



REGIONE PUGLIA

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: SGO / DEL / 2019/

OGGETTO: Approvazione Linee guida "Organizzazione delle attività per la verifica della Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie in Regione Puglia" - Decorrenza dall'1/1/2019. Abrogazione delle deliberazioni Giunta regionale nn.1101 del 23/06/2009, 1491 del 25/06/2010, 2252/2010, e n. 806 del 3/05/2011 e n. 385 del 04/03/2014.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D. M. 28.12.1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera" stabilisce che la scheda di dimissione ospedaliera- SDO costituisce parte integrante della cartella clinica di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale;
- il D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed in particolare all'art. 8-octies è stato stabilito: - al comma 1, l'obbligo da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dai produttori accreditati, privati e pubblici; - al comma 3, l'attribuzione alla Regione della definizione delle regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni; - al comma 4, la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- le Linee Guida Ministeriali del 17.06.1992 secondo cui "La compilazione, la codifica e la gestione /della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D. M. 28.12.1991" stabiliscono che la SDO costituisce "una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa";
- l'art. 2, comma 3 del D. M. 380 del 27.10.2000 "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" stabilisce che la responsabilità della corretta compilazione della SDO è in capo al medico responsabile della dimissione che la firma, individuato dal Responsabile dell'U. O. dalla quale il paziente è dimesso. Al comma 4 stabilisce, altresì, che il Direttore Medico di Presidio e/o Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO e dei controlli sulla completezza e la congruità delle

informazioni in esse riportate; La Legge Regionale n. 28/2000 prevede al punto 2 dell'art. 25 (Prestazioni specialistiche e ospedaliere erogate da soggetti privati provvisoriamente accreditati) che “Nell'ambito delle linee e dei limiti fissati dalla programmazione regionale, a norma dell'articolo 8 quinquies del D. Lgs. n. 229/1999, alle Aziende sanitarie territoriali compete ... omissis ... gli accordi contrattuali con detti soggetti e la verifica del loro rispetto anche in materia di appropriatezza delle prestazioni erogate”;

- l'articolo 79 comma 1 septies legge 6 agosto 2008 n. 133 controllare le cartelle cliniche ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza. All'art. 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze.»;

- la legge regionale n. 19/2008, all'art. 15, ha stabilito che, a partire dal 1/10/2008, la valutazione della soglia di appropriatezza dei DRG deve essere effettuata sulla base del M.A.A.P. (Modello di Analisi della Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi di Procedure), che contribuisce ad identificare il volume dei ricoveri ospedalieri potenzialmente trasferibili in setting assistenziali più appropriati. Attraverso il M.A.A.P. è, infatti, possibile costruire degli Indicatori di Trasferibilità di setting assistenziale per ogni singolo DRG, che informano circa la potenzialità di trasferimento di regime assistenziale da ricovero ordinario a ricovero di 0-1 giorno, da ambedue a day hospital e da tutti questi al regime ambulatoriale/day service;

- il D. M. del 10/12/2009 del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali pubblicato in G. U. n. 122 del 27/05/2010 n. 112/2000 ha stabilito che “... al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nella utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le Regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione”;

- l'art. 79, comma 1-septies, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera. L'art. 79, comma 1-septies del DL 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, ha modificato sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall'art. 88, comma 2 della Legge 388/2000;
- il Patto per la Salute 2010-2012 che, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, ha introdotto un ampio set di indicatori, fra i quali alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando anche la lista di DRG ad alto rischio di inappropriatazza se erogati in regime di ricovero ordinario e selezionando prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in ambito di day service;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1491/2010 con cui è stato approvato il documento relativo alle Linee Guida e di Indirizzo sulla metodologia dei controlli sull'appropriatezza dei ricoveri elaborato dal Coordinamento Regionale UVAR, previsto dalla DGR n. 1101/2009;
- la deliberazione di Giunta regionale 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)";
- il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 23 del 28/01/2013 - Suppl. Ordinario n. 8, con cui è stata definita la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

All'art. 2 comma 4 è stato stabilito che *"Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati **nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della***

mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati ...”;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1195 del 01/07/2013 con cui è stato definitivo il protocollo per l'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in strutture extraospedaliere pubbliche o private accreditate in regime residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del 13/05/2013 e ss.mm.ii., in attuazione del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, con cui è stato approvato il nuovo tariffario regionale relativo alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale, erogabili dal SSR della Puglia, con decorrenza dal 1/06/2013;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii di istituzione delle prestazioni in regime di day- service con particolare riferimento ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui al Patto della Salute 2010-2012;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 385 del 04/03/2014 con cui la Giunta regionale ha modificato le deliberazioni di Giunta Regionale n. 1101 del 23/06/2009 e n. 806 del 3/05/2011 e n. 1491 del 25/06/2010, così come modificata ed integrata dalla D.G.R. n. 2252/2010, in ordine agli indirizzi e linee guida sulla metodologia dei controlli sull'appropriatezza dei ricoveri (UVARP);
- la determinazione Dirigenziale Regione Puglia n. 109 del 05.05.2015 con cui è stato istituito il Tavolo tecnico per la definizione e il monitoraggio delle prestazioni in regime di day service, di cui alla D.G.R. n. 1202/2014 “con la funzione di fornire l'apporto tecnico al servizio regionale competente”;
- la Determina Dirigenziale n. 151 del 20/07/2016 “Modifica e integrazione della determina dirigenziale n. 45 del 23/04/201 ad oggetto “Deliberazione di Giunta Regionale n. 385 del 4/03/2014. Costituzione Coordinamento Regionale delle Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie (UVARP)” si è proceduto a modificare e integrare il Coordinamento Regionale UVARP;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 981 del 06/07/2016 avente ad oggetto “DGR 1494/2009 e DGR n. 1365 del 5/06/2015-Modifiche schema tipo accordo contrattuale Strutture Istituzionalmente Accreditate attività ambulatoriale ex Art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 e s.m.i.- Struttura Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case di Cura)” ;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 2166 del 21/12/2016 avente ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni "Schema di decreto ministeriale recante modifiche e integrazioni del DM 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni (scheda di dimissione ospedaliera – SDO). Repertorio Atti n. 9/CSR del 20 gennaio 2016. Approvazione modello SDO con decorrenza 1/1/2017";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- la Legge 8 marzo 2017, n.24, (legge Gelli) avente ad oggetto "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 128 del 6 febbraio 2018 relativa all'approvazione del Piano Operativo della Regione Puglia 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF).

Atteso che:

- a) 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;
- b) l'intesa Stato –Regioni del 03.12.2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, in particolare all'art.6, comma 5, al fine di razionalizzare ed incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, 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;

c) 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;

d) il Patto della Salute per gli anni 2014- 2016 (Rep. Atti n. 82/CSR) del 10 luglio 2014, all'art. 5 "Assistenza territoriale", punto 19 "specialistica ambulatoriale", che ha stabilito che: *"In vista dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nei termini di cui al comma 2 dell'articolo 1, resta confermato che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, è integrata dalle Regioni e dalle Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto per la salute 2010-2012.*

Si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale. Ai fini dell'inserimento nel nomenclatore, le Regioni e le Province Autonome provvedono a individuare per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni la definizione, la codifica, le eventuali limitazioni all'erogazione (H, R, ecc.) e, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero, provvedendo alla trasmissione telematica di tali informazioni al Sistema Tessera Sanitaria e tenendo conto dei procedimenti di controllo (ex DM 11/12/2009) delle eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa";

e) il D.P.C.M. 12/01/2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 18/03/2017, avente ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" in cui, tra l'altro, sono state dettagliatamente riportate le condizioni di appropriatezza in regime di ricovero o Day-hospital/Day-surgery, recepite con la deliberazione di Giunta regionale n. 984 del 12/06/2018;

f) il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, definibile come stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Sulla base dei dati annuali pubblicati da Age.Na.S. si rende necessario avviare gli audit sulla qualità della codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, nell'ambito del Programma Nazionale Esiti.

g) nell'ambito del Piano Operativo 2016-2018, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 128 del 6 febbraio 2018, sono previsti, tra l'altro, i seguenti obiettivi:

- ✓ GOOSP 02.05.01 "Aggiornamento linee guida appropriatezza con la collaborazione dell'AreSS";
- ✓ GOOSP 02.05.02 Formazione degli operatori sulle linee guida con la collaborazione dell'AreSS;
- ✓ GOOSP 02.05.03 Implementazione di un sistema di valutazione delle performance con la collaborazione dell'AreSS;
- ✓ GOOSP 02.06.01 Formazione operatori a codifica, consultazione, interpretazione e impiego PNE con la collaborazione dell'AreSS;
- ✓ GOOSP 02.06.02 Completamento affiancamento/audit ospedali su PNE con la collaborazione dell'AreSS.

Preso atto:

1. degli obiettivi in materia di appropriatezza e di qualità delle prestazioni sanitarie , di cui al Piano Operativo 2016-2018 – D.G.R. n. 128 del 6 febbraio 2018 - riportati in narrativa;

2. di quanto affermato nel verbale dei Ministeri affiancanti rispetto alla riunione congiunta del 18 luglio 2018 del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con Il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e precisamente:

- *“Relativamente agli indicatori di **appropriatezza**, si registra:*

- *nell'anno 2017 un rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG pari a 0,18 ricompreso nell'intervallo di adeguatezza individuato dal Comitato Lea (inferiore o pari a 0,21);*

- *la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in Regime ordinario da reparti chirurgici risulta superiore al valore nazionale (34,56 vs 28,59), così come la percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (63,99 vs 38,57);*

- un elevato ricorso all'ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne che tuttavia si riduce nel 2016 e con un valore pari a circa 283 per 1.000 anziani (ancora sopra l'intervallo di riferimento nazionale);
- il valore della degenza media pre-operatoria risulta ancora superiore al valore medio nazionale (1,99 vs 1,71).

Qualità e sicurezza dell'assistenza	2014	2015	2016	2017*	Valori di rif.	Fonte
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	293,85	256,37	219,75	186,15	≤ 141	Griglia LEA 2017
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100.000 abitanti) in età adulta (≥18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	420,19	389,52	362,49	328,22	≤ 409	
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno	34,1	33,0	33,6	31,9	≤15%	DM 70/2015
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1000 e oltre parti/anno	30,5	30,9	31,0	29,5	≤25%	
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	41,56	45,80	52,50	58,31	≥ 60%	Griglia LEA 2017

* Dati provvisori

** Posti letto per 1000 ab. corretti per mobilità per popolazione pesata, ovvero popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Un approfondimento su alcuni specifici indicatori di **qualità assistenziale** evidenzia:

- un costante decremento, rispetto alle precedenti annualità, del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma e gastroenterite, il cui valore nel 2017 risulta tuttavia ancora al di sopra dell'intervallo di riferimento (186,15 vs 141); l'ospedalizzazione in età adulta per specifiche patologie croniche, trattabili a livello territoriale, risulta invece adeguata (328,22 vs ≤ 409);
- la quota di parti cesarei primari, in flessione dal 2013, si discosta ancora dai valori ritenuti accettabili facendo registrare un 31,9% per le strutture con meno di 1.000 parti/anno e un 29,5% per le strutture con più di 1.000 parti/anno;
- un costante e significativo incremento della quota di interventi a pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, eseguiti entro 2 giorni, che nel 2017 risulta lievemente inferiore allo standard di riferimento stabilito dal DM n. 70/2015 (58,31% vs 60%)”

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. di approvare, in attuazione dell'obiettivo GOOSP 02.05.01 "Aggiornamento linee guida appropriatezza con la collaborazione dell'ARESS" del Piano Operativo della Regione Puglia 2016-2018, le Linee guida "Organizzazione delle attività per la verifica della Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie in Regione Puglia", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento. La decorrenza delle allegate linee guida è stabilita a far data dall'1/1/2019;

2. di abrogare le deliberazioni di Giunta regionale nn.1101 del 23/06/2009, 1491 del 25/06/2010, 2252/2010, e n. 806 del 3/05/2011 e n. 385 del 04/03/2014 nonché tutte le disposizioni regionali in materia;

3. di stabilire che entro il 30 aprile di ogni anno, nell'ambito della ricognizione prevista dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" e degli adempimenti LEA e secondo le modalità dettagliatamente riportate nelle allegate Linee guida, vengano trasmesse le seguenti tabelle:

a) Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) : almeno per il 10% per singola struttura pubblica o privata accreditata;

b) Tabella 2. Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 verifica 2012: pari al 100% delle prestazioni sopra riportate (DH medici con finalità diagnostiche, parti cesarei, ricoveri per diabete, ipertensione e decompressione del tunnel carpale);

4. di stabilire, preso atto di quanto rappresentato dai Ministeri affiancanti, che le strutture pubbliche e private accreditate avviino un ulteriore percorso di miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni, con particolare riferimento a:

a) riduzione delle dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico;

b) riduzione della degenza pre-operatoria;

c) riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma e gastroenterite;

d) riduzione della quota di parti cesarei primari;

e) incremento della quota di interventi a pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, eseguiti entro 2 giorni.

I Direttori generali devono assegnare i predetti obiettivi alle Unità Operative coinvolte degli Ospedali insistenti nel proprio territorio di competenza.

Le indicazioni sopra riportate si applicano anche alle strutture private accreditate e sarà compito delle UVARP aziendali verificarne l'appropriatezza, sulla base delle indicazioni fornite nell'ambito del Piano annuale dei controlli;

5. di stabilire:

a) per quanto attiene i controlli delle cartelle cliniche dei ricoveri ed al fine di adempiere agli obblighi ministeriali del Questionario LEA, la trasmissione da parte dei Direttori Generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS delle due predette tabelle debitamente compilate entro e

non oltre il 30 aprile di ogni anno. Gli ulteriori controlli possono essere effettuati entro l'anno successivo rispetto a quello oggetto di valutazione;

b) per quanto attiene le altre prestazioni rese in regime ambulatoriale o dalle strutture residenziali e semiresidenziali che l'attività di controllo possano essere effettuate in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono e, comunque entro l'anno successivo rispetto a quello oggetto di valutazione;

c) che le UVARP potranno effettuare i controlli oltre i termini sopra stabiliti, su mandato del Direttore Generale della Asl, ogni qual volta emergano delle criticità rilevanti sia da un punto di vista clinico sia economico;

6. di stabilire che, sulla base delle indicazioni fornite dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta in collaborazione con A.Re.S.S., vengano svolti annualmente gli audit PNE da parte degli Ospedali segnalati dall'A.Ge.Na.S.;

7. di stabilire che, per il tramite dell'A.Re.S.S., venga effettuata la formazione degli operatori sulle linee guida di cui all'Allegato del presente schema di provvedimento nonché sugli audit PNE;

8. di stabilire che il Coordinamento Regionale UVARP sia costituito dai seguenti componenti:

a. dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta (con funzioni di coordinamento);

b. il dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche

c. i Responsabili A.P. Per le funzioni di "Monitoraggio e accordi contrattuali" e "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi";

d. il dirigente del Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta di Salute di AReSS Puglia;

e. il Responsabile delle Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni di Specialistica ambulatoriali (UVARP) Aziendale per ciascuna ASL

Il coordinamento regionale UVARP si potrà avvalere di professionalità esterne ai componenti ordinari per affrontare questioni specifiche. La partecipazione ai lavori del Coordinamento Regionale Controlli Appropriatezza da parte dei componenti designati o invitati è a titolo gratuito e non comporta alcun onere a carico del bilancio regionale.

Le funzioni e i compiti del Coordinamento regionale UVARP sono dettagliatamente riportate nell'Allegato del presente schema di provvedimento.

9. di stabilire che con determina del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta verranno nominati i componenti ed il segretario del Coordinamento regionale UVARP;

10. di stabilire che, nell'ambito della valutazione del mandato dei Direttori generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS pubblici, per quanto concerne i controlli delle cartelle cliniche, si terrà conto dell'adempimento rispetto ai punti 3), 4) e 6).

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

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.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
 - viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare, in attuazione dell'obiettivo GOOSP 02.05.01 "Aggiornamento linee guida appropriatezza con la collaborazione dell'ARESS" del Piano Operativo della Regione Puglia 2016-2018, le Linee guida "Organizzazione delle attività per la verifica della Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie in Regione Puglia", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento. La decorrenza delle allegate linee guida è stabilita a far data dall'1/1/2019;
2. di abrogare le deliberazioni di Giunta regionale nn.1101 del 23/06/2009, 1491 del 25/06/2010, 2252/2010, e n. 806 del 3/05/2011 e n. 385 del 04/03/2014 nonché tutte le disposizioni regionali in materia;
3. di stabilire che entro il 30 aprile di ogni anno, nell'ambito della ricognizione prevista dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" e degli adempimenti LEA e secondo le modalità dettagliatamente riportate nelle allegate Linee guida, vengano trasmesse le seguenti tabelle:
 - a) Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) : almeno per il 10% per singola struttura pubblica o privata accreditata;
 - b) Tabella 2. Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 verifica 2012: pari al 100% delle prestazioni sopra riportate (DH medici con finalità diagnostiche, parti cesarei, ricoveri per diabete, ipertensione e decompressione del tunnel carpale);
4. di stabilire, preso atto di quanto rappresentato dai Ministeri affiancanti, che le strutture pubbliche e private accreditate avviino un ulteriore percorso di miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni, con particolare riferimento a:
 - a) riduzione delle dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico;
 - b) riduzione della degenza pre-operatoria;

- c) riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma e gastroenterite;
- d) riduzione della quota di parti cesarei primari;
- e) incremento della quota di interventi a pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, eseguiti entro 2 giorni.

I Direttori generali devono assegnare i predetti obiettivi alle Unità Operative coinvolte degli Ospedali insistenti nel proprio territorio di competenza.

Le indicazioni sopra riportate si applicano anche alle strutture private accreditate e sarà compito delle UVARP aziendali verificarne l'appropriatezza, sulla base delle indicazioni fornite nell'ambito del Piano annuale dei controlli;

5. di stabilire:

a) per quanto attiene i controlli delle cartelle cliniche dei ricoveri ed al fine di adempiere agli obblighi ministeriali del Questionario LEA, la trasmissione da parte dei Direttori Generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS delle due predette tabelle debitamente compilate entro e non oltre il 30 aprile di ogni anno. Gli ulteriori controlli possono essere effettuati entro l'anno successivo rispetto a quello oggetto di valutazione;

b) per quanto attiene le altre prestazioni rese in regime ambulatoriale o dalle strutture residenziali e semiresidenziali che l'attività di controllo possano essere effettuate in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono e, comunque entro l'anno successivo rispetto a quello oggetto di valutazione;

c) che le UVARP potranno effettuare i controlli oltre i termini sopra stabiliti, su mandato del Direttore Generale della Asl, ogni qual volta emergano delle criticità rilevanti sia da un punto di vista clinico sia economico;

6. di stabilire che, sulla base delle indicazioni fornite dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta in collaborazione con A.Re.S.S., vengano svolti annualmente gli audit PNE da parte degli Ospedali segnalati dall'A.Ge.Na.S.;

7. di stabilire che, per il tramite dell'A.Re.S.S., venga effettuata la formazione degli operatori sulle linee guida di cui all'Allegato del presente schema di provvedimento nonché sugli audit PNE;

8. di stabilire che il Coordinamento Regionale UVARP sia costituito dai seguenti componenti:

a. dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta (con funzioni di coordinamento);

b. il dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche

c. i Responsabili A.P. Per le funzioni di "Monitoraggio e accordi contrattuali" e "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi";

d. il dirigente del Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta di Salute di ARESS Puglia;

e. il Responsabile delle Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni di Specialistica ambulatoriali (UVARP) Aziendale per ciascuna ASL

Il coordinamento regionale UVARP si potrà avvalere di professionalità esterne ai componenti ordinari per affrontare questioni specifiche. La partecipazione ai lavori del Coordinamento Regionale Controlli Appropriata da parte dei componenti designati o invitati è a titolo gratuito e non comporta alcun onere a carico del bilancio regionale.

Le funzioni e i compiti del Coordinamento regionale UVARP sono dettagliatamente riportate nell'Allegato del presente schema di provvedimento.

9. di stabilire che con determina del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta verranno nominati i componenti ed il segretario del Coordinamento regionale UVARP;

10. di stabilire che, nell'ambito della valutazione del mandato dei Direttori generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS pubblici, per quanto concerne i controlli delle cartelle cliniche, si terrà conto dell'adempimento rispetto ai punti 3), 4) e 6);

11. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);

12. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché alle Associazioni dell'ospedalità privata;

13. di pubblicare il presente atto sul BURP.

IL Segretario della Giunta

Il Presidente della Giunta

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Responsabile A.P. e quindi dalla Sezione Strategia Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE A.P.: **Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE di Sezione: **Giovanni CAMPOBASSO**

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti: **Giancarlo RUSCITTI**

IL PRESIDENTE: **Michele EMILIANO**

**REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO

**Il presente allegato è composto da
n.27 (ventisette) fogli, escluso il presente**

**Il Dirigente del Sezione
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)**