

GLOSSARIO

ACCESSO: giornata registrata in regime di day hospital. Il numero medio di accessi è determinato dal rapporto tra il numero di accessi complessivamente registrati ed il numero dei pazienti dimessi nel regime di DH.

ACC: aggregati clinici di codici. Rappresentano 259 classi di codici di diagnosi e 231 di interventi chirurgici/procedura cui afferiscono gli oltre 12.000 codici di diagnosi e 3.500 di intervento/procedura ICD 9 CM. Le procedure classificate sono tutte quelle codificate dal sistema ICD 9 CM, indipendentemente che esse contribuiscano o meno all'assegnazione dei DRG. Gli ACC sono stati sviluppati presso l'AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality - statunitense, con l'acronimo CCS (Clinical Classifications Software)¹.

ATTIVITA': tipologia di assistenza ospedaliera; comprende i ricoveri per acuti, quelli di riabilitazione e la lungodegenza; separatamente, sono descritti i neonati sani (afferenti al DRG 391).

CASI ANOMALI PER DURATA DELLA DEGENZA (OLTRE IL VALORE SOGLIA): qualunque caso la cui durata di degenza si discosti in maniera statisticamente significativa da quella dell'insieme degli altri pazienti attribuiti allo stesso DRG.

CASO CHIRURGICO: ricovero attribuito ad un DRG chirurgico (v.)

COMPLICAZIONE O COMORBILITA' (CC): nella logica del grouper (v.), l'insieme di condizioni cliniche, determinate in modo specifico per ciascuna diagnosi principale, insorte rispettivamente, durante il ricovero o in precedenza ad esso e che prolungano la durata della degenza di almeno un giorno nel 75% dei casi.

DAY HOSPITAL (DH): regime di ricovero, per acuti o riabilitativo, che si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato/i;
- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale.

DEGENZA MEDIA: rapporto fra numero di giornate di degenza erogate a un determinato insieme di pazienti e numero dei pazienti stessi.

DEGENZA MEDIA "TRIMMATA" (ENTRO IL VALORE SOGLIA): degenza media, specifica per DRG, calcolata su tutti i pazienti attribuiti ad un determinato DRG, esclusi i casi anomali per durata della degenza.

¹ <http://www.ahrq.gov>

DEGENZA PRE-OPERATORIA: degenza compresa tra il giorno dell'intervento (escluso) e il giorno dell'ammissione al ricovero.

DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG): categoria di pazienti ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione. La versione utilizzata a partire dall'anno 2006 è la 19.a)

DRG CHIRURGICO: DRG determinato dalla presenza di un intervento chirurgico o di altra procedura "significativa" (intesa come tale dal sistema di classificazione DRG) in relazione ad una specifica diagnosi principale.

DRG NON CLASSIFICABILE: DRG non individuato come medico o chirurgico dal sistema di classificazione: i DRG della MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale) e i DRG anomali (469, 470).

DRG OMOLOGHI: "famiglie" di DRG per i quali si può avere come variabile di assegnazione la presenza di Complicazioni e/o Comorbidità.

DURATA DELLA DEGENZA (in regime di ricovero ordinario): numero di giornate comprese fra la data del ricovero di un paziente e la data della sua dimissione; la durata di degenza dei pazienti ricoverati e dimessi nello stesso giorno è considerata pari a una giornata.

GIORNATA DI DEGENZA: periodo di 24 ore durante il quale un posto letto è occupato.

GROUPEX: software che assegna ogni caso al corrispondente DRG, ovvero che, utilizzando come input i dati clinici rilevati dalla scheda di dimissione, produce come output un numero a tre caratteri che identifica il DRG corrispondente.

INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE (ICP): esprime l'efficienza, in termini di degenza media, di un ospedale in rapporto all'efficienza media di un insieme di ospedali di riferimento con analoga composizione della casistica; valori di ICP inferiori a 1 esprimono una degenza media inferiore rispetto a quella attesa; valori superiori a 1 esprimono una degenza media superiore rispetto a quella attesa.

INDICE DI CASE-MIX (ICM): esprime la complessità dei casi trattati da un ospedale in rapporto alla complessità media di un insieme di ospedali di riferimento (es. l'insieme degli ospedali italiani); cfr. anche allegato n.2 alle linee di guida n. 1/95 (G.U. 29/06/95 n. 150).

INTERVENTI CHIRURGICI: ai fini del presente rapporto, si intendono quelle procedure (v.), riportate nella "Classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche", identificate come "Operating room procedures" nella classificazione ICD-9-CM nei casi in cui, nel corso dello stesso ricovero, sia stato effettuato più di un intervento chirurgico è stata selezionato quello riconosciuto di maggiore complessità dal sistema

ISTITUTI PRIVATI: vengono considerati tali gli istituti appartenenti alla seguente tipologia:

- casa di cura privata accreditata
- casa di cura privata non accreditata.

ISTITUTI PUBBLICI: vengono considerati tali gli istituti appartenenti alle seguenti tipologie:

- ospedale, costituito in azienda ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 502/92 e modificazioni;
- ospedale a gestione diretta, presidio della USL, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs 502/92 e modificazioni;
- policlinico universitario (art. 39 legge 833/78);
- istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, pubblico o privato (art. 42 legge 833/78);
- ospedale classificato o assimilato (art. 41 legge 833/78);
- istituto sanitario privato qualificato presidio USL (art. 43 legge 833/78);
- ente di ricerca (art. 40 legge 833/78).

MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORY (MDC): ciascuno dei gruppi di diagnosi (25 nella decima revisione) che costituiscono l'architettura di base del sistema di classificazione DRG; ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico).

NEONATI SANI: i neonati presenti in ospedale a causa dell'evento "nascita" ed afferenti al DRG 391.

PESO RELATIVO: indicatore associato a ciascun DRG, che evidenzia il rapporto fra il costo medio dello specifico DRG ed il costo medio del caso medio (calcolato su tutti i DRG). I pesi relativi italiani, corrispondenti alla 10.a versione dei DRG, sono riportati nel D.M. 30.06.1997. Nell'anno 2006 sono stati applicati i pesi MEDICARE.

PROCEDURA: termine che comprende sia gli interventi chirurgici (v.) sia le procedure diagnostiche o terapeutiche non di sala operatoria; queste ultime possono o meno influenzare l'attribuzione dei DRG.

REGIME DI RICOVERO: distingue tra il "RICOVERO ORDINARIO" ed il "RICOVERO IN DAY HOSPITAL" (v.).

RICOVERI DI LUNGODEGENZA: sono i ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alla disciplina LUNGODEGENTI (codice 60 nei modelli di rilevazione del Sistema informativo sanitario).

RICOVERI DI RIABILITAZIONE: sono identificati tali sia i ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alle discipline UNITA' SPINALE (codice 28 nei modelli di rilevazione del Sistema informativo sanitario), RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (codice 56), NEURORIABILITAZIONE (codice 75), sia i ricoveri effettuati in istituti di sola riabilitazione (esclusa la LUNGODEGENZA, codice disciplina 60).

RICOVERI PER ACUTI: sono tutti i casi dimessi da reparti diversi da quelli classificati come riabilitativi (v.) o di lungodegenza (v.); sono esclusi, inoltre, i neonati sani.

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: strumento informativo per la raccolta delle informazioni relative ai singoli dimessi dagli istituti di ricovero ospedaliero; costituisce la sintesi delle informazioni cliniche contenute nella cartella clinica. La identificazione delle informazioni da rilevare attraverso la scheda di dimissione e le relative modalità di compilazione e codifica sono disciplinate dal D.M. 28.12.91 e dal D.M. 26.07.93. A far data dal 1 gennaio 2001, la nuova disciplina della SDO è stabilita dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380. I provvedimenti citati sono disponibili sul sito Internet del Ministero della Salute.

VALORE SOGLIA (TRIM POINT): valore al di sopra, o al di sotto, del quale i casi sono considerati “anomali per durata della degenza” (vedi alla voce CASI ANOMALI PER DURATA DELLA DEGENZA).