

Decisione sulla proposta n° 18_004

Svolgimento	Data	Stato
Inoltrata	18.09.2018	
1. Trattamento	28.11.2018	
2. Trattamento	---	
Decisione REK	Respinta	
Data di validazione	---	
Rilevante per la certificazione dal	---	

Indicazione di riferimento relativa al manuale REKOLE® 4ª edizione 2013 e proponente

N° del capitolo & denominazione	9.7 Regole per la gestione de casi amministrativi 9.7.5 Riammissione dopo un trasferimento
Proponente	SwissDRG AG

1. Istanza, compresa proposta di soluzione

Situazione di partenza:

I capitoli 9.7 e 9.7.5 contengono un provvedimento eccezionale in caso di riammissione nella riabilitazione dopo una precedente riospedalizzazione presso un ospedale acuto → nuovo caso, quando la degenza presso l'ospedale acuto ha una durata superiore a 14 giorni.

A pagina 212, REKOLE 4ª edizione 2013:

Regole per la gestione dei casi amministrativi	
	© H+ Gli Ospedali Svizzeri
1. Inizio/fine del trattamento (comprese urgenze)	caso amministrativo
2. Mutamento nell'estensione della copertura assicurativa	nessun nuovo caso
3. Trasferimento interno	nessun nuovo caso
4. Modifica della diagnosi	nessun nuovo caso
5. Chiusura annuale d'esercizio (compr. trattamenti stazionari di lunga durata)	nessun nuovo caso (REK 06_054)
6. Riammissione per trasferimento	nessun nuovo caso, se trasferimento < 24 ore e senza occupazione del letto a mezzanotte nell'ospedale del trasferimento (Eccezione: riammissione nel reparto riabilitazione dopo ritrasferimento nell'ospedale acuto → Nuovo caso se la degenza nell'ospedale acuto dura più di 14 giorni.)
7. Riammissione per riospedalizzazione	nuovo caso
8. Congedi	nessun nuovo caso
9. Delimitazione delle cure acute dalle cure lungodegenti	Nuovo caso, non appena la necessità dell'ospedale acuto non è più o è nuovamente data.
Regola supplementare facoltativa (REK 10_010)	
10. Caso ambulatoriale permanente (REK 05_071)	Nuovo caso, se la cura dura oltre 365 giorni. Il trattamento diagnostico si riferisce a una diagnosi principale.

9.7.5 Riammissione dopo un trasferimento (REK 12_002)

Le riammissioni causate da trasferimenti hanno luogo unicamente nel quadro di una degenza ospedaliera. Esse sono generate da cause diverse. Si parla ad esempio di riammissione quando il trattamento di un paziente richiede esami specifici non offerti in loco (ospedale X). Il paziente viene trasferito nell'ospedale che offre tale esame (ospedale Y). Dopo aver effettuato gli esami il paziente ritorna nell'ospedale X.

Il settore della riabilitazione rappresenta un'eccezione in questo ambito. Dato che il ritrasferimento del paziente in riabilitazione nell'ospedale acuto ha di regola luogo più di 24 ore dopo, un nuovo caso viene aperto nell'ospedale di riabilitazione unicamente se tale ritrasferimento ha luogo dopo un lasso di tempo superiore ai 14 giorni (cfr. capitolo 9.7 Regole per la gestione dei casi amministrativi).

Secondo le informazioni fornite dall'ANQ ([Piano nazionale di misurazione Riabilitazione \(Moduli 2 e 3\) Manuale procedurale](#), valido dall'01.03.2018, pagina 19), le riammissioni sono da considerare nuovi casi e vanno registrate in modo corrispondente.

2.5 Motivi di esclusione (*drop-out*)

Le misurazioni ai sensi del piano per la riabilitazione devono essere svolte per tutti i pazienti al momento dell'ammissione e della dimissione.

Per la misurazione ANQ, il caso viene chiuso e gestito come *drop-out* solo qualora la cura venisse interrotta in modo imprevisto (trasferimento in un ospedale acuto per più di 24 ore, decesso, dimissione anticipata su richiesta del paziente).

Anche i pazienti dimessi come previsto entro sette giorni dall'ammissione vengono codificati come *drop-out*. In considerazione della brevità della degenza, in questi casi si rinuncia alla misurazione al momento della dimissione.

In tal caso, nella documentazione della misurazione occorre indicare la data del *drop-out* (giorno dell'interruzione della cura, rispettivamente della dimissione).

In caso di trasferimento da un reparto all'altro nello stesso istituto, se l'indicazione resta la stessa non si procede alle misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione. Analogamente, per un congedo non vengono rilevate una dimissione e un'ammissione, nella misura in cui a livello contabile la regolamentazione della clinica non preveda la chiusura e la riapertura del caso. Se invece un'assenza dalla clinica viene gestita come una dimissione (chiusura e riapertura del caso), le misurazioni al momento della dimissione vanno svolte. Al momento della riammissione (riapertura del caso), occorre poi procedere alle misurazioni al momento dell'ammissione.

Se poi il paziente fa ritorno nella riabilitazione stazionaria, occorre aprire un nuovo caso, svolgere le misurazioni al momento dell'ammissione e alla fine della degenza quelle al momento della dimissione.

In caso di cambiamento puramente amministrativo (p.es. in seguito a un cambiamento di ente finanziatore), non si procede ad alcuna misurazione.

In caso di cambiamento dell'indicazione durante una degenza in clinica, il caso con la vecchia indicazione va chiuso con le previste misurazioni al momento della dimissione. Si procede quindi all'apertura di un nuovo caso e allo svolgimento delle misurazioni al momento dell'ammissione secondo la nuova indicazione.

Proposta di soluzione:

Cancellare le eccezioni per le cliniche di riabilitazione.

Motivazione:

Per sviluppare una struttura tariffale per la riabilitazione occorrono dati rilevati in modo unitario. Le differenti definizioni (ANQ e REKOLE®) generano confusione negli ospedali, soprattutto per quanto

riguarda la registrazione di casi dopo riammissioni.

Per permettere un rilevamento unitario di dati, in occasione di una seduta straordinaria in una bozza di lavoro la Commissione Modalità di applicazione della SwissDRG SA ha rilevato i primi valori di riferimento per ST Reha. Tale bozza dovrà servire agli ospedali per il rilevamento dei dati dell'anno 2019. Non appena saranno disponibili maggiori informazioni sul modello ST Reha, saranno elaborate regole e definizioni più precise.

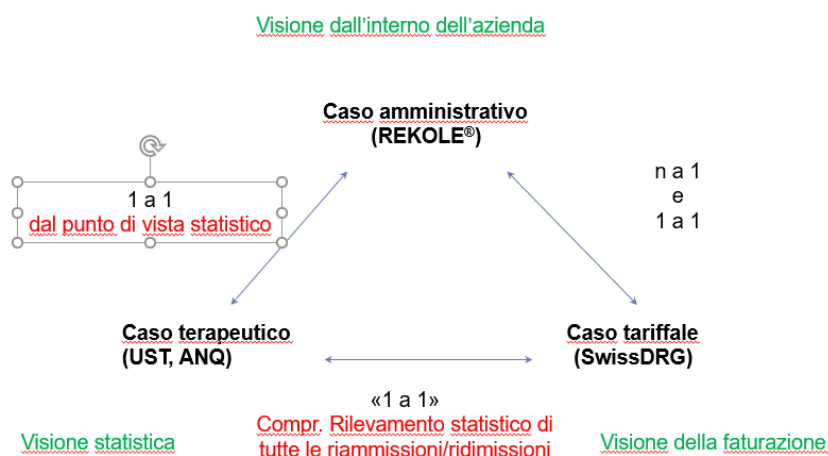
2. Decisione REK

La decisione REK è respinta senza aggiunte.

Sì: 0
No: 12
Astensioni: 0

Motivazione

Il rapporto tra i 3 tipi di casi può essere riassunto nel modo seguente:



1. la raffigurazione dei costi generati ha luogo tramite il caso amministrativo (REKOLE®).
2. La fatturazione del caso (e i costi per caso usati per lo sviluppo di una struttura tariffale) avviene con il caso tariffale.
3. La statistica federale (statistica medica) impiega il caso terapeutico, ove quest'ultimo impiega la definizione del caso tariffale nella somatica acuta, con l'aggiunta del rilevamento statistico di tutte le riammissioni/ridimensioni (motivo: motivi di qualità)
4. **IMPORTANTE:** La regola della riammissione del caso tariffale (regola dei 18 giorni dopo la prima dimissione con la medesima MDC) è valida in ogni caso e comporta eventualmente l'apertura di un nuovo caso amministrativo.

Connessione della definizione del caso REKOLE® (caso amministrativo) e ANQ (caso terapeutico):

L'ANQ basa i propri lavori sul caso terapeutico dell'UST della statistica medico-sanitaria. Nella statistica UST sono state dunque definite le variabili da registrare obbligatoriamente. Per le misurazioni di ammissioni e di dimissioni, comprese quelle da effettuare nei casi di riammissioni, non è necessario aprire un nuovo caso amministrativo; a tale scopo sono sufficienti le regole definite nella statistica medico-sanitaria. Non appena in un contesto si parla di apertura o di chiusura di un caso, la REK raccomanda inoltre di specificare sempre di quale caso si tratta: caso amministrativo, caso tariffale o caso terapeutico. Comunicare in maniera precisa è di aiuto per la comprensione ed evita confusioni e situazioni poco chiare.

Perché per intanto andrebbe mantenuta la regola dei 18 giorni della definizione del caso tariffale (anche nel settore della riabilitazione):

È uno svantaggio modificare la definizione del caso tariffale SwissDRG mentre è in corso lo sviluppo della struttura tariffale ST-REHA. Il fatto che con tale definizione si lavori all'inizio della fase di sviluppo non significa in nessun modo che si tratti già della definizione finale del caso tariffale per quanto riguarda il settore della riabilitazione. Non significa neppure che nel settore della riabilitazione sarà definitiva-

Numero di proposta: 18_004

mente introdotta la remunerazione riferita al caso. Continuare a impiegare la regola finora vigente permette piuttosto di documentare eventuali deviazioni dalla medesima, basandosi sui dati. In tal senso, nello sviluppo della struttura tariffale ST-REHA la regola dei 18 giorni del caso tariffale ha carattere di ricerca.

Perché viene mantenuta la regola dei 14 giorni della definizione del caso amministrativo:

La scelta della regola dei 14 giorni ha radici storiche: quando nella fase di creazione di REKOLE® H+ ha sviluppato la definizione di unità finali d'imputazione (2002-2003), le cliniche di riabilitazione constatarono che per pazienti ritrasferiti nelle istituzioni di somatica acuta e in seguito tornati nuovamente nella clinica di riabilitazione, eventualmente era possibile proseguire con i programmi terapeutici originali. Se ciò non era il caso (perché lo stato del paziente non lo permetteva più), era necessario effettuare una nuova valutazione della riabilitazione, da cui di regola risultava un nuovo programma terapeutico e dunque occorreva richiedere una nuova garanzia dell'assunzione delle spese.

Soprattutto, le cliniche di riabilitazione allora contattate e che hanno partecipato allo sviluppo di REKOLE®, hanno pure constatato che quando il paziente ritornava entro 14 giorni, la probabilità di continuare a lavorare con il programma terapeutico già stabilito era molto elevata, senza che fosse necessario richiedere una nuova garanzia dell'assunzione delle spese.

Più tardi (nell'era ANQ), tutti gli attori del sistema sanitario erano concordi che per motivi di misurazione della qualità, in occasione di ogni ritrasferimento dalla somatica acuta alla riabilitazione, occorre prendere nota dello stato del paziente, perlomeno a livello statistico. «Statistico» significa che l'informazione viene sistematicamente rilevata nell'azienda, ma senza bisogno di chiudere il caso amministrativo.

Nella statistica dell'UST si chiede perciò pure che tutte le riammissioni vadano rilevate a livello statistico. In tal modo si dispone di una traccia statistica delle riammissioni e si sa quando sono state eseguite delle valutazioni (assessment) di ammissione nella riabilitazione.

Per essere all'altezza dei requisiti di qualità dell'ANQ, non è però necessario chiudere sistematicamente i casi amministrativi nella riabilitazione in occasione di ogni ritrasferimento nell'ospedale acuto e riaprirli al momento che il paziente è riammesso alla riabilitazione provenendo dall'ospedale acuto. Se al momento della riammissione e sulla base della valutazione di ammissione nella riabilitazione si constata che è possibile proseguire con il programma terapeutico originale, non serve chiedere una nuova garanzia dell'assunzione delle spese.

Un ulteriore motivo che parla a favore di questa regola amministrativa dei 14 giorni è il fatto che nel settore acuto di regola una dimissione fisica avviene perché il paziente è guarito o perché è stato trasferito (senza per questo già prevedere una riammissione); altrimenti detto: dimissione = caso amministrativo chiuso.

Nella riabilitazione ciò non è la regola, poiché il paziente molto probabilmente ritorna. L'unica incognita al momento del ritrasferimento nell'ospedale acuto è sapere "quando" e in quale stato sarà il paziente al momento della prossima riammissione nella riabilitazione.

Spesso il ritrasferimento nell'ospedale acuto è correlato con un peggioramento dello stato del paziente. Ciò riguarda soprattutto i settori della neuroriabilitazione¹ e della riabilitazione cardiovascolare. Può capitare pure nella riabilitazione muscolo-scheletrica (ad esempio a causa di un'infezione dopo il posizionamento di una protesi dell'anca).

Con una tale situazione di partenza, dal punto di vista della conduzione aziendale, nella riabilitazione non ha alcun senso chiudere e aprire sistematicamente i casi amministrativi, così come accade nel settore della somatica acuta. Le prestazioni ottenute da un paziente di riabilitazione verrebbero raffigurate sistematicamente in una moltitudine di casi amministrativi diversi, anche se eventualmente (con il medesimo programma terapeutico e la medesima intensità di prestazioni) non sarebbe neppure necessario. Tutti questi casi amministrativi dovrebbero dapprima essere raggruppati per permettere di fornire informazioni significative, richieste dalla direzione, su questo paziente.

Grazie alla regola dei 14 giorni abbiamo formulato un compromesso nazionale tra i fornitori di prestazioni nel settore della riabilitazione, con il risultato che il dispendio per eventuali raggruppamenti di casi risulta sostenibile.

La regola dei 14 giorni fornisce alle cliniche di riabilitazione un buon punto di riferimento per valutare da quale lasso di tempo occorre con tutta probabilità aspettarsi una modifica del programma terapeutico,

¹ https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha_c /DefReha_Version_2.0_i.pdf

richiedere una nuova garanzia dell'assunzione delle spese e aprire un nuovo caso amministrativo (e chiudere il precedente caso amministrativo).

3. Ripercussioni sul manuale REKOLE®, 4ª edizione 2013

4. Ripercussioni sul sistema dei conti H+, 8ª edizione rielaborata 2014

Luogo, data	Berna, 04 gennaio 2019	
Nome + firma	H+ Gli Ospedali Svizzeri REK Pascal Besson	

Numero di proposta: 18_004