché le tariffe possono avere validità per un periodo diverso da quello delle norme descritte nel presente documento.

In generale, i calcoli descritti nel seguito, verranno eseguiti con gli importi delle tariffe valide alla data di dimissione della SDO. Per quanto riguarda gli incrementi tariffari riconosciuti a fronte di trapianti, si applicano gli importi validi alla data dell'intervento caratterizzante il trapianto (nel caso di più interventi, si utilizza la data dell'intervento principale).

2.5 Decimali a arrotondamenti

Le tariffe riconosciute sono in Euro, per tanto espresse con due decimali e tutti i calcoli eseguiti vengono arrotondati al centesimo di Euro.

2.6 Classificazione DRG adottata

Per quanto riguarda il DRG, la versione del Sistema di Classificazione Diagnosis Related Groups adottata per la sua determinazione è la 24.

2.7 Nota sulla valorizzazione economica e la relativa reportistica di riferimento

Si ribadisce che i valori economici calcolati per ogni singola SDO e i "report" prodotti dal Sistema Informativo rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalle strutture e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente;

tali importi e tali report hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

3. PRIMA VALORIZZAZIONE E RIVALORIZZAZIONI

Il primo insieme di algoritmi da illustrare è quello al quale vengono sottoposte le SDO valide, sia in fase di acquisizione, sia che siano oggetto di rielaborazioni successive.

Tali rielaborazioni – che possono essere totali o parziali - possono avvenire in qualsiasi momento, prima della chiusura contabile, su richiesta della Regione Piemonte e dipendere da vari fattori: modifiche normative, tariffarie retroattive, variazioni di accreditamento anche retroattive.

Dal punto di vista logico le elaborazioni sono identiche, tuttavia – per chiarezza – si è soliti parlare di **prima valorizzazione** quando ci si riferisce a quella operata all'atto dell'acquisizione della SDO inviata tramite MOBS e di **rivalorizzazioni** quando ci si riferisce a quelle che scaturiscono dalle succitate rielaborazioni totali o parziali richieste dalla Regione di schede già presenti sul sistema.

NOTA:

quando nei paragrafi che seguono si parla genericamente di *valorizzazione* si intende riferirsi ad algoritmi o logiche che si applicano indifferentemente tanto alla *prima valorizzazione* quanto alle *rivalorizzazioni*.

3.1 Definizioni

Per poter effettuare i calcoli e determinare il valore della prestazione, sia essa di acuzie o di post-acuzie, occorre premettere alcune definizioni che verranno utilizzate nei paragrafi che seguono:

- **Tariffa entro soglia (TES)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni entro soglia*
- **Tariffa oltre soglia (TOS)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni oltre soglia*

In alcune casistiche previste dalla DGR la **tariffa entro soglia** può essere differenziata in tre sottotipologie, che convenzionalmente definiremo come segue:

- **Tariffa entro soglia 1 (TES1):** è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza superiore ad 1 giorno
- **Tariffa entro soglia 2 (TES2):** è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza di 1 giorno e riferiti a *pazienti trasferiti o deceduti*
- **Tariffa entro soglia 3 (TES3):** è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari o diurni con degenza di 1 giorno (e non riconducibili alla casistica precedente)

Le *tariffe entro e oltre soglia* sono contenute nelle varie tabelle allegate al provvedimento.

I criteri per l'individuazione della corretta tariffa variano in funzione delle diverse casistiche e saranno descritti nei paragrafi seguenti.

- **Giorni degenza** = data di dimissione – data ricovero (se le 2 date coincidono, allora giorni degenza = 1)
- **Giorni effettivi** = giorni degenza – giorni di permesso – giorni di trasferimento breve (vale solo per la competenza 2016)
- **Giorni entro soglia** = minimo (*giorni effettivi, giorni soglia*)
(dove i *giorni soglia* sono definiti dalla DGR, nelle varie tabelle allegate)
- **Giorni oltre soglia** = giorni effettivi - giorni soglia

Nel caso di **trasferimento breve in Pronto Soccorso** (si veda D.G.R. n. 55-6670 del 11.11.2013) le giornate nell'U.O. 9999 vengono riconosciute al 50% della tariffa giornaliera fino alla competenza 2016; infatti la D.G.R. n. 17-4157 del 07.11.2016 ha modificato tale gestione a partire dalla competenza 2017.

Per **ricovero di 1 giorno** si intende, di norma, un ricovero ordinario con permanenza del paziente per una notte. Se la dimissione avviene nella stessa data del ricovero allora, nel caso di ricoveri in acuzie, il valore calcolato dei giorni di degenza viene forzato a 1 e viene applicata la tariffa appositamente definita.

Nel caso di decesso o trasferimento avvenuto nelle prime 24 ore si applica la tariffa corrispondente alla colonna appositamente definita dalla DGR.

3.2 Algoritmo di valorizzazione

Il risultato della valorizzazione è l'**importo totale della SDO** e si ottiene per passi.

In prima istanza si determina il **valore del ricovero** (par. 3.3), il cui calcolo dipende dal tipo di regime.

Quindi si determinano gli **eventuali abbattimenti** (par. 3.4) calcolabili contestualmente all'elaborazione della SDO.

Infine si verifica se la SDO non ricada in casistiche che prevedono l'applicazione di **eventuali tariffe aggiuntive** (par. 3.5).

La formula finale è la seguente:

Valore del ricovero	-
Eventuale abbattimento	+
Eventuale tariffa aggiuntiva	=
Importo totale della SDO	

3.3 Valore del ricovero

3.3.1 RICOVERI DI ACUZIE

Il prospetto che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).

Caso	Formula per il calcolo del Valore della SDO	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo della tabella di riferimento
RO, giorni effettivi > 1	$Valore = TES1 + (TOS * \text{Giorni Oltre Soglia})$	Acuzie o Acuzie neuropsichiatrica	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
RO, giorni effettivi = 1, modalità di dimissione "01-Deceduto" o "06-Trasferito"	$Valore = TES2$	Acuzie o Acuzie neuropsichiatrica	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
giorni effettivi = 1, RO	$Valore = TES3$	Acuzie o Acuzie neuropsichiatrica	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
DH, tipo DRG = "C"	$Valore = TES3$	Acuzie	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
DH, DRG = 124, 125 o 323 (tipo DRG = "M")	$Valore = TES3$	Acuzie	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
DH, tipo DRG = "M" e DRG diverso da 124, 125 o 323	$Valore = TES3 * \text{numero di accessi}$	Acuzie o Acuzie neuropsichiatrica	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
RO di 1 giorno o DH, DRG = 323 e procedura "98.51 Litrotipsia rene uretere"	$Valore = TES3$	Acuzie	Tabella di eccezioni, in base a procedura e DRG
RO di 1 giorno o DH, DRG = 323	$Valore = TES3$	Acuzie	Tabella di eccezioni, in base a procedura e DRG

Esempi:

- SDO di acuzie, RO, DRG 001, giorni effettivi = 56, istituto accreditato in fascia C
 - Giorni soglia = 53
 - Giorni entro soglia = 53
 - Giorni oltre soglia = 3
 - TES1 = 12.822,25
 - TOS = 266,90
 - Valore = $12.822,25 + (266,90 * 3) = 12.822,25 + 800,70 = 13.622,95$
-
- SDO di acuzie, DH, DRG 009, tipo DRG = "M", accessi = 2, istituto accreditato in fascia A
 - Valore = $329 * 2 = 658,00$

3.3.1.1 REMUNERAZIONI SOSTITUTIVE PER ENDOPROTESI O PROCEDURE AD ALTO COSTO

Per l'individuazione delle tariffe sostitutive relative a endoprotesi o interventi si utilizza la tabella allegata al presente documento.

Si rimanda anche alle tabelle TAB 04 (Endoprotesi) e TAB 05 (Prestazioni ad alto costo) per le specifiche relative alle modalità di riconoscimento di queste casistiche e degli istituti e reparti autorizzati.

3.3.1.2 REMUNERAZIONI AGGIUNTIVE PER ENDOPROTESI

Per l'individuazione delle tariffe aggiuntive relative a endoprotesi si utilizza la tabella allegata al presente documento e riportate nella nota attuativa regionale di accompagnamento.

Si rimanda anche alla tabella TAB 04 (Endoprotesi) per le specifiche relative alle modalità di riconoscimento di queste casistiche e degli istituti e reparti autorizzati.

Si ricorda che nel solo caso della protesi cocleare l'importo potrà essere raddoppiato nel caso doppio impianto, opportunamente indicato nel campo quantità (campo 115 Quantità Protesi).

3.3.1.3 REMUNERAZIONI DEI TRAPIANTI

Le prestazioni di trapianto di organo e tessuto da cadavere vengono di norma remunerate attraverso il DRG specifico tranne in alcuni casi in cui è necessario identificare la corretta remunerazione in relazione ai costi che si devono sostenere per la loro effettuazione.

Si rimanda alla tabella TAB 03 (Trapianti) per le specifiche relative alle modalità di riconoscimento di queste casistiche.

Vengono qui riportati i parametri per l'identificazione dei casi per cui la D.G.R. n. 14-6039 del 2.07.2013 (e s.m.i.) prevede il riconoscimento di tariffe sostitutive:

Trapianto	Criterio di identificazione
Cornea	DRG 042 Codice intervento: 11.60, 11.61, 11.62, 11.63, 11.64, 11.69
Pancreas isolato	DRG 191 o 192 o 292 o 293 Codice intervento 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83
Cellule staminali limbari	DRG 042 diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9 intervento principale: 11.59 ed intervento secondario 11.99
Midollo autologo	DRG 481 Codice intervento: 41.00 o 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09
Midollo allogenico	DRG 481 Codice intervento: 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08

3.3.1.4 CASI DI VALORIZZAZIONE ECONOMICA A ZERO DELLA SDO

- La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da sangue periferico e quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo (DRG 467), con presenza contemporanea della diagnosi V593 e dell'intervento 4191 o diagnosi V5902 ed intervento 9979 inviati con onere della degenza = '9', sono valorizzati a zero.
- SDO di acuzie RO di 0-1 giorni o DH per le quali nel tariffario ufficiale corrispondano importi pari a zero o non previsti per DRG.

3.3.1.5 DISCIPLINE DI POST-ACUZIE 28, 56, 75, 60 E NEUROPSICHIATRICA

La tabella che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).

Caso	Formula per il calcolo del Valore della SDO	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo
Riabilitazione I liv. (56), RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	TAB 07 (56 I liv.)	In base a disciplina e MDC
Riabilitazione II liv. (56), RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	TAB 08 (56 II liv.)	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione a carattere neuropsichiatrico, RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	TAB 09 (56 NP)	
Riabilitazione II liv. (56), DH	Valore = TES * accessi entro soglia fino al tetto massimo previsto per MDC dalla DGR	TAB 08 (56 II liv.)	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (28), RO	Valore = Tariffa * giorni effettivi	TAB 10 (RRF III liv.)	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (28), DH	Valore = Tariffa * giorni effettivi	TAB 10 (RRF III liv.)	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (75), RO,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	TAB 10 (RRF III liv.)	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (75), DH,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	TAB 10 (RRF III liv.)	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza, RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	TAB 11 (Lungodegenza)	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza, RO, USV	Valore = Tariffa * giorni effettivi	TAB 11 (Lungodegenza)	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza a carattere neuropsichiatrico	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	TAB 11 (Lungodegenza)	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione I° II° livello, NeuroPsichiatria e lungodegenza RO, con diagnosi V62.5	Valore = Tariffa * giorni effettivi	TAB 07, 08, 09, 10, 11 (56 I liv., 56 II liv., 56 NP, RRF III liv., Lungodegenza)	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)

Attenzione:

- Gli eventuali giorni di permesso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti agli istituti privati al 50% della TES corrispondente.
- Gli eventuali giorni di trasferimento breve in Pronto Soccorso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti agli istituti privati e pubblici equiparati al 50% della TES corrispondente (vale solo per la competenza 2016).

3.3.2 REGIME DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La tabella che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).

Caso	Formula per il calcolo del Valore della SDO	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo
Ricovero domiciliare (per giornata)	Valore = Tariffa * giorni effettivi	TAB 12 (Osp.Domiciliare)	In base a MDC (riga)

3.4 Eventuali abbattimenti

La valorizzazione fin qui ottenuta può subire degli abbattimenti per effetto dell'impianto normativo vigente, a proposito del quale si rimanda al paragrafo 1.3 - Riferimenti normativi .

Vengono quindi di seguito descritti tutti i vari casi di possibile abbattimento e relativa normativa da cui scaturiscono.

Si evidenzia che alcune di queste casistiche comportano controlli ulteriori che possono essere effettuati solo al termine della rilevazione annuale di tutte le schede, cioè nell'ambito delle procedure di chiusura contabile. In tali casi si rimanda ai paragrafi del prossimo capitolo (4 - Chiusura contabile).

3.4.1 LIBERA PROFESSIONE

L'eventuale abbattimento avviene al momento dell'elaborazione di acquisizione della SDO e in tutte le rivalorizzazioni successive; l'importo del ricovero viene ridotto nella misura corrispondente alla quota di abbattimento identificata dal campo 118 (50%, 75% o 100%).

A titolo esemplificativo, una SDO con codice libera professione = 2 viene riconosciuta al 25% in quanto il 75% è carico del paziente.

3.4.2 RICOVERI RIPETUTI

La Regione Piemonte dispone la decurtazione del 20% del valore delle SDO ripetute.

La ripetizione di un ricovero può essere espressamente dichiarata nella SDO o desunta *ex post* dal sistema di elaborazione.

L'eventuale abbattimento contestuale all'acquisizione avviene quando nel campo 119 della SDO acquisita è presente il valore "R".

Per quanto riguarda invece la decurtazione *ex post* (cioè dopo la chiusura della rilevazione) si rimanda pertanto al paragrafo 4.9 - Ricoveri Ripetuti.

3.4.3 CHEMIOTERAPIA CON FARMACO AD ALTO COSTO RILEVATO TRAMITE FLUSSO F

La Regione con D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750 "Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell'attività di day hospital con l'uso di farmaci ad alto costo" ha fornito alle strutture l'opportunità di rendicontare nel tracciato File F i farmaci oncologici ad alto costo somministrati in regime di ricovero e ambulatoriale.

Le SDO, dei ricoveri interessati, sono quelle di **DH** con DRG **410** - Chemioterapia, con diagnosi **V672**, **V58.11**, **V58.12** e procedure **99.25**, **99.28**.

Nel tracciato del flusso "SDO", è stato introdotto un apposito flag (campo 120) con cui si indica se il farmaco oncologico è stato rendicontato nel Flusso F ("Attività somministrazione diretta farmaci").

Nel caso di farmaco rendicontato (valore del flag 'S') l'importo della cartella viene decurtato del 90% rispetto al valore previsto per il DRG 410.

Anche in questo caso è prevista una decurtazione ex post (cioè dopo la chiusura della rilevazione) per la quale si rimanda al paragrafo 5.2).

3.4.4 RICOVERI IN DH DI RRF

La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, stabilisce che gli accessi, di uno stesso paziente, per DH in RRF di II° livello possono essere riconosciuti economicamente in numero limitato e fissa come massimo annuale il limite di 30, per l'MDC 1, e di 15 per le altre MDC.

Tale limitazione viene verificata per ogni SDO.

Se il numero di accessi in DH indicato nel campo 69 supera il limite annuale di giorni riconoscibili la procedura non valorizza le giornate in eccesso.

Per quanto concerne le SDO RRF in DH di ricoveri disposti dall'Autorità Giudiziaria (identificati con il codice V62.5 – Problemi legali in una qualsiasi delle diagnosi secondarie), queste sono escluse dagli abbattimenti previsti per il superamento dei giorni soglia.

3.5 Eventuali tariffe aggiuntive

3.5.1 CASI SOGGETTI A TARIFFE AGGIUNTIVE NON ABBATTIBILI

Nel caso dei trapianti la D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039 (e s.m.i.) prevede delle **tariffe aggiuntive non abbattibili** da riconoscere all'istituto sede di trapianto per le attività di prelievo e trasporto dell'organo.

Viene qui riportato l'elenco dei trapianti (con relativo DRG) per cui la DGR prevede l'applicazione di tali tariffe, il cui valore è riportato nel tariffario allegato al presente documento.

Trapianto	Criterio di identificazione
Rene	DRG 302
Cuore	DRG 103
Fegato e/o intestino	DRG 480
Pancreas	DRG 513 Oppure DRG 191 o 192 o 292 o 293 associato a codice intervento 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83
Pancreas e rene	DRG 512
Polmone	DRG 495
Cellule staminali limbari	DRG 042 diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9 intervento principale: 11.59 ed intervento secondario 11.99
Midollo autologo	DRG 481 Codice intervento: 41.00 o 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09

4. CHIUSURA CONTABILE

Le procedure descritte nei paragrafi che seguono vengono eseguite successivamente alla chiusura della competenza, definita da calendario regionale di cui alla D.G.R. 30/12/2013 n. 13-6981 e possono determinare una rimodulazione della valorizzazione economica delle SDO.

I controlli riguardano le seguenti casistiche:

- Ricoveri contemporanei o sovrapposti
- Ricoveri di postacuzie di prosecuzione
- Ricoveri RRF - Continuità
- Ricoveri in Lungodegenza – Continuità
- Ricoveri in DH di RRF
- Ricoveri con somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo
- LEA Chirurgici e Medici - Appropriatezza
- LEA Oncologici - drg 410
- Ricoveri ripetuti

4.1 Ricoveri contemporanei o sovrapposti

Onde evitare l'evenienza che un paziente risulti contemporaneamente ricoverato nella stessa struttura (2 cartelle distinte per lo stesso paziente nello stesso periodo) od in diverse strutture di ricovero, la Regione Piemonte richiede periodicamente (in genere con cadenza quadrimestrale) l'esecuzione del seguente controllo:

La presenza di due, o più, SDO con

- uguale codice fiscale
- la data di ricovero di una scheda è compresa tra le date di ricovero e di dimissione dell'altra

allora si avrà la segnalazione di doppio ricovero.

L'elenco delle SDO risultanti - dette sovrapposte - dalla esecuzione del presente controllo viene pubblicato su Sistema Piemonte, servizio di reportistica PADDI.

L'eventuale abbattimento (del 100%) avviene per i casi che risultassero ancora sovrapposti al termine della finestra definita dalla Regione per le correzioni.

4.2 Ricoveri di postacuzie di prosecuzione

La D.G.R. n. 17-4167 del 07.11.2017 modifica la gestione del "Trasferimento Breve in Pronto Soccorso" rispetto a quanto previsto dalla D.G.R. n. 55-6670 del 11.11.2013 (segue estratto).

"di disciplinare per le strutture di post acuzie pubbliche o private accreditate o equiparate la gestione e la relativa tariffazione dei ricoveri di post acuzie durante i quali sia necessario il ricorso al Pronto Soccorso per il trattamento di evenienze emergenti, non prevedibili al momento dell'ammissione al

ricovero e non gestibili nelle stesse strutture, con le finalità di assicurare al paziente la possibilità di proseguire il ricovero nella stessa unità operativa di provenienza, prevedendo che:

- nel momento in cui la struttura invia il paziente in Pronto Soccorso deve chiudere la SDO e il ricovero, tenendo a disposizione del paziente il posto letto per 24 ore senza renumerazione;*
- nel caso il soggiorno in PS/DEA duri meno di un giorno (un pernottamento) ed il paziente possa ritornare in post acuzie, viene aperto un nuovo ricovero di prosecuzione del precedente per ultimare il ciclo riabilitativo previsto (il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati non riparte da zero);*
- venga conservata copia della documentazione relativa al passaggio in pronto soccorso anche nella relativa cartella clinica;*
- il trasporto dal e al Pronto Soccorso sia a carico della struttura che ha disposto il ricorso al Pronto Soccorso”.*

Il **“trasferimento breve”** in PS/DEA a partire dalla competenza 2017 prevede la chiusura della SDO e del ricovero. La SDO relativa al **nuovo ricovero di prosecuzione** (soggiorno in PS/DEA meno di 1 giorno (un pernottamento) e ritorno in postacuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto) sarà caratterizzata dalla compilazione del campo 135 - Numero Scheda SDO di postacuzie precedente con il numero di cartella relativa al ricovero chiuso per trasferimento in PS/DEA.

Le cartelle di postacuzie “precedente” e “di prosecuzione” ovviamente rappresentano i momenti del ciclo riabilitativo previsto per il paziente interrotti da un soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno (un pernottamento) e pertanto il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati per il ricovero di prosecuzione NON riparte da zero.

Dal momento che le verifiche rispetto alla correttezza e completezza del ricovero con “trasferimento breve” non sarebbero né esaustive, né definitive se svolte nell’ambito dell’elaborazione quotidiana di acquisizione; è necessario prevedere verifiche e controlli dei ricoveri di prosecuzione nella fase successiva alla chiusura annuale sulla base dati consolidata.

Le verifiche sono volte all’ottenimento dei seguenti obiettivi:

1. conferma della correttezza del ricovero di prosecuzione
2. computo complessivo dei giorni di degenza e conseguenti giornate oltre soglia
3. eventuale riattribuzione del DGR 462 / MDC 23 laddove previsto

Una volta individuate le sdo di prosecuzione corrette e operate le eventuali riattribuzioni di MDC 23 è possibile elaborare la valorizzazione “lorda”, punto di partenza delle valorizzazioni successive definite passi di abbattimento.

Le SDO di prosecuzione corrette individuate sono, pertanto, oggetto del passo di abbattimento derivante dal “cumulo delle giornate di degenza” su tutte le sdo che compongono l’episodio di ricovero interrotto da 1 o più “trasferimenti brevi” in PS /DEA (N.B. il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati per il ricovero di prosecuzione NON riparte da zero).

Il passo di abbattimento, a fronte del cumulo delle giornate di degenza e del conseguente calcolo corretto delle giornate oltre soglia di tutto l’episodio di ricovero riabilitativo, opera la corretta valorizzazione delle sdo di prosecuzione.

4.3 Ricoveri di RRF - Continuità

La D.G.R. n. 14-6039 del 02.07.2013 e s.m.i., sottolinea che i ricoveri in RRF dovrebbero essere in continuità con ricoveri precedenti.

Le possibili casistiche sono schematizzate nella seguente tabella che recepisce le variazioni introdotte con la D.G.R. n. 17-4167 del 07.11.2016:

Tipologia ricovero		In continuità con precedente	Intervallo massimo tra i due ricoveri	Eccezioni: ricoveri ammessi senza continuità
RO	RRF II° livello	RO / DH di acuzie	45 gg	20% del totale annuo dal domicilio per struttura (*)
	RRF I° livello	RO / DH di acuzie	45 gg	20% del totale annuo dal domicilio + 10% del totale annuo da RRF II° livello (*)
DH	RRF II° livello	RO / DH di acuzie e di postacuzie (eccetto disciplina 60)	45 gg	MCD 1 + 20% del totale annuo dal domicilio (*)
	RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1

Pertanto dalla data (considerando la data di dimissione) le SDO di tali soggetti sono escluse dalle verifiche di continuità assistenziale.

Per quanto riguarda i ricoveri diurni in RRF di III° livello si noti che:

- se hanno un DRG dell'MDC 1 non sono soggetti al controllo di continuità con un ricovero precedente;
- invece quelli con altre MDC, sono soggetti al controllo, ma non esiste un limite massimo all'intervallo di giorni tra le due SDO.

Si fa osservare che, per le SDO di RRF, con data ricovero dal 1/07/2013, è possibile inserire nel campo Provenienza assistito (41) il valore 'C' ad indicare un precedente ricovero connesso all'attuale, benché non si tratti di un trasferimento diretto.

In entrambi i casi (trasferimento diretto o ricovero precedente nell'intervallo di giorni consentiti) il campo Istituto di cura di provenienza (campi 42 e 43) deve essere valorizzato con il codice dell'Istituto dove si è svolto il ricovero precedente.

Alla chiusura della competenza, viene eseguita un'elaborazione che verificherà per ogni SDO di RRF (con data ricovero successiva al 1/07/2013) l'effettiva presenza in archivio del ricovero precedente, tra le SDO inviate dall'istituto indicato (campi 42 e 43), nell'intervallo di giorni stabilito

(N.B.:

Il calcolo inizia dal giorno di dimissione del ricovero precedente;

ad esempio: un paziente dimesso il 1 luglio rispetterà un vincolo di continuità di 45 giorni se sarà nuovamente ricoverato entro il 14 di agosto).

I ricoveri di RRF senza continuità, cioè quelli per cui la SDO precedente non verrà identificata e quelli senza indicazione dell'Istituto del ricovero precedente verranno conteggiati ed eventualmente, al superamento della quota di eccezioni ammesse, valorizzati a 0.

Si osserva che, per evitare l'inclusione automatica tra la SDO valorizzabili a zero, è necessario compilare i campi 41 Provenienza assistito e 42 (e 43) Codhsp11 e Codbis, anche nel caso in cui il ricovero precedente sia avvenuto fuori regione (basta il solo codice Codhsp11, lasciando il codice bis a '00').

A fronte del codice di un ospedale fuori regione, la procedura considererà valido (cioè in continuità assistenziale) "d'ufficio" il ricovero in RRF (le aziende responsabili dei controlli potranno eseguire ulteriori verifiche direttamente sulla documentazione allegata alla cartella cartacea di tali ricoveri).

Per quanto concerne le SDO RRF di ricoveri disposti dall'Autorità Giudiziaria (identificati con V62.5 – Problemi legali in una qualsiasi delle diagnosi secondarie), queste sono escluse dalle verifiche di continuità assistenziale.

Per quanto concerne le SDO di RRF di prosecuzione, la continuità viene verificata solo sulla SDO che individua il numero di cartella iniziale del ricovero; se la cartella iniziale è continua lo sono anche le cartelle di prosecuzione ad essa collegata.

La D.G.R. n. 73-5504 del 03.08.2017 dispone, a modifica della D.G.R. n. 17-4167 del 07.11.2016, che il criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio non si applica ai pazienti candidabili ai ricoveri di riabilitazione affetti da alcool-farmaco dipendenza inviati dai Servizi per le Dipendenze, Servizi di Alcologia e dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL.

La D.G.R. n. 30-6425 del 26.01.2018 dispone, a modifica della D.G.R. n. 17-4167 del 07.11.2016, che il criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio non si applica ai pazienti ricoverati per attività di "riabilitazione nutrizionale".

Per eccezioni particolari si rimanda al Disciplinare tecnico (Verdone).

4.4 Ricoveri in Lungodegenza - Continuità

La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039 e s.m.i., indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero avvenire in continuità (diretta) con un precedente ricovero in acuzie o in postacuzie, pertanto il campo 41 Provenienza assistito dei ricoveri nelle U.O. della disciplina 60 dovrebbe indicare un trasferimento diretto (valori 05, 06, 07 o 08).

Ammette anche i ricoveri in disciplina 60, provenienti dal domicilio, ma stabilisce che vengano riconosciuti economicamente fino a una quota massima del 20% del totale.

La procedura, che viene eseguita alla chiusura della competenza, esegue i conteggi, struttura per struttura dei

- Ricoveri in disciplina 60

e tra questi di quelli

- con Provenienza assistito ≠ 05, 06, 07 o 08

le SDO di quest'ultimo tipo, che superano il 20% del totale, vengono valorizzate a 0.

Per quanto concerne le SDO in Lungodegenza di ricoveri disposti dall'Autorità Giudiziaria (identificati con V62.5 – Problemi legali in una qualsiasi delle diagnosi secondarie), queste sono escluse dagli abbattimenti previsti per il superamento dei giorni soglia e sono, altresì, escluse dalle verifiche di continuità assistenziale.

Per quanto concerne le SDO di Lungodegenza di prosecuzione, la continuità viene verificata solo sulla SDO che individua il numero di cartella iniziale del ricovero; se la cartella iniziale è continua lo sono anche le cartelle di prosecuzione ad essa collegata.

4.5 Ricoveri in DH di RRF

La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, stabilisce che gli accessi, di uno stesso paziente, per DH in RRF di II° livello possono essere riconosciuti economicamente in numero limitato e fissa come massimo annuale il limite di 30, per l'MDC 1, e di 15 per le altre MDC.

La procedura che esegue la verifica sulla competenza, somma il numero delle giornate di accesso in DH delle SDO con le seguenti caratteristiche

- data ricovero $\geq 1/07/2013$;
- parità di codice fiscale;
- disciplina 56 e parità di livello;
- parità di MDC

quindi le giornate così calcolate, che risultano superare il limite massimo fissato dalla delibera vengono valorizzate a 0.

Per quanto concerne le SDO RRF in DH di ricoveri disposti dall'Autorità Giudiziaria (identificati con V62.5 – Problemi legali in una qualsiasi delle diagnosi secondarie), queste sono escluse dagli abbattimenti previsti per il superamento dei giorni soglia.

4.6 Ricoveri con somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo rilevato nel flusso F

Come anticipato nel paragrafo 4.4.3 tale casistica viene verificata anche ex post, cioè dopo la chiusura della rilevazione.

Tutte le cartelle aventi DRG 410 e procedure 99.25 o 99.28 con il campo 120 valorizzato ad 'N', vengono sottoposte ad un ulteriore controllo, che incrociando i dati con quelli del flusso F evidenzierà le cartelle per cui il farmaco è stato rendicontato nel File F: queste SDO verranno parimenti abbattute del 90%.

4.7 LEA Chirurgici e Medici - Appropriatezza

La Regione con D.G.R. 03.08.2011 n. 4-2495 "Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata" (successivamente modificata, in parte, dalla Nota regionale 26.06.2012 n. 18035 e da D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087) ridefiniva quali DRG devono essere sottoposti all'analisi, le quote massime previste per le diverse tipologie di ricoveri con tali DRG e gli abbattimenti da applicare in caso di superamento dei valori soglia prefissati.

In generale i DRG soggetti all'analisi si possono raggruppare in base all'algoritmo di verifica ed al metodo di abbattimento che vengono applicati:

- A1 - DRG di tipo chirurgico: per ricoveri che dovrebbero essere eseguiti in regime diurno; per ognuno di questi DRG viene fissata una percentuale massima di RO, con più di un giorno di degenza, valorizzabili a tariffa piena, sul totale dei ricoveri (RO + DH) eseguiti da ogni struttura.

Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno.

- A2 - DRG di tipo chirurgico: per ricoveri con prestazioni che vengono eseguite anche ambulatorialmente (N.B.: le Prestazioni ambulatoriali – PA d'ora in avanti - sono rilevate mediante il flusso dati C); per ognuno di questi DRG vengono fissate due soglie percentuali, sul totale delle prestazioni eseguite (RO + DH + PA) in ogni struttura: la prima soglia è la percentuale minima di PA attese, la seconda (analogica a quella del gruppo A1) fissa la quantità di RO valorizzabili a tariffa piena.

Se le PA non raggiungono la prima soglia, un numero di SDO (preferibilmente di DH) sufficiente a raggiungerla vengono valorizzate con la tariffa riconosciuta per le PA nel flusso C.

Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la seconda soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno. In relazione agli abbattimenti previsti la D.G.R. 14-7092 del 10.02.2014 modifica le disposizioni della D.G.R. 4-2495 del 03.08.2011 solo ed esclusivamente per i DRG di tipo chirurgico: 006, 008, 039, 040, 041, 055, 059, 060, 061, 119, 160, 162, 163, 229, 232, 262, 266, 339, 342, 343, 362, 364, 381, 503 e 538

per i ricoveri iniziati dopo il 30.06.2013 non prevedendo più il riconoscimento tariffario corrispondente ai ricoveri di un giorno per quelli con durata maggiore di 1 giorno e che superano le percentuali.

- B - DRG di tipo medico: per ognuno dei quali la delibera fissa il tasso di ospedalizzazione atteso, sul totale della popolazione.

Per ogni ASL e per ognuno di questi DRG, viene calcolato il tasso di ospedalizzazione effettivo: tutte le SDO, con ricoveri di pazienti residenti nell'ASL e DRG con tasso di ospedalizzazione effettivo superiore alla soglia prevista, vengono abbattute del 20% per la quota di sfioramento.

- C - DRG 410: si veda capitolo dedicato

L'elaborazione esegue le verifiche di appropriatezza delle SDO presenti in archivio e determina quali SDO devono essere sottoposte ai diversi abbattimenti per DRG. Come ultima fase, può essere eseguita una rivalorizzazione che applica gli abbattimenti risultanti.

L'elaborazione può essere eseguita più volte durante il periodo di competenza, su richiesta della Regione, i risultati delle verifiche di appropriatezza vengono pubblicati su Sistema Piemonte (PADDI).

Si osserva che durante il periodo di competenza gli eventuale abbattimenti applicati dalle rivalorizzazioni, hanno carattere provvisorio in quanto ad ogni elaborazione successiva, variando la base dati di partenza, possono variare le SDO soggette all'abbattimento o gli abbattimenti applicati.

Dopo la chiusura della competenza, le verifiche di appropriatezza vengono eseguite sull'archivio consolidato e la rivalorizzazione successiva applica gli abbattimenti definitivi.

4.8 LEA Oncologici - drg 410

Oltre agli algoritmi applicati ai ricoveri con DRG LEA, la D.G.R. 4-2495 del 3.08.2011 descrive anche quello per la verifica di appropriatezza dei ricoveri con DRG 410 Chemioterapia; vengono fissate due soglie % sul totale tra ricoveri e prestazioni ambulatoriali:

- 40% (dal 2012) come massimo per i ricoveri valorizzati come tali, le eventuali eccedenze devono essere valorizzate con la tariffa per la prestazione ambulatoriale.
- 15% come massimo di RO valorizzati come tali: le eccedenze devono essere valorizzate con la tariffa di 1 giornata di DH.

Tale algoritmo è stato in seguito modificato dalla D.G.R. 3-5087 del 18.12.2012, poi corretta dalla D.G.R. n.19-5465 del 4.03.2013, che stabiliscono che il superamento delle due soglie comporti l'abbattimento del 90% del valore riconosciuto per le giornate di DH, o per le giornate di RO, in eccesso.

Poiché la valorizzazione delle SDO di RO è indipendente dalle giornate di ricovero (a meno che queste superino la soglia prevista per DRG), si calcola la percentuale di sfioramento delle giornate di RO e di DH ed si abbattano tutte le SDO uniformemente del 90% di tale percentuale.

Dall'elaborazione e dal conseguente abbattimento sono totalmente esclusi i ricoveri per chemioterapia degli ospedali pediatrici Regina Margherita (010909 07) e Cesare Arrigo (010907 02).

Analogamente a quanto fatto per i DRG LEA, terminata l'elaborazione (e ricevuta l'autorizzazione dai referenti regionali che ne avranno verificato gli esiti)) si procede alla pubblicazione di un report contenente i dettagli dei conteggi eseguiti (istituto per istituto) e le percentuali di abbattimento conseguenti applicate.

4.9 Ricoveri Ripetuti

Preso atto dell'obiettivo difficoltà, per alcuni istituti di ammissione, di riconoscere un ricovero ripetuto avente le caratteristiche che comportano la decurtazione del 20% del valore del DRG (previsto dalla DGR 44-22844/97 e successive modifiche integrative e dalla DGR 31-26419 del 30.12.1998) si procede al controllo annuale dei ricoveri ordinari ripetuti su tutte le SDO corrette, pervenute da una struttura di ricovero.

Per le strutture pubbliche, equiparate e definitivamente accreditate il controllo viene effettuato per le discipline di acuzie, mentre per le strutture private provvisoriamente accreditate il controllo è esteso a tutte le discipline.

Se si rinvenivano nell'archivio due o più schede relative alla stessa struttura di ricovero, che presentano le seguenti caratteristiche:

- Regime di ricovero = ordinario
- Uguale (codice fiscale, o cognome e nome e data di nascita)
- uguale MDC
- data di ricovero di una scheda <= 30 giorni rispetto alla data di dimissione della scheda immediatamente precedente

allora il ricovero è ripetuto e si applica l'abbattimento del 20% della tariffa.

Fanno **eccezione** per gli istituti privati provvisoriamente accreditati, e quindi non si considerano "ricoveri ripetuti" che portano ad un abbattimento, i seguenti casi:

- ricovero in regime di post-acuzie (U.O. disciplina 28, 56, 60 e 75) con precedente ricovero in U.O. per acuti e viceversa.
- ricovero in regime di post-acuzie (U.O. disciplina 28, 56, 60 e 75) con precedente ricovero in U.O. di post-acuzie con discipline diverse per i due episodi di ricovero.
- ricovero successivo in casa di cura per post-acuzie a seguito di ricovero in struttura pubblica per intervento maggiore di 1 giorno. In questo caso particolare, che riguarda i ricoveri in U.O. di post-acuzie, se la permanenza nella struttura pubblica è uguale o maggiore di un giorno (viene considerata la notte di assenza), il paziente deve essere dimesso; la nuova SDO, al rientro del paziente dovrà avere «provenienza assistito» = 05 (trasferito da istituto pubblico) e «flag ricovero ripetuto» = 'N'.

Fanno analogamente **eccezione**, non vengono considerate "ricoveri ripetuti", le SDO dei ricoveri in Unità Stati Vegetativi con provenienza assistito = B.

5. TABELLE DEL TARIFFARIO

Viene di seguito riportato l'indice delle tabelle che costituiscono il tariffario di riferimento del presente documento (come spiegato nel par. 2.2).

Foglio di riferimento	Nome tabella
TAB 01	Fasce tariffarie
TAB 02	Acuzie
TAB 03	Trapianti
TAB 04	Endoprotesi
TAB 05	Prestazioni ad alto costo
TAB 06	Acuzie Neuropsichiatria
TAB 07	Post acuzie 56 I livello
TAB 08	Post acuzie 56 II livello
TAB 09	Post acuzie 56 Neuropsichiatria
TAB 10	RRF III livello
TAB 11	Lungodegenza
TAB 12	Ospedalizzazione a domicilio