



XII Congresso Nazionale AME
Bari, Venerdì 8 Novembre 2013



Bari,
7-10 novembre 2013

Assistenza Endocrinologica: Cosa cambia in ambito economico e legislativo?

Enrico Papini & Massimo Veglio



«Legge di Stabilità» 2013



Bari,
7-10 novembre 2013

Art 11. Razionalizzazione della spesa nel pubblico impiego

- Avvio delle contrattazioni per i rinnovi contrattuali ma solo per la parte normativa, **blocco della parte economica dei contratti** fino al 31 dicembre 2014
- Calcolo dell'indennità di vacanza contrattuale sulla base del valore al 31 dicembre 2013
- Assunzione di personale a tempo indeterminato pari al 60% dei cessati nell'anno precedente nel 2016, 80% nel 2017, 100% nel 2018
- Prestazioni effettuate in festività infrasettimanali o in giornate dedicate a riposo infrasettimanale non sono retribuite come «straordinario»
- Riduzione del finanziamento del SSN di 540 mln nel 2015, 610 mln nel 2016**

Art 12. Patto di stabilità interno alle Regioni

- Incremento di 560 mln per il 2014 del concorso delle Regioni alla finanza pubblica



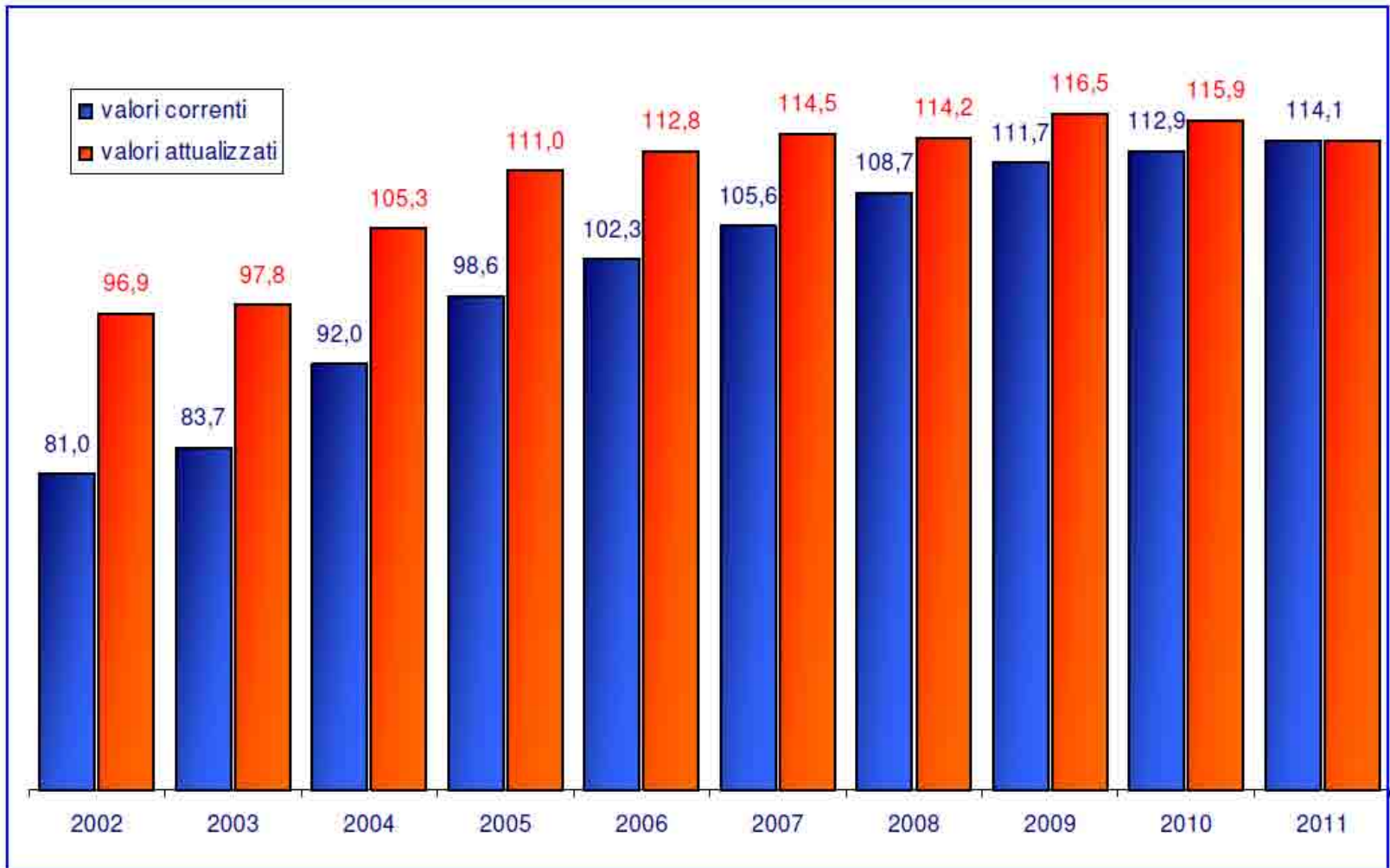
Bari,
7-10 novembre 2013



LA PERDITA DEL POTERE D'ACQUISTO A CAUSA DEL BLOCCO DEI CONTRATTI

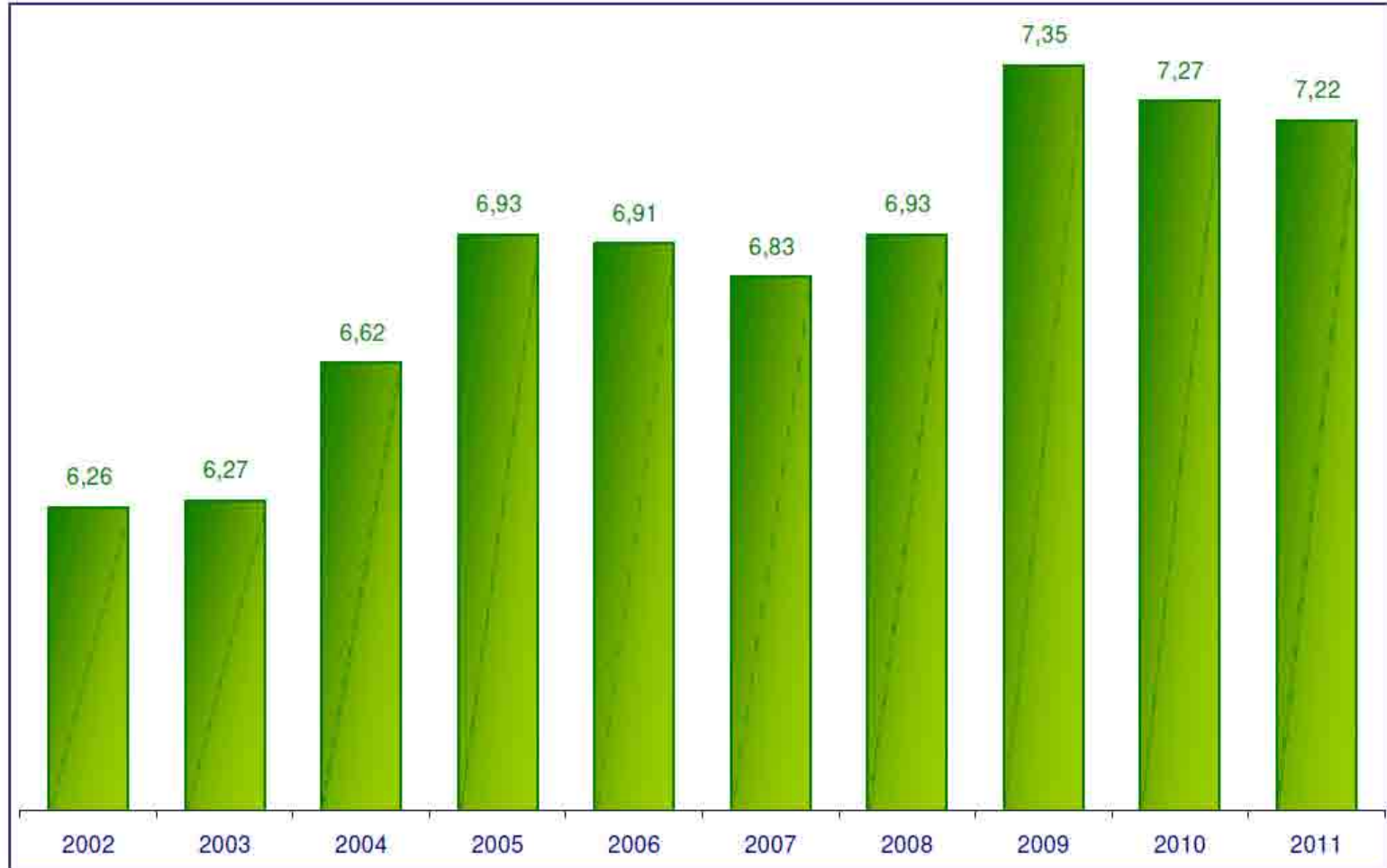
ANNO	INFLAZIONE MEDIA ISTAT	PERDITA POTERE D'ACQUISTO PER OGNI ANNO
2010	1,50%	-1.311,23€ (perdita consolidata)
2011	2,80%	-3.683,92€ (perdita consolidata)
2012	3,00%	-6.387,76€ (perdita consolidata)
2013	1,22%	-7.597,70€ (perdita stimata)
2014	1,22%	-8.739,34€ (perdita stimata)
TOTALE	10,16%	Perdita retribuzione complessiva anni 2010-2014 -27.882,06€

figura 1 – costi del SSN nel decennio 2002 – 2011



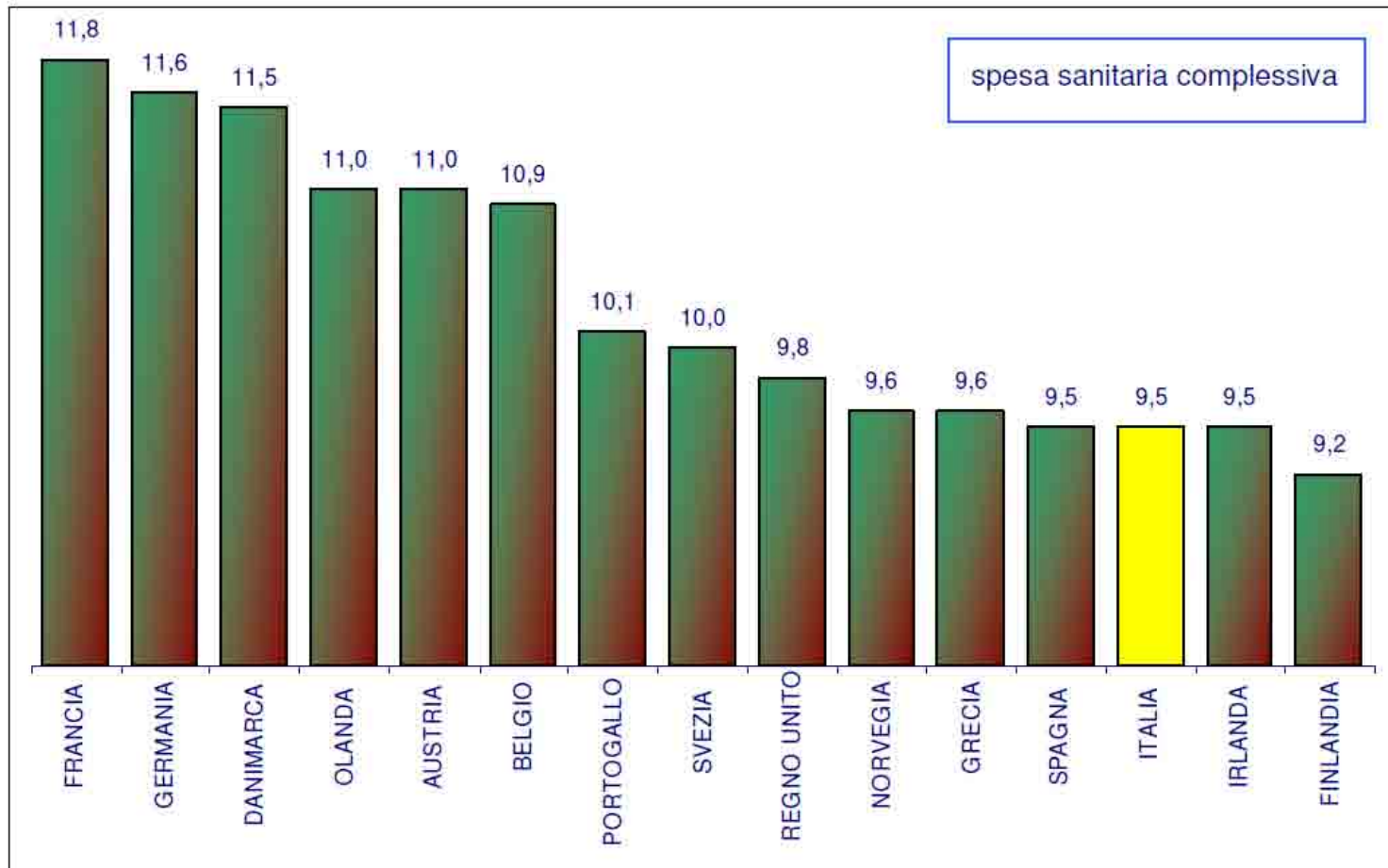
fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

figura 2 – incidenza percentuale sul PIL della spesa per il SSN



fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

figura 6 – spesa sanitaria sul PIL nei Paesi dell'Europa dei 15

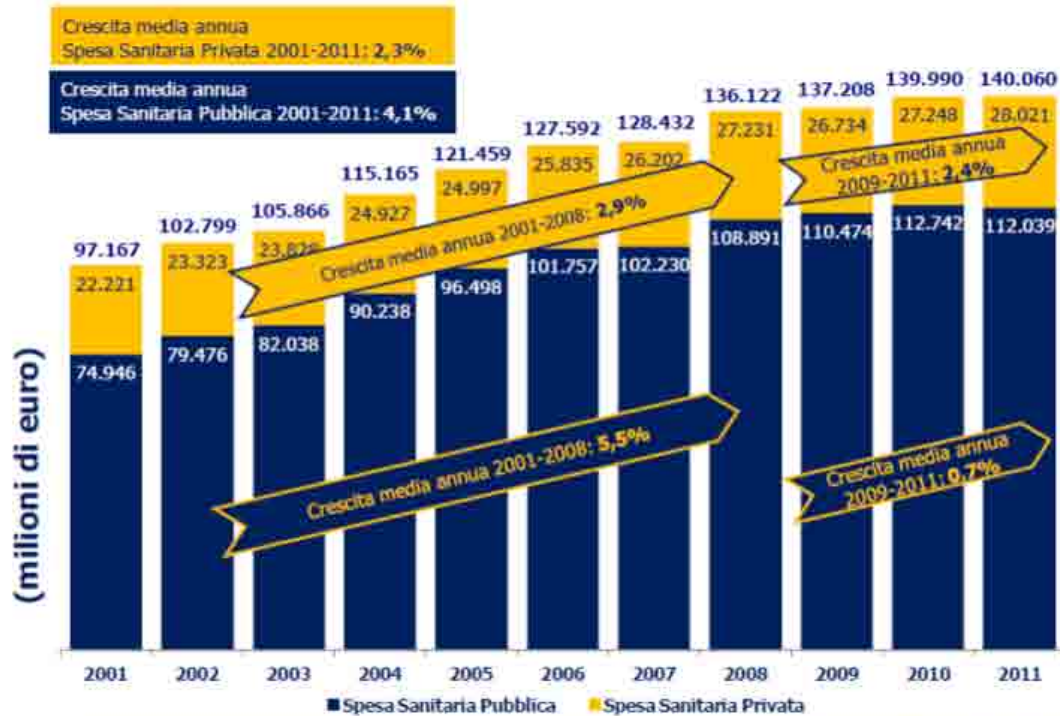


fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

Meridiano Sanità 2012

© 2012 The European House-Ambrosetti S.p.A.

Andamento della spesa sanitaria (pubblica + privata) in Italia, valori nominali



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica", maggio 2012; Farmindustria, "Indicatori Farmaceutici 2012", giugno 2012



Bari,
7-10 novembre 2013

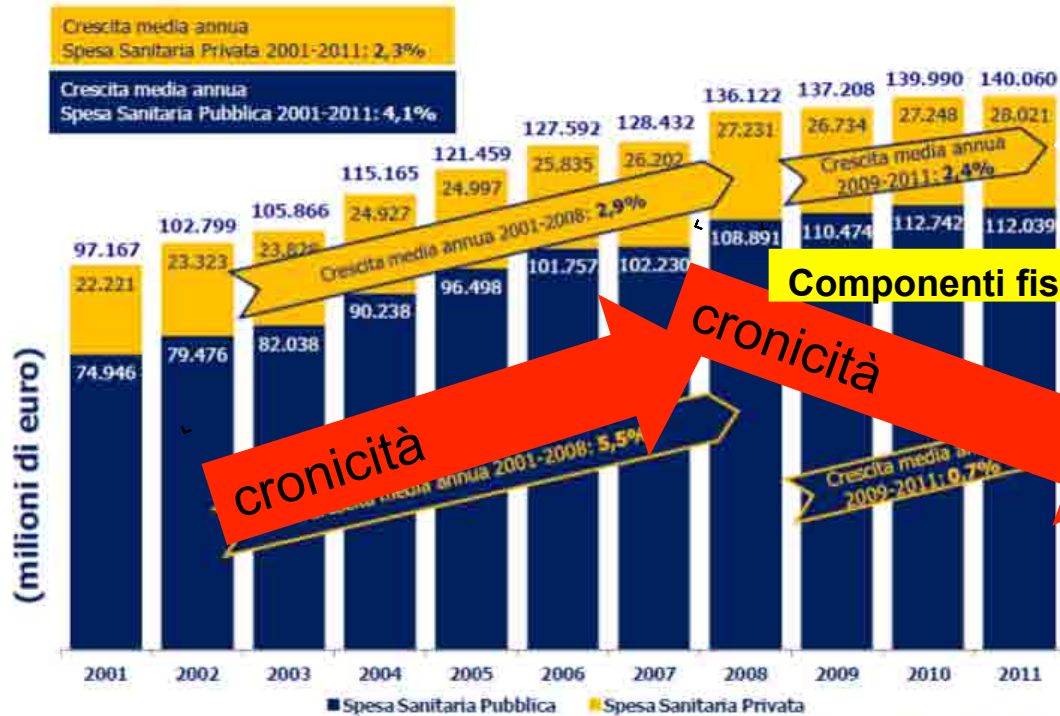
«Drivers» di aumento della spesa:

- Demografici
 - Aumento della popolazione
 - Variazione mix anagrafico (invecchiamento)
- Economici
 - Aumento PIL pro-capite
 - Tecnologia disponibile
- Epidemiologici
 - Aumento prevalenza patologie croniche

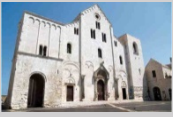
Meridiano Sanità 2012

© 2012 The European House-Ambrosetti S.p.A.

Andamento della spesa sanitaria (pubblica + privata) in Italia, valori nominali

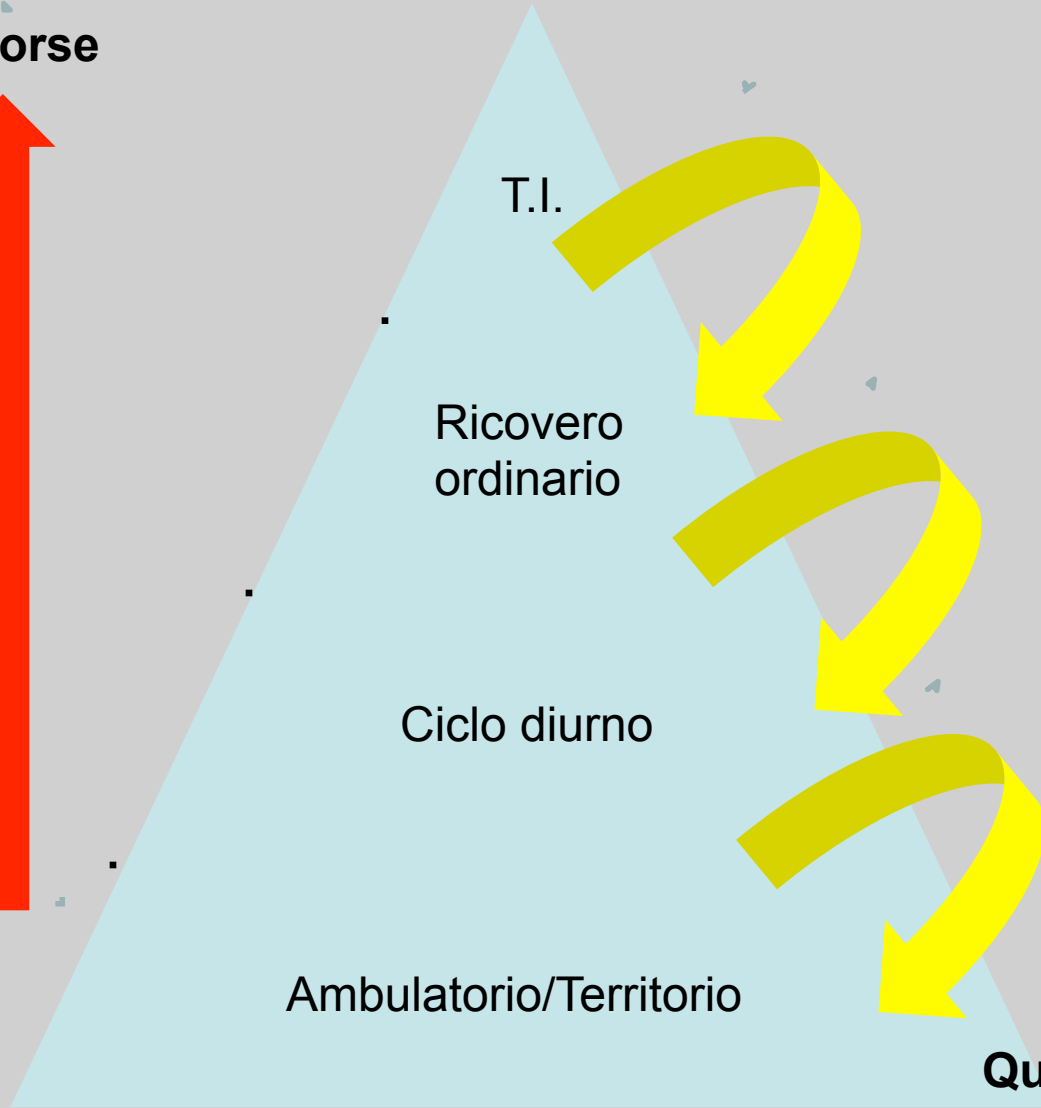


Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica", maggio 2012; Farmindustria, "Indicatori Farmaceutici 2012", giugno 2012



Bari,
7-10 novembre 2013

Risorse



T.I.

Ricovero
ordinario

Ciclo diurno

Ambulatorio/Territorio

Quantità

Ospedale

Territorio



Ministero della Salute

RAPPORTO NAZIONALE
DI MONITORAGGIO
DEI LIVELLI ESSENZIALI
DI ASSISTENZA
Anno 2007 - 2009



Bari,
7-10 novembre 2013

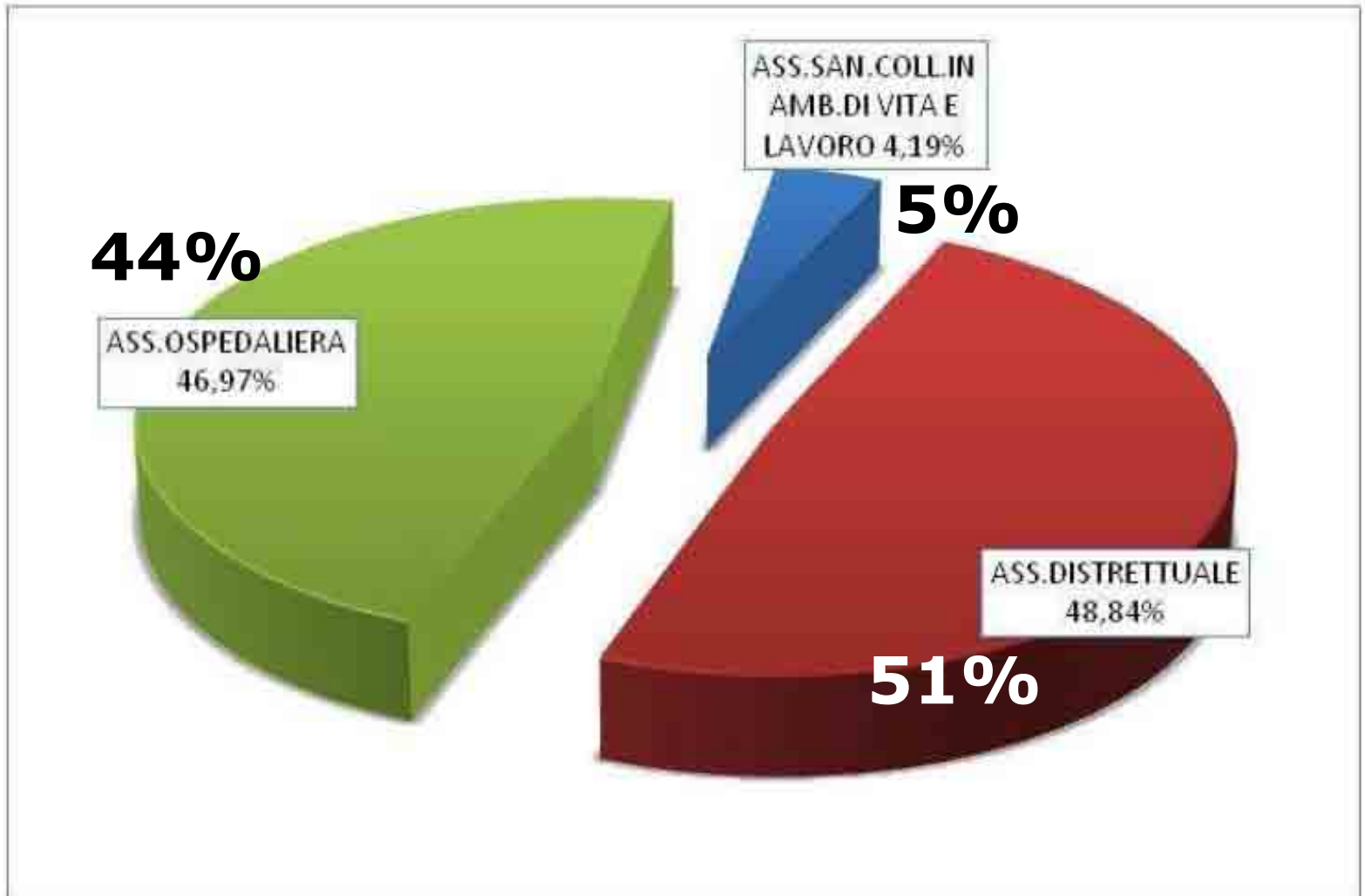


Grafico 1 Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli di assistenza-Anno 2009

Evoluzione Posti Letto



Bari,
7-10 novembre 2013

TAB. 1 - POSTI LETTO PUBBLICI E PRIVATO ACCREDITATO DAL 2000 AL 2009

Regioni	Anno 2000	Anno 2009	Diff 2000/2009 in%	in % su 1000 ab. 2000 (di cui per acuti)	in % su 1000 ab. 2009 (di cui per acuti)
Piemonte	22.856	18.806	-17,7	5,4 (4,5)	4,2 (3,3)
Valle d'Aosta*	492	535	+8,7	4,1 (4,1)	4,2 (3,6)
Lombardia	50.032	43.039	-14	5,5 (4,9)	4,4 (3,6)
Pa Bolzano	2.450	2.163	-11,7	5,3 (4,8)	4,4 (3,7)
Pa Trento	2.982	2.477	-16,9	6,3 (4,6)	4,8 (3,5)
Veneto	24.081	19.673	-18,3	5,4 (4,7)	4,1 (3,5)
Friuli Venezia Giulia	6.715	5.260	-21,6	5,7 (5,4)	4,3 (3,9)
Liguria	8.742	7.134	-18,4	5,4 (5,2)	4,4 (3,9)
Emilia Romagna	22.303	19.960	-10,5	5,6 (4,8)	4,6 (3,7)
Toscana	17.932	14.748	-17,7	5,1 (4,8)	4 (3,6)
Umbria	3.977	3.256	-18,1	4,7 (4,6)	3,6 (3,3)
Marche	7.706	6.447	-16,3	5,2 (4,9)	4,1 (3,5)
Lazio	32.598	26.473	-18,8	6,2 (4,9)	4,7 (3,6)
Abruzzo	6.136	5.669	-7,6	4,8 (4,5)	4,3 (3,6)
Molise	1.598	1.771	+9,7	4,9 (4,5)	5,5 (4,5)
Campania	22.079	20.887	-5,3	3,9 (3,5)	3,6 (3,2)
Puglia	20.016	15.960	-20,2	4,9 (4,7)	3,9 (3,5)
Basilicata	2.629	2.157	-17,9	4,3 (4,2)	3,6 (3,2)
Calabria	9.915	7.929	-20	4,8 (4,4)	4 (3,5)
Sicilia	21.200	19.433	-8,3	4,2 (4)	3,9 (3,6)
Sardegna	9.370	7.246	-22,6	5,7 (5,5)	4,4 (4,2)
Italia	295.809	251.023	-44.786 (-15,1%)	5,1 (4,6)	4,2 (3,6)

* Non sono disponibili i dati sul privato accreditato dell'anno 2000

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati Annuario Statistico del Ssn, anni 2000 e 2009

Tasso di ospedalizzazione

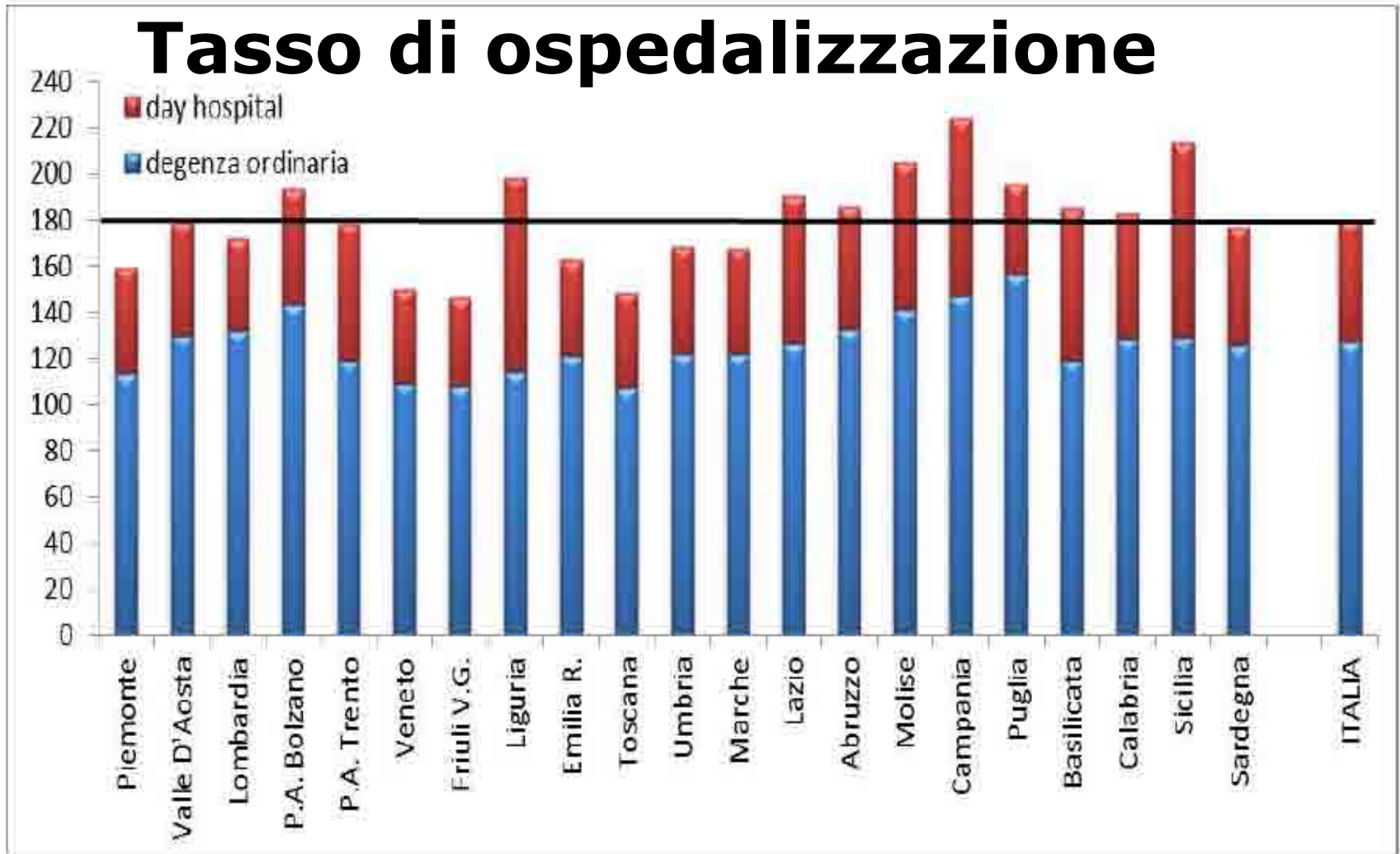


Grafico 7 Tasso di ospedalizzazione standardizzato in degenza ordinaria e in day hospital per 1.000 abitanti – Anno 2009



Come ridurre la spesa ospedaliera?

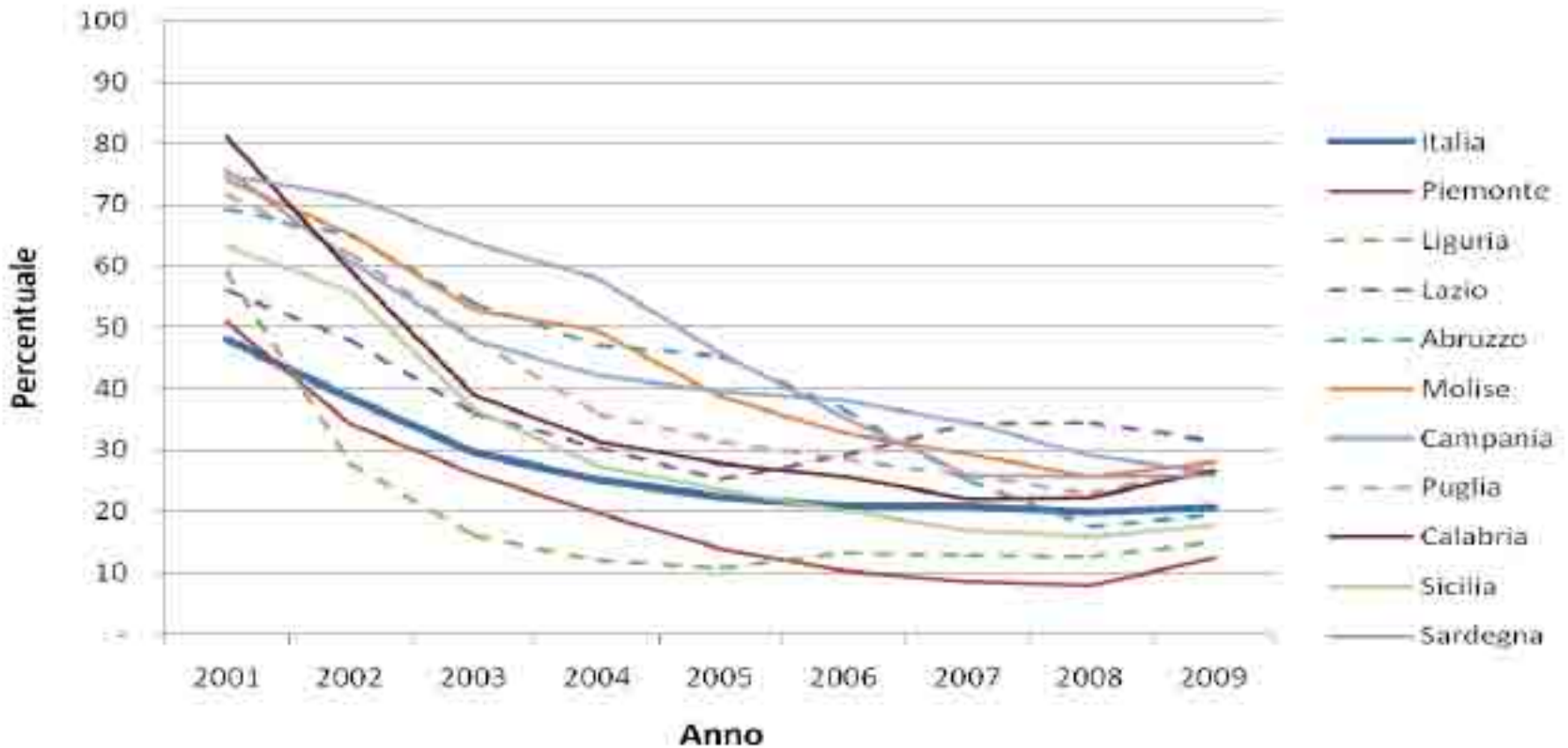


Bari,
7-10 novembre 2013

- **Aumentare l'appropriatezza di utilizzo**
 - **DRG ARI**
 - **DH inappropriati**

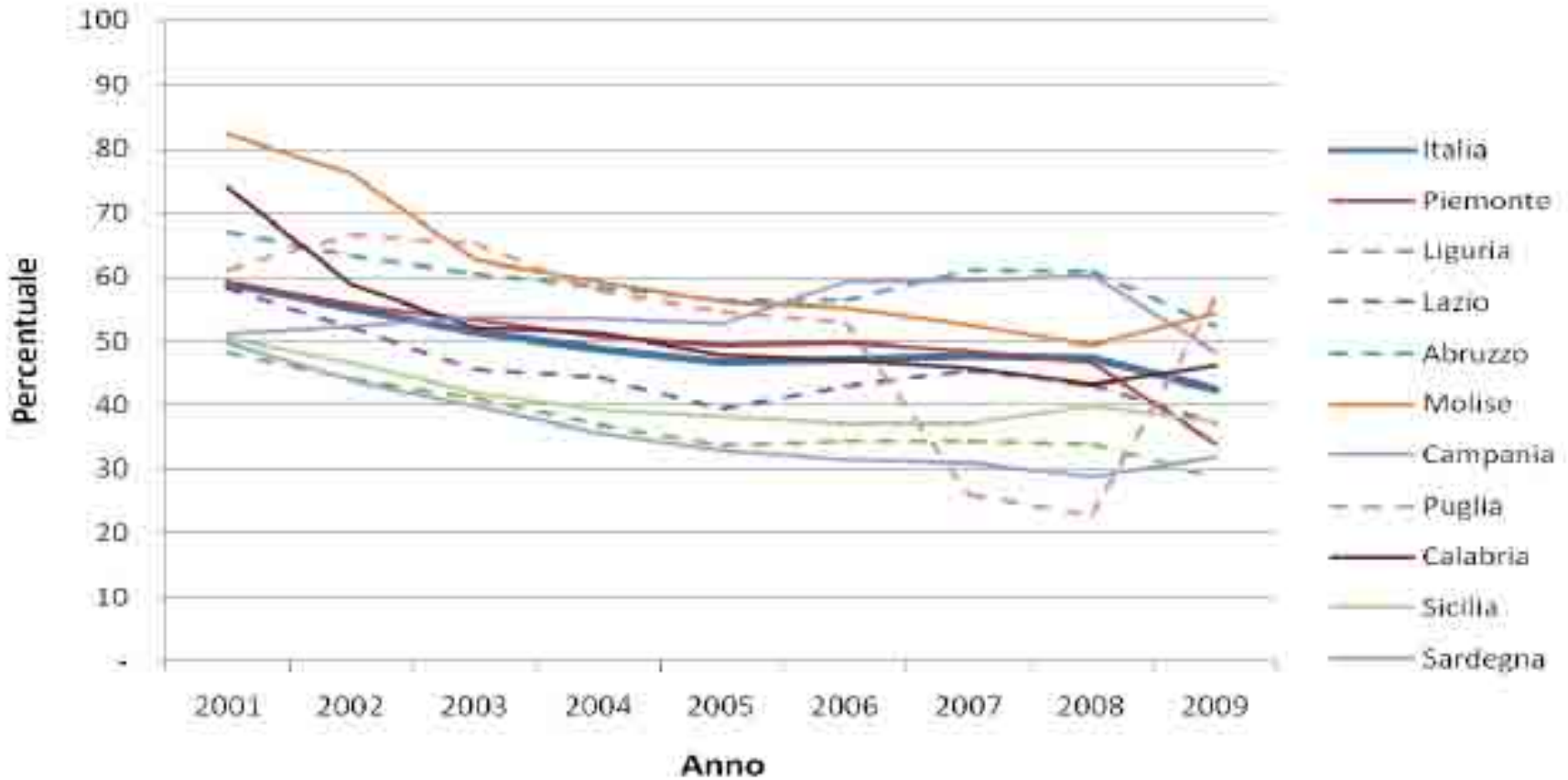
DRG ad alto rischio di inappropriatazza (ARI)

POA 01 - Confronto tra le Regioni in Piano di Rientro
DRG chirurgici



DRG ad alto rischio di inappropriatazza (ARI)

POA 01 - Confronto tra le Regioni in Piano di Rientro
DRG medici





DH inappropriati



Bari,
7-10 novembre 2013

- **Elenco di procedure che rendono appropriato il singolo DH**
- **Tasso di ospedalizzazione in DH per territorio (frazione dei RO)**
- **Caratteristiche dell'assistenza (durata degenza, interventi di multipli specialisti)**
- **Tipologia dei pazienti (fragilità)**



2011 POA



Bari,
7-10 novembre 2013



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO VI**

PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA

Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza

Modello BERSAGLIO del'Istituto Sant'Anna, Pisa



Bari,
7-10 novembre 2013

Piemonte

Assistenza farmaceutica (AF)

Assistenza distrettuale (T)

AF5 spesa lorda pro-capite

H1_1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari

T9 Ricoveri DH medico con finalità diagnostica

H2 Indice performance degenza media DRG chirurgici

T4 Tasso ospedalizzazione BPCO

H3 % DRG medici da reparti chirurgici

T3 Tasso ospedalizzazione diabete globale
T2 Tasso ospedalizzazione scompenso

H4 % colecistectomie laparoscopiche Day surgery

H5 DRG Lea chirurgici: % ricoveri Day Surgery

H6 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione

H9 % Parti cesarei

H10 % re-ricovero

H11 % fratture femore operate entro 2 gg

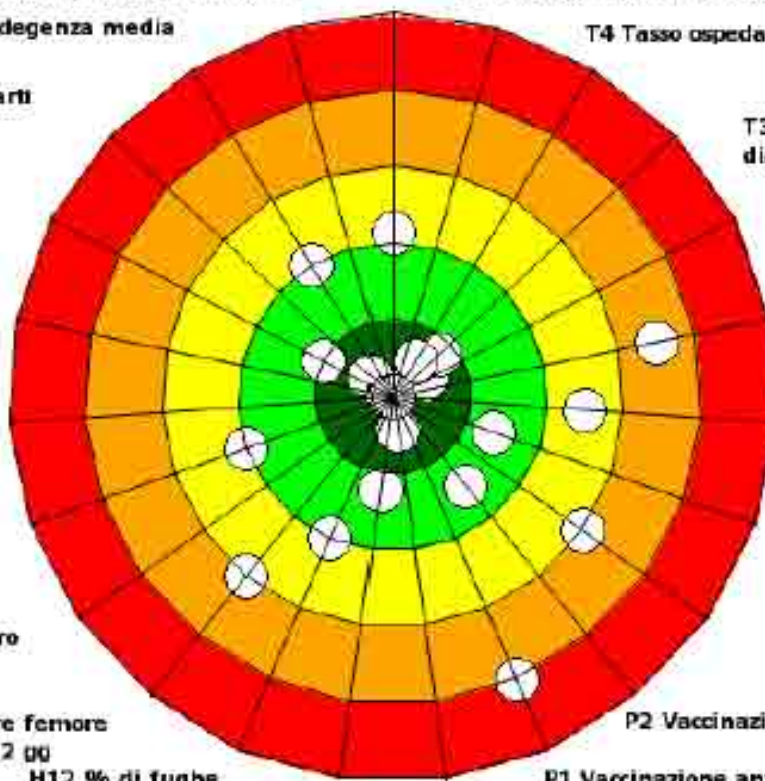
H12 % di fughe

H13 Degenza media pre-operatoria

H14 % ricoveri ordinari medici brevi

Assistenza ospedaliera (H)

Assistenza sanitaria collettiva-prevenzione (P)





Programma Nazionale Valutazione Esiti



Bari,
7-10 novembre 2013

Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE)

Ed. 2013, SDO 2005-2012



Ministero della Salute

Introduzione alla lettura

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari...

[leggi](#)

Indicatori PNE Ed. 2013

Fonti informative e criteri di record linkage



Il Sistema Informativo Ospedaliero raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post-acuzie) registrati in Italia....

[leggi](#)

Metodi statistici Appendice



Nella maggior parte delle applicazioni gli indicatori di valutazione degli esiti degli interventi sanitari sono espressi come ...

[leggi](#)

Lista degli acronimi e delle definizioni maggiormente usate per la descrizione degli indici e nelle trattazioni epidemiologiche.

[leggi](#)

Formazione a distanza - ECM

[FNOMCeO](#)

[IPASVI](#)

[Guida all'uso e Tutorial](#)

[Tutorial 1: Struttura del sito](#)

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.



Programma Nazionale Valutazione Esiti



Bari,
7-10 novembre 2013

**Programma Nazionale
Valutazione Esiti (PNE)**
Ed. 2013, SDO 2005-2012



Ministero della Salute

**Introduzione alla
lettura**

Fonti informative e
criteri di record
linkage

Metodi statistici

Appendice

Analisi per struttura
ospedaliera

Analisi per aree
di residenza

--- seleziona ---

--- seleziona ---

Home > [Analisi per area di residenza](#)

Tutorial 2: Come fare una ricerca

Tutorial 6: Faq

Selezione Area Clinica

Metabolico

Selezione Indicatore

Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete

Grafico per le ASL

Grafico per le regioni

Selezione per valori

Seleziona le ASL con una frequenza di esito inferiore a e/o superiore a

Seleziona le ASL con volume osservato inferiore a e/o superiore a

Selezione ASL di residenza

Gli indicatori di ospedalizzazione sono analizzati per provincia o comune di residenza con un numero di abitanti superiore a 200.000

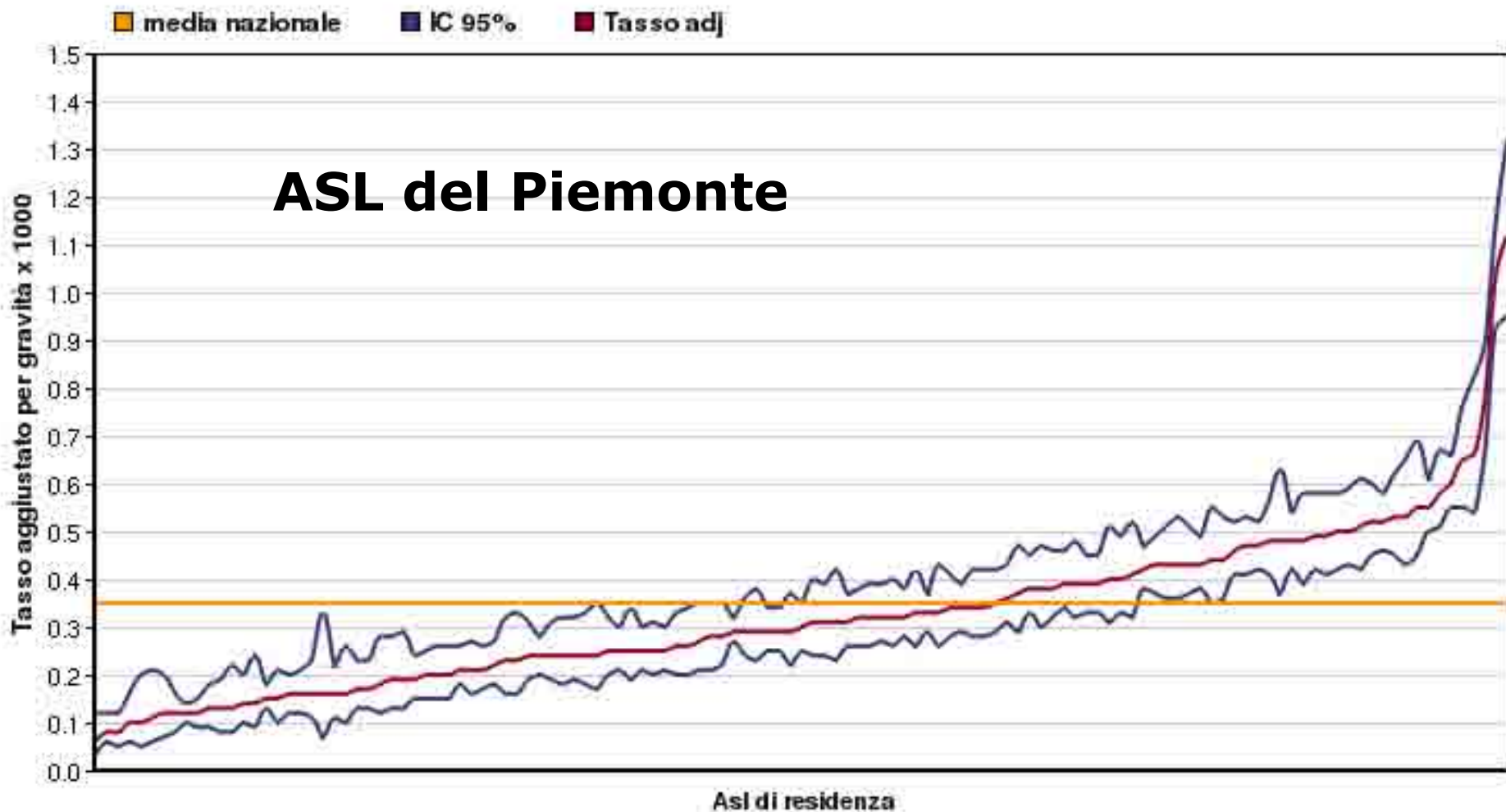


Programma Nazionale Valutazione Esiti



Bari,
7-10 novembre 2013

Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete





Standards per assistenza ospedaliera e distrettuale



Bari,
7-10 novembre 2013



- ***STANDARD PER
L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE
SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN
EX. ART. 12, COMMA 1, lett. b),
PATTO PER LA SALUTE 2010-2012,
marzo 2012***
- **Legge 135 del 7 agosto 2012**



Standards per assistenza ospedaliera e distrettuale



Bari,
7-10 novembre 2013

3. 7 letti per 1000 abitanti, di cui 0.7 per post- acuzie, ottenibile grazie a:

- Tasso di ospedalizzazione annuo 160/1000 abitanti, di cui 25% in ricovero diurno
- Tassi di ospedalizzazione e numero posti letto per disciplina
- Occupazione posti letto > 90%
- Classificazione degli ospedali: di base, I livello, II livello
- Riduzione delle strutture complesse e semplici
- Volumi minimi di attività per accreditamento
- Valutazione degli esiti
- Reti di medicine specialistiche



Ministero della Salute

COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA
DELL'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA
NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE,
DI CUI ALL'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005

Tipo di Struttura		Indicatore	Standard
Strutture Complesse Previste	Ospedaliere	$\frac{\text{Posti letto pubblici Regione}}{\text{SC Ospedaliere Regione}}$	17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera
	Non Ospedaliere	$\frac{\text{Pop. Residente Regione}}{\text{SC Non Ospedaliere Regione}}$	Regioni con Pop. < 2,5 mln = 9.158 residenti per struttura complessa non ospedaliera Regioni con Pop. > 2,5 mln = 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera
Strutture Semplici Totali Previste		$\frac{\text{Strutture Semplici Totali}}{\text{Strutture Complesse Totali}}$	1,31 strutture semplici per struttura complessa



Bari,
7-10 novembre 2013

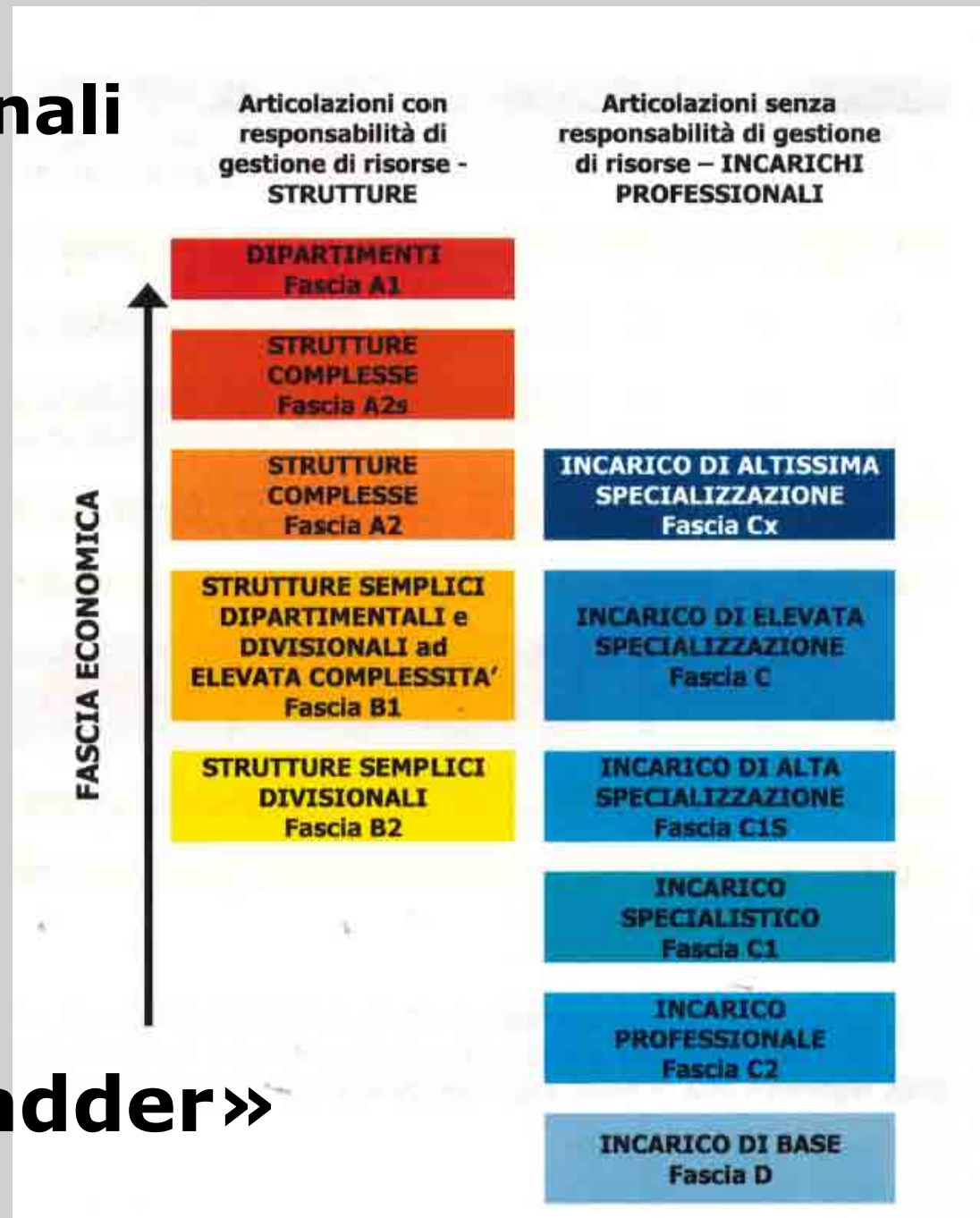
Tendenze nei modelli organizzativi



Incarichi Professionali



Bari,
7-10 novembre 2013



«Double Ladder»



Nuovo ruolo delle Professioni Sanitarie



Bari,
7-10 novembre 2013

Legge 10 agosto 2000, n. 251

Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

- Professioni autonome
- Attività diretta alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute
- individuale e collettiva
- Funzioni definite dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici

Legge 1 febbraio 2006, n. 43

Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali



Studio di modalità nuove della gestione delle cronicità



Bari,
7-10 novembre 2013

- **CREG**

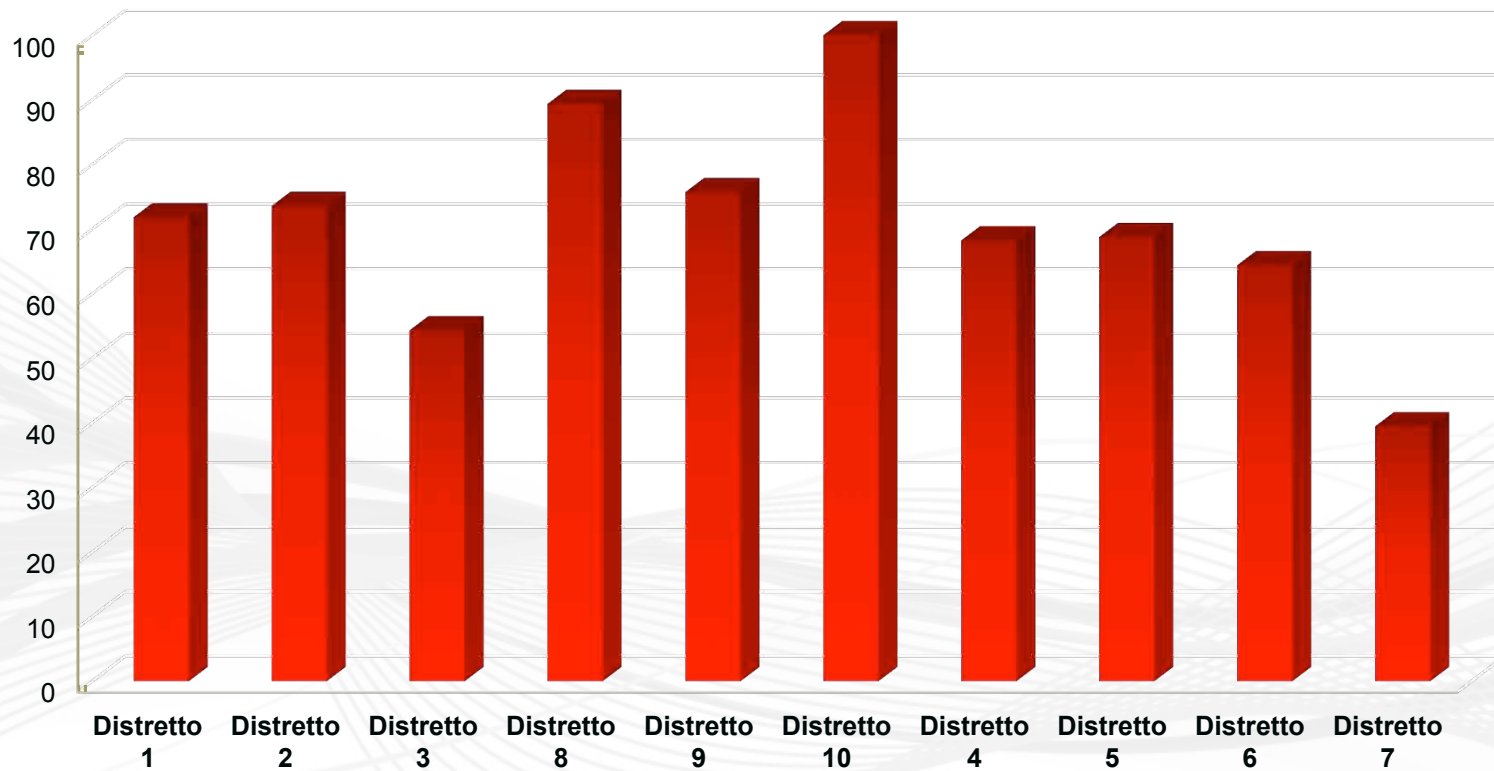
- Modello di presa in carico della cronicità sperimentato in Lombardia che si basa sulla definizione di percorsi diagnostico terapeutici per alcune cronicità (tra le quali diabete e tireopatie), la precisazione di tariffe onnicomprensive, l'identificazione di attori case manager, e la partecipazione dei cittadini

- **CAP o Gruppi di Cure Primarie**

- Aggregazione funzionale o strutturale di medici di medicina generale con organizzazione di strutture accessibili per più ore nella giornata e con intervento di specialisti e operatori di altre professioni sanitarie

- **Gestione integrata del diabete**

MMG aderenti



36% pazienti diabetici eligibili

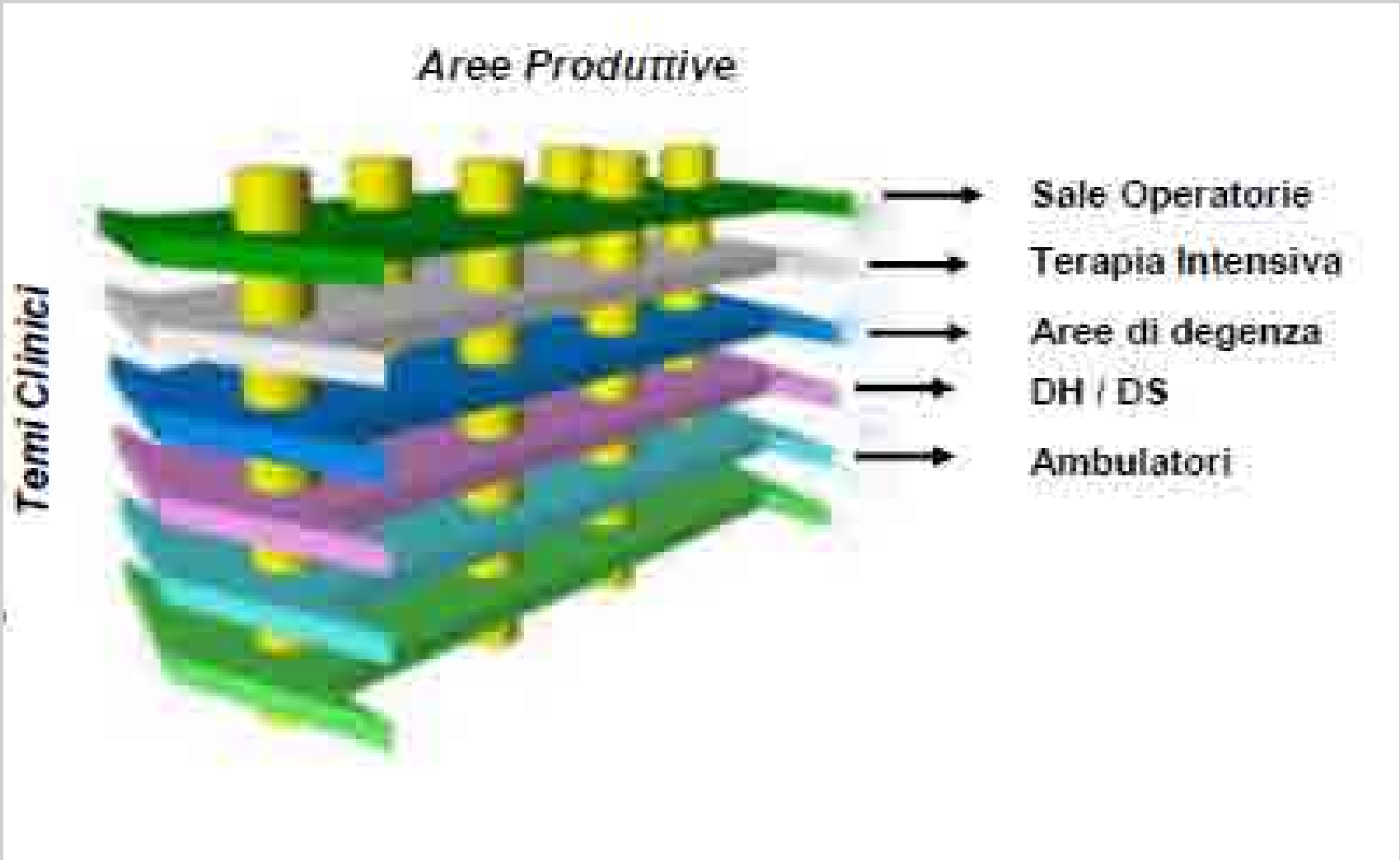


Ospedale per Intensità di cura



Bari,
7-10 novembre 2013

Erasmus Medical Center, Rotterdam





Ospedale per Intensità di cura



Bari,
7-10 novembre 2013

Pressione regolatoria

- La Toscana e l'Umbria hanno emanato provvedimenti normativi mirati nel senso della riorganizzazione secondo l'intensità di cura per tutti gli ospedali.
- Altre regioni hanno stabilito principi generali all'interno dei PSSR (Lombardia)
- All'opposto, 5 regioni (di cui 4 in piano di rientro) pianificano la rete ospedaliera indicando standard di riferimento per specialità.



Ospedale per Intensità di cura



Bari,
7-10 novembre 2013

Esperienze italiane

Azienda	Dimensione dell' ospedale	Anno
Niguarda, Milano	1000 pl	2011
Prato	300 pl	2011
Galliera Genova	400 pl	2011
OIRM S.Anna Torino	200 pl, monospécialistico	2011
Foligno	400 pl	2006
Vimercate	350 pl	2009
Pontedera	300 pl	2006
Forlì	500 pl	2009
CTO, Torino	200 pl, monospécialistico	2012
Azienda Sanitaria Firenze	Rete di ospedali	2009
Legnano	500 pl	2012
Porretta Terme	300 pl	2012
Como	500 pl	2012
Humanitas	800 pl	2012
Lecco	500 pl ???	2012



Ospedale per Intensità di cura



Bari,
7-10 novembre 2013

I risultati conseguiti

- Dati molto limitati
- Non evidente l'effetto della variazione del modello organizzativo rispetto alla contemporanea evoluzione del sistema
- Difficile valutazione di un modello che subisce variazioni in itinere
- Sofferenza dei medici, maggiore soddisfazione dei chirurghi (soprattutto per bassa intensità ciclo breve)
- Apprezzamento da parte degli infermieri per crescita professionale
- Non indagini strutturate per soddisfazione utenza (apprezzamento area ambulatoriale ed accettazione)
- Riportati dati generali di miglioramento della performance e dell'efficienza, ma non analisi ad hoc
- Riduzione indice di fuga
- Non dati su indici di esito



Cosa sta accadendo in Endocrinologia?

(The age of Khali, Dalrymple, 2006)



Cosa sta accadendo in Endocrinologia?



Bari,
7-10 novembre 2013

- Siamo davvero un problema?
- Quale è il destino per le UO di Endocrinologia?
- Cosa riserva il Programma Operativo di Appropriatazza?
- Il “decreto Balduzzi” 18 Ottobre 2012:
 - modifiche alla remunerazione dei DRG
 - inappropriatazza dei ricoveri
- Cosa possiamo fare?

Ma siamo davvero un problema? I problemi di costo probabilmente sono altrove!

	Numero	% tot	gg deg	% tot
Ricoveri Ordinari	176.376	2,5	1.024.128	2,13%
Ciclo diurno	125.763	4,4	269.586	3,37%

MDC 10 - Malattie e disturbi Endocrini, Nutrizionali e Metabolici

Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero

Dati SDO 2011



Ministero della Salute

COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA
DELL'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA
NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE,
DI CUI ALL'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005

Tipo di Struttura		Indicatore	Standard
Strutture Complesse Previste	Ospedaliere	<i><u>Posti letto pubblici Regione</u></i> <i>SC Ospedaliere Regione</i>	17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera
	Non Ospedaliere	<i><u>Pop. Residente Regione</u></i> <i>SC Non Ospedaliere Regione</i>	Regioni con Pop.< 2,5 mln = 9.158 residenti per struttura complessa non ospedaliera Regioni con Pop.>2,5 mln = 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera
Strutture Semplici Totali Previste		<i><u>Strutture Semplici Totali</u></i> <i>Strutture Complesse Totali</i>	1,31 strutture semplici per struttura complessa

Deliberazione della Giunta Regionale 14 marzo 2013, n. 6-5519

Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015).

TABELLA 13 BIS: STANDARD STRUTTURE COMPLESSE DA BOZZA REGOLAMENTO

(articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135)

DISCIPLINA	Popolazione pesata	BACINO MIN	BACINO MAX	N. SC min	N. SC max
Anestesia-Rianimazione /					
Terapia intensiva	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Cardiochir. Ped.	4.709.482	4.000.000	6.000.000	1	1
Cardiochirurgia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Cardiologia	4.709.482	150.000	300.000	16	31
Chirurgia Gen.	4.709.482	100.000	200.000	24	47
Chirurgia max fac	4.709.482	1.000.000	2.000.000	2	5
Chirurgia Ped	4.709.482	1.500.000	2.500.000	2	3
Chirurgia Plastica	4.709.482	1.000.000	2.000.000	2	5
Chirurgia Toracica	4.709.482	800.000	1.500.000	3	6
Chirurgia Vascolare	4.709.482	400.000	800.000	6	12
Dermatologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Ematologia + Oncoem.	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Emodialisi	4.709.482	300.000	600.000	8	16
Endocrinologia	4.709.482	600.000	1.200.000	4	8
Fisiopatologia ripr.	4.709.482	2.000.000	4.000.000	1	2

Dove sono queste UOC?

TABELLA 7: ATTUALE DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO PER ACUZIE (Ospedali pubblici, Classificati, IRCCS, Privati accreditati)

	1 - Torino Sud Est	2 - Torino Nord	3 - Torino Ovest	Torino e Prov.	4 - Piemonte Nord Est	5 - Piemonte Sud Ovest	6 - Piemonte Sud Est	REGIONE
Anestesia-Rianimazione /								
Terapia Intensiva	97	39	39	175	57	46	57	335
Cardiochirurgia	38	40	16	94	29	16	22	161
Cardiochirurgia Ped.	8	-	-	8	-	-	-	8
Cardiologia	86	99	81	266	134	54	72	526
Chirurgia Generale	346	226	199	771	443	253	317	1.784
Chirurgia maxillo	14	-	-	14	10	-	9	33
Chirurgia Pediatrica	9	-	-	9	10	-	12	31
Chirurgia Plastica	52	8	8	68	3	1	4	76
Chirurgia Toracica	13	8	13	34	7	12	5	58
Chirurgia Vascolare	40	20	22	82	27	30	25	164
Dermatologia	25	-	-	25	14	1	7	47
Ematologia	79	5	8	92	16	21	15	144
Endocrinologia	46	1	9	56	7	19	10	92
Gastroenterologia	46	10	24	80	15	25	11	131

TABELLA 9: FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER ACUZIE NELLE DISCIPLINE MEDICHE

	1 - Torino Sud Est	2 - Torino Nord	3 - Torino Ovest	Torino e Prov.	4 - Piemonte Nord Est	5 - Piemonte Sud Ovest	6 - Piemonte Sud Est	REGIONE
Anestesia-Rianimazione /								
Terapia Intensiva	97	39	39	175	66	46	57	344
Cardiologia	97	112	105	313	156	68	85	621
Dermatologia	20	0	0	20	12	3	6	41
Ematologia	50	0	12	62	40	20	30	152
Endocrinologia	40	0	9	49	9	9	9	75

**Intanto, una decurtazione
posti letto: -18.4%**



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

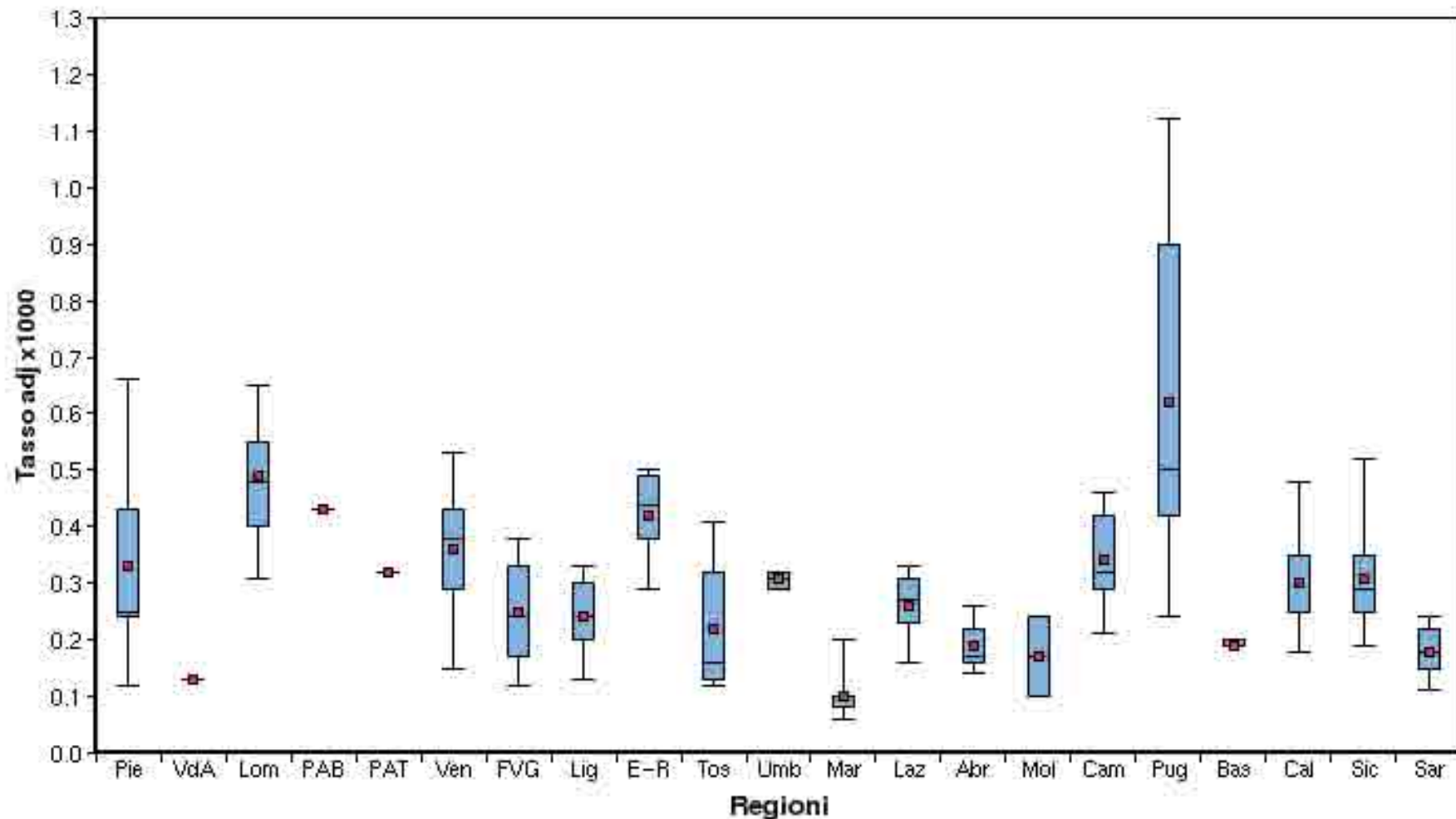
**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO VI**

PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA

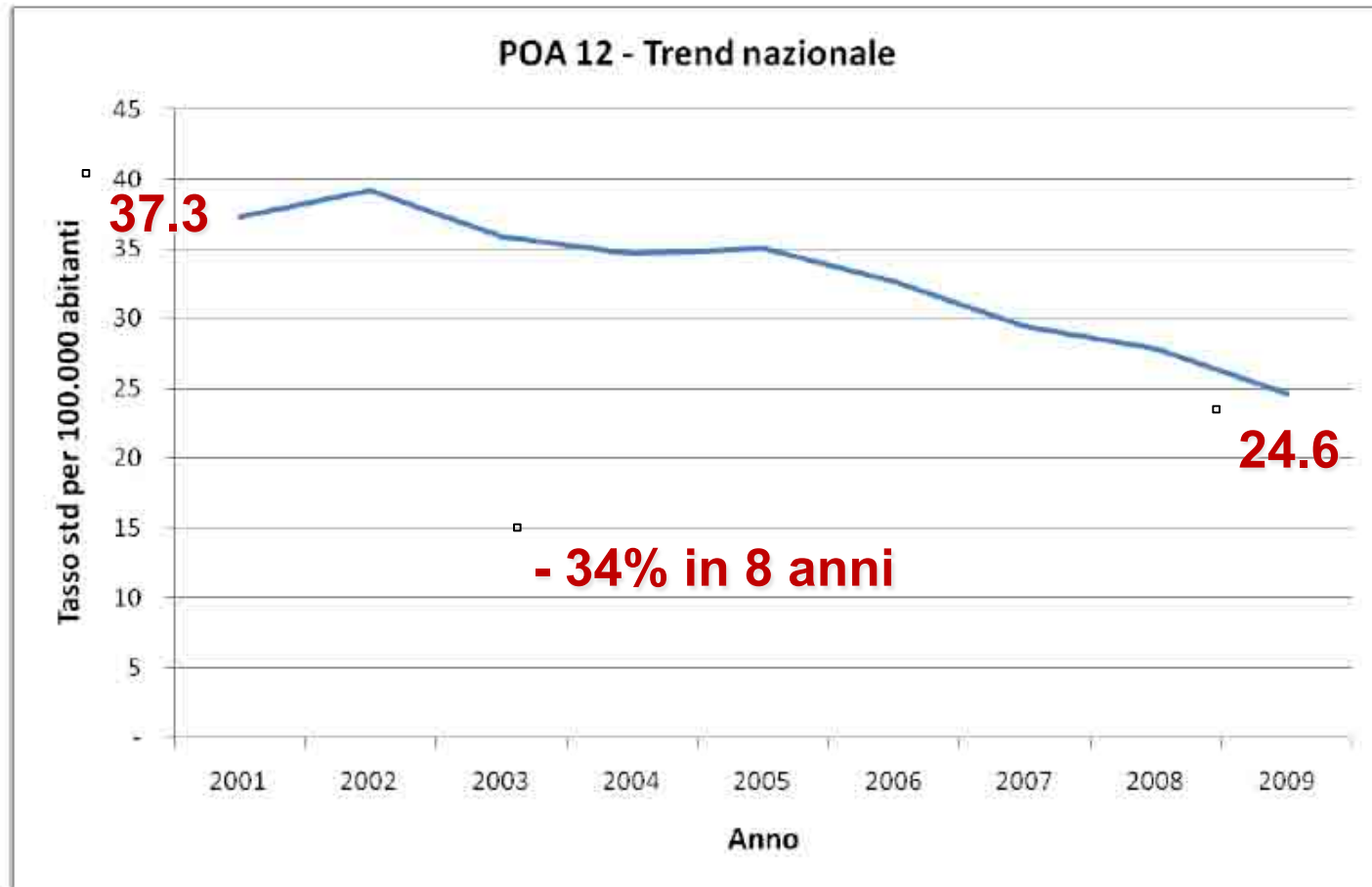
Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza

Qualche problema indubbiamente è presente....

Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete



Ricoveri per diabete non compensato SENZA complicanze

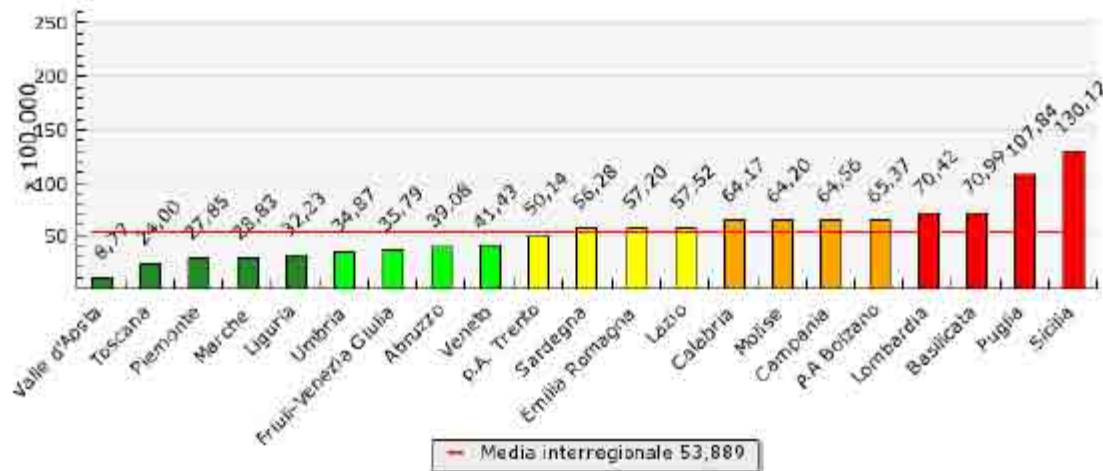


L'efficacia assistenziale delle patologie croniche

Tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti 20 – 74 anni

Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si curano efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato.

Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)



GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Lunedì, 28 gennaio 2013 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI
DIREZIONE E REDAZIONE: PRESSO IL MINISTERO DELLA SANITÀ - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARDEVOLA, 38 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 1027 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-49991 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00186 ROMA

AVVISO AGLI ABBONATI

Si informano i Gentili Abbonati che dal 3 dicembre i canoni di abbonamento per l'anno 2013 sono pubblicati nelle ultime pagine di tutti i fascicoli della Gazzetta Ufficiale. Si ricorda che l'abbonamento decorre dalla data di attivazione e scade dopo un anno ed in semestri successivi a quella data e secondo della tipologia di abbonamento scelto. Per il rinnovo dell'abbonamento i Signori abbonati sono pregati di usare il modulo di sottoscrizione che verrà inviato per posta e di seguire le istruzioni ivi riportate per procedere al pagamento.

N. 8

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 ottobre 2012.

Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

300	10	M	Malattie endocrine con CC	3337	3352
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	901	1938
288	10	C	Interventi per obesità	5681	3573
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	2926	3575
290	10	C	Interventi sulla Tiroide	3340	2496

E quindi, la rimodulazione della assistenza tramite la leva tariffaria

Cosa fare?



E' importante l' attenzione alle modalità di codifica:

Regione Piemonte: dati statistici (QlikView; ABACO-benchmarking) relativi alle diagnosi di dimissione dalle strutture ospedaliere dell' anno 2011

Analisi del **DRG 300** (Malattie Endocrine CC) sulla base delle

Diagnosi secondarie “complicanti”

Diagnosi Principale

**227.3 Tumori benigni ipofisi
e craniofaringiomi**

Diagnosi Secondarie “complicanti il 301”

253.2 Panipopituitarismo
**276.9 Disordini dei liquidi ed
elettroliti**
345.10 Epilessia generalizzata

Diagnosi Principale

242.21 GMN tossico

Diagnosi Secondarie “complicanti» il 301

**250.02 DM 2 scompensato non
complicato**

427.31 Fibrillazione atriale

428.43 Insufficienza cardiaca

518.81 Insufficienza Respiratoria

Diagnosi Principale

255.0 Sindrome di Cushing

Diagnosi Secondarie “complicanti il 301”

**250.72 DM 2 scompensato con
 complicanze circolatorie**

253.5 Diabete insipido

Diagnosi Principale

255.4 Insufficienza Corticosurrenale

Diagnosi Secondarie “complicanti il 301”

**276.1 Ipoosmolarità e/o
iponatriemia**

**250.02 DM 2 scompensato non
complicato**

38.19 Setticiemia da Stafilococco

Emergenze Iperglicemiche

Chetoacidosi diabetica e sindrome iperosmolare

Se la diagnosi di DM è nota e il ricovero è motivata dallo scompenso metabolico acuto, è sostenibile la codifica:

- **diagnosi principale: disidratazione o alterazione dei liquidi e del bilancio elettrolitico (276.9)**
- **diagnosi secondaria: DMT1 scompensato 250.13 (DRG 296 peso 1.31)**

Lo squilibrio idroelettrolitico e la sua correzione **devono** essere documentati in cartella clinica in modo coerente con la diagnosi principale per non generare una codifica opportunistica.

Fiedamo

Proposta di Integrazione alla Normativa
sull'appropriatezza delle prestazioni in regime
di ricovero ordinario per l'area di
Endocrinologia, Diabete e Metabolismo

**Sono necessari non solo interventi a posteriori
ma, soprattutto, in sede di programmazione.**

Condizione Morbosa

a. Diabete Insipido (253.5)

b. Lesioni iperfunzionanti ipofisarie (255.3)

c. Lesioni iperfunzionanti surrenaliche (255.0 e 255.1)

d. Lesioni pancreatiche endocrine (211.7) selettivo

e. Patologia neoplastica endocrina comportamento maligno (194.8)

termoablazione)

f. Ipoglicemia spontanea severa (251.2)

g. Emergenze iperglicemiche
Sindrome Iperosmolare (250.22)
Chetoacidosi (250.21)

h. Obesità grave (BMI > 40)
o con disturbi del comportamento alimentare (307.5)

i. Anoressia (BMI < 16) con turbe endocrino-metaboliche e/o elettrolitiche (307.1)

Procedura principale

Test di assetamento protratto
Cateterismo seni petrosi

Cateterismo selettivo vene surrenaliche
Test di carico salino per via endovenosa

Cateterismo vene sovraepatiche con stimolo intra-arterioso

Terapia radiometabolica e radio-recettoriale
Procedure interventistiche a scopo palliativo (embolizzazione selettiva,

Test al digiuno protratto (72 ore)

Osmolarità/Infusione idro-elettrolitica
Emogasanalisi/Infusione idro-elettrolitica

Digiuno assistito,
Gestione terapeutica integrata

Gestione terapeutica integrata
Terapia nutrizionale entero/parenterale

Condizioni e Procedure che rendono appropriato il ricovero

Documentata ***poliuria in assenza di cause internistiche dimostrabili*** associata al reperto di osmolarità plasmatica inferiore a quella urinaria.

Procedura: Test di assetamento protratto o interrotto per calo ponderale superiore al 3%

Documentata ***iperfunzione antero-ipofisaria*** nella quale le tecniche di immagine non consentano una definitiva localizzazione.

Procedura: Cateterismo dei seni petrosi inferiori con prelievi multipli.

Documentato ***ipercorticosurrenalismo primitivo*** nel quale le tecniche di immagine non consentano una definitiva lateralizzazione.

Procedura: Cateterismo selettivo delle vene surrenaliche e della cava.

Test da carico idrosalino per via endovenosa.

Sindromi riconducibili a ***lesione pancreatica endocrina*** con dubbi risultati delle tecniche di immagine.

Procedura: Cateterismo selettivo delle arterie del tripode celiaco con iniezione intra-arteriosa di calcio.

Patologia endocrina a comportamento maligno, primitiva o secondaria, non curabile chirurgicamente con progressione di malattia o sindrome clinica associata.

Procedura: Terapia radiometabolica o radiorecettoriale (I-131, DOTATOC, MIBG, etc).

Embolizzazione o chemioembolizzazione intra-arteriosa. Ablazione percutanea con ipertermia.

Soggetti non diabetici con documentata ***ipoglicemia spontanea severa (<50 mg/dl)***

Procedura: Test al digiuno protratto fino a 72 ore o interrotto per ipoglicemia grave.

Emergenze iperglicemiche

Chetoacidosi severa: soggetti diabetici con iperglicemia associata ad acidosi metabolica e documentata chetonemia o chetonuria.

Procedura: determinazione di emogasanalisi, osmolarità plasmatica, chetonemia/uria e quadro elettrolitico; reintegrazione infusione con soluzione elettrolitica, trattamento insulinico e monitoraggio della correzione dei parametri.

Sindrome iperosmolare: soggetti diabetici con iperglicemia associata a osmolarità plasmatica > 320 mOsm/l.

Procedura: determinazione osmolarità plasmatica, chetonemia/uria e quadro elettrolitico; reintegrazione infusione idro-elettrolitica, trattamento insulinico, e monitoraggio della correzione dei parametri.

Obesità grave (BMI>40) resistente al trattamento ambulatoriale, associata a complicanze cardiovascolari, metaboliche o respiratorie o a disturbo del comportamento alimentare documentato con valutazione psichiatrica.

Procedura: trattamento con digiuno assistito o dieta strettamente ipocalorica e/o valutazione e trattamento integrato multidisciplinare.

Anoressia associata a grave magrezza (BMI<16) e/o a turbe metaboliche o elettrolitiche.

Procedura: trattamento con nutrizione artificiale (parenterale totale o enterale) e/o alla valutazione e trattamento integrato multidisciplinare.

Intanto: attenzione ai ricoveri

- Ricovero ordinario soltanto per malattie endocrine associate a specifiche circostanze complicanti.
- Codifica del diabete mellito soltanto come seconda diagnosi (e come scompensato) e codificare l'acuzie!
- Codifica del diabete mellito come prima diagnosi in caso di complicanze macrovascolari causa di ischemia critica, ulcera trofica, vasculopatia cerebrale

E' infine necessario affiancare ad un appropriato uso del ricovero ospedaliero:

- Maggiore coinvolgimento degli specialisti nella pianificazione assistenziale (“rappresentanza politica”)
- Nuovi modelli organizzativi sia sul territorio che in ospedale (intensità di cura, gestione integrata delle cronicità).
- Riduzione del numero degli specialisti se non si procede all’ampliamento delle loro competenze assistenziali.
- Coinvolgimento e sinergia con gli altri operatori sanitari.



**Grazie dell' attenzione
(in attesa della danza dissolutrice di Shiva)**

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	1.606	437	222	113
300	10	M	Malattie endocrine con CC	3.337	421	246	164
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	901	318	210	107

Ricoveri ordinari Degenza 0-1 giorni Ricoveri diurni

271	9	M	Ulcere della pelle	4.290	493	269
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC	3.221	343	187
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	257	180
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.983	399	259
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	289	237
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	828	297	173
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC	3.353	359	222
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.090	300	215
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni	1.638	271	194
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.790	385	268
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	901	421	268
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	837	418	244
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	1.503	295	162
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	728	238	153
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	7.698	1.569	2.320
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.695	2.047	2.115
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.770	1.271	1.804
288	10	C	Interventi per obesità	5.681	2.089	2.518
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	2.926	1.130	1.369
290	10	C	Interventi sulla tiroide	3.340	1.373	1.658
291	10	C	Interventi sul dotto tireoglosso	2.573	1.121	1.348
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.959	2.181	1.886
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.308	1.524	1.886
294	10	M	Diabete, età > 35 anni	1.391	390	236
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	1.162	282	160
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.800	366	204
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	273	191
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.190	237	173

VARIAZIONI TARIFFAZIONE RICOVERO ORDINARIO

271	9M	Ulcera della pelle	4290	4373	-83
277	9M	Cellulite età > 17 aa con CC	3353	3385	-32
278	9M	Cellulite età > 17 aa senza CC	2090	2006	84
279	9M	Cellulite età < 18 anni	1638	1532	106
285	10C	Amputazioni di arto inf per endocrinometabol.	7698	10621	-2923
286	10C	Interventi su surrene ed ipofisi	7695	7721	-26
287	10C	Trapianti cutanei e sbrigliamento ferite endocr.	4770	7029	-2259
288	10C	Interventi per obesità	5681	3573	2108
289	10C	Interventi sulle paratiroidi	2926	3575	-649
290	10C	Interventi sulla Tiroide	3340	2496	844
291	10C	Interventi sul dotto tireoglosso	2573	1330	1243
292	10C	Altri interventi x malattie endocrine con cc	7959	8576	-617
293	10C	altri interventi x malattie endocrine senza cc	5308	5042	266
294	10M	Diabete, età > 35 aa	1391	2584	-1193
295	10M	Diabete, età < 36 aa	1162	2190	-1028
296	10M	Disturbi nutrizione, metab. Età > 17 aa con CC	2800	3313	-513
297	10M	Disturbi nutrizione, metab. Età > 17 a senza CC	1758	2559	-801
298	10M	Disturbi nutrizione, metab età < 18 aa	1190	1536	-346
299	10M	Difetti congeniti del metabolismo	1606	2087	-481
300	10M	Malattie endocrine con CC	3337	3352	-15
301	10M	Malattie endocrine senza CC	901	1938	-1037
320	11M	Infezioni del rene vie urinarie, età > 17 aa con CC	2701	2791	-90

VARIAZIONI TARIFFAZIONE ACCESSO DAY HOSPITAL

Ulcera della pelle	269	209	60
Cellulite età > 17 aa con CC	222	230	-8
Cellulite età > 17 aa senza CC	215	218	-3
Cellulite età < 18 anni	194	271	-77
Amputazioni di arto inf per endocrinopatie, metabol.	2320	1662	658
Interventi su surrene ed ipofisi	2115	1651	464
Trapianti cutanei e sbrigliamento ferite per endocrino	1804	1375	429
Interventi per obesità	2518	1224	1294
Interventi sulle paratiroidi	1369	1116	253
Interventi sulla Tiroide	1658	1027	631
Interventi sul dotto tireoglosso	1348	808	540
Altri interventi x malattie endocrine con cc	1886	1085	801
altri interventi x malattie endocrine senza cc	1886	1091	795
Diabete, età > 35 aa	236	224	12
Diabete, età < 36 aa	160	304	-144
Disturbi nutrizione, metab. Età > 17 aa con CC	204	248	-44
Disturbi nutrizione, metab. Età > 17 aa senza CC	191	240	-49
Disturbi nutrizione, metab età < 18 aa	173	248	-75
Difetti congeniti del metabolismo	222	341	-119
Malattie endocrine con CC	246	279	-33
Malattie endocrine senza CC	210	279	-69
Infezioni del rene e vie urinarie, età > 17 aa con CC	216	247	-31

E' quindi necessario affiancare ad un appropriato uso del ricovero ospedaliero:

- L'evoluzione ordinistica e formativa
- Maggiore coinvolgimento professionale ed organizzativo
- Nuovi modelli organizzativi sia sul territorio che in ospedale (intensità di cura, gestione integrata delle cronicità)
- Riduzione del numero di medici e ruolo di professioni non sanitarie.

Studio di modalità nuove della gestione delle cronicità

- CREG

- Modello di presa in carico della cronicità sperimentato in Lombardia che si basa sulla definizione di percorsi diagnostico terapeutici per alcune cronicità (tra le quali diabete e tireopatie), la precisazione di tariffe onnicomprensive, l'identificazione di attori case manager, e la partecipazione dei cittadini

- CAP o Gruppi di Cure Primarie

- Aggregazione funzionale o strutturale di medici di medicina generale con organizzazione di strutture accessibili per più ore nella giornata e con intervento di specialisti e operatori di altre professioni sanitarie

- Gestione integrata del diabete