

## Allegato 5 – Flussi informativi

Progetto	Riferimento	Adempimento	Obiettivo
Tessera sanitaria	comma 11 dell'art.50 del decreto legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.328	Validazione assistiti rispetto ai residenti ISTAT	passare dall'attuale 88% (rilevazione di fine 2007) di assistiti parificati al 97% entro aprile 2008
""	""	Anagrafica medici prescrittori	aggiornamento periodico
""	""	Processi di acquisizione, trasferimento e memorizzazione delle informazioni sanitarie relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	trasmissione delle ricette entro il 10 del mese successivo
""	""	Anagrafica strutture specialistiche	aggiornamento periodico
""	""	Anagrafiche farmacie	aggiornamento periodico
""	""	Assegnazione ricettari ai medici	azzerare l'incompletezza del dato registrato (81,26% di fine 2007)
""	""	Registrazione stranieri temporaneamente presenti	aggiornamento periodico
""	""	Processi di acquisizione, trasferimento e memorizzazione delle informazioni sanitarie relative alle prestazioni di farmaceutica	aggiornamento periodico
""	""	Registrazione assistiti esenti	aggiornamento periodico
""	""	Processo di identificazione certa del soggetto fruitore delle prestazioni sanitarie erogate (tramite tessera sanitaria)	

Progetto	Riferimento	Adempimento	Obiettivo
Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto	Decreto del Ministro della Salute del 31/7/2007	Trasmissione di dati aggregati con indicazione del canale di erogazione, periodo di riferimento, costo d'acquisto e costo del servizio (FASE 1)	Trasmissione mensile a partire da ottobre 2007
""	""	Trasmissione di dati relativi a medicinale, costo d'acquisto, costo del servizio (FASE 2)	Trasmissione mensile a partire da gennaio 2008
""	""	Trasmissione di dati relativi a prescrittore, assistito, tipo contatto (FASE 3)	Trasmissione mensile a partire da gennaio 2009
Tessera sanitaria	decreto attuativo dell'articolo 1, comma 810, lettera c) della legge 27/12/2006 n.298	trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'Economia e delle finanze e delle certificazioni di malattie all'Inps da parte dei medici curanti	

## **Allegato 6 – Linee guida controlli 10% cartelle cliniche**

Il tema dell'appropriatezza ha assunto un ruolo centrale a seguito delle riforme degli anni novanta e della introduzione della modalità di remunerazione a tariffa che ha in sé, quale effetto indesiderato il rischio di comportamenti opportunistici da parte delle aziende erogatrici di prestazioni sanitarie. Un sistema di controlli, pertanto, diviene uno degli strumenti fondamentali per minimizzare il rischio e fornire elementi di valutazione alla programmazione regionale. L'introduzione dei LEA nel SSN ha sempre più spostato l'attenzione dei controlli sul concetto di appropriatezza organizzativa intesa come livello assistenziale nel quale collocare un determinato caso diagnostico o terapeutico.

La definizione di ricovero inappropriato passa, quindi, attraverso quelle prestazioni erogate ad un livello assistenziale più intensivo di quello necessario. Allo stato attuale il criterio per individuare tale sottoinsieme di ricoveri consiste nell'individuare a priori un gruppo di DRG che, in condizioni normali, si ritiene dovrebbero essere trattati in regime assistenziali più semplici rispetto a quello del ricovero ordinario e che di norma si fa coincidere con i 43 DRG elencati nel DPCM 29/11/01. Un superamento di tale sistema che rischia di escludere dall'assistenza in regime di ricovero ordinario pazienti bisognosi per gravità o severità di patologie comprese in una classe di DRG a rischio di inappropriata è rappresentato dalla classificazione dei ricoveri isoseverità (APR-DRG) piuttosto che isorisorse (DRG).

L'adozione e la sperimentazione di tale sistema finalizzato al controllo dell'appropriatezza necessita di un approccio graduale e di apposita formazione del personale e quindi in considerazione del fatto che il sistema APR-DRG è fortemente condizionato, nei suoi risultati, da una corretta codifica delle variabili cliniche della SDO, la Regione Basilicata adotta, nel breve periodo, un protocollo operativo di controllo sulle corrette codifiche delle SDO ed in particolare della rappresentazione dei contenuti della cartella clinica codificati attraverso il sistema di classificazione ICD9-CM e secondo le linee guida nazionali e regionali.

In particolare il sistema dei controlli viene articolato su due livelli:

1. controlli interni da parte delle strutture erogatrici;
2. controlli esterni esercitati dal gruppo di lavoro SDO regionale sulle strutture erogatrici e finalizzato sia alla valutazione dell'attività di controllo interno sia alla valutazione di situazioni anomale rispetto a standard regionali o in una ottica di benchmarking.

Il controllo è orientato alla valutazione e verifica delle attività di compilazione dei documenti sanitari e codifica delle variabili sanitarie e amministrative contenute nella SDO e avviene tramite controlli analitici campionari delle SDO e cartelle cliniche.

Gli obiettivi dei controlli analitici sono:

1. verifica della corretta compilazione delle variabili cliniche e congruenza tra quanto registrato nell'archivio nosologico, riportato e codificato nella SDO, e quanto documentato nella cartella clinica. Di non minore importanza in questi controlli la verifica della correttezza dei dati anagrafici registrati e la corrispondenza della documentazione presente nella cartella clinica.
  - Si controllano tutte le cartelle cliniche, estratte dall'archivio SDO, relative ai DRG anomali 469 e 470, atipici 468, 476 e 477 e il DRG 461;
  - DRG relativi a neonati patologici, a campione, per valutare la correttezza della codifica di diagnosi secondarie complicanti nella SDO.
  - DRG complicati (ordinari e DH) a campione per accertare l'effettiva presenza di codiagnosi e/o copatologie complicanti il ricovero.

- A questi controlli mirati se ne aggiungono altri estratti random con la medesima finalità di valutare sovra e/o sottocodifiche.
- 2. valutare l'utilizzo appropriato del regime assistenziale e di verifica dell'eventuale presenza di comportamenti opportunistici.
  - Si controlla un campione di ricoveri ordinari, medici con degenza di 2 giorni (2 notti) si escludono:
    - I ricoveri urgenti;
    - I pazienti deceduti;
    - I pazienti con dimissione volontaria;
    - I DRG 410, 409, 492;
    - I ricoveri con codice V641 o V 643;
  - I ricoveri LEA erogati in regime ordinario;
  - I ricoveri ripetuti entro 30 gg. nello stesso ospedale nella stessa MDC si escludono:
    - I ricoveri urgenti;
    - I dimessi volontari;
    - I DRG 409, 410, 492;
    - I DRG 433, 434, 435;
    - I DRG psichiatrici 424, 425, 426, 428, 429, 430, 431, 432;
    - I ricoveri di pazienti con V 461 o V463.

I criteri di campionamento e la consistenza numerica saranno decisi nell'ambito di una apposita riunione con il gruppo di lavoro SDO. Le schede selezionate da sottoporre a verifiche saranno trasmesse con apposita nota alle strutture eroganti che provvederanno a ciò con personale appositamente individuato. Sarà cura della direzione sanitaria aziendale trasmettere a livello regionale un verbale delle avvenute verifiche e delle risultanze. Nel merito degli eventuali abbattimenti tariffari su ricoveri ritenuti incongrui si pronuncerà il gruppo di lavoro SDO.

### **Allegato 7 – Piano di implementazione del progetto LUMIR**

Si procederà all'implementazione del Progetto LuMiR, di cui alla sezione E 2, secondo condivisioni acquisite nel Tavolo Strategico di Sanità Elettronica (D.G.R. 795/09 Legge N.12 dell'1.7.2008 ART.5 C.5.- integrazione della Dgr n. 1776/2008 - strumenti di raccordo e coordinamento per la progressiva unificazione delle procedure ed istituti delle Aziende Sanitarie Locali) e nell'ambito degli indirizzi definiti dalla Direzione Generale del Dipartimento Salute a cui si delega la definizione di specifici provvedimenti collegati alle applicazioni del Sistema LuMiR

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

*C. Fantaro*

IL PRESIDENTE

*[Signature]*

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 14 - 4 - 10  
al Dipartimento interessato ☒ al Consiglio regionale ☐

L'IMPIEGATO ADDETTO

*F. Luongo*