



DELIBERAZIONE N° VIII / 009014 Seduta del 20 FEB. 2009

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

GIOVANNI ROSSONI Vice Presidente

DAVIDE BONI

GIULIO BOSCAGLI

LUCIANO BRESCIANI

MASSIMO BUSCEMI

RAFFAELE CATTANEO

ROMANO COLOZZI

LUCA DANIEL FERRAZZI

ROMANO LA RUSSA

STEFANO MAULLU

FRANCO NICOLI CRISTIANI

MASSIMO PONZONI

PIER GIANNI PROSPERINI

MARIO SCOTTI

DOMENICO ZAMBETTI

MASSIMO ZANELLO

Con l'assistenza del Segretario **Marco Pilloni**

Su proposta

dell'Assessore **Luciano Bresciani**

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ED AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO (A SEGUITO DI INTESA DELLA COMPETENTE COMMISSIONE CONSILIARE AI SENSI DELL'ART. 4, COMMA 4, DELLA L.R. 31/97)

Il Dirigente della Struttura **Luca Merlino**

Il Direttore Generale **Carlo Lucchini**

L'atto si compone di 27 pagine
di cui 12 pagine di allegati,
parte integrante.



VISTA la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” e successive modificazioni;

RICHIAMATE:

- la DGR n. VI/38133 del 6 agosto 1998 “Attuazione dell’art. 12 comma 3 e 4 della l.r. 11.07.1997, n. 31 - Definizione dei requisiti e indicatori per l’accreditamento delle strutture sanitarie” ;
- la DGR n. VII/3265 del 26 gennaio 2001 “Ulteriori indicazioni in merito alle modalità di verifica degli standard e per l’accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private previste dalla DGR. n. 38133/98”;
- la DGR n. VII/12692 del 10 aprile 2003 con particolare attenzione al punto del dispositivo a titolo “modalità di attuazione dei controlli e gestione delle pratiche oggetto di controdeduzioni”;
- la DGR n. VIII/4799 del 30 maggio 2007 “L.r. 2 aprile 2007, n. 8 “disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. collegato” - attuazione art. 6, comma 2”;

RITENUTO, per ragioni di trasparenza, di divulgare, tramite pubblicazione sul sito internet della D.G. Sanità, alcuni dati relativi ai risultati delle attività di verifica, monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie così come riportato nell’Allegato 1 “Pubblicazione in internet dei dati relativi ai controlli” al presente provvedimento quale parte integrante;

RITENUTO di demandare alla Direzione Generale Sanità le attività di pubblicazione dei dati relativi ai controlli innanzi esplicitati;

VISTI gli accordi collettivi nazionali del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti convenzionali con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare i rispettivi:

- art. 5 “obiettivi di carattere generale” nella parte in cui prevede:
 - di “realizzare un riequilibrio, fra ospedale e territorio con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base della indicazione delle sedi e del livello più appropriato di erogazione delle prestazioni in ragione dell’efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini”;
 - di “favorire la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e





di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria”

- art. 27 “*appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse*” nella parte in cui prevede:
 1. che il medico di medicina generale / pediatra di libera scelta “*concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:*
 - *realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in ragione della programmazione regionale;*
 - *assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;*
 - *ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;*
 - *operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.;*
 2. *Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza”;*

RILEVATO inoltre che i citati accordi nazionali, nella parte relativa ai contenuti demandati alla negoziazione regionale prevedono, tra le altre azioni ed iniziative, anche la possibilità di fornire dei dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini statistico epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi;

PRESO ATTO degli accordi sottoscritti a livello regionale e di ASL riguardanti la promozione e l'attuazione del governo clinico;





RITENUTO pertanto, al fine di favorire il raggiungimento dei suddetti obiettivi di carattere generale, nonché di migliorare l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse, valorizzando il contributo in termini valutativi dei fenomeni sanitari e di conseguente corretto indirizzo dei cittadini da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, di sancire l'obbligo in capo alle ASL di trasmettere con cadenza almeno trimestrale ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta, nel pieno rispetto della normativa vigente sulla *privacy*, dati relativi alle prestazioni sanitarie relative a ricoveri, assistenza ambulatoriale erogate ai loro assistiti, nonché agli esiti delle attività di controllo sulle suddette prestazioni e confermando le disposizioni in essere per il monitoraggio della spesa farmaceutica;

VISTE:

- la legge 24 novembre 1981, n. 689 "*Modifiche al sistema penale*";
- la l.r. 5 dicembre 1983, n. 90 "*Norme di attuazione della legge 24 novembre 1981, n. 689, concernente modifiche al sistema penale*";

VISTO l'art. 12 bis della citata l.r. 31/1997 e successive modificazioni relativo alle sanzioni amministrative, ed in particolare il comma 3, nella parte in cui prevede che "*le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dai soggetti competenti per la loro applicazione*";

RITENUTO di precisare il percorso amministrativo concernente le attività ispettive così come riportato in Allegato 2 "*Sanzioni amministrative*" al presente provvedimento quale parte integrante;

CONSIDERATA l'importanza delle attività di verifica, monitoraggio e controllo svolta dalle ASL e la necessità di un relativo ulteriore sviluppo e potenziamento;

VISTO il Codice di Deontologia Medica del 16 dicembre 2006, ed in particolare:

- l'art. 6 "*Qualità professionale e gestionale*", nella parte in cui prevede: "*Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse*";
- l'art. 13 "*Prescrizione e trattamento terapeutico*", che prevede: "*La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale*

fel





ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico. (...) Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità”;

- l'art. 30 “Conflitto di interesse”, che prevede: “Il medico deve evitare ogni condizione nella quale il giudizio professionale riguardante l'interesse primario, qual è la salute dei cittadini, possa essere indebitamente influenzato da un interesse secondario. Il conflitto di interesse riguarda aspetti economici e non, e si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici e nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la Pubblica Amministrazione. Il medico deve:
- essere consapevole del possibile verificarsi di un conflitto di interesse e valutarne l'importanza e gli eventuali rischi;

- prevenire ogni situazione che possa essere evitata;

- dichiarare in maniera esplicita il tipo di rapporto che potrebbe influenzare le sue scelte consentendo al destinatario di queste una valutazione critica consapevole.

Il medico non deve in alcun modo subordinare il proprio comportamento prescrittivi ad accordi economici o di altra natura, per trarne indebito profitto per sé e per altri”;

- l'art. 68 “Medico dipendente o convenzionato”, che prevede: “Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in riferimento agli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale. Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e/o private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano indebitamente favorire la propria attività libero-professionale. Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini. In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale”;

da





- l'art. 70 "*Qualità delle prestazioni*" che prevede: "*Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. (...). Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato*";

RITENUTO pertanto, in considerazione dei citati principi, che i rapporti contrattuali tra professionisti sanitari e strutture sanitarie pubbliche o private debbano improntarsi a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficiente utilizzo delle risorse e non possano determinare, neppure in via indiretta, situazioni di conflitto di interessi, con riferimento ad aspetti sia economici che di beneficio per la progressione della qualifica e della carriera;

VISTI:

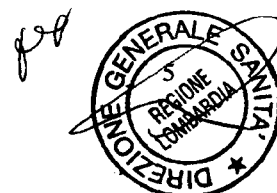
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 "*Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*"
 D.M. 5 agosto 1977 "*Determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private* ";

RICHIAMATI:

- il "*Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*" nella parte in cui contempla la necessità di inserire delle Linee Guida, quali raccomandazioni, nella cartella clinica;
 il "*Piano Socio Sanitario 2007-2009*", approvato con DCR n. VIII/ 257 del 26 ottobre 2006, ed in particolare il punto 1.11 "*Promozione del governo clinico*";

VISTI gli artt. 24 e 26 del citato Codice di Deontologia Medica del 16 dicembre 2006, che rispettivamente prevedono:

- Art. 24 "*Certificazione*": "*Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti*";
 Art. 26 "*Cartella clinica*": "*La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve*





essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate. La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale”.

RICHIAMATO inoltre il D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008 “*Approvazione del Manuale della Cartella Clinica – seconda edizione 2007*” quale standard di riferimento per la compilazione della documentazione sanitaria di qualità;

CONSIDERATO che:

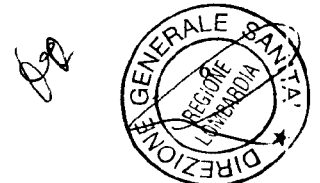
- la documentazione sanitaria rappresenta uno strumento fondamentale al servizio delle attività clinico-assistenziali e contribuisce alla tutela del paziente e dell’operato professionale;
- la Regione Lombardia - Direzione Generale Sanità - ha sempre promosso interventi e provvedimenti atti a migliorare la qualità della cartella clinica;

EVIDENZIATO che la cartella clinica:

- deve essere compilata correttamente, in conformità alla normativa vigente e al citato “*Manuale della Cartella Clinica – seconda edizione 2007*” e successivi aggiornamenti;
- deve consentire di desumere tutta la storia clinica del paziente, anche al fine di valutare l’appropriatezza delle cure apportate;
- deve contenere almeno gli elementi indicati nell’Allegato 3 “*Cartella clinica*” al presente provvedimento quale parte integrante;

RITENUTO che:

- la cartella clinica, ai fini della rimborsabilità dei relativi ricoveri a carico del SSR, debba contenere almeno gli elementi indicati nel predetto Allegato 3;
- i ricoveri effettuati a carico del SSR, le cui cartelle cliniche non contengano almeno gli elementi indicati nel citato Allegato 3, non siano rimborsabili in quanto non chiaramente





rappresentativi del percorso di cura del paziente;

STABILITO che i ricoveri effettuati a carico del SSR, le cui cartelle cliniche non contengano almeno gli elementi indicati nel citato Allegato 3, non sono rimborsabili in quanto non chiaramente rappresentativi del percorso di cura del paziente;

RICHIAMATI gli articoli 51 e 50 delle convenzioni vigenti rispettivamente con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta ed in particolare i commi 2 e 4 che prevedono che la richiesta di indagine, prestazione o visita specialista debba essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico e che lo specialista formuli esauriente risposta al quesito diagnostico formulato;

STABILITO che le prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritte da un MMG, PLS o specialista ospedaliero non corredate dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale in quanto in questi casi non vengono garantiti i minimi presupposti per la effettuazione appropriata delle prestazioni stesse;

VISTI:

- il D.P.R. 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;
- l'art. 12 della l.r. 31/1997 e successive modificazioni, relativo al processo di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- il comma 2 dell'art. 12 bis della l.r. 31/1997 e successive modificazioni, relativo all'assolvimento dei requisiti documentali;

RICHIAMATE:

- la DGR n. VII/3265 del 26 gennaio 2001 *“Ulteriori indicazioni in merito alle modalità di verifica degli standard e per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private previste dalla DGR 38133/98. (A seguito parere della Commissione Consiliare competente)”*;





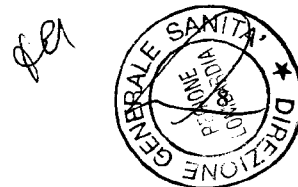
- la DGR n. VII/5127 del 15 giugno 2001 “*Ulteriori direttive in ordine all’attività di day hospital e day surgery rispetto alla DGR n. VI/34766 del 20.02.1998*”;

STABILITO quindi che una struttura di ricovero e cura con posti letto di degenza ordinaria, oltre a garantire le funzioni di Servizio di Medicina di Laboratorio e di Diagnostica per Immagini, utilizzando anche le modalità previste dalla DGR n. VII/3265/2001:

- deve disporre di un Direttore medico di presidio, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente;
- se nell’assetto organizzativo accreditato ha un DEA o un EAS o è provvista di più di 250 posti letto accreditati e a contratto o ha almeno 2 presidi deve disporre del direttore sanitario in analogia a quanto previsto dal decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni; il Direttore sanitario può svolgere anche le funzioni del Direttore medico di presidio se in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente;
- deve disporre di almeno un medico presente in ogni momento delle 24 ore della giornata;
- deve assicurare, anche attraverso convenzioni, accordi e contratti, le funzioni di sterilizzazione e di disinfezione e sanificazione degli ambienti e degli impianti ospedalieri;
- nel caso di strutture che non dispongano almeno di un Pronto Soccorso e di una U.O. di Anestesia e Rianimazione, deve aver formalizzato un accordo con una struttura di ricovero e cura dotata di PS, DEA-EAS per garantire nei tempi e nei modi appropriati il trattamento di eventuali complicanze e/o urgenze; la modulazione a livello territoriale di questo requisito sarà coordinata dall’AREU;

RITENUTO pertanto necessario esplicitare e integrare alcuni requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento relativi alle strutture di ricovero e cura ed alla attività di *Day Surgery*, così come indicato nell’ Allegato 4 “*Requisiti autorizzativi e di accreditamento*” al presente provvedimento quale parte integrante;

RITENUTO opportuno agevolare, in termini organizzativi, gestionali e funzionali, l’erogazione di servizi omogenei per quanto riguarda la complessità assistenziale, stabilendo le innovazioni organizzative riportate nell’Allegato 5 “*Innovazioni organizzative di accreditamento*” al presente provvedimento quale parte integrante;





RITENUTO necessario precisare le modalità di assolvimento relative ad alcuni requisiti autorizzativi e di accreditamento, secondo quanto riportato in Allegato 6 “*Modalità di assolvimento di alcuni requisiti autorizzativi e di accreditamento*” al presente provvedimento quale parte integrante;

PRESO ATTO che, nell'allegato 6 “*Modalità di assolvimento di alcuni requisiti autorizzativi e di accreditamento*”, della proposta di delibera n. 8503 del 26.11.2008 sono stati definiti in modo erroneo i requisiti di accreditamento OSDRS04 e OSDRG04;

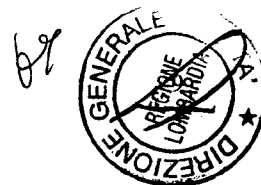
RITENUTO di ribadire i requisiti previsti dalla DGR VII/19883/2004 e di provvedere pertanto a riportare in modo corretto, nell'allegato 6 parte integrante della presente deliberazione, i requisiti OSDRS04 e OSDRG04;

RITENUTO inoltre, sempre al fine di incrementare il livello qualitativo, nonché i livelli di efficienza organizzativa/gestionale delle Strutture sanitarie operanti sul territorio regionale, di demandare a successivo provvedimento di Giunta, per la disciplina della verifica periodica su base quinquennale dei contratti in essere con le strutture accreditate in conformità con quanto stabilito nell'Allegato 7 “*Verifica periodica contratti*” al presente provvedimento quale parte integrante;

RICHIAMATA la DGR VIII/7856 del 30 luglio 2008 “*Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci, dispositivi biomedici e tecnologie diagnostico terapeutiche al fine del loro impiego nell'ambito del servizio sanitario regionale secondo gli indirizzi del PSSR e determinazioni conseguenti*”;

RITENUTO parimenti a quanto la sopraccitata DGR VIII/7856/2008 prevede a riguardo della facilitazione della diffusione nella pratica clinica delle tecnologie più efficaci, sicure ed efficienti, di implementare, in previsione dell'esercizio 2009 e seguenti, un percorso simile a riguardo della valutazione professionale della appropriatezza specifica delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale e del supporto, sempre professionale, per quanto riguarda la corretta individuazione di codifiche di prestazioni sanitarie per le quale sia difficoltoso individuare una modalità univoca e condivisa di rappresentazione;

RITENUTO inoltre di utilizzare, ai fini del corretto svolgimento delle presenti valutazioni, le modalità organizzate e gestionali del processo di valutazione già approvate dalla Giunta Regionale





con la DGR VIII/7856/2008, in conformità con quanto stabilito nell'Allegato 8 "Adeguatezza specifica delle prestazioni" al presente provvedimento quale parte integrante;

RICHIAMATE:

- la DGR n. VII/3312 del 2 febbraio 2001 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 12.08.1999 n. 15, relative alle attività svolte presso strutture pubbliche e private";
- la DGR n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008";

RITENUTO di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della D.G. Sanità;

RITENUTO inoltre che le disposizioni contenute nel presente atto entreranno in vigore dal 90° giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

ACQUISITO ai sensi dell'art. 4, comma 4, della l.r. 31/97 l'intesa con la competente Commissione Consiliare espressa nella seduta del 12.02.2009 che recita:

"la Commissione raccomanda alla Giunta Regionale di monitorare, in stretto rapporto con le organizzazioni degli operatori di settore, le fasi di esecuzione della deliberazione, al fine di modificare o integrare le disposizioni in essa contenute qualora si rilevino criticità operative, in particolare nella redazione della cartella clinica, con conseguenti disfunzioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Impegna, altresì la Giunta Regionale a svolgere una relazione, da presentare alla Commissione III entro la fine dell'anno 2009, sui risultati ottenuti a seguito della applicazione della deliberazione. Si raccomanda inoltre di valutare la possibilità di eliminare a pag. 13, punto 7 della delibera la frase ".....o mancanti di un esauriente risposta al quesito diagnostico prevalente" e di sostituire a pag.13, punto 6 della delibera e all'allegato 3 le parole "in quanto" con la parola "quando" in riferimento alla compilazione delle cartelle cliniche";

RITENUTO di accogliere la raccomandazione:

- > di monitorare, in stretto rapporto con le organizzazioni degli operatori di settore, le fasi di esecuzione della deliberazione, al fine di modificare o integrare le disposizioni in essa contenute qualora si rilevino criticità operative, in particolare nella redazione della cartella





- clinica, con conseguenti disfunzioni nell'erogazione delle prestazioni sanitari;
- di svolgere una relazione, da presentare alla Commissione III entro la fine dell'anno 2009, sui risultati ottenuti a seguito della applicazione della deliberazione;
 - di eliminare a pag. 13, punto 7 della delibera la frase “.....o mancanti di un esauriente risposta al quesito diagnostico prevalente”;

VAGLIATE e fatte proprie le suddette motivazioni;

All'unanimità dei voti espressi ai sensi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa

1. di divulgare, tramite pubblicazione sul sito internet della D.G. Sanità, alcuni dati relativi ai risultati delle attività di verifica, monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie così come riportato nell'Allegato 1 “*Pubblicazione in internet dei dati relativi ai controlli*”, parte integrante del presente atto;
2. di sancire l'obbligo in capo alle ASL di trasmettere con cadenza almeno trimestrale ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta, nel pieno rispetto della normativa vigente sulla privacy, dati relativi alle prestazioni sanitarie relative a ricoveri, assistenza ambulatoriale erogate ai loro assistiti, nonché agli esiti delle attività di controllo sulle suddette prestazioni e confermando le disposizioni in essere per il monitoraggio della spesa farmaceutica;
3. di approvare l'Allegato 2 “*Sanzioni amministrative*”, parte integrante della presente deliberazione, contenente disposizioni relative alle sanzioni amministrative;
4. di stabilire, in conformità ai principi contenuti nel Codice di Deontologia Medica del 16

bel





dicembre 2006, che i rapporti contrattuali tra medici e strutture sanitarie pubbliche o private debbano improntarsi a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficiente utilizzo delle risorse e non possano determinare, neppure in via indiretta, situazioni di conflitto di interessi, con riferimento ad aspetti sia economici che di beneficio per la progressione della qualifica e della carriera;

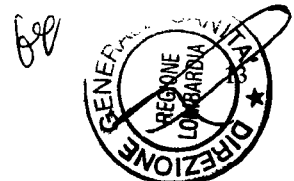
5. di stabilire che la cartella clinica, ai fini della rimborsabilità dei relativi ricoveri a carico del SSR, debba contenere almeno gli elementi indicati nell'Allegato 3 "Cartella clinica", parte integrante del presente atto;
6. di stabilire che i ricoveri effettuati a carico del SSR, le cui cartelle cliniche non contengano almeno gli elementi indicati nel citato Allegato 3, non siano rimborsabili in quanto non chiaramente rappresentativi del percorso di cura del paziente;
7. di stabilire che le prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritte da un MMG, PLS o specialista ospedaliero non corredate dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale in quanto in questi casi non vengono garantiti i minimi presupposti per la effettuazione appropriata delle prestazioni stesse;
8. di stabilire che una struttura di ricovero e cura con posti letto di degenza ordinaria, oltre a garantire le funzioni di Servizio di Medicina di Laboratorio e di Diagnostica per Immagini, utilizzando anche le modalità previste dalla DGR n. VII/3265/2001:
 - deve disporre di un direttore medico di presidio, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente;
 - se nell'assetto organizzativo accreditato ha un DEA o un EAS o è provvista di più di 250 posti letto accreditati e a contratto o ha almeno 2 presidi deve disporre del direttore sanitario in analogia a quanto previsto dal decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni; il Direttore sanitario può svolgere anche le funzioni del Direttore medico di presidio se in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente;
 - deve disporre di almeno un medico presente in ogni momento delle 24 ore della





giornata;

- deve assicurare, anche attraverso convenzioni, accordi e contratti, le funzioni di sterilizzazione e di disinfezione e sanificazione degli ambienti e degli impianti ospedalieri;
 - nel caso di strutture che non dispongano almeno di un Pronto Soccorso e di una U.O. di Anestesia e Rianimazione, deve aver formalizzato un accordo con una struttura di ricovero e cura dotata di PS, DEA-EAS per garantire nei tempi e nei modi appropriati il trattamento di eventuali complicanze e/o urgenze; la modulazione a livello territoriale di questo requisito sarà coordinata dall'AREU;
9. di esplicitare ed integrare alcuni requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento relativi alle strutture di ricovero e cura ed alla attività di *Day Surgery*, come indicato nell'Allegato 4 "*Requisiti autorizzativi e di accreditamento*", parte integrante del presente atto;
10. di stabilire le innovazioni organizzative riguardanti l'area della degenza riportate nell'Allegato 5 "*Innovazioni organizzative di accreditamento*", parte integrante del presente atto;
11. di precisare le modalità di assolvimento di alcuni requisiti autorizzativi e di accreditamento, secondo quanto riportato nell'Allegato 6, "*Modalità di assolvimento di alcuni requisiti autorizzativi di accreditamento*", parte integrante del presente atto;
12. di demandare a successivo provvedimento di Giunta la disciplina per la verifica periodica, su base quinquennale, dei contratti in essere con le strutture accreditate in conformità con quanto stabilito nell'Allegato 7 "*Verifica periodica contratti*", parte integrante del presente atto;
13. di approvare l'Allegato 8 "*Appropriatezza specifica delle prestazioni*", parte integrante della presente deliberazione, contenente indicazioni sulla appropriatezza specifica delle prestazioni;
14. di accogliere la raccomandazione espressa dalla competente Commissione Consiliare nella





seduta del 12.02.2009 :

- di monitorare, in stretto rapporto con le organizzazioni degli operatori di settore, le fasi di esecuzione della deliberazione, al fine di modificare o integrare le disposizioni in essa contenute qualora si rilevino criticità operative, in particolare nella redazione della cartella clinica, con conseguenti disfunzioni nell'erogazione delle prestazioni sanitari;
 - di svolgere una relazione, da presentare alla Commissione III entro la fine dell'anno 2009, sui risultati ottenuti a seguito della applicazione della deliberazione;
 - di eliminare a pag. 13, punto 7 della delibera la frase “.....o mancanti di un esauriente risposta al quesito diagnostico prevalente”
15. di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della D.G. Sanità;
16. di stabilire che le disposizioni contenute nel presente atto entreranno in vigore dal 90° giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

IL SEGRETARIO



Marco Piloni

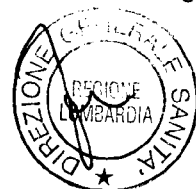


PUBBLICAZIONE IN INTERNET DEI DATI RELATIVI AI CONTROLLI

La Direzione Generale Sanità provvede a pubblicare con cadenza trimestrale sul proprio sito internet i risultati dell'attività svolta in tema di controllo, ed in particolare i seguenti dati:

- Tipologia campione soggetto a controllo
- Numero cartelle controllate
- Percentuale cartelle controllate/cartelle totali
- Numero strutture visitate
- Numero pratiche contestate
- Sanzioni irrogate
- Incidenza percentuale delle pratiche contestate sul totale delle cartelle controllate
- Differenza di valorizzazione sul totale delle cartelle contestate
- Incidenza percentuale della differenza di valorizzazione di cui al punto precedente rispetto alla valorizzazione totale delle prestazioni

Tali dati saranno pubblicati in forma aggregata per Azienda Sanitaria Locale e, al suo interno, per ogni soggetto erogatore.



Allegato 2

SANZIONI AMMINISTRATIVE

- I proventi derivanti da sanzioni amministrative irrogate in relazione alla attività di verifica, monitoraggio e controllo riguardante le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, il mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e le attività di competenza del dipartimento di prevenzione umana e veterinaria vengono lasciati in disponibilità alla ASL di provenienza, con il vincolo di destinazione per lo sviluppo delle stesse attività di prevenzione, verifica, monitoraggio e controllo;
- La Direzione Generale Sanità provvede alla istituzione di un flusso periodico trimestrale sulle sanzioni amministrative irrogate;



CARTELLA CLINICA

La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile. In tal senso si richiama quale standard di riferimento per la compilazione delle stesse il Manuale della Cartella Clinica – seconda edizione 2007 (approvato con D.D.G. Sanità n. 6911 del 26.06.2008) e successive modifiche e/o integrazioni.

In particolare le cartelle cliniche devono contenere almeno i seguenti dati leggibili:

- numero progressivo cartella clinica
- le generalità della persona assistita
- la struttura dove avviene il ricovero.
- la data e l'orario di ingresso e uscita del paziente
- nel caso di prestazioni di DH per ogni accesso devono essere presenti l'orario di entrata e di uscita ed il luogo dove vengono effettuate le prestazioni all'interno della struttura.
- la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) firmata dal medico responsabile (anche sigla)
- il motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1^ g. o nella documentazione di valutazione all'ingresso).
- l'anamnesi patologica prossima
- l'esame obiettivo all'ingresso firmato (anche sigla) e datato
- il diario medico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato (anche sigla)
- il diario infermieristico con annotazioni in tutte le giornate di degenza firmato (anche sigla)
- nel caso di ricoveri riabilitativi firmati dal medico responsabile il Progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI e pri)
- i referti relativi agli esami diagnostici effettuati durante il ricovero
- il consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario, all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche come previsto dalla normativa vigente
- dove necessaria, la documentazione riguardante l'attività svolta da professionisti sanitari non medici e non infermieri
- la documentazione/cartella anestesiologicala, riportante il monitoraggio intraoperatorio
- il registro operatorio con: la descrizione dell'intervento, l'identificazione degli operatori, la data e la durata dell'intervento
- la lettera di dimissione comprendente almeno la data di stesura, l'identificazione del medico redattore una sintesi descrittiva del decorso clinico, l'eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste.

I ricoveri erogati per conto del SSR le cui cartelle cliniche non corrispondono ai predetti requisiti non sono rimborsabili in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente.



REQUISITI AUTORIZZATIVI E DI ACCREDITAMENTO

Requisiti di accreditamento

I requisiti organizzativi generali richiesti per l'accREDITAMENTO delle strutture di ricovero e cura sono integrati con i seguenti:

- I rapporti contrattuali tra professionisti sanitari e strutture sanitarie pubbliche o private sono improntati a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficiente utilizzo delle risorse e non determinano, neppure in via indiretta, situazioni di conflitto di interesse, con riferimento ad aspetti sia economici che di beneficio per la progressione della qualifica e della carriera ?
- Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001 ?
- Esiste il Direttore Sanitario Aziendale, in analogia a quanto previsto dal decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, se la struttura è accreditata come DEA o EAS o è provvista di più di 250 posti letto accreditati e a contratto o se l'ente è costituito da almeno 2 presidi di ricovero e cura ?

Requisiti autorizzativi

I requisiti organizzativi generali richiesti per l'autorizzazione delle strutture di ricovero e cura sono integrati con i seguenti:

- Per le strutture di ricovero e cura è garantita la presenza di almeno un medico nelle ore non coperte dall'assolvimento dei requisiti specifici delle varie U.O. ?
- Esiste almeno un Direttore Medico di presidio congruente con le articolazioni e gli assetti organizzativi aziendali ?
- Esiste un accordo formalizzato con una struttura di ricovero e cura dotata di PS, DEA o EAS per garantire nei tempi e nei modi appropriati il trattamento di eventuali complicanze e/o urgenze (di pertinenza nei casi in cui la struttura non è dotata di PS e di una U.O. Anestesia e Rianimazione) ?



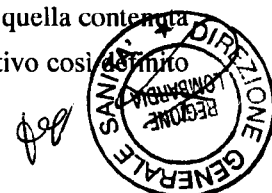
INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE DI ACCREDITAMENTO

Il percorso dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie di ricovero e cura compie nel 2008 un decennio di vita e fonda la sua consistenza sulle singole unità operative che ne costituiscono l'unità di misura di maggiore dettaglio in termini di assolvimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi. Nel corso dell'ultimo decennio ha avuto luogo, contestualmente al percorso dell'accreditamento, la riorganizzazione delle strutture ospedaliere secondo la logica del dipartimento inteso come modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Regionale. Il Dipartimento, favorendo il coordinamento dell'atto medico teso a gestire l'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico - assistenziali, costituisce l'ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare la misurazione degli esiti delle attività cliniche, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. I criteri di aggregazione delle unità operative e delle attività sono molteplici e non esiste una tassonomia univoca del modello dipartimentale. La DGR VII/14049 del 8 agosto 2003 ha provveduto a fissare dei riferimenti definendo le tipologie di dipartimenti come segue:

- **dipartimenti gestionali / strutturali**, caratterizzati dall'omogeneità, sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, delle unità operative di appartenenza (criterio centrato sulla attività sanitaria effettuata), viene inteso come aggregazione gestionale e fisica coinvolgendo unità con allocazione nella stessa area ospedaliera; ciò favorisce la gestione comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali; esempi di questo dipartimento possono essere delle aggregazioni per aree di degenza omogenea o di U.O. che hanno in comune la presa in carico dello stesso organo/apparato
- **dipartimenti funzionali**, aggregano unità operative non omogenee, interdisciplinari semplici e/o complesse, appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti gestionali/strutturali diversi, al fine di realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica (criterio centrato su obiettivi comuni da realizzare); esempio di questo dipartimento è il dipartimento di emergenza accettazione.

Al fine di rendere l'accreditamento delle strutture di ricovero e cura più congruente con gli assetti organizzativi che le stesse si sono date negli ultimi anni gli Enti devono, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente atto deliberativo sul BURL, ridefinire, nel contesto delle U.O. già accreditate e a parità di dotazione complessiva di letti di struttura, le afferenze dei posti letto ordinari e di day hospital/day surgery e riclassificare l'assetto accreditato a contratto così precisato congruente con l'organizzazione che per le Aziende Pubbliche è quella approvata con i POA e che per le strutture di diritto privato sarà quella contenuta in un atto organizzativo da predisporre a cura della direzione aziendale. L'assetto organizzativo così



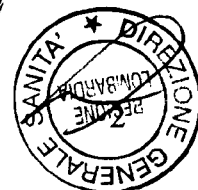
dovrà essere trasmesso alla ASL competente per territorio per l'acquisizione del parere obbligatorio espresso nel merito della sostenibilità logistica ed organizzativa della riorganizzazione proposta nonché del mantenimento della sicurezza dei servizi erogati. La stessa ASL provvede quindi ad inoltrare, entro 15 giorni dall'espressione del parere obbligatorio, l'assetto accreditato riclassificato ai competenti uffici della Direzione Generale Sanità. I requisiti di seguito elencati potranno essere assolti a livello di area/dipartimento, previo parere favorevole della ASL competente per territorio.

La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?*
Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere "utilities" per gli accompagnatori o visitatori?
Esiste un locale per visita e medicazioni?
Esiste un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta?
Esiste uno spazio per capo-sala?
Esiste un locale per i medici?
Esiste un locale per soggiorno?
Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
Esiste un locale per il deposito delle attrezzature?
Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il deposito del materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
Esiste una cucina di reparto?
Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?
Esiste uno spazio attesa per i visitatori?
Esiste un bagno assistito?
Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
Esiste un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
Si dispone di un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale?
Si dispone di un carrello per la gestione terapia?
Si dispone di un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?

* La verifica del requisito deve considerare almeno i seguenti criteri:

1. intensità assistenziale richiesta (minutaggio)
2. competenze ed adeguatezza tecnica degli operatori impiegati nell'area omogenea.

La possibilità di utilizzo di una unica équipe infermieristica si deve basare in modo prevalente sul possesso di "specifiche competenze" da parte del personale infermieristico. Risulta quindi evidente che non può essere applicato a UUOO in cui il contenuto professionale dell'attività assistenziale è molto diverso, ad esempio "anestesia e rianimazione" con "medicina generale". Di norma, il concetto di omogeneità può essere meglio applicato a UUOO afferenti alla medesima area (ad esempio chirurgica).



Il numero di posti letto di ogni Area / Dipartimento è equivalente alla somma dei posti letto di ogni U.O. facente parte dell'area. All'interno delle predette aree non sussiste più il limite minimo dei 10 p.l. per singola U.O.. L'uso flessibile dei posti letto è da intendersi limitato all'interno delle predette aree / dipartimenti. Nel rispetto del numero complessivo di posti letto della struttura resta salva la possibilità di variare l'utilizzo dei posti letto delle aree/dipartimenti fino ad una percentuale massima pari al 20% per i casi legati all'emergenza urgenza o per necessità oggettive di procedere ad una riduzione dei tempi di attesa relativi alle prestazioni sanitarie.



Allegato 6

MODALITA' DI ASSOLVIMENTO DI ALCUNI REQUISITI AUTORIZZATIVI E DI ACCREDITAMENTO

1. Il Direttore Sanitario di presidio, nelle strutture di ricovero e cura costituisce la figura di riferimento per l'assolvimento dei seguenti requisiti:

- *OGPAZ02: La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo?*
- *OGPRO01: In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali, è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche?*
- *OGPRO02: Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?*
- *OGPRO03a: Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili?*
- *OGPRO03b: Presso ogni unità organizzativa sono a disposizione protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, le procedure per il richiamo dei farmaci e dei dispositivi medici e prodotti diagnostici?*
- *OGPRO04 (relativamente alle attività sanitarie): La raccolta di regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo) sono confermate o aggiornate almeno ogni tre anni?*
- *OGPRO09: Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?*
- *OGPRO12: Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?*
- *OGPRO14: Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?*
- *OGSIN01 (relativamente alle attività sanitarie): Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di: sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda; fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati?*
- *OGSIN02 (relativamente alle attività sanitarie): La Direzione assicura: l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione; la struttura del sistema informativo; le modalità di raccolta; la diffusione ed utilizzo delle informazioni; la valutazione della qualità del dato; l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.?*
- *OGSIN03a (relativamente alle attività sanitarie): E' individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati?*
- *OGVQA01: Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle priorità individuate?*
- *OGVQA02: Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità?*

del



- *OGVQA03: Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno, o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale?*
- *OGVQA04: L'attività svolta per il/i progetto/i di valutazione e di verifica di qualità, è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (TAC, RMN, Angioplastiche, ecc.)?*
- *OGVQA08: Sono realizzate delle verifiche periodiche (almeno una a semestre) della completezza della documentazione sanitaria, dalle quali scaturisce una relazione opportunamente documentata e motivata?*
- *OGVQA09: Esistono almeno tre gruppi di miglioramento della qualità, di cui sia documentata l'attività svolta?*
- *OGVQA10: Esiste, almeno nel 20% delle unità operative, un sistema di indagini per la valutazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori, basato sulla distribuzione, raccolta ed elaborazione di questionari, reclami ed interviste in misura pari al 10% dei pazienti trattati nella singola U.O. in ogni semestre?*
- *OGVQA11: Esiste almeno un momento all'anno di comunicazione, rivolta sia all'esterno che all'interno della struttura, dei risultati raggiunti nel miglioramento della qualità, dimostrato da relazione documentata?*
- *OGVQA12: Esiste un elenco riepilogativo annuale, per settore (dipartimento, o area omogenea o unità operativa) delle azioni legali subite?*
- *OGVQA13: Esiste un atto di identificazione del responsabile della qualità aziendale?*

3. L'assolvimento dei seguenti requisiti:

- *OSDRM04: L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), garantita è di 100 min/paz/die? (Almeno un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i.)*
- *OSDRS04: L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), garantita è di 160 min/paz/die ? (Almeno un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i.)*
- *OSDRG04: L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), garantita è di 120 min/paz/die? (Da un minimo di un quarto, fino a un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i.)*

relativamente alla componente che riguarda le attività riabilitative, viene valutato come media giornaliera calcolata su base settimanale o su frazioni della stessa in funzione della durata della degenza.

L'assolvimento a livello medio giornaliero settimanale vale solo per i terapeuti, l'assistenza è pro/die come per tutte le altre U.O. Si tiene un conteggio separato per le figure professionali di tipo riabilitativo

4. Si ribadisce che nel caso di attività di Day Surgery il requisito del personale in sala operatoria, è da intendersi assolto con la presenza di almeno un chirurgo, un anestesista ed un infermiere professionale, come espresso nel requisito specifico di accreditamento OSDSU03 "Nell'arco delle ore di attività di day surgery è garantita la presenza di almeno un chirurgo, di un anestesista, e di un infermiere professionale?"



Allegato 7

VERIFICA PERIODICA CONTRATTI

Con successivo provvedimento di Giunta sarà disciplinata la verifica periodica su base quinquennale dei contratti in essere con le strutture accreditate.

Tale provvedimento, finalizzato prioritariamente a promuovere la qualità e la sicurezza delle prestazioni, dovrà essere elaborato avendo come riferimento i seguenti aspetti:

- le risultanze delle attività di controllo sui requisiti di accreditamento e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate;
- la valutazione della accessibilità delle strutture in termini di tempi di attesa;
- il contenzioso amministrativo in essere con le ASL e con l'amministrazione regionale inerente le regole di sistema;
- le valutazioni di qualità ed efficacia effettuate nei progetti regionali attivi al riguardo;
- le valutazioni della Customer Satisfaction;
- le valutazioni di coerenza rispetto all'efficienza tecnica e finanziaria.

L'esito anche parzialmente negativo, per singole unità operative e/o branche specialistiche, comporterà la revoca o sospensione anche solo temporanea e parziale, del contratto in vigore tra le strutture accreditate ed il servizio sanitario regionale.



APPROPRIATEZZA SPECIFICA DELLE PRESTAZIONI

Per la valutazione professionale della appropriatezza specifica delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale e per il supporto, sempre professionale, per quanto riguarda la corretta individuazione di codifiche di prestazioni sanitarie per le quale sia difficoltoso individuare una modalità univoca e condivisa di rappresentazione, si rende necessario il reperimento di figure professionali ad elevata competenza tecnica.

La Direzione Generale Sanità supportata dal Nucleo di valutazione delle priorità e dei conflitti di interesse di cui alla citata DGR VIII/7856, sulla base delle istanze e delle criticità rappresentate dal sistema delle ASL e dei soggetti erogatori, provvede a dare incarico ad alcuni professionisti, opportunamente selezionati, con il mandato di fornire, rispetto ai quesiti posti, risposte ed indicazioni clinicamente condivise ed in linea con le migliori e più aggiornate evidenze scientifiche.

A questo proposito il Nucleo di valutazione delle priorità e dei conflitti di interesse dovrà:

- definire le priorità nel merito delle questioni poste relativamente alla appropriatezza specifica delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale e della corretta individuazione di codifiche di prestazioni sanitarie per le quale sia difficoltoso individuare una modalità univoca e condivisa di rappresentazione;
- accertare preventivamente l'eventuale esistenza di conflitti di interesse specifici dei professionisti selezionati per predisporre i rapporti di valutazione a riguardo delle tematiche elencate al punto precedente.

La DG Sanità potrà avvalersi del Tavolo Tecnico Regionale per l'Appropriatezza in Medicina, così come sarà aggiornato sulla base delle previsioni della citata DGR VIII/7856, per validare le valutazioni effettuate dai professionisti selezionati e conseguentemente definirne le modalità più opportune ed efficaci di diffusione nel contesto del sistema sanitario regionale.

La DG Sanità provvederà inoltre con proprio atto a definire un elenco aggiornabile di esperti accreditati, selezionati per le principali branche specialistiche mediche e chirurgiche, i quali saranno chiamati ad effettuare le predette valutazioni.

La formazione di tale elenco di esperti dovrà avvenire attraverso un invito pubblico che sarà bandito a cura della DG Sanità e che avrà ampia diffusione attraverso specifici canali ufficiali e di comunicazione del settore sanitario.



Il compenso da erogare agli esperti selezionati ed accreditati per l'attività svolta e certificata a seguito della produzione dei rapporti di valutazione e di analisi è quello già previsto dalla DGR VIII/7856/2008. L'onere massimo complessivo per l'attuazione delle attività previste per l'anno 2009 troverà adeguata copertura finanziaria nell'ambito dell'approvazione della delibera di gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2009.

Le modalità organizzate e gestionali del processo di valutazione saranno quelle già approvate dalla Giunta Regionale con la DGR VIII/7856/2008.

