

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2167 del 23 dicembre 2016

**Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i..**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Vengono proposte alcune modifiche ed integrazioni alle linee guida che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, già approvate con la deliberazione n. 1169/2016 e s.m.i. con contestuale modifica della remunerazione dei ricoveri per impianto di neurostimolatori spinali.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Con la deliberazione n. 1169 del 19 luglio 2016, cui si fa rinvio, è stato approvato l'aggiornamento delle linee guida per la compilazione della SDO così come contenuto nel documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'Allegato A del medesimo atto che sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato con la DGR n. 2715 del 24 dicembre 2012.

Le linee guida di cui al citato Allegato A, che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, consentono di descrivere in modo omogeneo, su tutto il territorio regionale, le patologie che hanno determinato il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vi vengono erogate, aiutando i compilatori e rendendo più semplici e trasparenti i controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni.

Con successiva deliberazione n. 1531 del 10 ottobre 2016, cui si fa rinvio, è stata posticipata al 1° gennaio 2017 l'entrata in vigore delle disposizioni della DGR n. 1169/2016.

Successivamente, la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, con nota prot. 30216 del 19 ottobre 2016, ha trasmesso le indicazioni per codificare le procedure di impianto valvolare aortico transcateretere (in inglese Transcatheter Aortic Valve Implantation - TAVI, o Transcatheter Aortic Valve Replacement - TAVR) e le raccomandazioni per codificare correttamente le diagnosi nei pazienti affetti da Sindromi coronariche acute e Infarto Miocardico Acuto - IMA. Questo in quanto il sistema di classificazione attualmente in uso (ICD-9-CM versione 2007) non presenta codici specifici per gli interventi strutturali transcateretere, già in uso clinico.

Inoltre, con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, n. 110 del 21 ottobre 2016, è stato approvato il documento "Linee di indirizzo sul trattamento del dolore resistente non oncologico con i dispositivi per neurostimolazione spinale", elaborate dalla Commissione Tecnica Regionale dei Dispositivi Medici (CTR-DM) nella seduta del 26.07.2016. Sono, inoltre, giunte delle osservazioni sul tema anche dalle associazioni AIOP e ARIS degli erogatori privati accreditati, pertanto si ritiene opportuno rivedere il sistema di remunerazione per tali attività.

Si ricorda che, come fa riferimento l'allegato A al Decreto n.110 del 21 ottobre 2016 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, l'impianto di neurostimolatore spinale o Spinal Cord Stimulation (SCS) è una tecnica che consiste nella stimolazione elettrica selettiva del midollo spinale al fine di modificare e alleviare, mediante parestesia indotta, la percezione del dolore. Tale stimolazione è applicata mediante elettrocatereteri posizionati nello spazio epidurale e collegati a un generatore di impulsi impiantato in una tasca sottocutanea.

Si deve ora rappresentare che sia le indicazioni fornite dal Ministero della Salute con la sopra riportata nota sia quanto disposto con il citato decreto 110/2016 comportano che venga necessariamente effettuata una revisione delle linee guida per la compilazione della SDO.

Inoltre si rende necessario aggiornare gli Allegati A e B alla DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e successive modifiche ed integrazioni, nella parte riguardante la tariffa prevista per la remunerazione dei ricoveri per l'impianto di neurostimolatore spinale.

Per la determinazione delle tariffe si ricorda che, come previsto all'art. 8 sexies del d.lgs. 31.12.1992, n. 502 come modificato dall'art. 79 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge n. 133 del 6 agosto 2008 per la definizione delle tariffe massime nazionali è prevista la possibilità di utilizzare i costi standard o le tariffe già utilizzate nelle varie regioni.

Pertanto, per quanto sopra riportato nelle more dell'aggiornamento delle tariffe massime nazionali previsto dal Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 e della ricognizione dei costi di acquisto dei dispositivi neurostimolatori spinali disponibili in commercio, si propone con il presente atto, a parziale modifica di quanto disposto dalla DGR n. 1805/2011, che le tariffe per il DGR 532 "Interventi sul midollo spinale senza CC" per i diversi regimi di cura siano pari a quelle previste dal Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, così come riportato nella seguente tabella che si intende modificativa di quanto riportato nella tabella A della DGR n. 1805/2011:

drg	mdc	tipo drg	descrizione	classe drg	tariffa per i ricoveri ordinari maggiori di un giorno	tariffa per i ricoveri ordinari "0-1 giorno" *	tariffa per i ricoveri diurni (day hospital o day surgery)	valore soglia della degenza	tariffa per ogni giornata di degenza oltre il valore soglia	peso drg
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	A	8.413,00	2.675,00	2.782,00	7	138,15	2,201503

Per quanto riguarda le regole del sistema di remunerazione si propone che:

- sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi (codice 86.94 o 86.95 o 86.96) pari a € 7.100, indipendentemente dal DRG che si genera;
- sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi ricaricabile (codice 86.97 o 86.98) pari a € 16.000, indipendentemente dal DRG che si genera.

Pertanto si propongono le regole del sistema di remunerazione così come di seguito riportato che in intendono integrative di quanto riportato nell'allegato B alla DGR n. 1805/2011:

Tipologia	Specificazioni	Corrispettivo in vigore dal 1 gennaio 2017	Note
Ricoveri ordinari per acuti	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98
Ricoveri diurni (day hospital e day surgery) e ricoveri ordinari "0-1 giorno"	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98

Tale indicazioni valgono per gli impianti di generatori di impulsi spinali, rimanendo valide le indicazioni contenute nella DGR n. 1098/2014 per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Parkinson avanzato, Emicrania cronica refrattaria ed Epilessia refrattaria.

Nelle linee guida sono state, inoltre, apportate alcune integrazioni ed aggiornamenti sulla scorta degli approfondimenti effettuati dal gruppo di lavoro.

Si propone, quindi, di approvare le linee guida per la compilazione della SDO così come contenuto nel documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato con la DGR n. 1169/2016.

Vengono confermate le disposizioni di cui alla DGR n. 1169/2016 e n. 1531/2016 non oggetto del presente atto.

Si dà atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

## LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto 28 dicembre 1991 del Ministro della sanità;

VISTO il Decreto 26 luglio 1993 del Ministro della sanità;

VISTO il Decreto 27 ottobre 2000, n. 380, del Ministero della sanità;

Visto l'Atto n. 9/CSR del 20 gennaio 2016 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la Deliberazione n. 4807 del 28 dicembre 1999;

VISTA la Deliberazione n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.;

VISTA la Deliberazione n. 2715 del 24 dicembre 2012;

VISTA la Deliberazione n. 1138 del 1 settembre 2015;

VISTA la Deliberazione n. 539 del 26 aprile 2016;

VISTA la deliberazione n. 1169 del 19 luglio 2016;

VISTA la deliberazione n. 1531 del 10 ottobre 2016;

VISTA la nota della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, prot. 30216 del 19 ottobre 2016;

VISTO il decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, n. 110 del 21 ottobre 2016;

VISTO l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare il documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato con la DGR n. 1169 del 19 luglio 2016;
2. di confermare le disposizioni di cui alla DGR n. 1169/2016 e n. 1531/2016 non oggetto di modifica ed integrazione da parte del presente atto;
3. di stabilire, a parziale modifica di quanto disposto dall'Allegato A alla DGR n. 1805/2011, le tariffe per il DGR 532 "Interventi sul midollo spinale senza CC" così come riportato nella seguente tabella:

drg	Mdc	tipo drg	descrizione	classe drg	tariffa per i ricoveri ordinari maggiori di un giorno	tariffa per i ricoveri ordinari "0-1 giorno" *	tariffa per i ricoveri diurni (day hospital o day surgery)	valore soglia della degenza	tariffa per ogni giornata di degenza oltre il valore soglia	peso drg
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	A	8.413,00	2.675,00	2.782,00	7	138,15	2,201503

4. di stabilire che sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi (codice 86.94 o 86.95 o 86.96) pari a € 7.100, indipendentemente dal DRG che si genera;
5. di stabilire che sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi ricaricabile (codice 86.97 o 86.98) pari a € 16.000, indipendentemente dal DRG che si genera;
6. di integrare l'allegato B alla DGR n. 1805/2011, per quanto disposto ai punti 4. e 5., così come riportato nella seguente tabella:

Tipologia	Specificazioni	Corrispettivo in vigore dal 1 gennaio 2017	Note
Ricoveri ordinari per acuti	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di con generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98
Ricoveri diurni (day hospital e day surgery) e ricoveri ordinari "0-1 giorno"	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98

7. di stabilire che quanto disposto con il presente atto decorre dal 1 gennaio 2017;
8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
9. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
10. di incaricare l'Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata della Direzione Programmazione Sanitaria, dell'esecuzione del presente atto;
11. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.