

Deliberazione della Giunta Regionale 7 aprile 2011, n. 15-1828

Attuazione del Piano di Rientro Appropriatazza dell'attività di ricovero e rideterminazione dei posti letto di acuzie della rete ospedaliera. Attuazione delle indicazioni dell'Addendum al piano di rientro approvato con la DGR n. 1-415 del 2 agosto 2010 e al relativo programma attuativo.

A relazione dell'Assessore Ferrero:

Premesso che:

- con la D.G.R. n. 1 - 415 del 2 agosto 2010 è stato recepito il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico del SSR, ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sottoscritto fra le parti in data 29 luglio 2010 e che il 30 settembre 2010 è stato trasmesso il programma attuativo di cui l'articolo 1, comma 3, del Piano di rientro.
- Il 30.11.2010 è stata approvata la DGR 85-1157 inerente le disposizioni che si riferiscono al Programma attuativo del Piano di rientro per quanto riguarda la riorganizzazione dell'attività ospedaliera.

Considerato inoltre che Il Patto per la salute 2010-2012:

- dispone che le regioni entro il 30.6.2011 debbano mettere in atto tutte le azioni di riorganizzazione dell'attività ospedaliera che permettano di ricondurre il tasso di posti letto per mille abitanti a quanto previsto nell'art. 6 (al massimo al 4 per mille totale di cui 0,7 per la postacuzie). La riorganizzazione della rete ospedaliera deve prevedere anche lo sviluppo dell'attività residenziale e domiciliare per assicurare la continuità dell'assistenza e il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa nell'effettuazione degli interventi assistenziali con l'obiettivo di garantire alti livelli qualitativi assistenziali con le modalità organizzative più appropriate.
- devono essere previste tutte quelle azioni che possono permettere di assicurare le cure necessarie in regimi di ricovero più adeguati al tipo di attività da svolgere. In particolare vanno programmati il trasferimento di assistenza dal regime di post acuzie o di ricovero medico prolungato a quello extraospedaliero, la riduzione della durata delle degenze con particolare riferimento alla riduzione di quella preoperatoria, il ridimensionamento dei ricoveri brevi programmati con la trasformazione in ricovero diurno o in assistenza ambulatoriale.
- deve essere inoltre prestata particolare attenzione verso i ricoveri ad alto rischio di non appropriatezza di cui agli allegati A e B dello stesso Patto per la salute. Nell'elenco A vengono individuati alcuni interventi chirurgici per i quali può essere indicato il regime assistenziale ambulatoriale. Nell'allegato B sono invece compresi i DRG (tra cui quelli di cui all'allegato 2c del dpcm 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza") per cui viene segnalato un rischio di non appropriatezza se eseguiti in regime ordinario. Alcuni di questi DRG medici in realtà possono essere considerati a potenziale rischio di inappropriatezza anche in regime diurno in quanto riguardano tipologie di interventi assistenziali che possono essere garantiti attraverso l'attività dei Medici di medicina generale o attraverso l'attività specialistica ambulatoriale.

Preso atto che:

- attraverso provvedimenti di diversa natura che hanno riguardato sia i riconoscimenti tariffari per i DRG a rischio di inappropriatezza secondo le indicazioni del d.p.c.m. 29 novembre 2001, che quelli relativi alla definizione degli obiettivi ai Direttori generali, alcuni degli elementi che possono caratterizzare il miglioramento dell'appropriatezza sono stati già oggetto di specifiche azioni a livello regionale. Si tratta ora di dare maggiore sistematicità alle azioni sopraevidenziate e rendere tali obiettivi vincolanti per tutti gli operatori pubblici e privati del servizio Sanitario Regionale.

L'Addendum del programma attuativo del Piano di rientro, approvato con DGR n. 44-1615 del 28/02/2011 al cap. 1.3.3 prevede, tra l'altro, che debbano essere adottati specifici provvedimenti della Giunta Regionale attuativi in particolare per quanto riguarda l'aumento dell'appropriatezza organizzativa dell'attività di ricovero e la conseguente ridefinizione della rete dei posti letto dei presidi ospedalieri.

L'aumento di appropriatezza dell'attività di ricovero segue una metodologia che prevede:

- Per i DRG chirurgici a rischio di non appropriatezza deve essere programmata l'esecuzione nel regime di ricovero diurno in percentuali definite per ogni singolo DRG sulla base di un benchmark tra le strutture regionali che producono almeno un terzo dei ricoveri per tipologia scegliendo il valore derivato dall'erogatore meno performante tra quelli individuati. Per i DRG, per i quali sono individuate le corrispondenti prestazioni ambulatoriali il rapporto viene calcolato tra i soli ricoveri ordinari superiori ad 1 giorno e il totale delle prestazioni di ricovero per lo stesso DRG e quelle delle corrispondenti prestazioni ambulatoriali. Tali valori, che sono in corso di studio e definizione costituiranno oggetto di specifico provvedimento, rappresentano il tetto massimo in percentuale di ricovero in regime ordinario superiore ad 1 giorno che viene accettato per ogni presidio pubblico e privato ai fini del riconoscimento tariffario come tale, fermo restando che potrà essere valutata complessivamente l'attività svolta da un'unità operativa complessa anche se dislocata su più presidi della stessa azienda. Oltre tale limite la prestazione di ricovero viene remunerata come ricovero diurno (day surgery).
- Per i DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) e 039 (Intervento sul cristallino con o senza vitrectomia) è previsto che il 95% dei ricoveri diurni venga erogato in regime ambulatoriale. La Regione ha già definito con propria deliberazione 84-10526 del 29.12.2008 le tariffe per tali prestazioni ambulatoriali e per altre riguardanti interventi sui vasi extrasafenici (afferenti in regime di ricovero al DRG 119 – Legatura e stripping di vene), iniezioni intravitreali e interventi di asportazione o demolizione locale chirurgica di lesione di tessuto cutaneo e sottocutaneo. Nel biennio 2011-2012 si prevede, sia per i due i DRG sopracitati che per le altre prestazioni, un'articolazione diversa della percentuale di effettuazione in regime ambulatoriale nelle misure che saranno specificamente previste utilizzando una metodologia analoga a quella utilizzata per i DRG chirurgici ad alto rischio di non appropriatezza, aggiornando quindi i valori già individuati nell'allegato 2 alla deliberazione sopracitata 84-10526 del 29.12.2008. Tutti i presidi dovranno quindi effettuare tali interventi in regime ambulatoriale almeno nella percentuale che sarà definita nel provvedimento. In ogni caso per ogni presidio pubblico o privato la remunerazione per tali interventi sarà quella corrispondente al livello ambulatoriale fino al raggiungimento della percentuale indicata, fermo che potrà essere valutata complessivamente l'attività svolta da un'unità operativa complessa anche se dislocata su più presidi della stessa azienda.
- Per i DRG non chirurgici a rischio di non appropriatezza (allegato B del Patto per la Salute) deve essere previsto un tasso di ospedalizzazione per singolo DRG che non superi quello medio delle regioni che hanno già sviluppato un significativo incremento dell'attività territoriale e quindi un basso livello di ospedalizzazione per tali tipologie di DRG. Pertanto con specifico provvedimento verranno indicati tali tassi massimi di ospedalizzazione oltrepassati i quali saranno abbattuti i relativi valori tariffari per ogni produttore che ha svolto attività per l'azienda sanitaria che supererà tali valori con le modalità che saranno espressamente definite nello stesso provvedimento.

▪ Per quanto riguarda i ricoveri per chemioterapia del DRG 410 si prevede la progressiva trasformazione dei trattamenti dal ricovero in day hospital a quello ambulatoriale. In questi casi il rimborso del farmaco utilizzato per la terapia sarà effettuato attraverso la procedura del file F. L'obiettivo è il raggiungimento entro il 2012 della percentuale su base annua del 60% di prestazioni ambulatoriali corrispondenti sul totale dei ricoveri. Per il 2011 tale percentuale massima sarà accettata nel valore del 40%. Alle Aziende sanitarie e i presidi verrà effettuato un riconoscimento tariffario delle prestazioni di ricovero eccedenti le percentuali attese con un abbattimento del 90% del ricovero. E' confermato il tetto massimo del 15% per i ricoveri ordinari rispetto al totale delle prestazioni complessivamente erogate tra ricoveri e le relative prestazioni ambulatoriali. Rimane in vigore per i ricoveri di day hospital rimanenti quanto previsto dalla DGR 97 – 13750 del 29.03.2010. Con successivo provvedimento saranno definite le modalità attuative di tale disposizione e la corretta remunerazione della relativa prestazione ambulatoriale.

▪ Poiché possono essere considerati a rischio di inappropriata i ricoveri non chirurgici per ultrasessantacinquenni con oltre 11 giorni di degenza, verrà attivato uno studio specifico per tale problematica inteso a verificare per tipologie di ricovero e per gruppi di patologie le azioni che possono essere organizzate per evitare detta inappropriata. E' previsto che le risultanze di tale studio dovranno portare a indicazioni che saranno oggetto di specifico provvedimento regionale e che dovranno anche prevedere le necessarie valutazioni per garantire la continuità assistenziale.

Considerato inoltre che lo stesso Addendum prevede che siano previsti obiettivi specifici di attuazione di quanto previsto nella DGR 85-1157 del 30 novembre 2010 pare opportuno ancora specificare che:

- le ASR e tutti gli altri produttori autorizzati ed accreditati per l'attività di day hospital non potranno effettuare più del 5% di ricoveri diurni di tipo diagnostico. In tale percentuale rientreranno anche quelli che pur non essendo indicati come diagnostici non hanno segnalato procedure o ne contengano solo di tipo diagnostico (sono esclusi da questa contabilizzazione i ricoveri di DH diagnostici effettuati per pazienti in sedazione o non collaboranti). I ricoveri diagnostici che eccederanno tale tetto avranno un riconoscimento tariffario ridotto del 50% del valore DRG.

Considerato infine che sono disponibili solo da fine marzo i dati definitivi della registrazione delle Schede di dimissione ospedaliera e delle prestazioni ambulatoriali dell'anno 2010, sarà possibile effettuare le elaborazioni complete e definitive riguardo i fabbisogni assistenziali e le ricadute circa l'applicazione dei criteri di maggior appropriatezza più sopra descritti, la rideterminazione della rete dei posti letto di acuzie e gli obiettivi specifici per ogni presidio pubblico, equiparato e casa di cura, entro il mese di Aprile p.v. che saranno quindi oggetto di ulteriore provvedimento.

Pertanto;

Vista la D.G.R. n. 48 - 8609 del 14.4.2008;

Vista la D.G.R. n. 84-10526 del 29.12.2008;

Vista la D.G.R. n. 62 - 896 del 25.10.2010,

Vista la D.G.R. n. 85-1157 del 30 novembre 2010;

Vista la D.G.R. n. 14 – 1440 del 28.1.2011;

Visto l'addendum al programma attuativo del Piano di Rientro regionale;

Sentito il CO.RE.SA,

La Giunta Regionale, a voti unanimi,

delibera

Di approvare gli indirizzi descritti in premessa relativi al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dell'attività ospedaliera

Di rinviare a successivi provvedimenti da adottare entro il mese di Aprile p.v. gli standard di riferimento e gli altri aspetti citati nella premessa.

Di incaricare la Direzione Sanità a predisporre le ulteriori indicazioni operative per l'attuazione della presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 l.r. 22/2010.

(omissis)