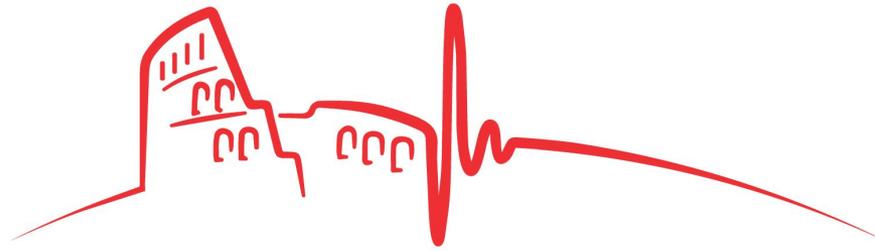


25.05.2018



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

**Impatto Economico E Caratteristiche Cliniche Dei Pazienti Che
Stazionano In Sala Rossa**

G. Valli – M.P. Ruggieri

UOC PS e Breve Osservazione, DEA II, AO San Giovanni Addolorata, Roma

Riforma del SSN

1978 -
Istituzione del
SSN

1992-1993
Aziendalizzazione
(DRG) e
Regionalizzazione
del SSN

1999 - Stabiliti i
criteri LEA -
Necessità di
monitorare la
spesa e
l'efficienza dei
servizi

2001 – Riforma
del Titolo V.

Alle Regioni
viene chiesto di
garantire i LEA e
Rientrare dei
disavanzi.

**CON LA REGIONALIZZAZIONE DEL SSN E L'ISTITUZIONE
DEL FONDO DI SOLIDARIETA', LE REGIONI SONO
CHIAMATE AL CONTENIMENTO DEI COSTI E AL
MONITORAGGIO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI**

Finanziamento dei servizi Ospedalieri

- La valutazione economica dei costi delle cure, con l'introduzione della legge 42/2009, è divenuto un momento cruciale per il finanziamento delle Aziende Sanitarie.
- La parte più consistente del finanziamento delle Aziende Ospedaliere è costituita dal rimborso della degenza ospedaliera secondo il DRG che **prevede però il ricovero ospedaliero** perché il finanziamento venga erogato.



Decreto Ministeriale 70/2015

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. *(GU n.127 del 4-6-2015)*

- Definisce le caratteristiche delle varie strutture ospedaliere, distinguendo tra strutture semplici sede di pronto soccorso, strutture di primo livello o SPOKE, sede di DEA di I

**SONO LE UOC DI MEDICINA E CHIRURGIA
D'URGENZA CHE DEFINISCONO IL RUOLO DELLA
STRUTTURA OSPEDALIERA ALL'INTERNO DELLA
RETE SANITARIA.**

- Ridefinisce le caratteristiche essenziali dei servizi ospedalieri attorno all'emergenza istituisce le UOC di Medicina e Chirurgia d'Urgenza (MeCAU), dotate di PS, Medicina d'Urgenza, OBI e Terapia semi-intensiva.

I Costi del Pronto Soccorso

Dal punto di vista finanziario, il Dipartimento d'Emergenza, ed in particolare il Pronto Soccorso, è considerato una possibile fonte di inefficienza:

- Esula dal finanziamento per DRG, non tutti i pazienti visitati vengono poi ricoverati.
- Si fa carico di gran parte della spesa per la diagnosi anche per i pazienti che non necessitano di ulteriori cure.
- Utilizza strumenti e risorse dal costo anche molto elevato (i.e. *Ventilazione meccanica, Diagnostica radiologica avanzata, Trattamenti endoscopici in urgenza, Antidoti rari...*)



The Cost of an Emergency Department Visit and Its Relationship to Emergency Department Volume

Anil Bamezai, PhD

Glenn Melnick, PhD

Amar Nawathe, MD, MHA

From RAND, Santa Monica, CA (Bamezai, Melnick); and the University of Southern California School of Policy, Planning and Development, Los Angeles, CA (Melnick, Nawathe).

Study objective: This article addresses 2 questions: (1) to what extent do emergency departments

Il DEA rimane relativamente poco studiato riguardo la struttura dei costi. Gran parte dell'attenzione si è concentrata sul ridurre e disincentivare l'utilizzo del dipartimento d'emergenza per prestazioni non urgenti.

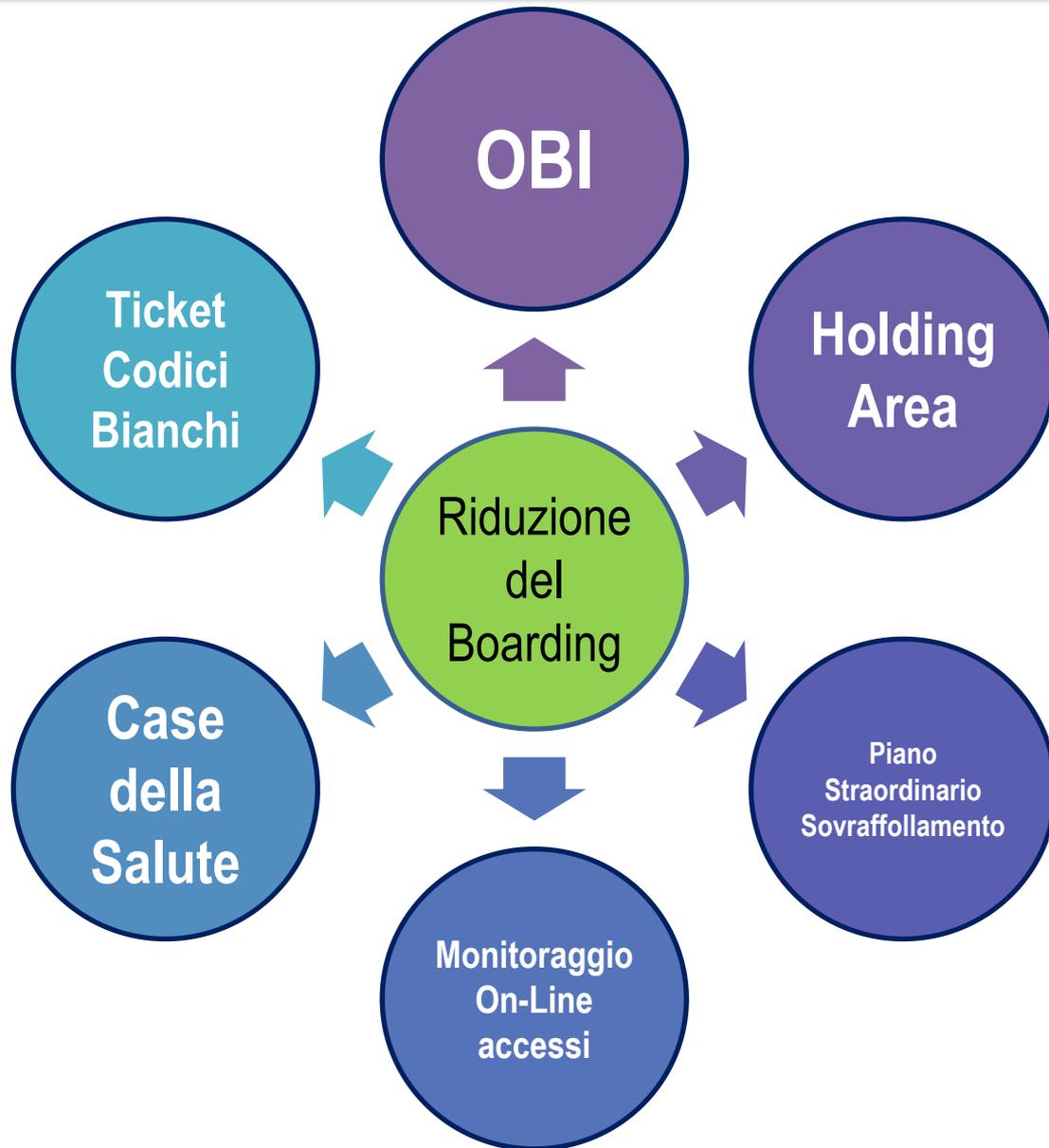
Poca o nessuna attenzione viene data sui costi legati alla gestione dei pazienti critici.

Methods: We use a 2-pronged approach, 1 based on descriptive analyses of publicly available accounting data and 1 based on statistical cost models estimated from a 9-year panel of hospital data, to address the above-mentioned questions.

Results: Neither the descriptive analyses nor the statistical models support the existence of significant scale economies. Furthermore, the marginal cost of outpatient ED visits, even without the emergency physician component, appear quite high—in 1998 dollars, US\$295 and US\$412 for nontrauma and trauma EDs, respectively. These statistical estimates exceed the accounting estimates of per-visit costs by a factor of roughly 2.

Conclusion: Our findings suggest that the marginal cost of an ED visit is higher than is generally believed. Hospitals thus need to carefully review how EDs fit within their overall operations and cost structure and may need to pay special attention to policies and procedures that guide the delivery of nonurgent care through the ED. [Ann Emerg Med. 2005;45:483-490.]

Piano per l'emergenza Regione Lazio



Nessuno degli interventi considera un percorso agevolato per i pazienti critici.

I pazienti critici non sono mobilizzabili dal PS e devono continuare il trattamento in sala rossa fino alla stabilizzazione.

MA QUANTO INCIDONO SUI COSTI ?

L'incidenza reale dei codici bassa priorità sulla spesa totale potrebbe non essere così rilevante

642

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

March 7, 1996

THE COSTS OF VISITS TO EMERGENCY DEPARTMENTS

ROBERT M. WILLIAMS, M.D., DR.P.H.

Abstract *Background.* Many visits to emergency departments are for minor medical problems, and these visits are criticized as being expensive and economically inefficient. This study examines the marginal costs (the extra costs for an additional visit) of emergency department visits.

Methods. Monthly data on the costs of hospital and physicians' services from 1991 through 1993 were obtained from a sample of six community hospitals in Michigan. The data were analyzed with ordinary least-squares regression techniques to determine the ratio of marginal to average costs. Average and marginal costs were then determined for 24,010 visits during 12 randomly selected weeks in 1993. A visit by an individual patient was the unit of analysis, and visits were classified as nonurgent, semiurgent, or urgent according to explicit criteria. Costs and charges were determined for all visits and were classified according to the degree of urgency.

Results. For all emergency department visits, the average charge was \$383, the average cost was \$209, and the marginal cost was \$88 (42 percent of the average cost). Thirty-two percent of the visits were classified as nonurgent, 26 percent as semiurgent, and 42 percent as urgent. For nonurgent visits, the average charge was \$124, the average cost was \$62, and the marginal cost was only \$24. For semiurgent visits, the average charge was \$312, the average cost was \$159, and the marginal cost was \$67. For urgent visits, the average charge was \$621, the average cost was \$351, and the marginal cost was \$148.

Conclusions. The true costs of nonurgent care in the emergency department are relatively low. The potential savings from a diversion of nonurgent visits to private physicians' offices may therefore be much less than is widely believed. (N Engl J Med 1996;334:642-6.)

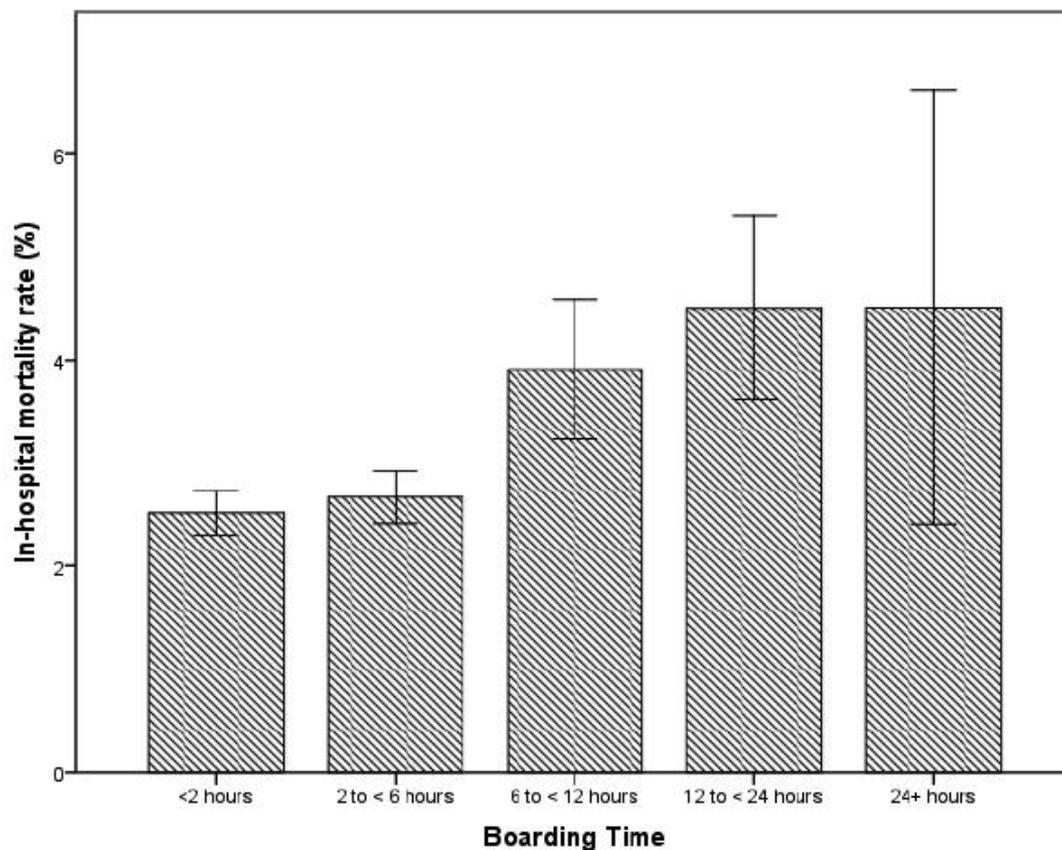
©1996, Massachusetts Medical Society.

Correspondence

9

The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality

Adam J. Singer, MD, Henry C. Thode Jr., PhD, Peter Viccellio, MD, and Jesse M. Pines, MD, MBA, MSCE



L'aumento del tempo di permanenza in PS si associa ad un aumento della mortalità del paziente per qualsiasi causa.

Scopo dello Studio

- Scopo principale di questo studio è stato:
 1. Verificare quale sia lo scostamento tra spesa sostenuta per trattamento dei malati critici presso la Sala Rossa del PS e il rimborso reale erogato.
 2. Verificare se esiste una correlazione tra il tempo di permanenza in PS e la spesa e se tale scostamento sia sostenibile da un punto di vista finanziario.
 3. Quali siano le patologie o le sindromi che maggiormente impattano sui costi e che possano essere oggetto di definizione di percorsi clinici peculiari che consentano una maggiore efficienza tra costo ed efficacia.

Materiali e Metodi: Popolazione

- Sono state analizzate le cartelle cliniche di tutti i pazienti acceduti alla SALA ROSSA del PS nel periodo compreso tra il 1.1.2017 ed il 7.1.2017
- E' stata scelta la prima settimana del 2017 perché statisticamente costituisce il periodo dell'anno con maggior afflusso di pazienti e coincideva con il picco influenzale.
- Sono state analizzate 106 cartelle cliniche

Tabella I. Caratteristiche generali e principali accertamenti effettuati dei pazienti acceduti alla Sala Rossa del pronto soccorso del dipartimento d'emergenza dell'A.O. S. Giovanni nella prima settimana di gennaio

N. Pazienti	106
Età, anni	78±13
Tempo permanenza, ore	18.3±24.1
% Codici Rossi, %	50.9
% Codici Gialli, %	47.2
% Codici Verdi, %	1.9
N. Prelievi, n	24±15
N. Rx, n	0.7±0.9
N. Prelievi alto costo, n	4±3
N. Rx alto costo, n	1±1
N. Consulenze, n	1.3±0.9

Calcolo dei Costi

PRELIEVI

Costo medio x n. dei prelievi effettuati

Prelievi ad alto costo conteggiati a parte

ESAMI RADIOLOGICI

N. di esami effettuati X Media pesata dei costi

Esami ad alto costo conteggiati a parte

INTERVENTI MEDICI

Calcolato il costo secondo il Nomenclatore Tariffario

NIV non presente nel nomenclatore è stato calcolato il costo in base a osservazioni in letteratura*

COSTO PER L'ASSISTENZA

È stato calcolato il costo di VISITA + ECG e Prelievo X il n. dei turni medico/infermieristici

Consulenze

Calcolato il costo secondo il Nomenclatore Tariffario

SPESA FARMACEUTICA

Non calcolabile in maniera corretta perché annotata su una cartella infermieristica non informatizzata

* nelle prime 48Hr di trattamento pari a **19,50€/hr** in un reparto non di terapia intensiva

Calcolo del Finanziamento Erogato

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2017, n. U00334

14931, 11 €

Ruolo nella rete di emergenza/urgenza	Costo medio per accesso	Accessi netti 2015	Regressione Tariffaria	Costo medio per accesso
DEA II Livello	€ 176,07	> 70.001	100%	€ 176,07
		< 70.000	80%	€ 140,86
DEA I Livello	€ 161,57	> 45.001	100%	€ 161,57
		< 45.000	80%	€ 129,26
Pronto Soccorso	€ 120,61	> 20.001	100%	€ 120,61
		< 20.000	80%	€ 96,49
Pronto Soccorso Specialistico	€ 133,01		100%	€ 133,01

Risultati

Tabella II. Costi relativi alla permanenza dei pazienti in Sala Rossa differenziati per la tipologia di procedura o intervento effettuato

N. Pazienti	106
Spesa per Assistenza, €	205.47 ± 227.22
Spesa per Prelievi, €	73.24 ± 43.73
Spesa per Rx, €	11.40 ± 14.04
Spesa per Interventi, €	164.97 ± 374.35
Spesa per Prelievi alto costo, €	66.30 ± 48.30
Spesa per Rx alto costo, €	89.24 ± 111.95
Spesa per Consulenze, €	17.83 ± 14.07
TOT, €	629.92 ± 623.93

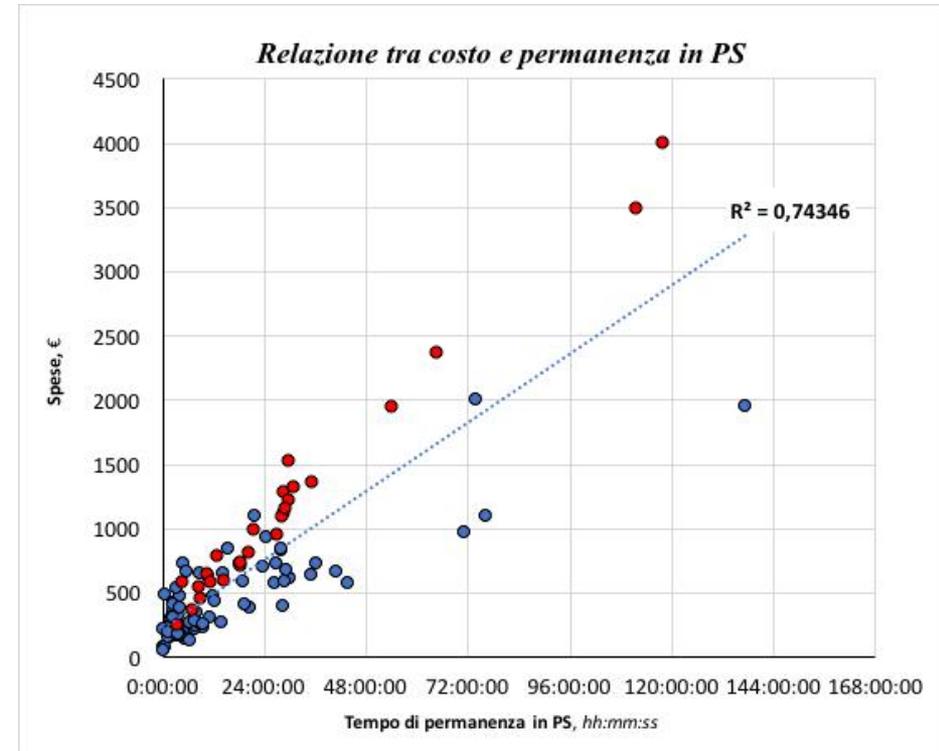
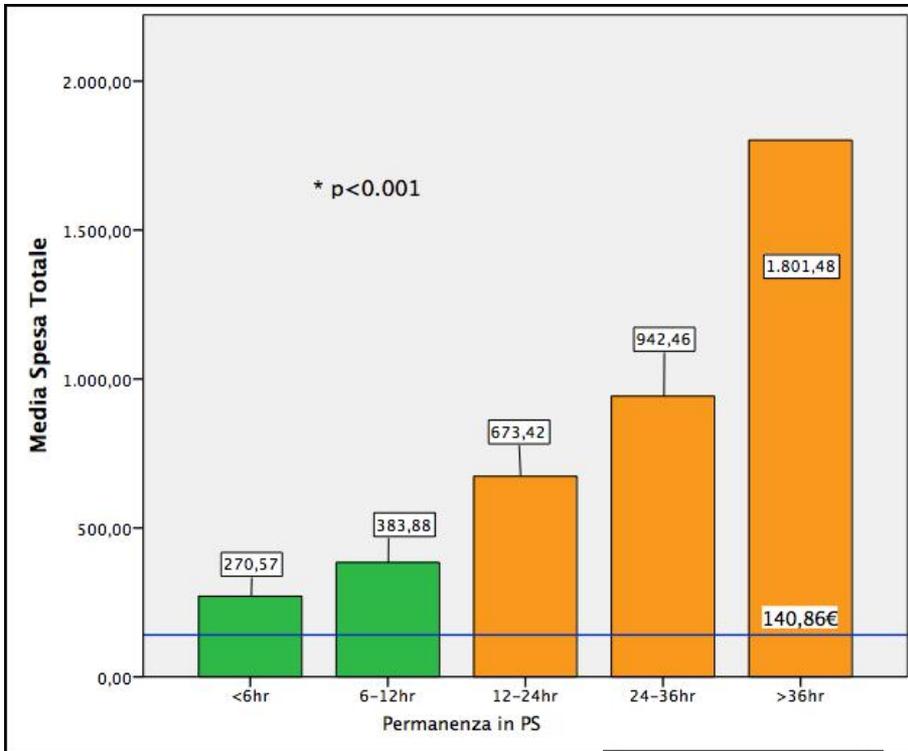
FINANZIAMENTO REGIONALE EROGATO: 14.931 €

COSTO TOTALE CALCOLATO: 18.444 €

= -3512,84€

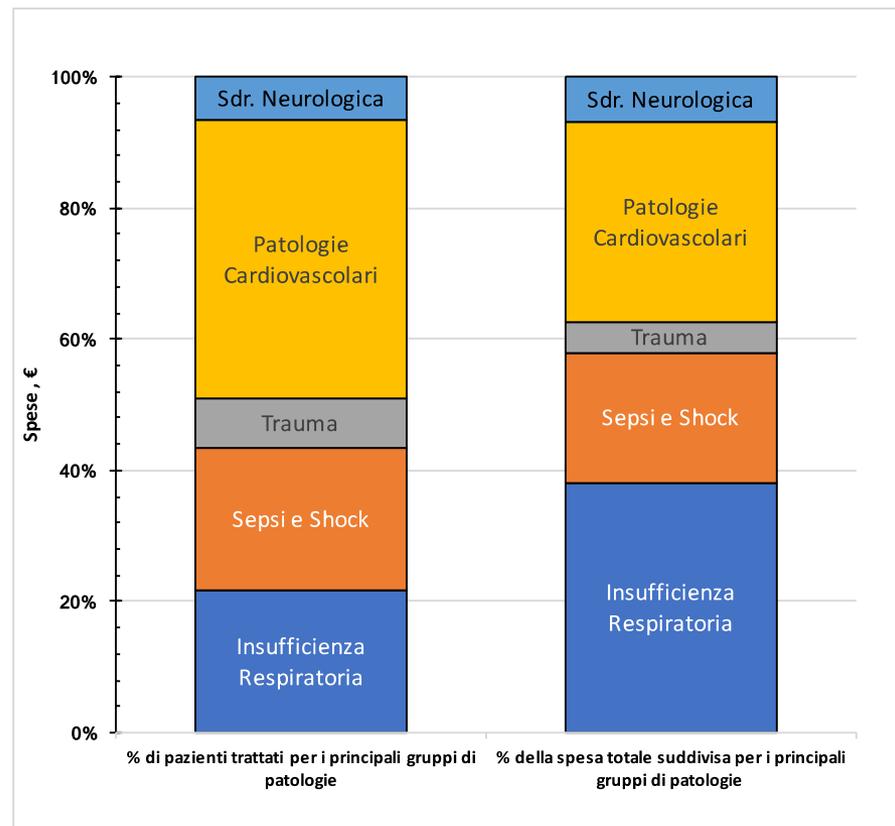
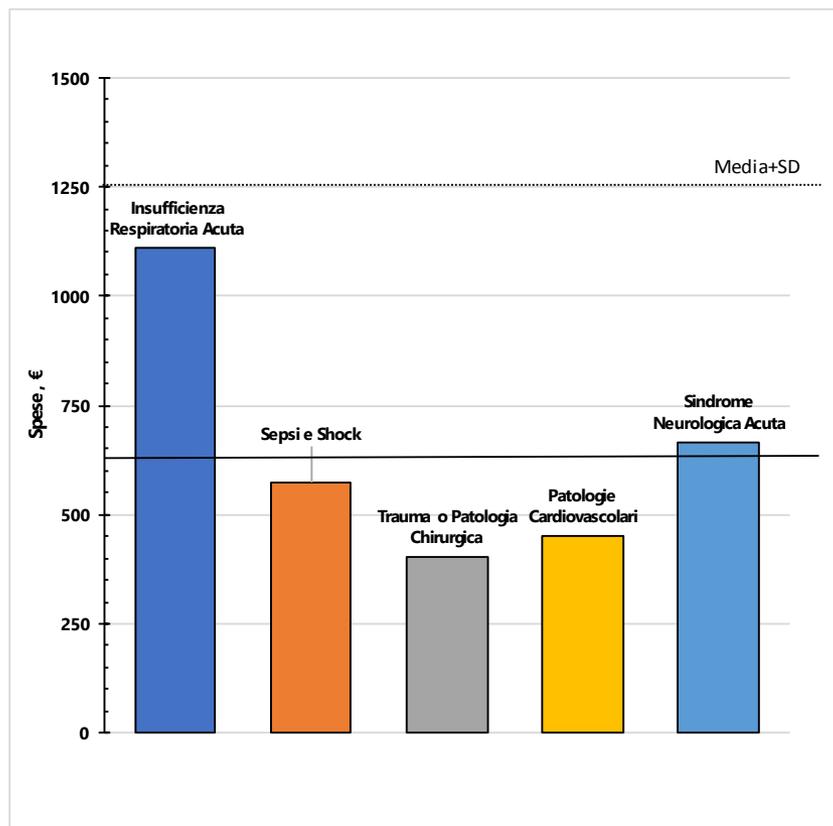
Perdita netta in una settimana

Relazione tra costi e tempi di permanenza



OLTRE LE 24hr IL COSTO E'
SOVRAPPONIBILE AD UN REPARTO DI
TERAPIA **SEMI-INTENSIVA**

Relazione tra costi e principali sindromi trattate



I pazienti che incidono maggiormente sulla struttura della spesa sono quelli affetti da insufficienza respiratoria – Le sindromi coronariche incidono soprattutto per il numero - Va notato che il costo dei pazienti Settici è certamente sottostimato non avendo considerato la spesa farmaceutica.

Conclusioni

- La spesa sostenuta per il trattamento dei pazienti critici in PS è notevolmente superiore al rimborso previsto per il loro trattamento.
- Il finanziamento regionale, che si basa prevalentemente sulla contabilizzazione delle prestazioni erogate, non tiene minimamente conto del tempo di permanenza di pazienti in PS, che invece influenza notevolmente i costi.
- Alcune sindromi, come l'insufficienza respiratoria o le sindromi neurologiche acute hanno un impatto maggiore di altre sulle spese e **necessiterebbero di percorsi clinici dedicati per minimizzare i tempi di permanenza in PS**, ottimizzare il tipo ed il numero di prestazioni effettuate.

Considerazioni Finali

Il Decreto Ministeriale 70/2015, nel definire i servizi che devono essere presenti delle strutture SPOKE ed HUB recita testualmente:

Allegato 1 – art. 2.3

“I presidi ospedalieri di I (e II) Livello, [...], sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA), [...].

Omissis

Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).”

**GAZZETTA
UFFICIALE**
della Repubblica Italiana

SIMEU

Policy Statement

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU il 15/10/2016

UNITA' DI TERAPIA SUBINTENSIVA NELLA RETE OSPEDALIERA ITALIANA

- Intercettare precocemente e intervenire elettivamente su pazienti critici con un'unica insufficienza d'organo in modo da evitare evoluzione in insufficienza multisistemica
- Prendere in carico il paziente critico sin dal Pronto Soccorso, proseguendo in TSI l'azione di assistenza e cura, in collaborazione con i diversi specialisti, secondo le necessità cliniche e assistenziali;
- Evitare ricoveri e degenze inappropriati in terapia intensiva (TI) ed **evitare per contro che pazienti a rischio di deterioramento siano collocati in reparti con supporti assistenziali inadeguati;**
- **Contrastare il sovraffollamento del Pronto Soccorso, grazie all'elevata flessibilità del modello proposto di TSI, che consente più facilmente di individuare il setting adeguato al trattamento di patologie anche molto differenti.**



Segreteria Nazionale:

Via Valprato, 68 - 10155 Torino
c.f. 91206690371
p.i. 02272091204

Contatti:

tel +39 02 67077483
fax +39 02 89959799
segreteria@simeu.it



GRAZIE DELL'ATTENZIONE !

