

DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA P.F. ASSISTENZA OSPEDALIERA,
EMERGENZA-URGENZA E RICERCA - ARS

n. 20 del 27 settembre 2021

Oggetto: Nuovo Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie in attuazione di quanto previsto dalla DGR n.1489/2019. Revoca del Decreto n.9/RAO/2017 - Modifica del punto A.3.2 “Controlli sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery (DS)”

VISTO il documento istruttorio e ritenuto, per le motivazioni nello stesso indicate, di adottare il presente decreto;

VISTO l'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 (Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione);

VISTO il Decreto 6/RAO del 20 febbraio 2020 *“Nuovo Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie in attuazione a quanto previsto dalla DGR n.1489/2019. Revoca del Decreto n.9/RAO/2017”*.

DECRETA

- di modificare, per i motivi espressi nel documento istruttorio, il punto A.3.2 “Controlli sui “DRG ad alto rischio di non appropriatezza” in regime di day surgery (DS)” del Nuovo Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie, secondo quanto riportato nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto, con validità dal 1 ottobre 2021;
- di notificare il presente Decreto agli interessati.

Attesta, inoltre, che dal presente decreto non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

Si attesta l'avvenuta verifica dell'inesistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e s.m.i.

Il dirigente
(*Giovanni Lagalla*)

Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- DPCM del 10/12/2009 "Controlli sulle cartelle cliniche";
- DGR n. 1370 del 17/10/2011 "Allegato B al Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" - Approvazione liste e definizione dei valori soglia di ammissibilità dei DRG chirurgici e dei DRG medici";
- DGR n.1515 del 14/11/2011 "Allegato A del Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 "Prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza in regime di Day Surgery trasferibili in regime ambulatoriale" Approvazione liste e definizione dei valori soglia di ammissibilità al ricovero ordinario ed a ciclo diurno delle prestazioni e delle relative tariffe ambulatoriali";
- DGR n.61 del 23/01/2012 "DD.GG.RR. n. 1370/2011 e n. 1515/2011 concernenti le prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza in regime di Day Surgery trasferibili in regime ambulatoriale. Applicazione alle case di cura multi specialistiche della Regione Marche. Determinazioni";
- Decreto n. 33/RAO/2013, "Attuazione DGR n. 781 del 28.5.2013 – Adozione Piano controlli prestazioni sanitarie - manuale controlli prestazioni sanitarie - Il semestre 2013 – Revoca decreti n.78/2006, n.200/06, n.204/06, n.205/06 n.207/06";
- DGR n. 709 del 9/6/2014, "Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati convenzionati della Regione Marche";
- D.M.n.70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- Decreto n. 36 del 20/07/2015: "Linee Guida per la Codifica ICD-9-CM delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- DPCM del 12/01/2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Delibera n. 952 del 05/08/2019: "Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015. Revoca DGR n. 1709/2003 e DGR n. 1793/2012".
- Delibera n. 1489 del 25/11/2019: "Nuove disposizioni in materia di controlli interni ed esterni delle prestazioni sanitarie ospedaliere degli erogatori pubblici e privati convenzionati. Revoca DGR n.781/2013";
- Decreto n.6/RAO del 20/02/2020 "Aggiornamento Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie in attuazione a quanto previsto dalla DGR n. 1489/2019".
- Decreto n.21 del 15/09/2020 "Modifica composizione del Comitato di controllo delle Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR), di cui al Decreto n.38/RAO del 16/11/2018".

Motivazione (esito dell'istruttoria)

La Regione Marche, nel rispetto di quanto previsto dal DM 70/2015 e dal DPCM del 12/01/2017, con DGR n. 952 del 05/08/2019, al fine di incentivare il progressivo trasferimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati erogati in regime ordinario a quello diurno e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di Day Surgery al setting ambulatoriale, ha fornito indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative inerenti l'attività di ricovero diurno e l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche. Con lo stesso atto, per le



prestazioni chirurgiche presenti nell'Allegato 6B del DPCM/2017, erogate in regime di Day Surgery ha introdotto "la scheda accesso chirurgia ambulatoriale", come strumento di valutazione dell'appropriatezza, nell'ambito delle attività di verifica svolte dal CVPS, fermo restando quanto già stabilito in termini di soglie di erogabilità, e relativo abbattimento tariffario, già presenti nella normativa regionale vigente.

In seguito alla pubblicazione del succitato atto, il gruppo di lavoro Regionale (CVPSR) ha revisionato il Piano dei Controlli e, con Decreto n.6/RAO del 20/02/2020 "Nuovo Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie in attuazione a quanto previsto dalla DGR n. 1489/2019. Revoca del Decreto n.9/RAO/2017", ha aggiornato le modalità di verifica per tale tipologia di controllo, mantenendo invariati i criteri di estrazione delle cartelle cliniche. Il campione estratto comprendeva, nel rispetto della normativa regionale (DGR n. 709/2014), oltre alle procedure elencate nell'Allegato 6B del DPCM LEA, anche altre procedure, ad alto rischio di non appropriatezza se erogate in regime diurno. Al fine di garantire la verifica dell'appropriatezza su tutti i ricoveri estratti, erogati in regime di Day Surgery, a supporto di quanto emerso durante gli ultimi incontri del CVPSR e dall'analisi dei report relativi ai controlli interni ed esterni, si è reso necessario modificare il paragrafo A.3.2 "CONTROLLI SUI DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DAY SURGERY (DS)". A partire dal 1 ottobre 2021, pertanto, per le cartelle estratte con procedura principale non elencata nell'Allegato 6B del DPCM LEA 2017, ma presente nella DGR n. 709/2014, verrà adottato, come strumento di valutazione dell'appropriatezza, il rispetto dei criteri di accesso al regime di Day Surgery dettati dalla normativa nazionale e regionale vigente. Se, dalla verifica della documentazione sanitaria, risultano assenti tali criteri, verrà attribuito il codice 3 (cartella controllata "non confermata con abbattimento") ed applicata la tariffa ambulatoriale, solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e s.m.i., calcolata sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11bis).

Per quanto sopra esposto, si propongono le determinazioni indicate nel dispositivo all'Allegato 1.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e deli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014.

Il responsabile del procedimento
(*Patrizia Santoiemma*)

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

Allegato 1

A.3.2 CONTROLLI SUI "DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA" IN REGIME DI DAY SURGERY(DS)



A.3.2 CONTROLLI SUI “DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA” IN REGIME DI DAY SURGERY(DS)

Integrazione

Modalità di verifica

PROCEDURA PRINCIPALE ELENcata NELL’ALLEGATO 6B DPCM LEA 2017

A seguito dell'estrazione dei DRG, sarà necessario visionare le relative cartelle cliniche al fine di verificare, attraverso l'analisi approfondita della documentazione sanitaria, la presenza e/o incompletezza della *scheda*, firmata dal Medico, attestante la motivazione del setting assistenziale di DS anziché ambulatoriale, allegata alla DGR n. 952/2019 “*Indicazioni operative per la scelta del setting assistenziale appropriato e modalità organizzative per l'erogazione dei ricoveri in regime diurno e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, ai sensi del DPCM del 12/01/2017 e del DM 70/2015*”.

PROCEDURA PRINCIPALE PRESENTE NELLA DGR 709/2014 MA NON NELL’ALLEGATO 6B DPCM LEA 2017

Per quanto concerne, invece, le cartelle cliniche estratte con procedura principale non presente nell'Allegato 6B del DPCM LEA 2017 ma riportate nella DGR n. 709/2014, la verifica di appropriatezza riguarderà il rispetto, attraverso l'analisi approfondita della documentazione sanitaria, dei criteri previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale per i ricoveri erogati in regime di Day Surgery.

Criteri di “non confermabilità” della cartella clinica

La cartella clinica verrà considerata non confermata nel caso di:

1. PROCEDURA PRINCIPALE ELENcata NELL’ALLEGATO 6B DPCM LEA 2017
Scheda accesso chirurgia ambulatoriale assente o non completa (ad es. assenza della firma del Medico e/o assenza della motivazione di scelta del setting assistenziale)
2. PROCEDURA PRINCIPALE PRESENTE NELLA DGR 709/2014 MA NON NELL’ALLEGATO 6B DPCM LEA 2017
Assenza dei criteri di appropriatezza previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale per i ricoveri erogati in regime di Day Surgery.

Modalità codifica campo CVPS tracciato SDO e Azioni correttive:

- codice a = cartella controllata e confermata:
 - ✓ PROCEDURA PRINCIPALE ELENcata NELL’ALLEGATO 6B DPCM LEA 2017
presenza della scheda accesso ambulatoriale adeguatamente compilata;
 - ✓ PROCEDURA PRINCIPALE PRESENTE NELLA DGR 709/2014 MA NON NELL’ALLEGATO 6B DPCM LEA 2017
rispetto dei criteri di appropriatezza previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale.
- codice 3 = cartella controllata “non confermata con abbattimento” per i criteri 1 e 2 di non confermabilità della cartella clinica.”: applicazione della tariffa ambulatoriale, solo in caso di superamento della soglia prevista dalla DGR n.709/14 e s.m.i. calcolata sui dati di attività annua per struttura di ricovero (HSP 11bis) (in allegato: “Tabella dettaglio calcolo abbattimento tariffario”) .