



ASSOBIO MEDICA

**INADEGUATEZZA DEL SISTEMA DI CODIFICA  
E RIMBORSO DELLE PROCEDURE  
DI ELETTROFISIOLOGIA IN ITALIA:  
IDENTIFICAZIONE DELLE CRITICITÀ  
E PROPOSTA DI REVISIONE**



**AIAC**

Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmo

A cura di:

- Emanuele Bertaglia\*
- Riccardo Cappato\*
- Massimo Tritto\*
- Valeria Glorioso\*\*
- Zineb Guennouna\*\*
- Fabrizio Massaro\*\*
- Gianluca Botto\*

\* AIAC – Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmiologia

\*\* CSA – Centro studi Assobiomedica

*Il presente studio è stato finito di stampare nel mese di Febbraio 2016*

## PREMESSA

In virtù degli enormi progressi in ambito conoscitivo e tecnologico, l'elettrofisiologia cardiaca è un settore in continuo sviluppo. Come dimostrano ampiamente gli innumerevoli studi clinici e meta-analisi (1-5), l'ablazione transcatetere è una procedura in grado di curare la quasi totalità delle tachiaritmie cardiache con percentuali di successo sicuramente variabili ma generalmente molto elevate. I criteri di selezione dei pazienti, i metodi e gli standard qualitativi sono indicati all'interno delle varie Linee Guida emanate e costantemente aggiornate dalle Società Scientifiche nazionali e internazionali (1-5).

Il grado di complessità, i rischi associati, le risorse tecnologiche ed umane (incluse le competenze professionali), necessarie per la corretta esecuzione delle procedure ablativistiche, sono estremamente variabili a seconda del tipo di substrato trattato e, in misura minore, delle caratteristiche cliniche del paziente. In particolare, devono essere annoverate tra le procedure "complesse" tutte le ablazioni mirate al trattamento del substrato responsabile della fibrillazione atriale, dei *flutter* atriali atipici e delle aritmie ventricolari quando si verificano in soggetti con cardiopatia organica. Al contrario, lo studio elettrofisiologico diagnostico (cioè non associato ad un concomitante trattamento ablativo), di grande rilevanza fino agli anni Novanta, oggi ha perso molto valore clinico essendo quasi esclusivamente riservato all'inquadramento e/o stratificazione del rischio aritmico in popolazioni selezionate.

Secondo i dati tratti dalla banca dati delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO)<sup>1</sup>, nel 2010 in Italia, sono state eseguite 18.301 ablazioni transcatetere<sup>2</sup> e 6.659 studi elettrofisiologici diagnostici, in 304

---

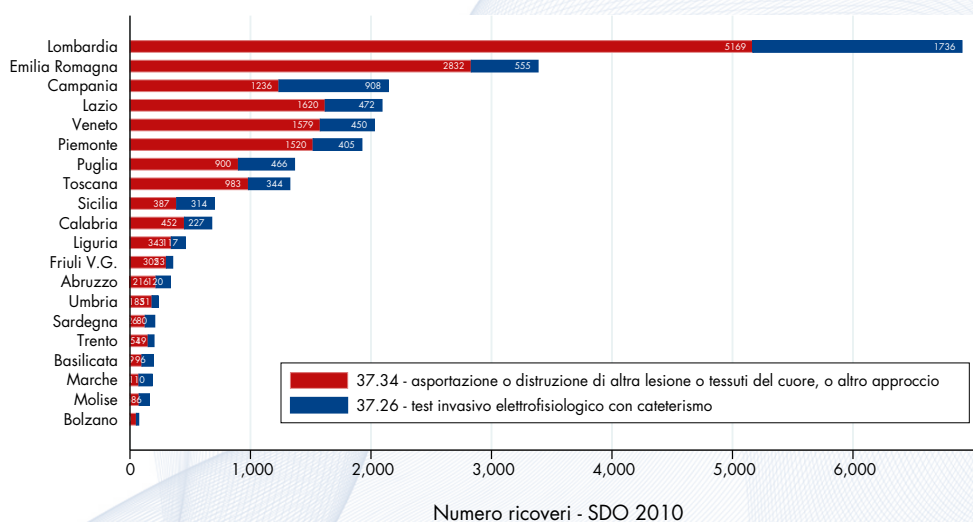
<sup>1</sup> La base dati SDO del 2010 è stata resa disponibile dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute al Centro studi Assobiomedica.

<sup>2</sup> Per far sì che i codici venissero considerati in modo corretto sono stati considerati i codici 37.34 in qualsiasi posizione essi fossero (sia in posizione di intervento principale sia di intervento secondario, dal primo fino al quinto) per contare le procedure di ablazione transcatetere. Per contare le procedure di studio elettrofisiologico diagnostico, sono stati considerati i codici 37.26 quando segnalati non in associazione con 37.34 e non in associazione con nessun'altro codice di procedura più complessa.

strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate che erogano per conto del SSN. La distribuzione del numero di procedure eseguite su scala nazionale risulta variabile, così come il rapporto tra le procedure di ablazione e gli studi elettrofisiologici diagnostici, come mostrano i dati riportati nella figura 1. Tale disparità nella diffusione delle procedure sembra essere condizionata, non tanto da ragioni epidemiologiche o demografiche, ma piuttosto da una disuguaglianza nell'accesso alla cura delle patologie aritmiche a livello regionale.

Se si confronta il numero di procedure di ablazione transcatetere eseguite ogni anno in Italia (18.301) con quello degli altri Paesi dell'Europa occidentale, si può notare come il dato italiano sia sensibilmente più basso. A titolo di esempio, nel 2010 in Germania sono state eseguite oltre 33.000 procedure in 277 Ospedali con un tasso pari a 407 ablazioni per milione di abitanti (9).

**Figura 1 – Numero di ricoveri, secondo la regione e il codice di intervento (37.34 - asportazione o distruzione di altra lesione o tessuti del cuore, altro approccio; 37.26 - test invasivo elettrofisiologico con cateterismo)**



Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da banca dati SDO 2010

## CODIFICA DELLE PROCEDURE DI ELETTROFISIOLOGIA, TIPOLOGIA E VALORIZZAZIONE DEI DRG

La funzione di monitoraggio e controllo delle attività di diagnosi e cura ospedaliera, nonché l'erogazione del corrispondente rimborso, è affidata al sistema DRG. Esso rappresenta uno strumento fondamentale che, da un lato, permette la programmazione sanitaria e, dall'altro, garantisce l'erogazione delle cure attraverso rimborsi che dovrebbero essere adeguati al grado di complessità e al livello di risorse assorbite. Nel sistema attualmente in vigore in Italia (DRG versione 24.0, codici di procedura ICD-9-CM del 2007), le procedure di elettrofisiologia vengono codificate con il codice di intervento/procedura 37.26 (test invasivo elettrofisiologico con cateterismo) e con il codice 37.34 (asportazione o distruzione di altra lesione o tessuti del cuore, altro approccio). Il codice 37.34 viene utilizzato quando viene eseguita un'ablazione transcatetere e il 37.26 quando viene effettuato uno studio elettrofisiologico diagnostico. Come indicano i dati riportati nella tabella 1, esse ricadono nel 93% dei casi nei DRG 518 o 555 (rispettivamente nel 82% dei casi e nel 11% dei casi).

**Tabella 1 – Distribuzione dei ricoveri, troncata al 96%, in cui sono state eseguite le procedure 37.34 e 37.26, secondo il DRG: frequenze assolute (N), frequenze percentuali (%), frequenza cumulata percentuale (cum%)**

| DRG | Descrizione                                                                                                           | N      | %     | cum%  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|
| 518 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA | 20.436 | 81,88 | 81,88 |
| 555 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare                                | 2.746  | 11,00 | 92,88 |
| 552 | Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore                               | 469    | 1,88  | 94,76 |
| 515 | Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco                                                        | 243    | 0,97  | 95,73 |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati banca dati SDO 2010

Tuttavia, il DRG 518 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica, senza Infarto miocardico acuto), nel quale ricadono l'82% dei ricoveri con codici 37.34 e 37.26 (tabella 1), non è affatto specifico per l'elettrofisiologia. Infatti, in questo DRG ricadono molteplici procedure diagnostiche ed interventistiche percutanee (molte delle quali non sono di competenza dell'elettrofisiologia) raggruppate secondo una logica apparentemente iso-risorse ma senza una distinzione gerarchica con pesi che consentano la differenziazione per complessità.

## IDENTIFICAZIONE DELLE MAGGIORI CRITICITÀ

- 1. Codifica della patologia.** La prima criticità riscontrata riguarda l'attuale sistema di codifica delle diagnosi che si basa su una classificazione delle aritmie cardiache spesso obsoleta e non in linea con la comune pratica clinica. Una classificazione generica impedisce una precisa specificazione dell'aritmia per cui si esegue la valutazione diagnostica (studio elettrofisiologico) o la procedura terapeutica (ablazione transcatetere). Un sistema di classificazione di questo tipo limita fortemente la possibilità di eseguire indagini epidemiologiche *ex post* con l'utilizzo dei codici ICD-9-CM. Tali indagini sarebbero un importante patrimonio con l'obiettivo di definire la valutazione degli esiti, identificare i bisogni sanitari dei cittadini, definire la distribuzione delle risorse, valutare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché riconoscere comportamenti opportunistici nei processi di diagnosi e cura.
- 2. Tracciabilità e valorizzazione della procedura di ablazione transcatetere.** La seconda criticità riguarda la codifica delle procedure e il sistema di remunerazione DRG. A differenza degli altri Paesi europei in Italia, come già detto precedentemente, l'ablazione viene codificata in maniera generica con il codice di intervento/procedura 37.34 la cui descrizione è: "asportazione o distruzione di altra lesione o tessuti del cuore, altro approccio". Tuttavia,

questo singolo codice onnicomprensivo è inadeguato in considerazione delle enormi differenze in termini di complessità, rischi associati, competenze richieste ed assorbimento di risorse economiche delle varie procedure ablative. Ad esempio, nel caso di un paziente con fibrillazione atriale, non pare assolutamente appropriato codificare allo stesso modo una ablazione della giunzione atrioventricolare per il controllo della risposta ventricolare e una ablazione in atrio sinistro del substrato responsabile dell'aritmia.

Per quanto riguarda l'aspetto economico, un'analisi di Health Technology Assessment (HTA) condotta e pubblicata da AIAC nel 2011<sup>(6)</sup>, ha dimostrato che il rimborso previsto (DRG 518 e 555) per i ricoveri nei quali viene eseguita la procedura di ablazione transcatetere per il trattamento della fibrillazione atriale e di altre procedure complesse è ampiamente inadeguato a coprire i costi netti sostenuti (media pesata per l'attività). Le tariffe previste nelle regioni<sup>3</sup> (tabella 2) sono insufficienti anche solo a coprire i costi di produzione di questo tipo di procedura, il cui valore terapeutico è, peraltro, riconosciuto dalle Linee Guida delle Società Scientifiche (2-4). La situazione è la stessa anche nel 9% dei casi in cui la procedura di ablazione transcatetere per il trattamento della fibrillazione atriale ricade nel DRG 555; anche se maggiore, il rimborso associato al DRG 555 (tabella 3) non è sempre sufficiente a coprire gli alti costi di produzione dovuti alla complessità dei casi trattati. In entrambe le circostanze è comunque importante notare

---

<sup>3</sup> Le tariffe associate all'episodio di ricovero sono state raccolte da tutti gli atti normativi regionali fino al 2015 dall'Osservatorio tariffe Assobiomedica. Nella maggior parte delle regioni, in relazione ai criteri di accreditamento istituzionale, si applicano differenziazioni tariffarie per classi di erogatori e le tariffe sono determinate secondo diverse fasce tariffarie. Pertanto, per queste regioni, è stata considerata una tariffa unica, prendendo come riferimento il rimborso pari al 100% della stessa tariffa base, eccetto per la Provincia autonoma di Bolzano, dove il rimborso rispetto alla tariffa base avviene secondo l'analisi dei costi associati all'attività di ciascuna azienda. Sono esclusi gli incrementi tariffari pro die, anch'essi diversi da regione a regione, perché vengono sommati alla tariffa associata al DRG (incremento giornaliero fino alla dimissione del paziente) quando la degenza durante il ricovero supera il valore soglia espresso in giorni.

che, per i DRG 518 e 555 (tabella 2 e 3), il problema si intensifica nelle regioni (più di dieci) che applicano la tariffa massima ministeriale (D.M. 18.10.2012) o una tariffa inferiore ad essa<sup>4</sup>.

Nel medesimo report di HTA (6), l'analisi di *budget impact* ha poi dimostrato che adeguando la tariffa al reale costo della procedura ablativa e prevedendo un aumento del numero di procedure del 5-10% l'anno, si genererebbero costi cessanti tali da garantire un risparmio incrementale per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nell'arco di 5-6 anni. A questo proposito è bene ricordare che i principali studi internazionali di valutazione economica (7-8) (NICE UK, CADTH) hanno comprovato, in popolazioni selezionate, la costo-efficacia del trattamento ablativo della fibrillazione atriale rispetto al trattamento convenzionale con farmaci antiaritmici. Considerazioni analoghe, sebbene non ancora supportate da analisi di costo-efficacia, valgono sicuramente anche per altre procedure ad alta complessità come le ablazioni di flutter atriali atipici (destri e sinistri), delle aritmie ventricolari in soggetti con cardiopatia organica, così come per l'approccio ablativo per via epicardica. Per questi interventi, il cui valore clinico è riconosciuto dalle Linee Guida delle Società Scientifiche (1,5), sono necessarie elevate competenze nonché un grande consumo di risorse economiche dovuto al maggiore impiego di tempo ed all'utilizzo di materiali di consumo ad alto costo.

L'inadeguatezza dei rimborsi legati ai DRG 518 e 555 rischia, dunque, di produrre gravissimi problemi di sostenibilità per qualunque erogatore che opera per conto del SSN e, soprattutto, per i centri a più alto volume e con maggiore esperienza, i quali, in virtù di tali caratteristiche, oggi eseguono anche i trattamenti più complessi e a più alto costo.

---

<sup>4</sup> Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia (solo per il DRG 555), Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Umbria, Valle D'Aosta. Le tariffe previste in Basilicata ed Emilia Romagna non corrispondono esattamente alla tariffa massima ministeriale ma differiscono per pochi centesimi di euro; per questo motivo, si ritiene opportuno assimilare tali regioni a quelle che adottano tale tariffa.

**3. Differenze di rimborso inter-regionali e per regime di ricovero.** La terza criticità riguarda le differenze tariffarie presenti sul territorio nazionale e tra i diversi regimi di ricovero. Per quanto riguarda i DRG 518 e 555 nei quali, come abbiamo visto (tabella 1), la procedura ablativa e lo studio elettrofisiologico ricadono nel 93% dei casi, si presentano differenze interregionali nelle tariffe che non sembrano essere supportate da ragioni economiche o epidemiologiche. Tali differenze rischiano di influenzare negativamente la diffusione territoriale delle procedure ablative (soprattutto di quelle complesse).

Guardando ai dati riportati nella tabella 2, relativi al DRG 518, si può notare, per prima cosa, l'eterogeneità delle tariffe previste a livello regionale. Nello specifico, per i ricoveri per acuti in regime ordinario maggiore di un giorno, le regioni che in modo autonomo hanno deliberato per definire tariffe di rimborso più congrue con il livello di risorse impiegato sono la minoranza (come, ad esempio, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano e P.A. Trento); ci sono infatti ben tredici regioni che hanno adottato la tariffa massima ministeriale pari a 3.962 euro (vedi tabella 2).

Anche nel caso del DRG 555 (tabella 3), l'eterogeneità delle tariffe previste a livello regionale è forte. In particolare, le regioni che hanno definito tariffe di rimborso più cospicue sono Friuli Venezia Giulia (11.723 euro), Veneto (9.448,80 euro), P.A. Trento (9.308,74 euro), Sardegna (9.299,98 euro), Toscana (9.013 euro) e P.A. Bolzano (8.853,90 euro), mentre le restanti 15 regioni hanno adottato una tariffa pari alla massima ministeriale (6.207 euro), o addirittura inferiore ad essa.

**Tabella 2 - Tariffe (in euro) associate al DRG 518, secondo la regione, il regime di ricovero (> 1 giorno; 0-1 g/Day Hospital)**

| Regione                     | > 1 giorno      | 0 - 1 g / Day Hospital |
|-----------------------------|-----------------|------------------------|
| ABRUZZO                     | 3.869,38        | 2.525,60               |
| BASILICATA                  | 3.962,50        | 2.586,38               |
| P.A. BOLZANO                | 5.005,31        | 4.887,85               |
| CALABRIA                    | 3.962,00        | 2.586,00               |
| CAMPANIA                    | 3.962,00        | 2.586,00               |
| EMILIA R.                   | 3.962,49        | 2.586,37               |
| FRIULI V.G.                 | 7.589,00        | 394,00                 |
| LAZIO                       | 3.962,00        | 2.586,00               |
| LIGURIA                     | 3.962,00        | 2.586,00               |
| LOMBARDIA                   | 4.971,00        | 3.728,00               |
| MARCHE                      | 3.962,00        | 2.586,00               |
| MOLISE                      | 3.962,00        | 2.586,00               |
| PIEMONTE                    | 3.962,00        | 2.586,00               |
| PUGLIA                      | 3.962,00        | 2.586,00               |
| SARDEGNA                    | 5.369,52        | 4.027,14               |
| SICILIA                     | 3.962,00        | 2.586,00               |
| TOSCANA                     | 5.425,00        | 4.069,00               |
| P.A. TRENTO                 | 5.786,84        | 4.629,47               |
| UMBRIA                      | 3.962,00        | 2.586,00               |
| VALLE D'AOSTA               | 3.962,00        | 2.586,00               |
| VENETO                      | 5.592,57        | 5.592,57               |
| <b>MASSIMA MINISTERIALE</b> | <b>3.962,00</b> | <b>2.586,00</b>        |
| <b>T.U.C.</b>               | <b>5.592,57</b> | <b>4.474,05</b>        |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

Per quanto riguarda le differenze tra le tariffe previste per i due regimi di ricovero considerati, è necessario, innanzitutto, considerare il fatto che l'ablazione transcatetere è un intervento ad alta complessità e specializzazione e per questo richiede nella norma una degenza maggiore di un giorno (4 giorni di degenza in media<sup>5</sup>).

<sup>5</sup> Dati SDO 2010.

**Tabella 3 - Tariffe (in euro) associate al DRG 555, secondo la regione, il regime di ricovero (> 1 giorno; 0-1 g/Day Hospital)**

| <b>Regione</b>              | <b>&gt; 1 giorno</b> | <b>0 - 1 g / Day Hospital</b> |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| ABRUZZO                     | 6.061,03             | 2.414,56                      |
| BASILICATA                  | 6.206,90             | 2.472,67                      |
| P.A. BOLZANO                | 8.853,90             | 8.411,21                      |
| CALABRIA                    | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| CAMPANIA                    | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| EMILIA R.                   | 6.206,89             | 2.472,66                      |
| FRIULI V.G.                 | 11.723,00            | 610,00                        |
| LAZIO                       | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| LIGURIA                     | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| LOMBARDIA                   | 5.910,00             | 4.433,00                      |
| MARCHE                      | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| MOLISE                      | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| PIEMONTE                    | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| PUGLIA                      | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| SARDEGNA                    | 9.299,98             | 6.974,99                      |
| SICILIA                     | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| TOSCANA                     | 9.013,00             | 6.759,00                      |
| P.A. TRENTO                 | 9.308,74             | 7.446,98                      |
| UMBRIA                      | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| VALLE D'AOSTA               | 6.207,00             | 2.473,00                      |
| VENETO                      | 9.448,80             | 9.448,80                      |
| <b>MASSIMA MINISTERIALE</b> | <b>6.207,00</b>      | <b>2.473,00</b>               |
| <b>T.U.C.</b>               | <b>9.089,12</b>      | <b>7.271,29</b>               |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

Detto questo, l'ampio divario esistente tra i rimborsi per i ricoveri ordinari e quelli in day hospital (tabelle 2 e 3) appare comunque ingiustificato dato che, come evidenziato dal report HTA (6), il consumo totale di risorse per l'intervento è dovuto quasi esclusivamente al costo diretto della procedura e solo in minima parte (15%) alla degenza ospedaliera. Una tale differenza nei rimborsi rischia, inoltre, di indurre a prolungare in modo improprio e/o opportunisti-

co la degenza dei ricoveri per gli studi elettrofisiologici diagnostici (37.26), i quali, pur ricadendo nei medesimi DRG delle ablazioni transcatetere, dovrebbero essere effettuati nella quasi totalità dei casi in regime 0-1 giorno/day hospital.

- 4. Valorizzazione dello studio elettrofisiologico.** La quarta criticità riguarda lo studio elettrofisiologico. Nell'attuale schema diagnostico/terapeutico, lo studio elettrofisiologico endocavitario (codificato con il codice 37.26) può essere considerato una procedura a complessità relativamente bassa e a ridotto consumo di risorse; ciononostante tale procedura è effettuata in regime ordinario maggiore di un giorno nell'89% dei casi, come mostrano i dati riportati nella tabella 4. A prescindere dal regime di ricovero, questa procedura, non in combinazione con altre, ricade nei DRG 518 e 555 in oltre il 90% dei casi, così come l'ablazione transcatetere (37.34). Per questo motivo, i rimborsi corrisposti per i ricoveri nei quali viene effettuata l'ablazione transcatetere e i rimborsi corrisposti per i ricoveri nei quali viene effettuato lo studio elettrofisiologico sono i medesimi. Pur in assenza di un'analisi dettagliata, si può affermare che questi due DRG sono perfettamente in grado di coprire i costi di produzione dello studio elettrofisiologico.

**Tabella 4 - Distribuzione dei ricoveri nei quali sono state effettuate le procedure 37.34 e 37.26, secondo il regime di ricovero: freq. percentuali (%)**

| Regime di ricovero             | 37.34 | 37.26 |
|--------------------------------|-------|-------|
| Ordinario maggiore di 1 giorno | 97    | 88,6  |
| Day Hospital                   | 3     | 11,4  |
| Totale                         | 100   | 100   |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da banca dati SDO 2010

Inoltre, per varie ragioni, il ricorso a tale procedura appare probabilmente eccessivo, soprattutto in alcuni contesti regionali in cui il rapporto degli studi elettrofisiologici rispetto al totale delle procedure eseguite è elevato, come emerge dai dati riportati nella figura 1.

## PROPOSTE DI REVISIONE DELL'ATTUALE SISTEMA DI CODIFICA

Per far fronte alle maggiori criticità che sono state messe in evidenza fin qui, AIAC e Assobiomedica propongono alcune modifiche nella codifica delle diagnosi e delle procedure e della loro classificazione. Le proposte presentate in questo documento sono avanzate nell'ottica di migliorare l'efficacia, l'efficienza, la sostenibilità economica e l'appropriatezza d'uso delle procedure elettrofisiologiche sulla base delle criticità rilevate. Al tempo stesso, si auspica l'introduzione di un processo di revisione dei codici di intervento e procedura ICD-9-CM e dei DRG attualmente in uso. Questo processo dovrebbe essere strutturato secondo regole e modalità condivise, uniformi su tutto il territorio nazionale, in modo da giungere a un sistema di rimborsi equo e sostenibile, come previsto dal progetto nazionale it.DRG<sup>6</sup>.

**1. Codifica delle diagnosi.** La regione Friuli Venezia Giulia, tra le quattro linee di attività del progetto it.DRG<sup>7</sup> definite dal Ministero della Salute, ha avuto l'incarico di definire il nuovo sistema di classificazione e codifica delle diagnosi. In attesa che il suo lavoro volga al termine e sia effettivamente a regime, si propone qui di modificare i codici di diagnosi, mediante l'attualizzazione delle definizioni dei codici esistenti e l'introduzione di nuovi codici. L'obiettivo delle modifiche proposte è quello di differenziare correttamente le varie

---

<sup>6</sup> Il progetto It.DRG, coordinato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, come Regione capo-fila, mira allo sviluppo e alla prima sperimentazione di nuovi sistemi di raggruppamento delle prestazioni ospedaliere per acuti e di definizione dei loro costi, nonché di classificazione e codifica di diagnosi e di interventi e procedure, orientati a corrispondere alle caratteristiche e al fabbisogno informativo specifici della realtà ospedaliera italiana.

<sup>7</sup> Le quattro linee di attività sono le seguenti: classificazione delle diagnosi, affidata alla regione Friuli Venezia Giulia (gruppo di lavoro 1); classificazione degli interventi/procedure, affidata alla regione Lombardia (gruppo di lavoro 2); le nuove classi di ricoveri, affidata alla regione Emilia Romagna (gruppo di lavoro 3); costi e pesi relativi, coordinata dal Ministero della Salute (gruppo di lavoro 4).

forme tachiaritmiche secondo i criteri attualmente in uso. Poiché nella pratica clinica potrebbe essere difficile – se non impossibile – eseguire una diagnosi differenziale tra aritmie diverse ma con un elettrocardiogramma (ECG) dall’aspetto grafico simile e non distintivo, si è deciso di inserire per ogni voce un codice generico (ad esempio: “tachicardia sopraventricolare non specificata”) al fine di permettere la codifica nelle schede di dimissione ospedaliera dei pazienti non sottoposti ad indagine elettrofisiologica (e/o terapia ablativa). Quanto riportato nella tabella 5, vuole essere una proposta transitoria in vista della futura riorganizzazione dell’intero sistema di classificazione.

**Tabella 5 – Codici e descrizioni di diagnosi, secondo la classificazione attualmente in vigore (ICD-9-CM) e la proposta di modifica della classificazione (versione modificata)**

| Codici ICD-9-CM e descrizioni                                                                                                                                                                                                     | Proposta di modifica dei codici e delle descrizioni                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>427.0</b> Tachicardia parossistica sopraventricolare<br>Tachicardia parossistica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• atriale [PAT]</li> <li>• atrioventricolare [AV]</li> <li>• giunzionale</li> <li>• nodale</li> </ul> | <b>427.0</b> Tachicardia parossistica sopraventricolare<br><b>427.01</b> Tachicardia atriale<br><b>427.02</b> Tachicardia da rientro atrioventricolare<br><b>427.03</b> Tachicardia da rientro nodale<br><b>427.09</b> Tachicardia sopraventricolare non specificata |
| <b>427.1</b> Tachicardia parossistica ventricolare<br>Tachicardia ventricolare (parossistica)                                                                                                                                     | <b>427.1</b> Tachicardia ventricolare<br><b>427.11</b> Tachicardia ventricolare in pazienti senza cardiopatia organica<br><b>427.12</b> Tachicardia ventricolare in pazienti con cardiopatia organica                                                                |
| <b>427.3</b> Fibrillazione e flutter atriale<br><b>427.31</b> Fibrillazione atriale<br><b>427.32</b> Flutter atriale                                                                                                              | <b>427.3</b> Fibrillazione e flutter atriale<br><b>427.31</b> Fibrillazione atriale<br><b>427.32</b> Flutter atriale tipico<br><b>427.33</b> Flutter atriale atipico<br><b>427.39</b> Flutter atriale non specificato                                                |

Fonte: elaborazione AIAC su codici ICD-9-CM

Dai dati SDO esaminati, si può riscontrare che i codici di diagnosi più ricorrenti associati alla ablazione transcateretere (tabella 6a) sono il 427.31 (fibrillazione atriale), il 427.0 (tachicardia parossistica sopraventricolare) e il 427.32 (flutter atriale). Questi tre codici di diagnosi, nel loro insieme, ricoprono quasi tre quarti dei ricoveri e la sola fibrillazione atriale pesa per il 29%.

**Tabella 6 – (a) Distribuzione dei ricoveri per ablazione transcateretere troncata al 85%, secondo il codice di diagnosi: frequenze assolute (N) e frequenze percentuali (%). (b) Distribuzione dei ricoveri per studio elettrofisiologico diagnostico troncata al 70%, secondo il codice di diagnosi: frequenze assolute (N) e frequenze percentuali (%)**

| <b>(a) ABLAZIONE TRANSCATERETE (semplice e complessa)</b> |                                             |          |          |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Codice diagnosi</b>                                    | <b>Descrizione</b>                          | <b>N</b> | <b>%</b> |
| 427.31                                                    | FIBRILLAZIONE ATRIALE                       | 5.382    | 29,41    |
| 427.0                                                     | TACHICARDIA PAROSSISTICA SOPRAVENTRICOLARE  | 5.040    | 27,54    |
| 427.32                                                    | FLUTTER ATRIALE                             | 3.174    | 17,34    |
| 426.7                                                     | ECCITAZIONE ATRIOVENTRICOLARE ANOMALA       | 1.180    | 6,45     |
| 427.1                                                     | TACHICARDIA PAROSSISTICA VENTRICOLARE       | 813      | 4,44     |
| <b>(b) STUDIO ELETTROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO</b>          |                                             |          |          |
| <b>Codice diagnosi</b>                                    | <b>Descrizione</b>                          | <b>N</b> | <b>%</b> |
| 780.2                                                     | SINCOPE E COLLASSO                          | 1.011    | 15,18    |
| 427.0                                                     | TACHICARDIA PAROSSISTICA SOPRAVENTRICOLARE  | 790      | 11,86    |
| 427.31                                                    | FIBRILLAZIONE ATRIALE                       | 644      | 9,67     |
| 427.1                                                     | TACHICARDIA PAROSSISTICA VENTRICOLARE       | 627      | 9,42     |
| 426.7                                                     | ECCITAZIONE ATRIOVENTRICOLARE ANOMALA       | 411      | 6,17     |
| 427.69                                                    | ALTRE BATTITI PREMATURI                     | 250      | 3,75     |
| 427.89                                                    | ALTRE ARITMIE CARDIACHE SPECIFICATE         | 195      | 2,93     |
| 785.1                                                     | PALPITAZIONI                                | 182      | 2,73     |
| 427.9                                                     | DISTURBI DEL RITMO CARDIACO NON SPECIFICATI | 177      | 2,66     |
| 427.32                                                    | FLUTTER ATRIALE                             | 176      | 2,64     |
| 427.81                                                    | DISFUNZIONE DEL NODO SENOATRIALE            | 172      | 2,58     |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da banca dati SDO 2010

Invece, relativamente allo studio elettrofisiologico diagnostico (tabella 6b) i ricoveri non sono concentrati in pochi codici di diagnosi, ma più distribuiti. Tra i codici di diagnosi più frequenti vi sono il 780.2 (sincope e collasso), il 427.1 (tachicardia parossistica ventricolare) e i già citati 427.0 e 427.1.

**2. Codifica delle procedure elettrofisiologiche.** Per i codici di intervento e procedura, così come per quelli di diagnosi, il lavoro sul nuovo sistema di classificazione dei codici di intervento/procedura è parte del progetto it.DRG ed è affidato alla regione Lombardia (vedi note 6 e 7). In attesa del completamento di tale revisione, sarebbe auspicabile ricodificare le procedure secondo la terminologia e gli standard attuali, attribuendo a ciascun codice un differente peso che consenta di leggere la complessità dei casi trattati e di misurare il livello di assorbimento delle risorse.

La nostra proposta mira a introdurre delle variazioni nelle descrizioni con lo scopo di definire meglio, ed in maniera inequivocabile, le procedure eseguite. Nell'attuale sistema di codifica ICD-9-CM, come abbiamo visto, vengono utilizzati i codici 37.26 per lo studio elettrofisiologico endocavitario e 37.34 per l'ablazione transcatetere; più raramente vengono utilizzati il codice 37.27 (mappaggio del cuore) e il 37.28 (ecocardiografia intracardiaca).

Così come riportato nella tabella 7 la nostra proposta di modifica interessa alcune specifiche procedure. In particolare, la descrizione del codice 37.27 viene modificata in modo da restringere il dettaglio della definizione al "Mappaggio dell'atrio sinistro per via transettale con catetere di tipo diagnostico/terapeutico dedicato o di tipo elettroanatomico" al fine di facilitare l'individuazione del tipo di procedura eseguita. Con la stessa finalità, la descrizione del codice 37.29 viene modificata in questo modo: "Altre procedure diagnostiche su cuore e pericardio, incluso il mappaggio epicardico".

**Tabella 7 – Codici e descrizioni di intervento/procedura, secondo la classificazione attualmente in vigore (ICD-9-CM) e la proposta di modifica della classificazione**

| Codici di procedura ICD-9-CM e relative descrizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Proposta di modifica dei codici e delle descrizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>37.27</b> Mappatura del cuore</p> <p>Codificare anche eventuale procedura sincrona</p> <p><b>Escluso:</b></p> <p>89.52 elettrocardiogramma</p> <p>37.29 altre procedure diagnostiche su cuore e pericardio se indica: registrazione del fascio di His</p>                                                                                                                                         | <p><b>37.27</b> Mappaggio dell’atrio sinistro per via transettale con catetere diagnostico/terapeutico dedicato o di tipo elettroanatomico.</p> <p>Codificare anche eventuale procedura sincrona</p> <p><b>Escluso:</b></p> <p>89.52 elettrocardiogramma</p> <p>37.29 altre procedure diagnostiche su cuore e pericardio se indica: registrazione del fascio di His</p>                                                               |
| <p><b>37.29</b> Altre procedure diagnostiche su cuore e pericardio</p> <p><b>Escluso:</b></p> <p>88.50-88.58 angiocardiografia</p> <p>89.41-89.69 test funzione cardiaca</p> <p>92.05 analisi con radioisotopi e studio della funzione cardiovascolare</p> <p>88.55-88.57 arteriografia coronarica</p> <p>37.0 pericardiocentesi diagnostica</p> <p>88.72 ecocardiografia</p> <p>87.49 RX del cuore</p> | <p><b>37.29</b> Altre procedure diagnostiche su cuore e pericardio, incluso mappaggio epicardico</p> <p><b>Escluso:</b></p> <p>88.50-88.58 angiocardiografia</p> <p>89.41-89.69 test funzione cardiaca</p> <p>92.05 analisi con radioisotopi e studio della funzione cardiovascolare</p> <p>88.55-88.57 arteriografia coronarica</p> <p>37.0 pericardiocentesi diagnostica</p> <p>88.72 ecocardiografia</p> <p>87.49 RX del cuore</p> |

Fonte: elaborazione AIAC su codici ICD-9-CM

Sulla base del grado di complessità e del consumo di risorse, seguendo una logica di iso-complessità, si propone quindi di identificare le procedure elettrofisiologiche in 3 categorie distinte come segue:

- **procedure elettrofisiologiche diagnostiche;**
- **ablazione "semplice"** (ablazione transcatetere di tachicardia atriale, tachicardia da rientro atrioventricolare nodale, tachicardia da rientro atrioventricolare della sindrome di Wolff-Parkinson-White, ablazione di flutter atriale tipico, ablazione della giunzione atrioventricolare, ablazione di aritmie ventricolari in cuore sano);
- **ablazione "complessa"** (ablazione in atrio sinistro per il trattamento della fibrillazione atriale, ablazione di flutter atipico destro o sinistro, ablazione di aritmie ventricolari in presenza di cardiopatia organica, ablazione di aritmie sopraventricolari o ventricolari con approccio epicardico).

L'identificazione del percorso del paziente avverrà sulla base delle associazioni tra specifici codici di diagnosi e di intervento/procedura che sono riportati nella tabella 8. In sintesi, l'associazione del codice di procedura 37.26 con un qualsiasi codice di diagnosi aritmica porterà all'identificazione di procedure elettrofisiologiche diagnostiche. L'associazione del codice 37.34 con un qualsiasi codice di diagnosi di aritmia (ad eccezione delle aritmie ventricolari in presenza di cardiopatia organica), porterà all'identificazione di un'ablazione "semplice".

L'associazione dei codici 37.34 e 37.27 con il codice di diagnosi relativo alla fibrillazione atriale o al flutter atriale atipico porterà all'identificazione di un'ablazione "complessa", così come l'associazione del codice 37.34 con i codici di diagnosi delle aritmie ventricolari in presenza di cardiopatia organica. Infine, l'associazione dei codici 37.34, 37.29 ad un qualsiasi codice di diagnosi aritmica porterà anch'essa all'identificazione di una ablazione "complessa".

**Tabella 8 – Codici di diagnosi e di intervento/procedura, secondo la priorità dell'intervento/procedura e la categoria delle procedure**

| <b>Codice Diagnosi</b>                                                       | <b>Codice intervento principale</b> | <b>Codice intervento secondario</b> | <b>Categoria procedure</b>                 |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| Qualsiasi codice diagnosi di patologia aritmica                              | 37.26                               | Nessuno                             | Procedure elettrofisiologiche diagnostiche |
| 426.7; 427.01; 427.02; 427.03; 427.11; 427.2; 427.31; 427.32; 427.33; 427.69 | 37.34                               | Nessuno                             | Ablazione "semplice"                       |
| 427.31; 427.33                                                               | 37.34                               | 37.27*                              | Ablazione "complessa"                      |
| 427.12                                                                       | 37.34                               | Nessuno                             | Ablazione "complessa"                      |
| 426.7; 427.11; 427.12; 427.2; 427.69                                         | 37.34                               | 37.29*                              | Ablazione "complessa"                      |

Fonte: elaborazione AIAC su codici ICD-9-CM

\* Tali codici di intervento/procedura fanno riferimento non a quelli attualmente in uso nel sistema ma a quelli specificati nella proposta di modifica dei codici e delle descrizioni (tabella 7).

## PROPOSTA DI REMUNERAZIONE DELLE PROCEDURE

Sulla base del tipo di categoria di procedura identificata con le modalità fin qui descritte, in una logica di iso-complessità, si propone quanto segue:

- **procedure elettrofisiologiche diagnostiche**: dovrebbero ricadere in un DRG associato a un rimborso minore rispetto a quelli attualmente associati al DRG 518 (vedi tabella 2);
- **ablazione "semplice"**: dovrebbe essere associata a un rimborso pari all'attuale valore della Tariffa Unica Convenzionata (T.U.C.) per i ricoveri ordinari 0-1 giorno del DRG 518 (vedi tabella 2);
- **ablazione "complessa"**: dovrebbe essere specificamente associata a un rimborso pari all'attuale valore della Tariffa Unica Convenzionata (T.U.C.) prevista per i ricoveri ordinari che ricadono nel DRG 555 (vedi tabella 3).

Per dare concretezza alla nostra proposta è stata stimata la dimensione monetaria mediante il calcolo della remunerazione teorica<sup>8</sup>. Quest'ultima si ottiene moltiplicando il numero di ricoveri durante i quali sono state eseguite le procedure elettrofisiologiche diagnostiche, le ablazioni semplici e le ablazioni complesse per le tariffe dei ricoveri per acuti<sup>9</sup> in regime ordinario maggiore di un giorno e 0-1 giorno/day hospital (DRG 518 e 555). I dati riportati nella tabella 9 e 10 riguardano sia i ricoveri avvenuti nella regione di residenza del ricoverato (stanzialità<sup>10</sup>)

---

<sup>8</sup> Il concetto di remunerazione "teorica" viene utilizzato nel "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero dell'anno 2010" e viene definita "teorica" poiché essa è stimata sulla base delle ipotesi che ogni ricovero sia remunerato secondo i valori delle tariffe regionali e T.U.C. La rimborsabilità, infatti, non coincide con i costi effettivamente sostenuti dal SSN per le aziende ospedaliere.

<sup>9</sup> Ai ricoveri in lungodegenza e riabilitazione vengono applicate tariffe differenti rispetto a quelle definite per i ricoveri per acuti, questi ultimi rappresentano comunque la stragrande maggioranza (99,9%) dei casi.

<sup>10</sup> La scelta di adottare questo termine che non è generalmente utilizzato in letteratura risponde alla necessità di creare un indicatore complementare a quello della mobilità, sia per il calcolo dei rispettivi volumi sia per il calcolo della remunerazione teorica dei ricoveri che avvengono in istituti presenti nella regione di residenza del ricoverato.

sia i ricoveri avvenuti in una regione diversa da quella di residenza del paziente. Per il calcolo della remunerazione teorica, nel primo caso, sono state utilizzate le tariffe previste dalle singole regioni mentre, nel secondo caso, è stata utilizzata la T.U.C. (tabelle 2 e 3).

**Tabella 9 – Remunerazione teorica (in euro) del saldo di mobilità ospedaliera e dei ricoveri avvenuti nella regione di residenza del ricoverato (stanzialità), secondo la regione di residenza e il DRG – Attività per acuti in regime ordinario**

| Regione       | STANZIALITÀ       |                   | MOBILITÀ   |           |
|---------------|-------------------|-------------------|------------|-----------|
|               | DRG 518           | DRG 555           | DRG 518    | DRG 555   |
| ABRUZZO       | 746.790           | 200.014           | -548.072   | -63.624   |
| BASILICATA    | 550.788           | 130.345           | -346.739   | -81.802   |
| P.A. BOLZANO  | 300.319           | 61.977            | -134.222   | -45.446   |
| CALABRIA      | 2.143.442         | 589.665           | -1.627.438 | -245.406  |
| CAMPANIA      | 6.319.390         | 1.253.814         | -2.242.621 | -472.634  |
| EMILIA R.     | 6.090.347         | 1.179.309         | 5.016.535  | 481.723   |
| FRIULI V.G.   | 1.882.072         | 257.906           | -162.185   | -9.089    |
| LAZIO         | 5.729.052         | 1.359.333         | -134.222   | -27.267   |
| LIGURIA       | 899.374           | 422.076           | -788.552   | -118.159  |
| LOMBARDIA     | 19.938.681        | 3.114.570         | 8.181.930  | 1.763.289 |
| MARCHE        | 499.212           | 167.589           | -1.297.476 | -163.604  |
| MOLISE        | 213.948           | 198.624           | -33.555    | 154.515   |
| PIEMONTE      | 4.972.310         | 1.377.954         | 134.222    | -90.891   |
| PUGLIA        | 3.819.368         | 738.633           | -1.258.328 | -154.515  |
| SARDEGNA      | 971.883           | 130.200           | -1.017.848 | -90.891   |
| SICILIA       | 2.103.822         | 285.522           | -1.935.029 | -445.367  |
| TOSCANA       | 4.258.625         | 1.442.080         | -553.664   | -90.891   |
| P.A. TRENTO   | 746.502           | 251.336           | -44.741    | 9.089     |
| UMBRIA        | 602.224           | 211.038           | -391.480   | -81.802   |
| VALLE D'AOSTA | 0                 | 0                 | -145.407   | -18.178   |
| VENETO        | 7.236.786         | 1.313.383         | -671.108   | -209.050  |
| <b>ITALIA</b> | <b>70.024.935</b> | <b>14.685.368</b> | <b>0</b>   | <b>0</b>  |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

**Tabella 10 – Remunerazione teorica (in euro) del saldo di mobilità ospedaliera e dei ricoveri avvenuti nella regione di residenza del ricoverato (stanzialità), secondo la regione di residenza e il DRG – Attività per acuti in regime Day Hospital**

| Regione       | STANZIALITÀ      |                | MOBILITÀ |          |
|---------------|------------------|----------------|----------|----------|
|               | DRG 518          | DRG 555        | DRG 518  | DRG 555  |
| ABRUZZO       | 70.717           | 12.073         | 5.593    | 9.089    |
| BASILICATA    | 2.586            | 0              | -11.185  | 0        |
| P.A. BOLZANO  | 9.776            | 8.411          | -5.593   | 0        |
| CALABRIA      | 0                | 0              | -83.889  | -9.089   |
| CAMPANIA      | 478.410          | 4.945          | 61.518   | 0        |
| EMILIA R.     | 470.719          | 7.320          | 22.370   | 0        |
| FRIULI V.G.   | 8.274            | 4.946          | -5.593   | 9.089    |
| LAZIO         | 7.758            | 0              | -16.778  | 0        |
| LIGURIA       | 170.676          | 14.838         | 33.555   | 0        |
| LOMBARDIA     | 201.312          | 26.598         | -16.778  | -18.178  |
| MARCHE        | 12.930           | 0              | 5.593    | 0        |
| MOLISE        | 0                | 0              | 0        | 0        |
| PIEMONTE      | 144.816          | 12.365         | -5.593   | 9.089    |
| PUGLIA        | 33.618           | 0              | -5.593   | -9.089   |
| SARDEGNA      | 0                | 0              | 0        | 0        |
| SICILIA       | 232.740          | 9.892          | -16.778  | -18.178  |
| TOSCANA       | 427.245          | 54.072         | 16.778   | 9.089    |
| P.A. TRENTO   | 23.147           | 0              | -5.593   | -9.089   |
| UMBRIA        | 7.758            | 0              | 0        | 0        |
| VALLE D'AOSTA | 0                | 0              | 0        | 0        |
| VENETO        | 1.851.141        | 340.157        | 27.963   | 27.267   |
| <b>ITALIA</b> | <b>4.153.623</b> | <b>495.617</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica

Nella tabella 9 e 10 sono riportati gli importi relativi alla stanzialità e alla mobilità ospedaliera interregionale sia per le attività di ricovero per acuti in regime ordinario sia per quelle in regime di day hospital; questi importi sono stati ottenuti sottraendo alla mobilità attiva quella

passiva<sup>11</sup>. Dai dati riportati, in generale, emerge chiaramente che l'impiego di risorse è disomogeneo su scala nazionale; questo ovviamente potrebbe essere motivato non solo da differenze epidemiologiche e demografiche ma anche, ad esempio, dalla presenza o meno di centri altamente specializzati sul territorio delle diverse regioni.

Al fine di riportare un dato sintetico sull'ammontare complessivo delle risorse messe in campo (legate ai DRG 518 e 555) per i ricoveri in cui vengono utilizzati i codici di intervento 37.26 e 37.34, nella tabella 11 è stata calcolata la remunerazione teorica totale ottenuta sommando il dato della stanzialità a quello della mobilità attiva.

Dai dati riportati nella tabella 11, si può notare che quando tali procedure interessano il DRG 518 le risorse mobilitate ammontano a più di 94 milioni di euro e che nel caso del DRG 555 il valore è di circa 19 milioni di euro. Invece, se guardiamo al totale dei rimborsi erogati, questo ammonta a oltre 114 milioni di euro.

**Tabella 11 – Remunerazione teorica (in euro) dei ricoveri avvenuti nella regione di residenza del ricoverato (stanzialità) e della mobilità ospedaliera attiva, secondo il DRG – Attività per acuti in regime ordinario e Day Hospital**

| DRG           | STANZIALITÀ       | MOBILITÀ ATTIVA   | TOTALE             |
|---------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| 518           | 74.178.558        | 20.803.242        | 94.981.799         |
| 555           | 15.180.985        | 4.002.848         | 19.183.834         |
| <b>Totale</b> | <b>89.359.543</b> | <b>24.806.090</b> | <b>114.165.633</b> |

*Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica*

Per le procedure elettrofisiologiche diagnostiche, applicando un rimborso minore a quelli attualmente previsti per il DRG 518 (cfr. pag. 20), come ad esempio un rimborso pari a 2.000 euro, di 473 euro inferiore rispetto alla tariffa massima ministeriale applicata al DRG 555 per i ricoveri in day hospital, si risparmierebbero quasi 18 milioni di euro sulle risorse impiegate per tali procedure (tabella 12).

<sup>11</sup> Per mobilità attiva si intende il flusso di fondi in entrata per la compensazione di prestazioni erogate sul territorio di competenza ad assistiti di un'altra regione. Per mobilità passiva si intende il flusso di fondi in uscita per la compensazione di prestazioni erogate sul territorio di competenza ad assistiti di un'altra regione.

**Tabella 12 – Remunerazione teorica (in euro) delle procedure elettrofisiologiche diagnostiche, secondo le frequenze (N)**

| PROCEDURE ELETTROFISIOLOGICHE DIAGNOSTICHE |       |                    |
|--------------------------------------------|-------|--------------------|
| TARIFFA                                    | N     | REMUNERAZIONE      |
| Attuale DRG 518                            | 5.145 | 23.191.969         |
| Attuale DRG 555                            | 1.099 | 7.148.581          |
| Proposta AIAC – Assobiomedica              | 6.244 | 12.488.000         |
| <b>Differenza</b>                          |       | <b>-17.852.550</b> |

Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica e SDO 2010

Tale risparmio potrebbe essere reimpiegato per investire sulle procedure di ablazione semplice e su quelle di ablazione complessa, ad esempio, applicando rispettivamente una tariffa di 4.500 euro (attuale valore della T.U.C. per i ricoveri ordinari 0-1 giorno del DRG 518 arrotondato, cfr. pag.20) e 9.000 euro (attuale valore della T.U.C. prevista per i ricoveri ordinari che ricadono nel DRG 555 arrotondato, cfr. pag.20).

Ricalcolando la remunerazione teorica presentata nella tabella 10; considerando le reali numerosità delle procedure effettuate nel 2010; applicando le tariffe qui ipotizzate; si ricavano gli importi riportati nella tabella 13.

Per le procedure elettrofisiologiche diagnostiche il totale dei rimborsi proposti sarebbe pari a 12.488.000 euro; per le ablazioni semplici ammonterebbe a 49.432.500 euro; infine, per le ablazioni complesse sarebbe di 52.713.000 euro. Da ciò ne consegue che la spesa totale per tutte le procedure considerate sarebbe pari a 114.633.500 euro (tabella 13), cifra analoga a quella stimata considerando le tariffe in vigore in Italia (tabella 11).

Dunque, un'adeguata valorizzazione dei rimborsi per le procedure di ablazione (semplici e complesse) non solo sarebbe più consona alle reali esigenze cliniche ma si tradurrebbe anche in un risparmio per le procedure elettrofisiologiche diagnostiche a favore di quelle ablativie, mantenendo una condizione complessiva di stabilità della spesa per il Sistema sanitario nazionale, secondo una logica iso-risorse.

**Tabella 13 – Remunerazione teorica (in euro) delle procedure elettrofisiologiche diagnostiche, ablazioni semplici e ablazioni complesse, secondo le frequenze delle prestazioni (N) e il tipo di rimborso proposto (in euro)**

| <b>Proiezione secondo la proposta AIAC - Assobiomedica</b> |                |                 |                    |
|------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------------------|
| <b>Categoria</b>                                           | <b>N</b>       | <b>Rimborso</b> | <b>Totale</b>      |
| Procedure elettrofisiologiche diagnostiche                 | 6.244          | 2.000           | 12.488.000         |
| Ablazioni semplici                                         | 10.985         | 4.500           | 49.432.500         |
| Ablazioni complesse                                        | 5.857          | 9.000           | 52.713.000         |
| <b>Totale</b>                                              | <b>23.081*</b> |                 | <b>114.633.500</b> |

*Fonte: elaborazione Centro studi Assobiomedica su dati tratti da Osservatorio tariffe Assobiomedica e SDO 2010*

\* Il totale dei casi riportato nella tabella (n = 23.081) è inferiore al totale dei casi riportati nella tabella 1 per i DRG 518 e 555 (n = 23.182) per via dei ricoveri per i quali l'informazione relativa alla regione di residenza del ricoverato era mancante e per via dei ricoveri in lungodegenza. Per questo motivo, questi casi sono stati esclusi da questo calcolo della remunerazione in cui si è tenuto conto dei ricoveri per acuti e della regione di residenza del ricoverato rispetto alla regione dell'istituto di ricovero.

## CONCLUSIONI

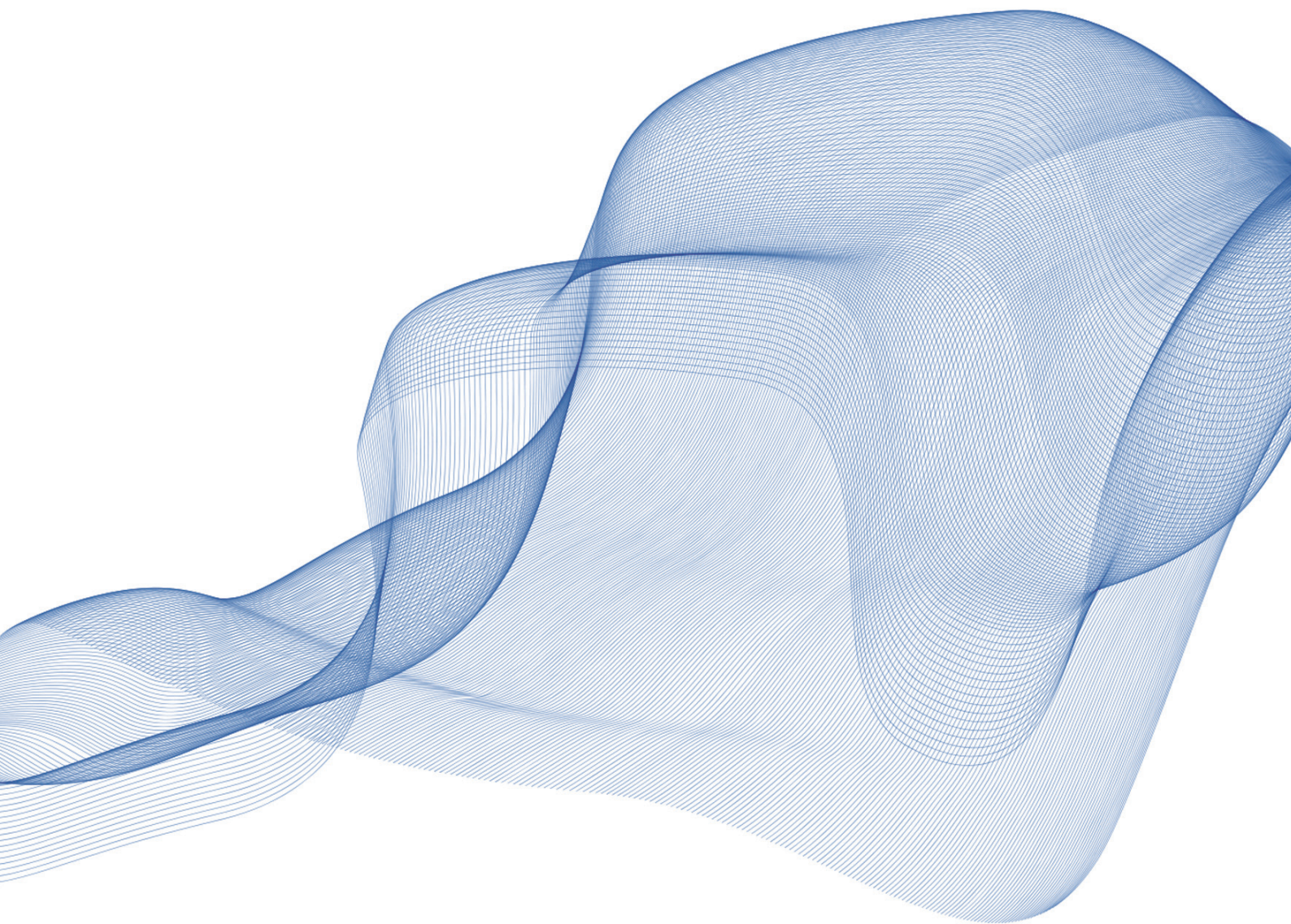
L'attuale sistema di rimborso delle procedure elettrofisiologiche presenta importanti criticità che abbiamo fin qui descritto e che, da un lato, ostacolano l'esecuzione di procedure terapeutiche giudicate costo-efficaci (come quelle qui analizzate) e, dall'altro, favoriscono potenziali comportamenti opportunistici (come, ad esempio, la durata della degenza in funzione del diverso rimborso associato ai diversi regimi di ricovero). Dal quadro che abbiamo ampiamente discusso, emerge un utilizzo inappropriato delle risorse del Sistema Sanitario Nazionale con conseguente riduzione della qualità e dell'efficienza del servizio di cura erogato.

In sintesi, la proposta di revisione contenuta nel presente documento ha, in primo luogo, l'obiettivo di rendere eseguibili indagini di tipo epidemiologico sulle patologie aritmiche e sul percorso di diagnosi e cura seguito, al fine di consentire l'identificazione dei bisogni sanitari e garantire un'ottimale distribuzione delle risorse e verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate. In secondo luogo, la proposta persegue l'obiettivo di una corretta valorizzazione dei ricoveri durante i quali vengono effettuate procedure in base al grado di complessità ed al consumo di risorse. Questo, al fine di consentire un utilizzo di risorse adeguato alle necessità cliniche dei pazienti e diffuso in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Dunque, per evitare comportamenti opportunistici e contenere i costi sanitari riteniamo fondamentale rimodulare il rimborso per quei ricoveri nei quali vengono effettuate le sole procedure diagnostiche, assegnando un rimborso congruo, e ridefinire i rimborsi per i ricoveri nei quali vengono effettuate le procedure ablativistiche semplici e complesse che richiedono un maggiore impiego di risorse, aumentando al contempo il grado di appropriatezza. Si intende così isolare le procedure i cui costi sono ampiamente coperti dai rimborsi previsti e impiegare le risorse risparmiate a vantaggio delle procedure complesse e di provata efficacia clinica. Rendere economicamente sostenibile l'erogazione di questo tipo di procedure è necessario e fondamentale per garantire una qualità delle cure adeguata a tutti i cittadini che ne hanno bisogno.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Blomstrom-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot E, et al. (2003). ACC/AHA/ESC guidelines for management of patients with supraventricular arrhythmias. *Circulation*;108:1871-909.
- (2) Raviele A, Disertori M, Alboni P, et al. (2013). Linee Guida AIAC per la gestione e il trattamento della fibrillazione atriale. Aggiornamento 2013. *G. Ital Cardiol*;14(3):215-240.
- (3) Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, et al. (2012). Focused update of ESC guideline for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal*; 33: 2719-2747.
- (4) January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. (2014). AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*;130: 2071-2104.
- (5) Torp Pedersen C, Kay GN, Kalman J, et al. (2014). EHRA/HRS/APQRS expert consensus on ventricular Arrhythmias. *Europace*; 16(9):1257-1283.
- (6) Themistoclakis S, Tritto M, Bertaglia E, et al. (2011). Ablazione transcateretere della fibrillazione atriale. Health Technology Assessment report dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo (AIAC). *G Ital Cardiol*; 14(3):120-180.
- (7) NICE Clinical Guidelines 180. (2014). *Atrial fibrillation: the management of atrial fibrillation (2014 update)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg180>.
- (8) Assasi N, Blackhouse G, Xie F, et al. (2010). *Ablation Procedures for Rhythm Control in Patients With Atrial Fibrillation: Clinical and Cost-Effectiveness Analyses. Technology Report, No. 128*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- (9) Neuberger HR1, Tilz RR, Bonnemeier H, et al. (2013). A survey of German centres performing invasive electrophysiology: structure, procedures, and training positions. *Europace*; 15(12): 1741-1746.



**A.I.A.C. Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiolazione**

**Sede:** Via Biagio Petrocelli 226, 00173 Roma - Tel. 06.42020412

**E-mail:** segreteria@aiac.it

**ASSOBIOMEDICA**

**Sede Legale:** Viale Pasteur, 10 - 00144 Roma - Tel. 06.5903962

**Uffici di Milano:** Via Marostica, 1 - 20146 Milano - Tel. 02.34531165

**E-mail:** centrostudi@assobiomedica.it