



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 94 del 16/07/2014

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 giugno 2014, n. 1202

Modifica e integrazione day service (DD.GG. n. 433/2011 e 2863/2011) e modifica Nomenclatore Tariffario Regionale (DGR n. 951/2013 e s.m.i.).

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 3, confermata dal Responsabile A.P. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi", dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

Il D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, nell'Allegato 2C, ha individuato le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione. Si definiscono "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse". Il DPCM 29/11/01, in particolare, demanda alle Regioni l'individuazione di soglie di ammissibilità per 43 DRG a elevato rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario.

L'intesa Stato -Regioni del 03.12.2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 20/10/2012, in particolare all'art. 6, comma 5, al fine di razionalizzare ed incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, con l'Allegato A), nel rispetto dell'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001, ha individuato una lista di 108 DRG, comprensiva dei suddetti 43 DRG ad alto rischio di inappropriata qualora erogati in regime di ricovero ordinario, trasferibili in regime ambulatoriale, in piena sicurezza per pazienti ed operatori, atteso lo sviluppo della pratica medica, l'organizzazione attuale ospedaliera e la disponibilità di nuove tecnologie, che consentono oggi di erogare, con la stessa efficacia, tali prestazioni. La deliberazione di Giunta Regionale n. 35 del 27 gennaio 2009, modificata ed integrata dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 1492 del 4/08/2009, in attuazione del DPCM 29/11/2001, nonché dell'intesa sopra citata e della legge regionale 19/09/2008 n. 23, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, al fine di avviare il trasferimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati in regime ambulatoriale, ha definito il nuovo modello organizzativo assistenziale denominato "Day service", oltre alle modalità di accesso e di erogazione delle citate prestazioni.

La Giunta Regionale con atto n. 433 del 10/03/2011, modificato ed integrato con provvedimento n. 1789 dell'11/9/2012, ha approvato due differenti tipologie di day service "Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale" (PCA) e "Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC)" e ha definito e tariffato i percorsi assistenziali di chirurgia ambulatoriale cataratta e tunnel carpale, followup diabete ed ipertensione.

Con successivo provvedimento n. 2863 del 20 dicembre 2011 la Giunta Regionale ha integrato e modificato il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con ulteriori prestazioni di chirurgia ambulatoriale (PCA) e pacchetti ambulatoriali complessi e coordinati (PACC). Attualmente i percorsi assistenziali definiti day service individuati dalla Giunta Regionale sono i seguenti: A seguito dell'entrata in vigore del Decreto Ministeriale del 18.10.2012 concernente "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", la Giunta Regionale con provvedimento n. 951 del 13.05.2013, così come modificato ed integrato dalle deliberazioni n.1304 del 09.07.2013 e n. 561 del 02/04/2014, ha approvato il nuovo tariffario regionale, relativo alle prestazioni da erogarsi in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni già individuate in regime di Day service.

Il tasso di ospedalizzazione in regime di ricovero (ordinario, 0-1 giorno e diurno) nell'anno 2013 in Puglia, per quanto decrescente, è ancora al di sopra del valore soglia indicato nella griglia LEA del Ministero della Salute. Pertanto, per allinearsi alle indicazioni ministeriali, occorre ridurre ulteriormente il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati, favorendo il passaggio ad un setting assistenziale diverso dal ricovero, ossia ambulatoriale, con la contestuale presa in carico del paziente.

La legge regionale 12 luglio 2008, n. 19, all'art. 15 ha stabilito che, a partire dal 1° ottobre 2008, la valutazione della soglia di appropriatezza dei DRGs deve essere effettuata sulla base della procedura M.A.A.P., che costituisce il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri e della loro possibile erogazione in altri setting assistenziali.

Il suddetto modello prevede che il numero dei ricoveri ammissibili in regime ordinario o DH deve essere calcolato considerando il dato dell'anno precedente per singolo DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno entro soglia; Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno trasferiti o deceduti; Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno Ricoveri Diurni; Ricoveri Ordinari durata degenza oltre valore soglia).

Pertanto, applicando il modello di analisi sopra descritto, sono stati elaborati, dal Servizio Analisi della domanda e dell'offerta sanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S), i valori percentuali delle soglie di ammissibilità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ordinario riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, sulla base della banca dati SDO anno 2013, valutando di volta in volta i filtri appropriati. Le soglie di ammissibilità verranno aggiornate annualmente, comunque entro il mese di aprile di ogni anno, con determinazione del dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, a seguito del consolidamento dei dati dell'anno precedente elaborati dall'A. Re.S. Occorre, quindi, definire per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza la remunerazione e conseguente tariffa dei PCA e PACC, così come di seguito si riporta:

1. Per i day service già ricompresi nelle deliberazioni di Giunta Regionale n.433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20 dicembre 2011, si confermano le tariffe di cui ai suddetti provvedimenti giuntali, come riportato nella suddetta Tabella "1";
2. Per tutti gli altri day service la tariffa di remunerazione si intende commisurata all' 80% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni, corrispondente al DRG di derivazione, così come espressamente riportato nella tabella di cui all'Allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. Il superamento del numero dei ricoveri, di cui alla soglia di ammissibilità, prevista nella tabella di cui al punto precedente, determinerà l'applicazione, ai ricoveri in esubero, della tariffa del day - service abbattuta del 30%.

Le prestazioni sanitarie erogate in regime di day service sono remunerate secondo le tariffe indicate nell'allegato "A" e sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compreso la visita, gli esami diagnostici e strumentali, nonché i farmaci e per i day

service chirurgici anche la prima visita post - intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG.

La tariffa della prestazione erogata in day service è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocimento al paziente.

Per il DRG 410 occorre precisare che la Giunta Regionale con provvedimento n. 2618 del 30/11/2010, a seguito di quanto stabilito dalla Commissione salute nella seduta del 16/12/2009, ha approvato l'elenco dei farmaci ad alto costo da addebitare in mobilità sanitaria regionale e interregionale, qualora le prestazioni siano erogate in regime di DH. In tal caso la Giunta Regionale ha previsto l'abbattimento del 90% della relativa tariffa. L'addebito del farmaco è regolamentato nell'ambito del "File F".

La Commissione salute aveva altresì previsto che i farmaci oncologici ad alto costo potessero essere addebitati anche in caso di erogazione in ambito ambulatoriale.

Atteso che il trasferimento dal regime di ricovero ordinario, comprensivo del DH, della prestazione relativa al DRG 410, al regime ambulatoriale, comporta un indubbio vantaggio per la riduzione sia delle lista d'attesa che del tasso di ospedalizzazione che la Regione deve perseguire, si ritiene, al fine di garantire ai pazienti l'accesso alle cure e ai medicinali più innovativi e meno tossici, di dover prevedere, anche per la prestazione ambulatoriale, il rimborso dei farmaci oncologici ad alto costo al di fuori della tariffa individuata per il ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni, con il conseguente abbattimento della stessa del 90%.

Per rendere operativo quanto sopra previsto è necessario che la struttura erogante il day service al fine della rendicontazione dei farmaci ad alto costo somministrati ai pazienti in mobilità interregionale e interaziendale, nonché ai pazienti residenti nel proprio ambito territoriale durante il day service provveda a segnalare il consumo degli stessi, attraverso il flusso informativo della somministrazione farmaci del Sistema Edotto, già esistente, e valorizzando contestualmente nel flusso della Specialistica ambulatoriale (Edotto) un apposito flag con il quale indicare se il farmaco oncologico ad alto costo è stato rendicontato nel flusso della somministrazione.

Al fine del monitoraggio dell'uso appropriato e dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo, è fatto obbligo agli erogatori di registrare per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia, nella cartella clinica del day service il trattamento chemioterapico ed in particolare il farmaco ad alto costo oggetto dello specifico flusso informativo.

In conseguenza per il day service riconducibile al DRG 410 sono previste due diverse tariffe:

1. Trattamento chemioterapico con l'utilizzo di farmaci non ad alto costo. Per tale tipo di trattamento si applica la tariffa all' 80% di quella vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni. La tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici);

2. Trattamento chemioterapico con farmaci oncologici ad alto costo, così come individuati dalle tabelle AIFA, confermati dalla Commissione salute del 27/03/2013, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento, riportando il codice Minsan, ivi richiamato. La remunerazione delle prestazioni di chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici) sarà corrisposta con la seguente modalità:

- remunerazione del 10% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni (DRG 410), corrispondente ad € 37,00, oltre al costo del farmaco oncologico "ad alto costo" - Tabella AIFA, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento. Il rimborso riconosciuto non potrà essere superiore al prezzo di cessione all'azienda, come da fattura. In ogni caso il rimborso non potrà superare il prezzo "ex - factory", ovvero il prezzo con ulteriori sconti negoziati da AIFA, di cui all'Allegato C al presente schema di provvedimento, riportato nella succitata tabella AIFA, ovvero successive modifiche che dovessero intervenire.

Sarà cura dell'Ufficio e del Servizio competente in materia di politiche del farmaco dare indicazioni in

merito:

1. all'aggiornamento della tabella AIFA e dei prezzi di riferimento;
2. al monitoraggio dei farmaci ad alto costo anche al fine di favorire il controllo sull'uso appropriato di tali farmaci;

Per i day service già individuati con le deliberazioni di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20 dicembre 2011 e per quelli individuati dal presente schema di provvedimento è stato riportato il corrispondente DRG.

Si ritiene, altresì, che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnosticoterapeutico delle specifiche patologie potrà essere aggiornato sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale. Le proposte formulate dalle Direzioni Sanitarie e recepite dalle Direzioni generali devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali espressi in ambito locale.

Ogni singola proposta elaborata deve indicare:

- a) l'esigenza e/o la documentazione scientifica attestante l'efficacia clinica del percorso;
- b) una specifica definizione delle prestazioni che compongono il pacchetto con l'esplicitazione dei protocolli diagnosticoterapeutici, individuati dai professionisti interessati;
- c) la tipologia dei pazienti cui il percorso è rivolto con i criteri di inclusione e di esclusione;
- d) la valutazione del numero di casi attesi nell'anno sia in ragione della prevalenza della patologia sia in relazione a possibili riconversioni di attività da DH medico o chirurgico a Day Service Ambulatoriale;
- e) se il percorso è diagnostico o terapeutico;
- f) se il percorso è di tipo medico o chirurgico;
- g) il codice di diagnosi secondo l'ICD9CM e successivi eventuali aggiornamenti.

La proposta deve essere formulata in considerazione che il day service è un modello organizzativo che permette di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico attraverso l'erogazione di prestazioni multiple integrate, per le quali non è richiesta la permanenza con osservazione prolungata del paziente. La proposta può essere formulata ogni qualvolta la situazione clinica del paziente non giustifica il ricovero in regime ordinario ma richiede, comunque, un inquadramento globale diagnostico e terapeutico da effettuarsi in tempi necessariamente brevi.

Le proposte di day service devono essere inviate, entro il mese di giugno di ogni anno, al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica che le sottopone alla valutazione del Gruppo di monitoraggio regionale, con la prospettiva di attivare il nuovo Day - service entro il primo gennaio dell'anno successivo, attraverso apposito atto dirigenziale che attribuisce al pacchetto il codice di riferimento per l'inserimento nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali e le modifiche sul Sistema Edotto.

A tale riguardo, si propone di istituire, a modifica della Deliberazione di Giunta Regionale n. 35/2009, il Gruppo Tecnico di monitoraggio con la funzione di fornire l'apporto tecnico al servizio regionale competente, con la seguente composizione:

- Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- Dirigente Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta Sanitaria - A.Re.S. Puglia;
- Dirigente Area di programmazione e assistenza ospedaliera - A.Re.S. Puglia;
- Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, Servizio APS;
- A.P. "Gestione e monitoraggio degli accordi contrattuali rivenienti dall'art.8 quinquies del D.L.vo 502/92" - Uff.n.3 Servizio PAOS;
- A.P. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi" - Uff.n.3 Servizio PAOS.

Il Gruppo Tecnico di monitoraggio potrà avvalersi, altresì, di competenze esterne specifiche per singola area specialistica nonché dei referenti UVARP delle Aziende sanitarie.

Le prestazioni relative ai percorsi assistenziali devono essere erogate nel rispetto delle seguenti modalità: “il paziente accede al day service in modo programmato con impegnativa SSN redatta dallo specialista ambulatoriale, oppure dal medico curante. In entrambi i casi, la proposta di accesso su modulario SSN deve contenere l'esatta indicazione della denominazione del day service ed il relativo codice regionale. Lo specialista della struttura erogante valuta l'ammissibilità al day service, prende in carico il paziente, pianifica e coordina il percorso diagnosticoterapeutico, redige e aggiorna la cartella clinica del day service e esprime la valutazione clinica conclusiva con il referto che consegna all'assistito nel corso del colloquio conclusivo”.

Gli erogatori autorizzati ad eseguire i PCA e i PACC sono le Strutture pubbliche ospedaliere e le strutture pubbliche territoriali provviste di sale operatorie a norma, le Aziende Ospedaliere Universitarie, le Case di Cura private accreditate, gli IRCCS pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici, già autorizzati all'esercizio ed accreditati per le discipline afferenti alle tipologie delle prestazioni erogabili in regime di ricovero e trasferite in regime di Day Service, purché in possesso dei servizi correlati alle prestazioni da erogarsi e per le discipline elencate nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Ciò non comporta in alcun caso il riconoscimento dell'accREDITAMENTO istituzionale della relativa branca specialistica ambulatoriale.

Le Case di Cura private accreditate possono erogare, nel rispetto dei requisiti previsti dal Regolamento regionale n. 3/2005 e s.m.i., le prestazioni trasferite in regime di Day service, purché le stesse siano accreditate per la disciplina di riferimento.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di day service, il legale rappresentante delle Case di Cura private accreditate dovrà inoltrare richiesta all'Assessorato al Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, che previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali, che intende erogare, alla disciplina ospedaliera già accreditata in regime ordinario, risultante da provvedimento esecutivo, rilascerà apposita autorizzazione con specifica determinazione dirigenziale.

Si precisa, inoltre, che le prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale rientrano nei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, stabiliti annualmente con il DIF per le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e privati, per gli Enti Ecclesiastici e dalle AA.SS.LL. per le Case di Cura private accreditate, secondo le tariffe determinate con il presente schema di provvedimento. Il costo dei farmaci è ricompreso nelle tariffe di remunerazione dei day service, ad eccezione del DRG 410 nel caso di utilizzo di farmaci ad alto costo.

Le Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) e i Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi (PCCA), indipendentemente dal soggetto erogatore (pubblico o privato), sono soggette al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino non esente nella misura di 36,15, oltre la quota fissa di € € 10,00 di cui alla Legge 15.07.2011, n.111.

Per quanto attiene i controlli si ritiene che debbano avvenire a due livelli:

1. A livello aziendale: dovranno essere attivati i controlli in modo che ciascun percorso di Day Service risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera e ss.mm.ii., ferme restando le indicazioni previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1491/2010, che individua nella misura minima del 15% le verifiche annuali da parte dell'UVARP aziendale delle prestazioni in Day Service in ogni struttura erogante.

2. A livello regionale: Il Gruppo Tecnico di Monitoraggio dovrà definire il debito informativo dell'attività di Day Service anche attraverso l'utilizzo del flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale ed effettuare le verifiche di congruenza tra l'elenco dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione, ad esempio, alla completezza della diagnosi ed alla corretta prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale o dello Specialista pubblico.

Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, vengano erogate per ragioni cliniche, in regime di ricovero ordinario e nei limiti delle soglie di

ammissibilità, i controlli da parte dell'UVARP aziendale dovranno essere effettuati nella misura del 100%.

Per quanto sopra esposto si propone:

- di modificare le deliberazioni di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011 per la parte relativa al codice identificativo del day service;

- di confermare le tariffe stabilite con i provvedimenti n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011;

- di remunerare le restanti prestazioni di day service, individuate nel presente schema di provvedimento all'80% della tariffa vigente (DGR n. 951/2013 e s.m.i) del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni del medesimo DRG, considerando la tariffa omnicomprensiva di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compreso la visita, gli esami diagnostici e strumentali e, per i day service chirurgici, la prima visita post - intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG e dei farmaci, a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocimento al paziente;

- di prevedere per il day service, riconducibile al DRG 410, due diverse tariffe:

1. Trattamento chemioterapico con l'utilizzo di farmaci non ad alto costo. Per tale tipo di trattamento si applica la tariffa all'80% di quella vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni. La tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici);

2. Trattamento chemioterapico con farmaci oncologici ad alto costo, così come individuati dalle tabelle AIFA, confermati dalla Commissione salute del 27/03/2013, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento, riportando il codice Minsan, ivi richiamato. La remunerazione delle prestazioni di chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici) sarà corrisposta con la seguente modalità:

- remunerazione del 10% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni (DRG 410), corrispondente ad € 37,00, oltre al costo del farmaco oncologico "ad alto costo" - Tabella AIFA, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento. Il rimborso riconosciuto non potrà essere superiore al prezzo di cessione all'azienda, come da fattura. In ogni caso il rimborso non potrà superare il prezzo "ex - factory", ovvero il prezzo con ulteriori sconti negoziati da AIFA, di cui all'Allegato C al presente schema di provvedimento, riportato nella succitata tabella AIFA, ovvero successive modifiche che dovessero intervenire.

- di disporre che:

- a) gli erogatori registrino per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia nella cartella clinica del day service il trattamento chemioterapico erogato ed in particolare il farmaco ad alto costo oggetto dello specifico flusso informativo;

- b) a rendicontazione dei farmaci ad alto costo utilizzati durante il day service, sia gestita mediante il flusso informativo della somministrazione farmaci del Sistema Edotto, che deve prevedere nei tracciati dei flussi: SDO e Specialistica ambulatoriale (Edotto) un apposito flag con il quale indicare se il farmaco oncologico ad alto costo è stato indicato nel suddetto flusso. A tale proposito l'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio APS provvederà a predisporre gli indirizzi applicativi.

- di disporre che l'Ufficio e il Servizio competenti in materia di politiche del farmaco provvedano a fornire indicazioni in merito:

- a) all'aggiornamento della tabella AIFA e dei prezzi di riferimento;

- b) al monitoraggio dei farmaci ad alto costo anche al fine di favorire il controllo sull'uso appropriato di tali farmaci.

- di approvare i valori percentuali delle soglie di ammissibilità di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché di modificare ed integrare il Nomenclatore tariffario regionale della Specialistica ambulatoriale di

- cui alla DGR n.951/2013 e s.m.i., All. C Sez. day Service, inserendo le prestazioni PCA e i PACC, riportati nell' allegato A), parte integrante del presente provvedimento;
- di stabilire che il superamento del numero dei ricoveri, di cui alla citata soglia, determinerà l'applicazione, ai ricoveri in esubero, della tariffa del day - service abbattuta del 30%;
 - di individuare le discipline afferenti, di cui all'Allegato B, riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero (ordinario o DH) e al DRG 225;
 - di stabilire che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnosticoterapeutico delle specifiche patologie possa essere aggiornato sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale. Le proposte formulate dalle Direzioni Sanitarie e recepite dalle Direzioni generali devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali espressi in ambito locale., secondo le modalità stabilite in narrativa;
 - di stabilire, per quanto attiene i controlli, che debbano avvenire a due livelli:
 - a) A livello aziendale: dovranno essere attivati i controlli in modo che ciascun percorso di Day Service risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera e ss.mm.ii., ferme restando le indicazioni previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1491/2010, che individua nella misura minima del 15% le verifiche annuali da parte dell'UVARP aziendale delle prestazioni in Day Service in ogni struttura erogante.
 - b) A livello regionale: Il Gruppo Tecnico di Monitoraggio dovrà definire il debito informativo dell'attività di Day Service anche attraverso l'utilizzo del flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale ed effettuare le verifiche di congruenza tra l'elenco dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione, ad esempio, alla completezza della diagnosi ed alla corretta prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale o dello Specialista pubblico. Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, vengano erogate per ragioni cliniche, in regime di ricovero ordinario e nei limiti delle soglie di ammissibilità, i controlli da parte dell'UVARP aziendale dovranno essere effettuati nella misura del 100%.
 - di modificare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 35 del 27 gennaio 2009 per quanto attiene la composizione del Gruppo Tecnico di Monitoraggio regionale, come riportato in narrativa;
 - di aggiornare le soglie di ammissibilità annualmente, comunque entro il mese di aprile di ogni anno, con determinazione del dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, a seguito del consolidamento dei dati dell'anno precedente elaborati dall'A. Re.S.
 - di confermare quant'altro stabilito dalla Giunta Regionale con i provvedimenti 27 gennaio 2009, n. 35, n.433 del 10/03/2011, n. 2863 del 20 dicembre 2011 e n. 13 951/2013 in materia di day service, nonché con il presente schema di deliberazione.

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n.28/2001 E S.M. E I.”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, comma 4, lettera f).

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per quanto esplicitato in narrativa e quivi riportato per farne parte integrante e sostanziale:

1. di modificare le deliberazioni di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011 per la parte relativa al codice identificativo del day service;
2. di confermare le tariffe stabilite con i provvedimenti n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011;
3. di remunerare le restanti prestazioni di day service, individuate nel presente schema di provvedimento all' 80% della tariffa vigente (DGR n.951/2013 e s.m.i) del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni del medesimo DRG, considerando la tariffa onnicomprensiva di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compreso la visita, gli esami diagnostici e strumentali e, per i day service chirurgici, la prima visita post - intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG e dei farmaci, a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente;
4. di stabilire per il day service, riconducibile al DRG 410, due diverse tariffe:
 - a) Trattamento chemioterapico con l'utilizzo di farmaci non ad alto costo. Per tale tipo di trattamento si applica la tariffa all' 80% di quella vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni. La tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici);
 - b) Trattamento chemioterapico con farmaci oncologici ad alto costo, così come individuati dalle tabelle AIFA, confermati dalla Commissione salute del 27/03/2013, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento, riportando il codice Minsan, ivi richiamato. La remunerazione delle prestazioni di chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici) sarà corrisposta con la seguente modalità:
 - remunerazione del 10% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni (DRG 410), corrispondente ad € 37,00, oltre al costo del farmaco oncologico "ad alto costo" - Tabella AIFA, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento. Il rimborso riconosciuto non potrà essere superiore al prezzo di cessione all'azienda, come da fattura. In ogni caso il rimborso non potrà superare il prezzo "ex - factory", ovvero il prezzo con ulteriori sconti negoziati da AIFA, di cui all'Allegato C al presente schema di provvedimento, riportato nella succitata tabella AIFA, ovvero successive modifiche che dovessero intervenire;
5. di stabilire che, al fine del monitoraggio sull'uso appropriato e dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo, gli erogatori registrino per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia nella cartella clinica del day service il trattamento chemioterapico erogato ed in particolare il farmaco ad alto costo oggetto dello specifico flusso informativo;
6. di stabilire che per rendere operativo quanto sopra previsto sia necessario che la struttura erogante il day service al fine della rendicontazione dei farmaci ad alto costo somministrati ai pazienti in mobilità interregionale e interaziendale, nonché ai pazienti residenti nel proprio ambito territoriale durante il day service provveda a segnalare il consumo degli stessi, attraverso il flusso informativo della somministrazione farmaci del Sistema Edotto, già esistente, e valorizzando contestualmente nel flusso

della Specialistica ambulatoriale (Edotto) un apposito flag con il quale indicare se il farmaco oncologico ad alto costo è stato rendicontato nel flusso della somministrazione;

7. di stabilire che l'Ufficio e il Servizio competenti in materia di politiche del farmaco provvedano a fornire indicazioni in merito:

a) all'aggiornamento della tabella AIFA e dei prezzi di riferimento;

b) al monitoraggio dei farmaci ad alto costo anche al fine di favorire il controllo sull'uso appropriato di tali farmaci;

8. di approvare i valori percentuali delle soglie di ammissibilità di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché di modificare ed integrare il Nomenclatore tariffario regionale della Specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 951/2013 e s.m.i., All. C Sez. day Service, inserendo le prestazioni PCA e i PACC, riportati nell'Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

9. di stabilire che il superamento del numero dei ricoveri, di cui alla citata soglia, determinerà l'applicazione, ai ricoveri in esubero, della tariffa del day - service abbattuta del 30%;

10. di aggiornare le soglie di ammissibilità annualmente, comunque entro il mese di aprile di ogni anno, con determinazione del dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, a seguito del consolidamento dei dati dell'anno precedente elaborati dall'A. Re.S.

11. di individuare le discipline afferenti, di cui all'Allegato B, riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero (ordinario o DH) e al DRG 225;

12. di stabilire che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnosticoterapeutico delle specifiche patologie possa essere aggiornato sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale. Le proposte formulate dalle Direzioni Sanitarie e recepite dalle Direzioni generali devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali espressi in ambito locale, secondo le modalità stabilite in narrativa;

13. di stabilire che le proposte di day service debbano essere inviate, entro il mese di giugno di ogni anno, al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica che le sottopone alla valutazione del Gruppo di monitoraggio regionale, con la prospettiva di attivare il nuovo Day - service entro il primo gennaio dell'anno successivo, attraverso apposito atto dirigenziale che attribuisce al pacchetto il codice di riferimento per l'inserimento nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali e le modifiche sul Sistema Edotto;

14. di stabilire che gli erogatori autorizzati ad eseguire i PCA e i PACC siano le Strutture pubbliche ospedaliere, le strutture pubbliche territoriali provviste di sale operatorie a norma, le Aziende Ospedaliere Universitarie, le Case di Cura private accreditate, gli IRCCS pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici, già autorizzati all'esercizio ed accreditati per le discipline afferenti alle tipologie delle prestazioni erogabili in regime di ricovero e trasferite in regime di Day Service, purché in possesso dei servizi correlati alle prestazioni da erogarsi e per le discipline elencate nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ciò non comporta in alcun caso il riconoscimento dell'accREDITAMENTO istituzionale della relativa branca specialistica ambulatoriale;

15. di ribadire che le Case di Cura private accreditate possano erogare, nel rispetto dei requisiti previsti dal Regolamento regionale n. 3/2005 e s.m.i., le prestazioni trasferite in regime di Day service, purché le

stesse siano accreditate per la disciplina di riferimento;

16. di stabilire che ai fini dell'erogazione delle prestazioni di day service, il legale rappresentante delle Case di Cura private accreditate inoltri la richiesta all'Assessorato al Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, che previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali, che intende erogare, alla disciplina ospedaliera già accreditata in regime ordinario, risultante da provvedimento esecutivo, rilascerà apposita autorizzazione con specifica determinazione dirigenziale;

17. di ribadire che le prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale rientrano nei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, stabiliti annualmente con il DIEF per le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e privati, per gli Enti Ecclesiastici e dalle AA.SS.LL. per le Case di Cura private accreditate, secondo le tariffe determinate con il presente schema di provvedimento. Il costo dei farmaci è ricompreso nelle tariffe di remunerazione dei day service, ad eccezione del DRG 410 nel caso di utilizzo di farmaci ad alto costo;

18. di stabilire che le Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) e i Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi (PCCA), indipendentemente dal soggetto erogatore (pubblico o privato), siano soggette al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino non esente nella misura di 36,15, oltre la quota fissa di € € 10,00 di cui alla Legge 15.07.2011, n.111;

19. di stabilire, per quanto attiene i controlli, che debbano avvenire a due livelli:

a) A livello aziendale: dovranno essere attivati i controlli in modo che ciascun percorso di Day Service risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera e ss.mm.ii., ferme restando le indicazioni previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1491/2010, che individua nella misura minima del 15% le verifiche annuali da parte dell'UVARP aziendale delle prestazioni in Day Service in ogni struttura erogante.

b) A livello regionale: Il Gruppo Tecnico di Monitoraggio dovrà definire il debito informativo dell'attività di Day Service anche attraverso l'utilizzo del flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale ed effettuare le verifiche di congruenza tra l'elenco dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione, ad esempio, alla completezza della diagnosi ed alla corretta prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale o dello Specialista pubblico;

Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, vengano erogate per ragioni cliniche, in regime di ricovero ordinario e nei limiti delle soglie di ammissibilità, i controlli da parte dell'UVARP aziendale dovranno essere effettuati nella misura del 100%.

20. di modificare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 35 del 27 gennaio 2009 per quanto attiene la composizione del Gruppo Tecnico di Monitoraggio regionale, con la funzione di fornire l'apporto tecnico al servizio regionale competente, con la seguente composizione:

- Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- Dirigente Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta Sanitaria - A.Re.S. Puglia;
- Dirigente Area di programmazione e assistenza ospedaliera - A.Re.S. Puglia;
- Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, Servizio APS;
- A.P. "Gestione e monitoraggio degli accordi contrattuali rivenienti dall'art.8 quinquies del D.L.vo 502/92" - Uff.n.3 Servizio PAOS;
- A.P. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi" - Uff.n.3 Servizio PAOS.

Il Gruppo Tecnico di monitoraggio potrà avvalersi, altresì, di competenze esterne specifiche per singola

area specialistica nonché dei referenti UVARP delle Aziende sanitarie.

21. di confermare quant'altro stabilito dalla Giunta Regionale con i provvedimenti 27 gennaio 2009, n. 35, n.433 del 10/03/2011, n. 2863 del 20 dicembre 2011 e n. 951/2013 in materia di day service, nonché con il presente schema di deliberazione;

22. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, nonché agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS pubblici e privati, all'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio APS, all'Ufficio Politiche del Farmaco del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, ad Innovapuglia e alla società "Exprivia Healthcare IT";

23. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, territorialmente competenti;

24. di stabilire, infine, che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino Alba Sasso