



REGIONE PUGLIA



**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA
OSPEDALIERA E SPECIALISTICA E ACCREDITAMENTO**

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: AOA/DEL/2014/_____

OGGETTO: Modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014 concernente il trasferimento delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario in prestazioni erogate in regime ambulatoriale (day service).

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 e Accreditamento, riferisce quanto segue.

Visto:

- Il D.P.C.M. 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8/2/2002, n. 33, nell'Allegato 2C, che 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 2010-2012, in particolare all'art.6, comma 5 e nell'Allegato B, 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.
- Il nuovo 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", 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 inappropriata, 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”.

- L'art. 20 (Tariffe per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri a partire dall'anno 2009) della Legge regionale n. 34/2009 ha disposto che la Giunta regionale definisca la metodologia e criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo del “valore dei ricoveri”, da applicare dal 1° gennaio 2010.
- L'art. 88 della legge n. 388/2000 così come modificato dal comma 1 – septies dell'art. 79 del DL 112/2008, convertito con legge 133/2008 prevede che i “controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza ...”.

Premesso che:

- 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, follow-up 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). Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1202 del 18/06/2014 sono stati trasferiti in setting assistenziale day – service i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui al Patto della Salute 2010 – 2012 e sono state altresì definite: tariffe, soglie di ammissibilità e le relative discipline.
- Nella deliberazione di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 è stato stabilito che le prestazioni relative ai percorsi assistenziali di day service “*possono essere erogate in regime di ricovero ordinario e di day hospital solo in presenza di*

complicanze certificate e documentate dallo specialista. In quest'ultima fattispecie il referente medico del day service, qualora lo ritenga più appropriato, procede direttamente ad erogare il percorso assistenziale in regime di ricovero ordinario o di day hospital riportando in cartella clinica la motivazione ed allegando alla stessa la prescrizione di day service".

- la deliberazione di Giunta Regionale n. 1202 del 18/06/2014 ha trasferito in regime di day-service i suddetti 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza;
- la suddetta deliberazione si pone in un'ottica di miglioramento dell'appropriatazza dei ricoveri riconducibili ai 108 DRG "ad alto rischio di inappropriatazza", fermo restando quanto sancito dalla Suprema Corte di Cassazione IV Sezione Penale con la sentenza n. 1873 del 2010, meglio nota come "quella sulle linee guida" : "... la direttrice del medico non può che essere quella di rapportare le proprie decisioni solo alle condizioni del malato, del quale è, comunque, responsabile. -... i principi fondamentali che regolano, nella vigente legislazione, l'esercizio della professione medica, richiamano da un lato il diritto fondamentale dell'ammalato ad essere curato ed anche rispettato come persona, dall'altro, i principi dell'autonomia e della responsabilità del medico, che di quel diritto si pone quale garante nelle sue scelte professionali... nel praticare la professione dunque, il medico deve con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive, che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità".

Considerato che:

- La legge regionale n. 19/2008, all'art. 15, ha stabilito che, a partire dal 1/10/2008, la valutazione della soglia di appropriatazza dei DRG deve essere effettuata sulla base del M.A.A.P. (Modello di Analisi della Appropriatazza 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.
- Per il calcolo delle soglie di ammissibilità è stato applicato il M.A.A.P. all'intera casistica regionale 2013 costituita dai ricoveri ospedalieri e dalle prestazioni ambulatoriali/day service, riconducibili ai 108 DRG potenzialmente inappropriati. Sono stati esclusi dall'analisi i seguenti ricoveri:
 - a) I ricoveri indicati dal metodo APPRO (i ricoveri che appartengono alle discipline di psichiatria (cod. 40), riabilitazione (cod. 56), lungodegenza (cod.

60), unità spinale (cod. 28), neuroriabilitazione (cod. 75) ; i ricoveri con degenza oltre soglia specifica per drg ; i ricoveri con modalità di dimissione < deceduto > < trasferito ad altro reparto per acuti > entro 5 giorni ; i ricoveri dei neonati minori di giorni 28 di età ; i ricoveri con onere di degenza < non a carico del S.S.N. >;

- b) I ricoveri individuati a criticità alta sulla base dei valori di severità clinica e rischio di morte restituiti dalla classificazione APR-DRG;
- c) I ricoveri erogati a pazienti nella fascia di età 0-14 anni e >=75 anni;
- d) I ricoveri con dimissione contro il parere dei sanitari;
- e) I ricoveri in mobilità attiva extraregionale;
- f) I ricoveri urgenti, oltre a quelli indicati dal Patto della salute 2010 – 2012.

- Appare opportuno ribadire che la definizione delle soglie di ammissibilità è realizzata su base regionale e rappresenta uno strumento per l'incremento dell'appropriatezza organizzativa, la cui efficacia si estrinseca contestualmente all'attività di verifica e controllo delle cartelle cliniche effettuata dalle UVARP delle aziende secondo le modalità e i criteri stabiliti dai provvedimenti di Giunta regionale. Infatti, da un lato, dal momento che la scelta del setting del singolo episodio assistenziale non può che discendere da una valutazione clinica come specificato nella DGR n. 433 del 10/03/2011 sopra citata, nell'interesse dei pazienti deve essere salvaguardata la possibilità di effettuare ricoveri oltre soglia, purché ritenuti appropriati dall'UVAR competente; dall'altro lato, appare necessario chiarire che l'attività di controllo, con le relative modifiche tariffarie, deve riguardare la totalità dei ricoveri relativi ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, compresi quelli effettuati sotto la soglia di ammissibilità, così come sancito dalla citata legge 388/2000 e s.m.i.

- Di conseguenza i controlli per la valutazione dell'appropriatezza relativamente ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata nonché al DRG 225 da parte dell'UVARP aziendale devono essere effettuati nella misura del 100% dei ricoveri, sia per quelli entro soglia che per quelli oltre soglia, di cui all'Allegato A della D.G.R. n. 1202/2014. Qualora, a seguito dei controlli da parte delle UVARP aziendali, il ricovero entro soglia dovesse risultare inappropriato, allo stesso verrà applicata la tariffa del day service prevista nell'Allegato A della Delibera di giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014.

Rilevato che:

- al punto n. 12 del dispositivo nonché nella parte narrativa della delibera di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014 è stata prevista la possibilità di aggiornare l'elenco delle prestazioni in day – service sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliero Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R), appare opportuno estendere la suddetta facoltà anche agli enti e alle case di cura private accreditate del S.S.R.

- al fine di meglio monitorare l'attività assistenziale erogata in regime di day-service si rende opportuno istituire l'obbligo della compilazione di una *scheda di*

day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day-service, come da allegato "A" al presente provvedimento per farne parte integrale e sostanziale;

- i dati di cui alla suddetta scheda devono essere inviati ai sistemi informativi sanitari, mediante apposito debito informativo, che si istituisce con la presente deliberazione ai sensi dell'art. 39 della L.R. N. 4/2010.

Alla luce di quanto sopra esposto si propone, fermo restando quant'altro stabilito dalle deliberazioni di Giunta regionale n. 35 del 27/01/2009, n. 1492 del 4/08/2009, n. 433 del 10/03/2011, n. 2863 del 20/12/2011, la modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014 come di seguito:

1. sostituire il punto 9 del deliberato come segue *"Per i ricoveri in regime ordinario e in DH, il valore da riconoscere oltre il superamento del valore soglia è pari alla tariffa del day-service abbattuta del 30%. L'abbattimento va applicato al totale della produzione dei ricoveri ordinari e day – hospital, al netto delle verifiche tecnico – sanitarie delle UVARP aziendali"*;

2. sostituire sia in parte narrativa (pag. 8 dopo i controlli a livello regionale) che nella parte dispositiva (punto 19) del periodo *"Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately, 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%"*, con il seguente: *"Resta inteso che il controllo da parte dell'UVARP aziendale delle cartelle cliniche deve essere effettuato per tutti ricoveri riconducibili ai 108 DRG nonché al DRG 225, di cui all'Allegato A della D.G.R. n.1202/2014. Qualora, a seguito dei controlli da parte delle UVARP aziendali:*

✓ ***il ricovero entro soglia** dovesse risultare inappropriato, allo stesso deve essere applicata la tariffa del day service prevista nell'Allegato A della delibera di giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014"*;

✓ ***il ricovero oltre soglia** dovesse risultare appropriato, allo stesso deve essere applicata la tariffa di riferimento prevista nell'Allegato A della delibera di giunta regionale n. 951 del 13/05/2013"*;

✓ ***il ricovero oltre soglia** dovesse risultare inappropriato, allo stesso deve essere applicata la tariffa del day-service abbattuta del 30%.*

3. inserire, a chiarimento della metodologia di elaborazione delle soglie di ammissibilità, pagina 4 parte narrativa, dopo il quarto capoverso, il seguente periodo: *"la relativa formula di calcolo è la seguente"*:

$$\text{soglia} = \frac{\text{ricoveri totali (dopo MAAP) (*)}}{\text{ricoveri totali + prestazioni day service effettuati}} \times 100$$

(*) Nel calcolo dei "ricoveri totali (dopo MAAP)" si intendono i ricoveri ordinari e di DH potenzialmente appropriati, dopo l'applicazione dei filtri MAAP, così come indicati dettagliatamente in narrativa.

4. specificare che la remunerazione delle prestazioni dei **day service (chirurgici e medici)**, commisurata 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, è 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 nei citati regimi di ricovero, a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente e, quindi, nel rispetto degli standard previsti per le prestazioni da erogarsi anche nel nuovo setting assistenziale “day – service”;

5. confermare il day service PCA02 “Intervento di liberazione del tunnel carpale” (DGR n. 433/2011) ed eliminare il day - service “Decompressione del tunnel carpale” di cui all’Allegato A della DGR n. 1202/2014, riconducibile al DRG 6;

6. dare atto che, in accordo a quanto stabilito dalla legge 22 maggio 1978, n. 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”, precisamente all’art. 10, secondo cui “L’*accertamento, l’intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all’articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386*”, le prestazioni riconducibili all’Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) devono essere rendicontate come “prestazioni ad accesso diretto”, escludendo per le stesse la compartecipazione alla spesa sanitaria.

7. inserire al punto n. 12 del dispositivo nonché nella parte narrativa della delibera di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014, dopo le parole “e degli Enti Pubblici” le seguenti “nonché i Legali rappresentanti degli Enti e delle Case di Cura private accreditate”;

8. inserire, ad integrazione dell’Allegato B della deliberazione di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014, le seguenti discipline:

DRG	DESCRIZIONE	DICIPLINE DA INSERIRE NELL’ALLEGATO B DELLA D.G.R. n. 1202/2014
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	CHIRURGIA GENERALE
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	

360	Interventi su vagina, cervice e vulva	UROLOGIA
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	NEFROLOGIA
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	ONCOLOGIA
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	PEDIATRIA
294	Diabete, età > 35 anni	GERIATRIA
134	Ipertensione	GERIATRIA

9. stabilire che l'applicazione degli abbattimenti tariffari di cui al punto 1 della presente deliberazione della Giunta regionale decorre dal 1 gennaio 2015;
10. istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day-service, come da allegato "A" al presente provvedimento per farne parte integrale e sostanziale;
11. autorizzare il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento ad apportare con atto dirigenziale eventuali modifiche alla scheda di day-service (SDA), di cui al predetto punto 10;
12. istituire, ai sensi dell'art. 39 della L.R. N. 4/2010, il debito informativo del day-service (SDA);
13. autorizzare il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento agli adempimenti derivanti dal presente atto;
14. demandare al Servizio Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità la modifica dei sistemi informativi regionali entro tre mesi dall'adozione del presente atto, nonché a fornire, con proprie note, indicazioni tecniche ed operative di dettaglio per il conferimento dei dati ai sistemi informativi regionali.

"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 sostituire il punto 9 del deliberato come segue *“Per i ricoveri in regime ordinario e in DH, il valore da riconoscere oltre il superamento del valore soglia è pari alla tariffa del day-service abbattuta del 30%. L’abbattimento va applicato al totale della produzione dei ricoveri ordinari e day – hospital, al netto delle verifiche tecnico – sanitarie delle UVARP aziendali”*;

2. di sostituire sia in parte narrativa (pag. 8 dopo i controlli a livello regionale) che nella parte dispositiva (punto 19) del periodo *“Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately, 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%”,* con il seguente: *“Resta inteso che il controllo da parte dell’UVARP aziendale delle cartelle cliniche deve essere effettuato per tutti ricoveri riconducibili ai 108 DRG nonché al DRG 225, di cui all’Allegato A della D.G.R. n.1202/2014. Qualora, a seguito dei controlli da parte delle UVARP aziendali:*

✓ ***il ricovero entro soglia** dovesse risultare inappropriato, allo stesso deve essere applicata la tariffa del day service prevista nell’Allegato A della delibera di giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014”*;

✓ ***il ricovero oltre soglia** dovesse risultare appropriato , allo stesso deve essere applicata la tariffa di riferimento prevista nell’Allegato A della delibera di giunta regionale n. 951 del 13/05/2013”*;

✓ ***il ricovero oltre soglia** dovesse risultare inappropriato, allo stesso deve essere applicata la tariffa del day-service abbattuta del 30%.*

3. di inserire, a chiarimento della metodologia di elaborazione delle soglie di ammissibilità, pagina 4 parte narrativa, dopo il quarto capoverso, il seguente periodo: *“la relativa formula di calcolo è la seguente”*:

$$\text{soglia} = \frac{\text{ricoveri totali (dopo MAAP) (*)}}{\text{ricoveri totali + prestazioni day service effettuati}} \times 100$$

(*) Nel calcolo dei “ricoveri totali (dopo MAAP)” si intendono i ricoveri ordinari e di DH potenzialmente appropriati, dopo l’applicazione dei filtri MAAP, così come indicati dettagliatamente in narrativa.

4. di specificare che la remunerazione delle prestazioni dei **day service (chirurgici e medici)**, commisurata 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, è 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 nei citati regimi di ricovero, a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente, e quindi nel rispetto degli standard previsti per le prestazioni da erogarsi anche nel nuovo setting assistenziale “day – service”;

5. di confermare il day service PCA02 “Intervento di liberazione del tunnel carpale” (DGR n. 433/2011) ed eliminare il day - service “Decompressione del tunnel carpale” di cui all’Allegato A della DGR n. 1202/2014, riconducibile al DRG 6;

6. di dare atto che, in accordo a quanto stabilito dalla legge 22 maggio 1978, n. 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”, precisamente all’art. 10, secondo cui “L’*accertamento, l’intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all’articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386*”, le prestazioni riconducibili all’Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) devono essere rendicontate come “prestazioni ad accesso diretto”, escludendo per le stesse la compartecipazione alla spesa sanitaria;

7. di inserire al punto n. 12 del dispositivo nonché nella parte narrativa della delibera di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014, dopo le parole “e degli Enti Pubblici” le seguenti “nonché i Legali rappresentanti degli Enti e delle Case di Cura private accreditate”;

8. di inserire, ad integrazione dell’Allegato B della deliberazione di Giunta regionale n. 1202 del 18/06/2014, le seguenti discipline:

DRG	DESCRIZIONE	DICIPLINE DA INSERIRE NELL’ALLEGATO B DELLA D.G.R. n. 1202/2014
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	CHIRURGIA GENERALE
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	

360	Interventi su vagina, cervice e vulva	UROLOGIA
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	NEFROLOGIA
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	ONCOLOGIA
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	
317	Ricovero per dialisi renale	PEDIATRIA
294	Diabete, età > 35 anni	GERIATRIA
134	Ipertensione	GERIATRIA

9. di stabilire che l'applicazione degli abbattimenti tariffari di cui al punto 1 della presente deliberazione della Giunta regionale decorre dal 1 gennaio 2015;
10. di istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day-service, come da allegato "A" al presente provvedimento per farne parte integrale e sostanziale;
11. di autorizzare il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento ad apportare con atto dirigenziale eventuali modifiche alla scheda di day-service (SDA), di cui al predetto punto 10;
12. di istituire, ai sensi dell'art. 39 della L.R. N. 4/2010, il debito informativo del day-service (SDA);
13. di autorizzare il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento agli adempimenti derivanti dal presente atto;
14. di demandare al Servizio Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità la modifica dei sistemi informativi regionali entro tre mesi dall'adozione del presente atto, nonché a fornire, con proprie note, indicazioni tecniche ed operative di dettaglio per il conferimento dei dati ai sistemi informativi regionali;
15. di confermare, altresì, quant'altro stabilito nelle deliberazioni di Giunta regionale n. 35 del 27/01/2009, n. 1492 del 4/08/2009, n. 433 del 10/03/2011, n. 2863 del 20/12/2011 e n. 1202 del 18/06/2014;
16. 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 e alla società "Exprivia Healthcare IT";

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

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

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato, è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile A.P. (Antonella Caroli) _____

Il Dirigente di Ufficio (Vito Parisi) _____

Il Dirigente del Servizio ad interim (Vincenzo POMO) _____

Il sottoscritto direttore di area non ravvisala necessità di esprimere sulla proposta di delibera le osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 15 e 16 del DPGR n.161/2008.

Il Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità (Vincenzo Pomo) _____

L'Assessore proponente(Donato PENTASSUGLIA) _____

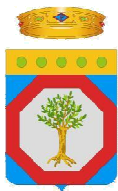
**REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE
DELLA SALUTE**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE
ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
E ACCREDITAMENTO**

ALLEGATO A

**Il presente allegato è composto da n. 2 (due) fogli
(escluso il presente)**

**Il Dirigente del Servizio
(dott. Vincenzo POMO)**



Regione
Puglia

SCHEDA DI DAY SERVICE

STRUTTURA SANITARIA..... COD. N° SCHEDA DS

COD. STRUTTURA SPECIALISTICA COD. PRESTAZIONE DS

N° RICETTA RICETTA DEMATERIALIZZATA

COGNOME E NOME..... DATA DI NASCITA G G M M A A A A

COMUNE DI NASCITA..... SESSO

COMUNE DI RESIDENZA.....

REGIONE RESIDENZA USL RESIDENZA

CITTADINANZA.....

CODICE FISCALE STP / ENI

LIVELLO DI ISTRUZIONE.....

STATO CIVILE

1 Celibe/nubile	4 Divorziato/a
2 Coniugato/a	5 Vedovo/a
3 Separato/a	6 Non dichiarato

MOTIVO DAY SERVICE

- Diagnostico
- Terapeutico
- Follow up
- Riabilitativo
- Chirurgico

U.O. DI EROGAZIONE.....

DATA APERTURA DS G G M M A A A A

DATA CHIUSURA DS G G M M A A A A

NUM. ACCESSI

Diagnosi ICD9CM Principale

.....

Diagnosi ICD9CM Secondaria

.....

INTERVENTI e PROCEDURE (ICD9CM) - CODICI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

DATA	DESCRIZIONE	CODICE	ICD9CM
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COD. REPERTORIO DISPOSITIVO MEDICO PRINCIPALE

CATEGORIA DISPOSITIVO MEDICO PRINCIPALE

COD. ASA

Data di compilazione

Il responsabile della codifica