


u Augusto A u

A. P. DS 133
20 GEN. 2016

 <p>ARNAS CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI PALERMO</p>	<p>Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri</p>	<p>Rev. 01/16 Del 20/1/2016 1 di 12</p>
---	--	--

Sommario

1.	Introduzione.....	2
2.	Il Day Service Ambulatoriale Ospedaliero (DSAO).....	2
2.1	DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria/DH e tariffe Day Service.....	3
3.	Attivazione del DSAO.....	10
4.	Modalità di accesso e gestione delle liste d'attesa.....	10
5.	Gestione della documentazione clinica.....	10
6.	Flusso informativo.....	10
7.	Monitoraggio e trasmissione dei dati.....	11
8.	Riduzione del numero dei posti letto.....	11
9.	Quota di partecipazione alla spesa (ticket).....	11
10	Bibliografia.....	12

Approvazione:

Direttore Sanitario Aziendale: Dott.ssa Rosalia Murè



000293

1. Introduzione

La direttiva dell'Assessore Regionale della Sanità del 29 gennaio 2009 ha configurato il modello organizzativo del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero (D.S.A.O.) quale strumento per prevenire il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero nelle istituzioni sanitarie della Regione Siciliana.

Il decreto dell'Assessore Regionale della Sanità n. 875 del 11 maggio 2009 "Indirizzi per l'attuazione del Day Service nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e definizione delle tariffe delle prestazioni", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 30 del 3 luglio 2009, ha stabilito gli indirizzi, gli obiettivi e la metodologia per l'attivazione della modalità assistenziale DSAO nella Regione Siciliana.

Il successivo decreto dell'Assessore Regionale della Sanità n. 1150 del 15 giugno 2009 ha disposto una serie di ulteriori misure finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dei ricoveri ospedalieri e ha definito puntualmente, per specifici DRGs, le percentuali di ricoveri ordinari da trasferire in ricoveri a ciclo diurno e in prestazioni ambulatoriali. Il medesimo Decreto ha stabilito altresì le percentuali di ricoveri a ciclo diurno da trasferire in prestazioni ambulatoriali.

La circolare del Dirigente del Dipartimento della pianificazione strategica dell'Assessorato Regionale della Sanità n. 275 del 8 luglio 2009 ha successivamente fornito "Indirizzi sull'applicazione" del predetto decreto n. 875/09 nelle strutture ospedaliere pubbliche e private.

La nostra Azienda in data 26/07/2009 ha redatto il Regolamento aziendale per l'attuazione del Day-Service Ambulatoriale Ospedaliero e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri (atto deliberativo n. 1493 del 7/8/2009). Alla luce del DA 954 del 17/05/2013 integrato dal DA 2533 del 31/12/2013 che ha stabilito i criteri di abbattimento del DRG a rischio di inappropriata e definito le relative tariffe per l'erogazione dei Day Service allargandone la sua applicazione da 6 a 102 DRG ed in seguito alle circolari del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica del 13/06/2013 e del 06/06/2014 con cui si allargava la possibilità di uso del Day-Service verso DRG già erogabili in DH si è reso necessario procedere all'aggiornamento del suddetto regolamento aziendale.

2. Il Day Service Ambulatoriale Ospedaliero (DSAO)

Il DSAO è una innovativa modalità di organizzazione dell'assistenza sanitaria, posta sulla linea di confine tra il ricovero e l'ambulatorio tradizionale, finalizzata alla gestione operativa di quesiti clinici che, pur necessitando di prestazioni plurime e multidisciplinari, non richiedono osservazione prolungata del paziente, potendo essere erogate in un *setting* che consente un migliore utilizzo delle risorse a disposizione ed un conseguente contenimento dei costi.

In prima applicazione l'attivazione del DSAO è stata rivolta alle patologie che afferivano ai 6 DRG elencati nella tabella 1.

Tabella 1	
DRG	Descrizione
6	Decompressione del tunnel carpale
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti, eccetto per ulcere della pelle/cellulite, senza cc.
270	Altri interventi sulla pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, senza cc.
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia
503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione

Il decreto Assessoriale 954/2013 ha attivato ulteriori PACC/DRG erogabili in Day-Service portandoli da 6 a 102.(vedi Tab.2);

*Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri*

Tab.2

Drq ad Alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria/DH e tariffe Day Service

mdc	tipo PACCD RG (chir. o med.)	PACC DRG (Num.)	descrizione	Tariffa Day Service	Valore Soglia ricoveri ordinari e DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie	Note
1	C	006	Decompressione del tunnel carpale	€ 588,63	5%	
1	C	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC (solo codice procedura 04.44)	€ 585,33	10%	
1	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	€ 169,34	50%	
1	M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	€ 177,52	50%	
2	C	036	Interventi sulla retina	€ 1.341,57	60%	Tariffa € 290 per le strutture autorizzate a richiedere il rimborso del farmaco per la maculopatia degenerativa con il file F (DA 2005/2013)
2	C	038	Interventi primari sull'iride	€ 1.069,81	80%	
2	C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	€ 800,00	5%	
2	C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni (eccetto trapianti di cornea codice intervento principale 11.6)	€ 567,43	60%	
2	C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni (eccetto trapianti di cornea codice intervento principale 11.6)	€ 1.166,23	80%	
2	C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea codice 11.6_)	€ 1.369,49	60%	
2	M	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	€ 202,01	30%	
3	C	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	€ 1.329,89	60%	
3	C	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	€ 1.451,86	60%	
3	C	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	€ 1.561,57	60%	

*Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri*

3	M	065	Alterazioni dell'equilibrio	€ 178,20	30%	
3	M	070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	€ 148,88	80%	
3	M	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	€ 216,12	30%	
3	M	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	€ 156,04	30%	
4	M	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	€ 152,72	50%	
5	C	119	Legatura e stripping di vene	€ 1.402,37	60%	
5	M	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (escluso terapia infusione con prostanoide codice procedura principale 39.97 in associazione al codice di procedura secondaria 99.29)	€ 157,75	30%	
5	M	133	Aterosclerosi senza CC	€ 173,56	30%	
5	M	134	Iperensione	€ 177,27	10%	
5	M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC (eccetto urgenze)	€ 165,03	50%	
5	M	142	Sincope e collasso senza CC	€ 186,90	50%	
6	C	158	Interventi su ano e stoma senza CC	€ 906,30	80%	
6	C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	€ 897,60	80%	
6	C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	€ 928,59	80%	
6	C	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	€ 1.092,56	80%	
3	C	168	Interventi sulla bocca con CC	€ 1.224,65	80%	

*Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri*

3	C	169	Interventi sulla bocca senza CC	€ 1.224,65	60%	
6	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	€ 161,15	30%	
6	M	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)	€ 140,02	30%	
6	M	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	€ 160,52	30%	
7	M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	€ 175,64	50%	
7	M	208	Malattie delle vie biliari senza CC	€ 154,48	30%	
8	C	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	€ 1.349,32	60%	
8	C	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	€ 884,17	80%	
8	C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	€ 1.166,21	60%	
8	C	232	Artroscopia	€ 647,17	30%	
8	M	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	€ 180,67	30%	
8	M	243	Affezioni mediche del dorso	€ 175,93	10%	
8	M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	€ 172,26	30%	
8	M	248	Tendinite, miosite e borsite	€ 155,39	30%	
8	M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	€ 195,25	30%	
8	M	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	€ 171,66	30%	
8	M	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	€ 171,23	50%	
8	M	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	€ 152,42	30%	
8	M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	€ 212,92	30%	

*Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri*

9	C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	€ 1.045,85	60%	
9	C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC (eccetto diagnosi principale di neoplasia maligna codici 17. ___ e 198.2)	€ 120,00	30%	
9	C	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	€ 1.940,69	60%	
9	C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	€ 120,00	10%	
9	M	276	Patologie non maligne della mammella	€ 155,55	30%	
9	M	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	€ 241,07	30%	
9	M	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	€ 219,37	30%	
9	M	283	Malattie minori della pelle con CC	€ 145,99	30%	
9	M	284	Malattie minori della pelle senza CC	€ 137,98	30%	
10	M	294	Diabete, età > 35 anni	€ 212,81	30%	
10	M	295	Diabete, età < 36 anni	€ 143,86	30%	
10	M	299	Difetti congeniti del metabolismo	€ 199,63	30%	
10	M	301	Malattie endocrine senza CC	€ 189,08	30%	
11	M	317	Ricovero per dialisi renale	€ 183,29	30%	
11	M	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	€ 640,00	30%	
11	M	324	Calcolosi urinaria senza CC	€ 146,36	30%	
11	M	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	€ 144,63	30%	
11	M	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	€ 143,83	50%	
11	M	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	€ 177,32	30%	

*Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri*

11	M	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	€ 176,32	30%	
11	M	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	€ 193,34	60%	
12	C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	€ 1.074,04	60%	
12	C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	€ 1.005,96	80%	
12	C	342	Circoncisione, età > 17 anni	€ 863,65	60%	
12	C	343	Circoncisione, età < 18 anni	€ 603,80	60%	
12	C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	€ 1.197,98	60%	
12	M	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	€ 135,66	30%	In presenza del codice 60.11(biopsia della prostata) come procedura principale, la tariffa riconosciuta è di € 250 totale
12	M	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	€ 206,01	30%	
13	C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	€ 1.244,22	80%	
13	C	362	Occlusione endoscopica delle tube	€ 1.055,48	60%	
13	M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	€ 161,05	50%	
14	C	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	€ 1.171,31	60%	
14	M	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	€ 135,39	30%	
16	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze), escluso ricoveri in DH per trasfusioni codice procedura principale 99.04	€ 194,16	30%	
16	M	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni (eccetto urgenze), escluso ricoveri in DH per trasfusioni codice procedura principale 99.04	€ 222,65	50%	
16	M	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	€ 172,97	30%	

*Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri*

17	M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	€ 245,96	50%	
17	M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta*	€ 150,00	40%	Escluso reparto di dimissione oncoematologia pediatrica codice 65; Il calcolo della percentuale sarà effettuato considerando per i ricoveri ordinari le GG.Deg e per DH e Day Service gli accessi
17	M	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	€ 138,22	50%	
17	M	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	€ 207,32	30%	
19	M	426	Nevrosi depressive	€ 123,62	30%	
19	M	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	€ 123,62	30%	
19	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	€ 123,62	30%	
23	M	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	€ 160,65	40%	In presenza del codice di procedura principale 86.07 (inserimento di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile) la tariffa da riconoscere è pari a 310,65
23	M	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria (escluso terapia infusione con prostanoidi codice procedura principale 39.97 in associazione al codice di procedura secondaria 99.29)	€ 160,65	60%	In presenza del codice di procedura principale 86.07 (inserimento di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile) la tariffa da riconoscere è pari a 310,65
23	M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	€ 120,65	30%	
25	M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	€ 235,34	50%	
8	C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione (escluso intervento principale 81.45)	€ 1.100,00	30%	

*Regolamento aziendale per l'attuazione del Day Service Ambulatoriale Ospedaliero
e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri*

8	C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna ecc. anca e femore senza CC	€ 1.582,01	60%	
1	M	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	€ 192,18	30%	
1	M	564	Cefalea, età > 17 anni	€ 175,45	30%	
	C	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio (solo codici 84.01, 84.02 e 84.11)	€ 1.002,96	50%	
	C	225	Interventi sul piede (solo codici 77.56 e 77.57)	€ 768,59	5%	

Nella tariffa del day service sono comprese tutte le prestazioni necessarie per l'erogazione della PACC/DRG compresa la visita di controllo

*Per la PACC/DRG 410 la tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia

Per tutti le altre PACC/DRG la tariffa in day service è onnicomprensiva ed indipendente del numero di accessi erogati

In presenza del codice di procedura 60.11(biopsia della prostata) come procedura principale, la tariffa riconosciuta è di € 250 totale per qualunque PACC/DRG

Tutti i ricoveri (ordinari e DH) ed il day service possono essere oggetto di contestazioni qualora ritenuti inappropriati secondo le disposizioni vigenti, anche se erogati all'interno dei valori soglia

Il valore soglia dei ricoveri ordinari+DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie sono calcolati ponendo a numeratore, per ogni singolo DRG, il numero dei ricoveri Ord+DH ed a denominatore il totale dei casi Ord+DH+Day Service del medesimo DRG

Le PACC/DRG drg con indicazione "eccetto urgenze" e "0 -1 giorno" e ulteriori specifiche sono esclusi dal calcolo e quindi non partecipano a determinare la soglia dei ricoveri ordinari e DH oltre la quale si applicano le penalizzazioni tariffarie

Inoltre la circolare del 06/06/2014 dà la possibilità ove ricorrano le condizioni di utilizzare il Day-Service anche per gli altri DRG già erogabili in DH secondo il tariffario vigente (DA 923 del 14/05/2013, suppl. GURS del 31/05/2013, scaricabile) per un totale di ulteriori 347 PACC/DRG in questi casi la tariffa da riconoscere è pari all'80% della tariffa del DH (considerando sempre un solo accesso a prescindere dal numero di accessi erogati) come specificato nell'art.3 del decreto 954.

Per le patologie afferenti ai 102 DRG viene stabilito dal DA predetto un valore soglia per ricoveri in regime ordinario e DH oltre il quale si applicano le penalizzazioni tariffarie (Tab.2) pari ad un riconoscimento economico uguale alla tariffa del DS ridotta del 20%. Es. il DRG 6 (decompressione del tunnel carpale) ha un valore soglia del 5% che indica che solo il 5% dei pazienti con tale patologia può essere trattato in regime di ricovero ordinario /DH.

3. Attivazione del DSAO

Per l'attivazione del DSAO le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate devono fare riferimento al supporto strutturale e organizzativo già operante per il Day Hospital esistenti, non essendo prevista alcuna implementazione dell'organico assistenziale, né di particolari requisiti impiantistici e/o logistici.

4. Modalità di accesso e gestione delle liste d'attesa

Il medico specialista ospedaliero dopo aver verificato la presenza di una delle patologie afferenti ai DRG elencati nel corso di una visita ambulatoriale o di ricovero ospedaliero dispone l'inserimento del nome del/della paziente nella lista di attesa specifica. Per l'attivazione del DSAO è necessaria la richiesta dello stesso medico che lo ha suggerito su ricetta rossa, la prescrizione deve contenere la condizione per cui si richiede l'attivazione del DSAO e non è necessario riportare nella prescrizione il numero della PACC/DRG. Non è possibile erogare per lo stesso paziente day-service in contemporanea nello stesso reparto o in reparti diversi.

Il DSAO comprende tutto il pacchetto di prestazioni (diagnostiche e terapeutiche) necessario per la condizione per cui è stato attivato che può essere erogato in uno o più accessi la cui durata deve essere contenuta in 3 mesi ad esclusione del DRG 410 (chemioterapia non associata a diagnosi di leucemia acuta) e di eventuali altri casi particolari.

Le PACC/DRG erogate in regime di DSAO sono remunerate secondo le tariffe indicate (Tab2) che sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico ivi compresi la visita, gli esami diagnostici e strumentali, l'intervento chirurgico e per i DS chirurgici la prima visita post-intervento. Per la PACC/DRG 410 la tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia. Per tutte le altre la tariffa della prestazione erogata è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati. Per ogni PACC/DRG non vanno definite le singole prestazioni per evitare quelle non utili per tutti i casi od omettere qualche prestazione invece necessaria in altri casi.

I DSAO iniziati in prossimità di fine anno ed ancora non completati nel percorso diagnostico-terapeutico devono essere chiusi e contabilizzati nell'anno successivo (ad eccezione della chemioterapia in quanto è necessaria la congruenza con il flusso T dell'anno in corso).

Le PACC/DRG secondo il decreto 954 sono applicate solo per i ricoveri in acuto e pertanto sono esclusi i DRG erogati in lungodegenza (codice disciplina 60), in riabilitazione (codice disciplina 28,56 e 75) ed in Hospice (codice disciplina 99).

5. Gestione della documentazione clinica

Il medico è responsabile della gestione della documentazione clinica relativa a ciascuna PAC, consistente in una cartella ambulatoriale contenente:

- o i dati anagrafici e clinici del/della paziente;
- o il programma di assistenza;
- o copia del registro operatorio;
- o copia dei referti relativi alle indagini effettuate;
- o copia delle relazioni di eventuali consulenze;
- o copia della relazione conclusiva, indirizzata al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta, contenente i risultati delle indagini praticate, la sintesi clinica, la diagnosi finale e gli eventuali indirizzi terapeutici;
- o copia della scheda di dimissione ambulatoriale (SDAO) che deve essere compilata in ogni sua parte.

Alla conclusione della PACC la relazione finale indirizzata al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta, e l'eventuale documentazione iconografica, devono essere consegnati al/paziente, mentre la SDAO e la scheda di prenotazione devono essere tempestivamente trasmesse alla Direzione Medica del presidio ospedaliero di appartenenza.

Il paziente, nel ricevere la relazione e la documentazione iconografica di cui sopra, appone la propria firma su un apposito spazio presente sulla cartella ambulatoriale.

6. Flusso informativo

Presso la Direzione Medica di ciascuno dei presidi ospedalieri dell'Azienda un operatore immette i dati contenuti nella SDAO nel sistema informatico aziendale, al fine di generare lo specifico flusso "C/Day Service", di cui alla circolare del 31/08/2009.

7. Monitoraggio e trasmissione dei dati

Il Sistema informativo e statistico aziendale effettua il monitoraggio periodico del DSAO, con particolare riguardo alla ripartizione percentuale DRG specifica nei confronti dei ricoveri ordinari e in Day Hospital, e riferisce alla Direzione Generale i risultati del monitoraggio.

Trasmette altresì lo specifico flusso all'Assessorato regionale alla Salute, con la periodicità dallo stesso disposta.

Le prestazioni erogate in regime di DSAO saranno sottoposte alla verifica di appropriatezza e quindi potranno essere oggetto di contestazioni qualora ritenuti non conformi alle disposizioni vigenti (inappropriatezza del setting assistenziale, non corretta codifica delle SDAO, etc) secondo le "linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche del SSR"(GURS 29/03/2013); in particolare per evitare duplicazioni di sanzioni si applicherà solo quella più onerosa.

8. Riduzione del numero dei posti letto

In ottemperanza al dettato della direttiva e del decreto citati, contestualmente all'attivazione del DSAO si procederà alla rideterminazione del numero dei posti letto di DH delle unità operative interessate.

9. Quota di partecipazione alla spesa (ticket)

Al DSAO si applicano le norme in materia di partecipazione alla spesa come previsto dal DA 17/2/2010 pubblicato sulla GURS n.°9 del 26/02/2011 ad esclusione dei soggetti esenti. Le esenzioni per reddito E01-E02-E03-E04 sono valide; per quanto riguarda le esenzioni per patologia nel caso in cui nell'attestato di esenzione è riportata una lista chiusa di prestazioni esenti, non si può utilizzare l'esenzione; nel caso in cui nell'attestato di esenzione è indicato "prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia e delle relative complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti" il medico prescrittore può riportare l'esenzione nel caso in cui la PACC/DRG sia inerente alla patologia per cui è stato riportato l'attestato di esenzione. La quota per i non esenti è pari a 36,15 euro+10 euro per la quota ricetta per tutti i PACC/DRG; nella ricevuta non è necessario riportare il numero della PACC/DRG in quanto si assegna in maniera certa solo alla sua chiusura.

10. Bibliografia

(i documenti sono scaricabili nell'area del sito web aziendale Qualità e Rischio Clinico)

- Direttiva dell'Assessore Regionale della Sanità del 29 gennaio 2009
- Decreto dell'Assessore Regionale della Sanità n. 875 del 11 maggio 2009 (GURS n.30 del 3/7/2009)
- Decreto dell'Assessore Regionale della Sanità D. A. n. 1150 del 15 giugno 2009
- Circolare del Dirigente del Dipartimento della pianificazione strategica dell'Assessorato Regionale della Sanità n. 275 del 8 luglio 2009
- Regolamento aziendale per l'attuazione del Day-Service Ambulatoriale Ospedaliero e per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri (atto deliberativo n. 1493 del 7/8/2009).
- Decreto dell'Assessore Regionale della Sanità 17/2/2010 pubblicato sulla GURS n.°9 del 26/02/2011
- Decreto dell'Assessore Regionale della Sanità 923 del 14/05/2013, suppl. GURS del 31/05/2013
- Decreto dell'Assessore Regionale della Sanità 954 del 17/05/2013
- Circolare del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica del 13/06/2013
- Decreto dell'Assessore Regionale della Sanità 2533 del 31/12/2013
- Circolare del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica del 06/06/2014
- Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche del SSR"(GURS 29/03/2013) e successive integrazioni

Redazione della presente revisione:
Dott. Filippo Greco (Staff della Direzione Generale)