

DELIBERAZIONE N. VIII/10077 DEL 7 AGOSTO 2009

Oggetto: **DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2009 - V PROVVEDIMENTO**

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATE:

- La DGR n. VI/34766 del 20.02.1998, recante “*Directive in ordine all’attività di day hospital e day surgery*”;
- la DGR n. VI/38133 del 6 agosto 1998, recante “*Attuazione dell’art. 12 comma 3 e 4 della l.r.11.07.1997, n. 31 - Definizione dei requisiti e indicatori per l’accreditamento delle strutture sanitarie*”;
- la DGR n. VII/3265 del 26 gennaio 2001, recante “*Ulteriori indicazioni in merito alle modalità di verifica degli standard e per l’accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private previste dalla DGR. n. 38133/98*”;
- la DGR n. VII/5127 del 15 giugno 2001, recante “*Ulteriori direttive in ordine all’attività di day-hospital e day- surgery rispetto alla DGR n. VI/34766 del 20.02.1998*”;

RICHIAMATA altresì la DGR n. VIII/9014 del 20.2.2009, avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento*” ed, in particolare, l’allegato 6 nella parte in cui “*Si ribadisce che nel caso di attività di Day Surgery il requisito del personale in sala operatoria è da intendersi assolto con la presenza di almeno un chirurgo, un anestesista ed un infermiere professionale, come espresso nel requisito specifico di accreditamento OSDSU03 “Nell’arco delle ore di attività di day surgery è garantita la presenza di almeno un chirurgo, di un anestesista, e di un infermiere professionale?”*”;

PRESO ATTO della sostanziale sovrapposibilità, in termini di complessità chirurgica, della casistica ordinaria di un giorno rispetto a quella trattata in day surgery;

RITENUTO pertanto di considerare applicabile a tutti i ricoveri chirurgici con durata di degenza uguale a 0/1 die il requisito richiesto per le attività di day surgery, relativamente al personale necessario per l’attivazione della sala operatoria, che è da intendersi assolto con la presenza, nell’arco delle ore di attività, di almeno un chirurgo, un anestesista ed un infermiere professionale;

VISTO il d.p.c.m. 29 novembre 2001 “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*” ed, in particolare, l’Allegato 2C “*Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione*” nella parte in cui riporta “*un elenco di DRG “ad alto rischio di inappropriatazza” se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l’individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali*”;

RICHIAMATA la DGR n. VII/13796 del 25.7.2003, avente ad oggetto *“Modifiche della classificazione, delle tariffe e della erogabilità a carico del servizio sanitario regionale di alcune prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, tra cui quelle indicate agli allegati 2B e 2C del d.p.c.m. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, ed aggiornamento delle linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche – revisione 2003”* ed, in particolare, i punti 5) 6) 7) del deliberato che introducono una tariffa indistinta ordinaria/dh per determinate categorie di prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato;

RILEVATO che per alcune attività riferibili a DRG di tipo chirurgico le tecniche operatorie hanno permesso di effettuare le prestazioni per quasi il 90% dei casi in day surgery o entro le 2 giornate di degenza ordinaria e che, di conseguenza, al fine di incentivare l’appropriatezza generica di erogazione delle prestazioni, è possibile ed opportuno definire per le stesse una tariffa unica a prescindere dalla modalità di erogazione;

RITENUTO pertanto di definire, a partire dai dimessi dal 1° settembre 2009, indipendentemente dalla durata della degenza e dal regime di ricovero, per i ricoveri chirurgici di cui all’allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, le tariffe uniche indicate nell’allegato stesso;

RICHIAMATE:

- la DGR VIII/8501 del 26 novembre 2008, recante *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2009”* ed, in particolare, l’allegato 10 *“Attività di controllo”* che, tra l’altro, *“ribadisce l’indicazione riguardante l’obbligo, per ogni ASL, di verificare, ai sensi dell’articolo 79 della legge 133 del 06.08.2008 - legge finanziaria 2009 - almeno il 10% degli episodi di ricovero (di cui il 6,5% mirato ed il 3,5% casuale) avvenuti sul proprio territorio di competenza e almeno il 3,5% delle attività di specialistica ambulatoriale”*;
- la citata DGR n. VIII/9014 del 20 febbraio 2009 ed, in particolare:
 - ✓ l’allegato 3 *“Cartella clinica”* che, tra l’altro, prevede che la compilazione delle cartelle cliniche debba essere la più completa e corretta possibile;
 - ✓ l’allegato 6 *“Modalità di assolvimento di alcuni requisiti autorizzativi e di accreditamento”* che riassume alcuni requisiti autorizzativi ritenuti strategici al fine di migliorare la qualità di processo e di esito delle prestazioni erogate all’interno delle strutture sanitarie, tra i quali viene previsto l’autocontrollo della completezza della documentazione sanitaria;
- la DGR n. VIII/9581 del 11 giugno 2009, recante *“Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento IV Provvedimento”* ed, in particolare, i punti 12,13 e 14 del deliberato;

RITENUTO, a valere dall’esercizio 2009 e secondo le modalità di cui all’allegato 2, parte integrante della presente deliberazione, di prevedere che fino ad un massimo di 3 punti percentuali dei 10 complessivi previsti dalla DGR VIII/8501/2008, per quanto riguarda la quantità di pratiche di ricovero da controllarsi nel corso del 2009, possa essere soggetto ad autocontrollo da parte degli erogatori, sulla base di un campione estratto dalla ASL ed applicando quanto previsto dalla DGR VIII/9581/09 per le verifiche della completezza della cartella clinica;

VISTO il D.M. 23.12.1996 “Rilevazione delle attività gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere”;

RICHIAMATI:

- l'allegato 1 alla citata DGR VI/38133/1998, nella parte in cui vengono stabiliti ulteriori requisiti organizzativi e funzionali specifici per le strutture di ricovero e cura dotate di Pronto Soccorso (PS), Dipartimento Emergenza Urgenza ed Accettazione (DEA) e di Dipartimento di Emergenza Urgenza ed Accettazione di Alta Specialità (EAS);
- la DGR VIII/9173/2009 recante “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 - III provvedimento” ed, in particolare, il punto 8) del deliberato nella parte in cui prevede, per l'esercizio 2009, “di affinare il metodo di attribuzione delle funzioni non tariffabili per le strutture provviste di PS, DEA od EAS mediante una analisi più puntuale dei modelli organizzativi operanti presso le strutture”;

RITENUTO quindi, sulla base dei predetti requisiti e volumi di attività delle strutture di PS, DEA ed EAS, di meglio definire, per l'esercizio 2009, come di seguito specificato, la quantificazione dei costi minimi di esercizio delle strutture di PS, DEA ed EAS, valorizzando a costi standard le figure professionali rese necessarie per garantire l'assolvimento dei requisiti minimi previsti dalla citata DGR VI/38133/1998:

<i>tipo struttura</i>	<i>dettaglio tipo struttura</i>	<i>valore funzione</i>
<i>Ps</i>		<i>804.000</i>
<i>Dea</i>		<i>3.558.000</i>
<i>eas1</i>	<i>1 alta specialità</i>	<i>3.918.000</i>
<i>eas2</i>	<i>2 alte specialità</i>	<i>4.278.000</i>
<i>eas3</i>	<i>3 alte specialità</i>	<i>4.638.000</i>
<i>eas4</i>	<i>4 alte specialità</i>	<i>4.998.000</i>
<i>eas5</i>	<i>5 alte specialità</i>	<i>5.358.000</i>
<i>eas6</i>	<i>6 alte specialità</i>	<i>5.718.000</i>

RITENUTO inoltre di prevedere che, annualmente, sulla base dei dati di flusso di cui al citato D.M. 23.12.1996, relativi alle attività di PS per pazienti non ricoverati, i valori indicati al punto precedente siano ponderati con un coefficiente che sarà pari a:

- 0,85 per le strutture con un numero di accessi/die minore o uguale al 25° percentile della distribuzione regionale di questo indicatore,
- 0,9 per le strutture collocate tra il 26° ed il 50° percentile della predetta distribuzione; 1 per le strutture collocate tra il 51° ed il 70° percentile della predetta distribuzione,

- 1,1 per le strutture collocate tra il 71° ed l' 85° percentile della predetta distribuzione,
- 1,2 per le strutture collocate al di sopra dell' 85° percentile della predetta distribuzione;

RICHIAMATE:

- la DGR VIII/5743 del 31.10.2007 “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008 - (di concerto con l'Assessore Abelli)*” ed, in particolare, l'allegato 2 “*Il quadro del sistema per l'anno 2008*” che, tra l'altro, prevede il “*potenziamento delle funzioni relative all'attività di ricerca degli I.R.C.C.S. e alla didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia*”;
- la DGR VIII/9765 del 30 giugno 2009 “*Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2008*” ed, in particolare, l'Allegato tecnico, punti 13 e 14, che definiscono, rispettivamente, i criteri per le funzioni di “*Attività di ricerca degli I.R.C.C.S.*” e di “*Didattica universitaria della facoltà di Medicina e Chirurgia*”;

RITENUTO di confermare la previsione di potenziare le funzioni relative all'attività di ricerca degli I.R.C.C.S. e di didattica universitaria della facoltà di Medicina e Chirurgia e, conseguentemente, di prevedere per l'anno 2009:

- di integrare il criterio di valorizzazione della funzione attualmente corrisposta per la didattica della facoltà di medicina considerando, per la attribuzione delle risorse alle strutture, anche indicatori più specifici che descrivano l'impatto organizzativo e gestionale delle attività di didattica sulla struttura quali:

INDICATORE	RAZIONALE
n° studenti/anno: - anno di ingresso - media	esprime il dimensionamento della sede didattica, come numero di studenti in ingresso e come media degli studenti per anno di corso.
n° tutor ospedalieri rapporto tutor/studenti	Definisce l'impegno della componente clinica ospedaliera (individui). E' espresso dal n° assoluto di tutor (definiti tali dal possesso di un contratto universitario) e dal rapporto tra n° tutor e n° studenti.
% discipline sede di attività didattica sul campo “bedside”	Definisce l'impegno della componente clinica ospedaliera (unità operative), espresso come rapporto tra unità operative sede di didattica sul campo (“bedside”) sul totale delle unità operative.
Dato il totale delle ore di didattica calcolare: % ore didattica frontale % ore didattica attiva: - a piccoli gruppi - “bedside”	Definisce l'intensità dell'innovazione della didattica, espressa come percentuale di didattica attiva (a piccoli gruppi e “bedside”) sul totale del monte ore.

- di prevedere che la quota di contributo regionale relativa alle attività di ricerca corrente degli IRCCS sia, per il 2009, pari al 80% di quella stanziata nel 2008 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;

RICHIAMATO l'allegato 16 "Indici di offerta - negoziazione" della citata DGR VIII/8501 del 26.11.2008, in particolare nella parte che prevede che:

- *"le previsioni di cui all'art. 1 comma 796 lettera O della Legge n. 296/06 troveranno applicazione nel 2009 in Regione Lombardia, così come già stabilito al punto del 3 deliberato della DGR VIII/4239 del 28/02/2007, prevedendo uno sconto del 18% per le prestazioni specialistiche afferenti alla branca laboratorio analisi e del 2% sulle prestazioni ambulatoriali afferenti alle altre branche specialistiche"*;
- per le prestazioni di specialistica ambulatoriale *"alle valorizzazioni prodotte tra il 97% e il 103% sarà applicato un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106% fino al 60%"*;

RITENUTO che, in considerazione dello sconto del 18% applicato sull'intera produzione di laboratorio analisi delle strutture accreditate di diritto privato, gli abbattimenti tariffari previsti al di sopra della soglia del 97% per questa tipologia di prestazioni tengano conto delle scontistiche già applicate e le vadano ad integrare fino al raggiungimento della soglia stabilita;

RITENUTO inoltre di modificare la descrizione della prestazione del nomenclatore ambulatoriale a codice 9938 come segue:

codice	nota	Descrizione prestazione
9938	IH*	SOMMINISTRAZIONE DI ANATOSSINA TETANICA [vaccino antitetanico] e di vaccino antinfluenzale * la limitazione di erogazione ospedaliera vale solo per la somministrazione di anatoSSina tetanica

PRECISATO che le determinazioni di cui alla presente delibera trovano copertura economico finanziaria attraverso l'applicazione dei seguenti provvedimenti:

1. la citata DGR VIII/8501 del 26.11.2008, in particolare l'allegato 2 dove vengono stanziati, per l'esercizio 2009, i fondi relativi alle funzioni non tariffate in incremento rispetto al 2008;
2. la citata VIII/9173/2009, in particolare nella parte in cui prevede modifiche tariffarie in riduzione, in vigore dal 1° di maggio 2009, a carico delle prestazioni ambulatoriali erogate in pronto soccorso per esterni e di alcune attività di ricovero erogate in strutture sede di DEA ed EAS ;

PRECISATO inoltre che in relazione alle Aziende Ospedaliere ed agli IRCCS pubblici la applicazione della presente delibera dovrà tenere conto delle assegnazioni già formalizzate per l'anno 2009, ivi compresi i contributi da destinare al finanziamento del P.S.S.R., progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito internet della Direzione Generale Sanità;

VISTI:

- il D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
- la L.R. 31/97 e successive modificazioni;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse nelle premesse che qui si intendono integralmente riportate:

1. Di considerare applicabile a tutti i ricoveri chirurgici con durata di degenza uguale a 0/1 die il requisito richiesto per le attività di day surgery, relativamente al personale necessario per l'attivazione della sala operatoria, che è da intendersi assolto con la presenza, nell'arco delle ore di attività, di almeno un chirurgo, un anestesista ed un infermiere professionale.
2. Di definire, a partire dai dimessi dal 1° settembre 2009, indipendentemente dalla durata della degenza e dal regime di ricovero, per i ricoveri chirurgici di cui all'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, le tariffe uniche indicate nell'allegato stesso.
3. Di prevedere, a valere dall'esercizio 2009 e secondo le modalità di cui all'allegato 2, parte integrante della presente deliberazione, di prevedere che fino ad un massimo di 3 punti percentuali dei 10 complessivi previsti dalla DGR VIII/8501/2008, per quanto riguarda la quantità di pratiche di ricovero da controllarsi nel corso del 2009, possa essere soggetto ad autocontrollo da parte degli erogatori, sulla base di un campione estratto dalla ASL ed applicando quanto previsto dalla DGR VIII/9581/09 per le verifiche della completezza della cartella clinica.
4. Di meglio definire, per l'esercizio 2009, come di seguito specificato, la quantificazione dei costi minimi di esercizio delle strutture di PS, DEA ed EAS, valorizzando a costi standard le figure professionali rese necessarie per garantire l'assolvimento dei requisiti minimi previsti dalla citata DGR VI/38133/1998:

<i>tipo struttura</i>	<i>dettaglio tipo struttura</i>	<i>valore funzione</i>
<i>ps</i>		<i>804.000</i>
<i>dea</i>		<i>3.558.000</i>
<i>eas1</i>	<i>1 alta specialità</i>	<i>3.918.000</i>
<i>eas2</i>	<i>2 alte specialità</i>	<i>4.278.000</i>
<i>eas3</i>	<i>3 alte specialità</i>	<i>4.638.000</i>
<i>eas4</i>	<i>4 alte specialità</i>	<i>4.998.000</i>
<i>eas5</i>	<i>5 alte specialità</i>	<i>5.358.000</i>
<i>eas6</i>	<i>6 alte specialità</i>	<i>5.718.000</i>

5. Di prevedere che, annualmente, sulla base dei dati di flusso di cui al D.M. 23.12.1996, relativi alle attività di PS per pazienti non ricoverati, i valori indicati al punto precedente siano ponderati con un coefficiente che sarà pari a:
- 0,85 per le strutture con un numero di accessi/die minore o uguale al 25° percentile della distribuzione regionale di questo indicatore;
 - 0,9 per le strutture collocate tra il 26° ed il 50° percentile della predetta distribuzione; 1 per le strutture collocate tra il 51° ed il 70° percentile della predetta distribuzione;
 - 1,1 per le strutture collocate tra il 71° ed il 85° percentile della predetta distribuzione;
 - 1,2 per le strutture collocate al di sopra dell' 85° percentile della predetta distribuzione.
6. Di confermare la previsione di potenziare le funzioni relative all'attività di ricerca degli I.R.C.C.S. e di didattica universitaria della facoltà di Medicina e Chirurgia e, conseguentemente, di prevedere per l'anno 2009:
- o di integrare il criterio di valorizzazione della funzione attualmente corrisposta per la didattica della facoltà di medicina considerando, per la attribuzione delle risorse alle strutture, anche indicatori più specifici che descrivano l'impatto organizzativo e gestionale delle attività di didattica sulla struttura quali:

INDICATORE	RAZIONALE
n° studenti/anno: - anno di ingresso - media	esprime il dimensionamento della sede didattica, come numero di studenti in ingresso e come media degli studenti per anno di corso.
n° tutor ospedalieri rapporto tutor/studenti	Definisce l'impegno della componente clinica ospedaliera (individui). E' espresso dal n° assoluto di tutor (definiti tali dal possesso di un contratto universitario) e dal rapporto tra n° tutor e n° studenti.
% discipline sede di attività didattica sul campo "bedside"	Definisce l'impegno della componente clinica ospedaliera (unità operative), espresso come rapporto tra unità operative sede di didattica sul campo ("bedside") sul totale delle unità operative.
Dato il totale delle ore di didattica calcolare: % ore didattica frontale % ore didattica attiva: - a piccoli gruppi - "bedside"	Definisce l'intensità dell'innovazione della didattica, espressa come percentuale di didattica attiva (a piccoli gruppi e "bedside") sul totale del monte ore.

- o che la quota di contributo regionale relativa alle attività di ricerca corrente degli IRCCS sia, per il 2009, pari al 80% di quella stanziata nel 2008 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
7. Di stabilire che, in considerazione dello sconto del 18% applicato sull'intera produzione di laboratorio analisi delle strutture accreditate di diritto privato, gli abbattimenti tariffari previsti al di sopra della soglia del 97% per questa tipologia di prestazioni tengano conto delle scontistiche già applicate e le vadano ad integrare fino al raggiungimento della soglia stabilita.
 8. Di stabilire che le determinazioni di cui alla presente delibera trovano copertura economico finanziaria attraverso l'applicazione dei seguenti provvedimenti:
 - o la citata DGR VIII/8501 del 26.11.2008, in particolare l'allegato 2 dove vengono stanziati, per l'esercizio 2009, i fondi relativi alle funzioni non tariffate in incremento rispetto al 2008;

- o la citata VIII/9173/2009, in particolare nella parte in cui prevede modifiche tariffarie in riduzione, in vigore dal 1° di maggio 2009, a carico delle prestazioni ambulatoriali erogate in pronto soccorso per esterni e di alcune attività di ricovero erogate in strutture sede di DEA ed EAS.

9. Di dare indicazione che in relazione alle aziende ospedaliere ed agli IRCCS pubblici la applicazione della presente delibera dovrà tenere conto delle assegnazioni già formalizzate per l'anno 2009, ivi compresi i contributi da destinare al finanziamento del P.S.S.R., progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali.

10. Di modificare la descrizione della prestazione del nomenclatore ambulatoriale a codice 9938 come segue:

codice	nota	Descrizione prestazione
9938	IH*	SOMMINISTRAZIONE DI ANATOSSINA TETANICA [vaccino antitetanico] e di vaccino antinfluenzale * la limitazione di erogazione ospedaliera vale solo per la somministrazione di anatoossina tetanica

11. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito internet della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO

Key	DRG	nome	TarOrd	TarUno / Day Surgery	ValSoA	TarSoA
008N	008	Int. su nervi periferici e cranici ed altri int. su sist. nervoso senza CC	1.737	1.737	14	204
008S	008	Int. su nervi periferici e cranici ed altri int. su sist. nervoso senza CC (Con cod. di interv. principale 9231 o 9232 o 9233 "Radiochirurgia ...")	6.323	6.323	40	244
036	036	Interventi su retina	2.143	2.143	12	140
038	038	Interventi primari su iride	1.236	1.236	16	125
051	051	Interventi su ghiandole salivari escl. sialoadenectomia	1.450	1.450	20	224
058	058	Interventi su tonsille e adenoidi escl. solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' <18	882	882	7	187
059	059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' >17	900	900	4	232
060	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' <18	900	900	4	232
061	061	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' >17	1.735	1.735	10	300
062	062	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' < 18	753	753	2	166
118	118	Sostituzione di PM cardiaco	4.402	4.402	4	461
169	169	Interventi su bocca senza CC	1.355	1.355	9	176
225	225	Interventi su piede	2.041	2.041	8	200
227	227	Interventi su tessuti molli senza CC	1.543	1.543	9	204
229	229	Interventi su mano o polso escl. interv. maggiori su articolaz. senza CC	1.248	1.248	4	211
231N	231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio int. escl. anca e femore	2.399	2.399	4	328
231S	231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio int. escl. anca e femore (solo mano e piede, polso e caviglia compresi: cod. interv 7864, 7868, 8003, 8004, 8007, 8008)	1.413	1.413	4	213
266	266	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	1.185	1.185	12	147
268	268	Chirurgia plastica su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	1.788	1.788	10	221
293S	293	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC (con Cod. Interv. 9231, 9232, 9233 "radioch. stereotassica ...")	6.013	6.013	40	244
339	339	Interventi su testicolo non per neoplasie maligne, eta' >17	1.638	1.638	4	313
340	340	Interventi su testicolo non per neoplasie maligne, eta' <18	1.073	1.073	4	233
342	342	Circoncisione, eta' >17	1.191	1.191	7	318
343	343	Circoncisione, eta' <18	847	847	4	250
347M	347	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC + intervento 6011 (agobiopsia prostata) + Tipo Tar. SDO = "M" (spec. mapping prostatico)	880	880	27	126
360	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	965	965	11	290
362	362	Occlusione endoscopica tube	1.433	1.433	4	314
363	363	D&C, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	1.319	1.319	9	221
365	365	Altri interventi app. riproduttivo femminile	2.104	2.104	29	226
377	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.990	1.990	13	360
381	381	Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	913	913	4	251

Allegato n. 2 alla DGR n. 10077 del 7 Agosto 2009

Attività autocontrollo dei soggetti erogatori ai sensi dell'allegato 3 della DGR VIII/9014/2009 e della DGR VIII/9581/2009

Ciascun presidio di ricovero deve provvedere alla autovalutazione relativa alla completezza della documentazione clinica (allegato 3 delle DGR 9014 e DGR 9581 del 2009), su un numero di cartelle cliniche pari ad almeno il 3% della produzione annuale e comunque non inferiore a 100 pratiche(anno).

Il campione oggetto dell'autocontrollo viene individuato dalla ASL su pratiche relative a pazienti SSN dimessi dal 8 di giugno del 2009. E' cura delle strutture la trasmissione tempestiva alla ASL degli esiti delle attività di autocontrollo secondo le tempistiche concordate con la ASL.

La ASL provvede a verificare a campione una quota delle pratiche che sono state oggetto di autocontrollo.

La numerosità di questo campione di verifica viene individuata con l'utilizzo del metodo già approvato con la DGR VII/8078/2002 che per comodità si riporta di seguito.

La selezione del campione da sottoporre a verifica ASL dovrà essere eseguita con criterio casuale.

La numerosità delle cartelle componenti il campione viene calcolata utilizzando la seguente formula che consente di estrarre da una popolazione definita un campione statisticamente significativo; ciò al fine di estendere alla popolazione di riferimento i dati ottenuti sul campione:

$$n \geq \frac{Z^2 N P_y (1-P_y)}{(N-1) \varepsilon^2 P_y^2 + Z^2 P_y (1 - P_y)}$$

n = dimensione del campione

Z = livello di significatività (1,96 _ 95% ; 2,58 _ 99%)

N = numerosità della popolazione (cartelle verificate in autocontrollo)

P_y = proporzione dell'evento nella popolazione (% di errore attesa / riscontrata in studio pilota)

ε = è lo scarto che siamo disposti a tollerare tra la proporzione dell'errore nel campione in relazione alla proporzione dell'errore nella popolazione

Dopo che la ASL ha verificato il campione di cartelle selezionato tra quelle soggette ad autocontrollo è possibile calcolare il livello di concordanza nei termini già stabiliti dalla sopracitata DGR VII/8078/2002 che per comodità si riporta di seguito:

Livelli kappa di affidabilità

	1.0	Massimo
	0.8 – 1.0	Quasi perfetto
	0.6 – 0.8	Considerevole
<u>Soglia di affidabilità generalmente considerata</u>	0.4 – 0.6	Discreto
	0.2 – 0.4	Sufficiente
	0.0 – 0.2	Scadente
	< 0.0	Mancanza di concordanza

Fatta salva la facoltà delle ASL di assumere un livello maggiore di concordanza si ritiene che la soglia di affidabilità delle attività di autocontrollo possa coincidere con il livello definito “Discreto” nella tabella sopraesposta. Ciò significa che se il livello di concordanza è almeno discreto le attività di autocontrollo possono essere ragionevolmente ritenute valide dalla ASL (fatta salva l’adozione di un livello maggiore di affidabilità), mentre in caso contrario la ASL estende il controllo all’intero campione soggetto ad autocontrollo.

VERBALE

Alla fine della verifica NOC sull’attività di autocontrollo viene redatto un verbale di sintesi riportante almeno: le pratiche revisionate dai NOC, l’esito della valutazione ASL e l’esito dell’autocontrollo effettuato dalla Struttura.

ESITO NOC NON CONCORDATO DALLA STRUTTURA

I tempi e le modalità del contenzioso sono quelli ridefiniti con la DGR VIII/8501 del 20 novembre 2008.

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

- 1) La ASL trasmette a ciascun presidio sanitario di ricovero e cura l’elenco delle cartelle cliniche oggetto dell’autocontrollo relativo alla completezza delle documentazione clinica (allegato 3 DGR 9014 e DGR 9581), pari al 3% della produzione annuale e comunque non inferiore a 100 pratiche (anno), estratto in maniera casuale.
- 2) L’erogatore trasmette l’esito dell’autocontrollo alla ASL indicando il codice ente, il codice presidio, il numero della cartella clinica e l’esito del controllo che viene espresso come segue: 1=cartella conforme, 0=cartella non conforme.
- 3) La ASL esegue un campionamento dall’elenco delle pratiche trasmesso ai presidi di ricovero la cui numerosità viene individuata come sopra specificato, procedendo essa stessa al controllo, su quanto estratto, circa la completezza delle documentazione clinica (allegato 3 DGR 9014 e DGR 9581).

- 4) Dopo che la ASL ha verificato il campione di cartelle selezionato tra quelle soggette ad autocontrollo è possibile calcolare il livello di concordanza tra le due valutazioni e quindi il livello di affidabilità nei termini sopra espressi.
- 5) Al mancato raggiungimento della soglia di affidabilità predefinita la ASL procede a controllare tutte le pratiche di cui al punto 1). Nel caso di raggiungimento della soglia di affidabilità predefinita potrà essere ritenuto valido l'esito dell'autocontrollo effettuato dall'erogatore sulle restanti pratiche.

FLUSSI INFORMATIVI

La struttura erogatrice – per le pratiche soggette ad autocontrollo – non procede ad alcuna segnalazione diretta in Regione rispetto alla completezza o meno della documentazione clinica. A tale segnalazione procederà direttamente l'ASL, nell'ambito del flusso NOC ASL/Regione.

Tutte le pratiche oggetto dell'autocontrollo vengono inserite nel consueto flusso dei controlli di congruenza attualmente in uso tra NOC ASL e Regione.

I campi da compilare sono i seguenti:

1 COSP	codice struttura
2 SUBCOSP	subcodice struttura (ove previsto)
3 PRATIC	numero pratica
52 IMTOT	il valore che esita dal controllo ASL
57 DATA_CONTR	data di firma verbale di sintesi
58 RILEVATORE	per le pratiche direttamente visionate dai NOC, il rilevatore è indicato come da tracciato di congruenza, per le pratiche visionate solo dalla struttura il rilevatore è indicato dalle ultime 5 cifre del cosp
59 TIPO_CAMP	tipologia del campione A (Autocontrollo)
60 ESITÒ	esito dell'autocontrollo dell'erogatore: 1 =cartella conforme, 0 =cartella non conforme
61 ESITO_ALTRO	esito in termini di concordanza tra valutazione ASL ed autovalutazione: S = concordanza, N = non concordanza
62 DESTINAZIONE	come da tracciato di congruenza
65 IMPTOT_OR	importo originale in Euro

I restanti campi non andranno compilati.

TEMPISTICA

- 1) La ASL fornisce l'elenco delle cartelle da controllare alle strutture di ricovero e cura.
- 2) Nel caso in cui la ASL trasmetta l'elenco delle cartelle da verificare in autocontrollo in almeno tre differenti momenti distribuiti nel corso dell'anno l'erogatore entro 30 giorni restituisce l'elenco delle pratiche controllate e il relativo esito. Nel caso in cui, invece, la ASL trasmetta l'elenco delle cartelle da verificare in una soluzione unica l'erogatore entro 60 giorni restituisce l'elenco delle pratiche controllate e il relativo esito.
- 3) In seguito la ASL inizia i propri controlli ed entro 40 giorni trasmette il tutto alla Direzione Generale Sanità.