

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE

ASUR

N. 572/ASURDG DEL 16/07/2013

Oggetto: DGRM n. 919/2013 “Sperimentazione gestionale di Chirurgia Ambulatoriale extraospedaliera” – recepimento

IL DIRETTORE GENERALE

ASUR

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di recepire integralmente il contenuto della DGRM n. 919 del 17/06/2013 con la quale è stata avviata una sperimentazione gestionale di Chirurgia Ambulatoriale extraospedaliera;
2. di approvare il modello di convenzione che dovrà essere stipulata con i Legali Rappresentanti delle Strutture pubbliche o private autorizzate alla sperimentazione;
3. di dare atto che la sperimentazione, così come disposto dalla citato provvedimento avrà naturale scadenza il 31/12/2013 e potrà essere rinnovata solamente in seguito a proroga disposta a livello Regionale;
4. di nominare quale Responsabile Scientifico della sperimentazione medesima il Dr. Giorgio Caraffa, Direttore Sanitario Aziendale, cui viene delegata l'attività di individuazione, per ogni struttura, delle prestazioni da eseguire, la verifica del rispetto di quanto pattuito nell'atto convenzionale e della redazione della relazione finale in ordine agli aspetti gestionali, operativi e tecnico-professionali e di soddisfazione del paziente;
5. di dare atto che le convenzioni di cui al punto n. 2) saranno adeguate o, se necessario, ricontrattate, qualora sopraggiungano diverse disposizioni a livello regionale e/o nazionale;

6. di definire che la spesa massima per la presente sperimentazione in **€250.000,00** che verrà registrata al conto n. 0505060101 - Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica e verrà rimborsata dalla Regione Marche a seguito di puntuale rendicontazione delle spese sostenute;
7. di trasmettere il presente atto al Servizio Salute della Regione Marche;
8. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i., in quanto la predetta attività risulta assorbita dal disposto della DGRM 919/2013;
9. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

Ancona, sede legale ASUR

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Alberto Carelli)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Giorgio Caraffa)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dottor Piero Ciccarelli)

RAGIONERIA, BILANCIO e CONTROLLO DI GESTIONE:

Il sottoscritto attesta la copertura della spesa massima per la sperimentazione gestionale di chirurgia ambulatoriale ammontante ad **€ 250.000,00**, sul conto 0505060101 - Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica, che verrà rimborsata dalla Regione Marche, così come previsto dalla DGRM 919/2013, in seguito a puntuale rendicontazione delle spese sostenute.

Il Dirigente Bilancio
Dott. Alessandro Maccioni

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

Area Controllo Atti

Normativa di riferimento

- Legge Regionale n. 20 del 16/3/2000, ad oggetto: “Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private” e s.m.i. ;
- DGRM n. 1579 del 10/7/2001, ad oggetto: “ LR 20/2000 art. 6 – determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie - modifica della DGR 2200/2000”;
- DGRM n. 605 del 27/03/2002, ad oggetto: “ Sviluppo ed organizzazione delle attività di Day Surgery nella Regione Marche (sperimentazione elenco attività ambulatoriali e di day surgery)”;
- DGRM n. 100 del 12/02/2007, ad oggetto: “Requisiti minimi autorizzativi previsti per l'autorizzazione alla realizzazione delle Unità Autonome Dedicata alla Day Surgery extraospedaliera nella Regione Marche”;
- DGRM n. 858 del 25/5/2009, “Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale”.
- DGRM n. 1075 del 29/6/2009, “DGR 858/2009 "Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale" - Previsione di regolamento per l'applicazione nelle case di cura multispecialistiche della Regione Marche”.
- DGRM n. 1515 del 14/11/2011, “Allegato A al Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, "Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale" - Approvazione liste e definizione dei valori soglia di ammissibilità al ricovero ordinario ed a ciclo diurno delle prestazioni e delle relative tariffe ambulatoriali titolo”.
- DGRM n.1648 del 7/12/2011 “ Aggiornamento delle tariffe dei ricoveri ospedalieri per acuti: nuova valorizzazione dei DRG in regime di ricovero ordinario e di day hospital”.
- DGRM n. 61 del 23/1/2012 “Trasferimento del livello erogativo della prestazione oculistica di "Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche" dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale”.
- DGRM n. 1793 del 28/12/2012 “Approvazione documenti di indirizzo regionale relativi alla attività di chirurgia ambulatoriale - Integrazione D.G.R. n. 1515/2011 ”.
- D.L. n. 95 del 06/07/2012 convertito con modificazioni in L. n. 135 del 07/08/2012 “ Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario” (c.d. Spending Review);
- DGRM n. 1696 del 03/12/2012 “Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge del 7 agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini”.
- DGRM n. 478 del 03/04/2013. “Individuazione del numero di presidi ospedalieri per Area Vasta.
- DGRM n. 648 del 6/05/2013 che approvava la richiesta di parere alla competente Commissione Assembleare sullo schema di deliberazione “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche”.
- DGRM n. 735 del 20/05/13 “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012”

La Regione Marche con la legge Regionale n. 20 del 16/3/2000 e s.m.i. ha provveduto a disciplinare con il proprio manuale i requisiti di autorizzazione ed accreditamento di tipo organizzativo, strutturale e tecnologico generali e specifici. Tale manuale ha anche disciplinato la tipologia di prestazioni chirurgiche che possono essere svolte nei diversi sistemi assistenziali: ricovero ordinario e ambulatorio.

La continua innovazione tecnologica e la costante evoluzione delle conoscenze mediche hanno reso necessarie, nel tempo, integrazioni e modifiche come quelle apportate con la DGR n. 100 del 17 febbraio 2007 che ha normato, nella Regione Marche, i requisiti minimi autorizzativi per "l'autorizzazione alla realizzazione delle Unità Autonome dedicate di Day Surgery extraospedaliera".

A seguito della emanazione di norme nazionali, D.P.C.M. del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", sono stati identificati 43 DRG come "prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione". La Regione, con DGR 858/2009, ha provveduto a trasferire alcuni DRG "ad alto rischio di inappropriata", se erogati in regime di degenza ordinaria, in regime ambulatoriale. Contestualmente è stato indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità in regime ordinario.

Nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale, in coerenza con le recenti indicazioni ministeriali (D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 convertito in legge n. 135 del 7 agosto 2012), la Regione ha promosso atti volti a razionalizzare la rete ospedaliera con la ridefinizione dei presidi ospedalieri (DGRM n. 478/2013) e con la riconversione dei piccoli ospedali come previsto dalla DGR 1696 del 03/12/2012, dalla DGRM n. 648 del 6/05/2013 e dalla DGRM 735 del 20/05/13.

Contestualmente con le DGRM n. 1515/2011 e n. 1793/2012 sono state dettate le indicazioni necessarie a promuovere il progressivo passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale in coerenza con quanto previsto nel Patto per la Salute 2010-2012, che indica le prestazioni ad alto rischio di inappropriata, se eseguite in regime di Day Surgery, e che devono essere trasferite in regime ambulatoriale.

La trasferibilità della casistica trattata in regime ordinario verso forme di assistenza meno intensive e dispendiose è, infatti, influenzata da aspetti clinici (severità, compresenza di altre malattie, livello di autosufficienza) e da aspetti socio-demografici (condizione familiare, supporto di caregivers, età avanzata, livello di istruzione); questi fattori sono in grado di condizionare l'adesione ai trattamenti, l'efficacia dell'assistenza, l'assorbimento di risorse assistenziali, la durata delle degenze e, in ultima analisi, il ricorso a modalità assistenziali più intensive.

Grazie alla progressiva evoluzione delle tecnologie e conoscenze scientifiche ed in coerenza con la riorganizzazione dell'offerta in corso nella nostra regione, la Regione ha inteso, proprio con l'adozione della DGRM n.919 del 17/06/2013, avviare una sperimentazione collocando alcune prestazioni di chirurgia ambulatoriale non solo in ambulatori ospedalieri ma anche presso ambulatori extraospedalieri a patto che vengano garantiti requisiti assistenziali che pongono in sicurezza il paziente.

Inoltre si considera che possa essere elevato il recupero di mobilità passiva ed incentivata la mobilità attiva per prestazioni diagnostiche e chirurgiche che ad oggi continuano ad essere erogate in modalità inappropriate, cioè all'interno di strutture di ricovero anche nell'ambito della mobilità passiva e per le

quali non esistono ad oggi nella nostra regione requisiti strutturali, organizzativi e professionali capaci di dare risposta alle necessità assistenziali.

Riconvertendo i piccoli ospedali in “Casa della Salute”, invero, la Regione ha inteso ridurre il numero dei posti letto (3,7 per mille abitanti), in coerenza cioè con quanto previsto dalla “spending review” ma, contemporaneamente, per continuare a garantire formule assistenziali qualitativamente adeguate ed in regimi assistenziali prossimi ai cittadini si è dato avvio ad alcune attività di riorganizzazione delle strutture, ovvero, come nel caso di specie, ad avviare delle sperimentazioni attraverso le quali si tende a delocalizzare il paziente, dove vi siano i requisiti, dall’ambiente ospedaliero in strutture come le “Case della Salute” o privati accreditati munite di idonei requisiti strutturali, tecnici e di personale..

Con la sperimentazione oggetto del presente provvedimento, in particolare, si prevede che erogatori pubblici e privati possano, per le prestazioni di bassa complessità, attivarsi per dare risposta ai cittadini in ambiente ambulatoriale extraospedaliero. Inoltre si dettano regole per i requisiti assistenziali e le modalità assistenziale che consentano di assistere in sicurezza i cittadini vicini alle loro case evitando di spostarli verso gli ospedali di rete ma favorendo lo spostamento di professionisti.

Premesso che ad oggi, non esiste a livello nazionale e nelle diverse regioni una definizione condivisa di “Chirurgia ambulatoriale” e che nella proposta di schema di DPCM 2006 “*Livelli essenziali di assistenza per l’esercizio delle attività di Chirurgia Ambulatoriale e di altre prestazioni ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, di Day surgery limitatamente ai presidi autonomi extraospedalieri -ai sensi dell’art 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289*” (documento, mai approvato, depositato presso la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni) si definiva la Chirurgia ambulatoriale come “il complesso di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero, in anestesia locale e/o sedo-analgesia (fino al II grado della scala di sedazione, escludendo cioè la sedazione profonda), o anche in anestesia regionale periferica, su pazienti accuratamente selezionati”.

Con DGR n 1793 del 28/12/2012, la Regione Marche ha adottato un documento di indirizzo “Criteri per l’attività chirurgica di chirurgia ambulatoriale” i criteri individuati con tale atto saranno applicati alla presente sperimentazione.

Pertanto la presente sperimentazione gestionale ha l’obiettivo di effettuare “interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero, in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione), su pazienti accuratamente selezionati”.

La Regione medesima ha quindi individuato quali requisiti delle strutture ambulatoriali extraospedaliere gli stessi già previsti nella DGR 100 ad eccezione di alcuni requisiti che non si rendono necessari, poiché il livello assistenziale è meno invasivo, queste tipologie di interventi sono stati individuati dalla Regione Marche nell’elenco di seguito riportato:

CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)

08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE
13.41	FACOEMULSIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fahico)
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
14.75	INIZIONE INTRAVITRIALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE
38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE
38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA
81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO
81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE.
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RETE, URETERE E/O VESCICA.

Le citate prestazioni sono, tra l'atro le medesime già individuate nel Patto per la Salute ad alto rischio di non appropriatezza e per le quali non si ritiene necessario il ricorso all'anestesia generale.

L'obiettivo che la Regione si prefigge con la presente sperimentazione è di verificare la fattibilità di realizzare presso ambulatori extraospedalieri, interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e semi-invasive senza ricovero, in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione), su pazienti accuratamente selezionati.

Per tale motivo è stato disposto che verranno escluse dalla sperimentazione medesima tutte le strutture pubbliche e private in cui sono attivi posti letto per acuti e/o di Dey-surgery ospedaliera ed extra-ospedaliera.

Iter Amministrativo di attuazione della sperimentazione

Così come previsto dalla DGRM n.919/2013 le strutture pubbliche o private che intendano candidarsi e/o partecipare alla sperimentazione dovranno inviare le loro richieste, utilizzando il format allegato alla citata delibera, all'ASUR e alla PF Autorizzazione ed accreditamento del Servizio Sanità che effettuerà, quest'ultima, le necessarie verifiche del rispetto dei requisiti richiesti nel bando.

Nel momento in cui la PF Autorizzazione ed accreditamento del Servizio Sanità avrà comunicato all'ASUR Marche l'avvenuto espletamento, con esito positivo, delle necessarie verifiche sul possesso dei requisiti desunti dal format compilato e da quanto risultante dalle autorizzazioni già effettuate e/o secondo i risultati della visita effettuata presso la struttura, la stessa Azienda, nella persona del Direttore Sanitario, Dr. Giorgio Caraffa, procederà alla definizione dei piani delle prestazioni. Sulla base delle necessità sanitarie rappresentate dalle Aree Vaste cui incidono le strutture che hanno chiesto di partecipare alla sperimentazione ed analizzando i dati di mobilità, invero, l'ASUR procederà a commissionare alle singole strutture sia la tipologia che la quantità di prestazioni da effettuare, comunque, nel limite economico rimborsabile dalla Regione pari ad € 250.000,00.

Stabilite le necessità sanitarie e verificato che sino stati adottati specifici protocolli con d'intesa con la struttura ospedaliera più vicina per garantire l'attivazione del Pronto soccorso in caso di necessità di interventi in emergenza urgenza, procederà al convenzionamento secondo lo schema allegato.

Al termine del periodo di sperimentazione fissato per tutti al 31/12/2013 sarà quindi predisposta una relazione finale che analizzi gli aspetti gestionali, operativi e tecnico-professionali, con particolare riguardo al rischio operatorio effettuato nelle sedi oggetto di sperimentazioni (attraverso la rilevazione degli eventi sentinella di cui alla DGRM n.919/2013) nonché le risultanze economiche dell'attività effettuata.

La Direzione Sanitaria, nel caso in cui né ravvisasse la necessità, potrà interrompere e/o sospendere e/o revocare la sperimentazione relativamente ad una o più strutture precedentemente autorizzate con il semplice invio di una missiva con ricevuta di ritorno.

La spesa complessiva derivante dalla sperimentazione di cui al presente atto sarà retribuita secondo le tariffe specificate nella convenzione allegata;

Esito dell'istruttoria:

1. di prendere atto della DGRM n. 919 del 17/06/2013 con la quale è stata avviata una sperimentazione gestionale di Chirurgia Ambulatoriale extraospedaliera;
2. di approvare il modello di convenzione che dovrà essere stipulata con i Legali Rappresentanti delle Strutture pubbliche o private autorizzate alla sperimentazione;
3. di dare atto che la sperimentazione, così come disposto dalla citata DGRM, avrà durata di mesi 6, dal 01/07/2013 al 31/12/2013 e potrà essere rinnovata solamente in seguito a proroga disposta a livello Regionale;
4. di nominare quale Responsabile Scientifico della sperimentazione medesima il Dr. Giorgio Caraffa, Direttore Sanitario Aziendale, cui viene delegata l'attività di individuazione, per ogni struttura, delle prestazioni da eseguire, la verifica del rispetto di quanto pattuito nell'atto convenzionale e della redazione della relazione finale in ordine agli aspetti gestionali, operativi e tecnico-professionali e di soddisfazione del paziente;
5. di dare atto che gli accordi di cui sopra saranno adeguati o se necessario ricontrattati, qualora sopraggiungano diverse disposizioni a livello regionale e/o nazionale;

6. di definire che il tetto massimo di spesa per la sperimentazione gestionale di Chirurgia Ambulatoriale extraospedaliera di cui alla DGRM 919/2013 ammonta ad € 250.000,00 (iva compresa) che verrà registrata al conto n. 0505060101 - Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica e rimborsata dall'ente Regionale in seguito a puntuale rendicontazione;
7. di trasmettere il presente atto al Servizio Salute della Regione Marche;
8. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i., in quanto la predetta attività risulta assorbita dal disposto della DGRM 919/2013;
9. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

Il Responsabile del Procedimento

Dott.ssa Paola D'Eugenio

- ALLEGATI -

- 1) Modello di convenzione;