



DELIBERAZIONE N° VIII / 002471 Seduta del 11 MAG. 2006

Presidente ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

VIVIANA BECCALOSSI Vice Presidente	ROMANO COLOZZI
GIAN CARLO ABELLI	MASSIMO CORSARO
ETTORE ALBERTONI	ALBERTO GUGLIELMO
MAURIZIO BERNARDO	ALESSANDRO MONETA
DAVIDE BONI	FRANCO NICOLI CRISTIANI
GIANPIETRO BORGHINI	LIONELLO MARCO PAGNONCELLI
MASSIMO BUSCEMI	PIER GIANNI PROSPERINI
ALESSANDRO CÈ	DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario *Anna Bonomo*

Su proposta dell'Assessore alla Sanità Alessandro Cè

Oggetto

AUTORIZZAZIONE ALLE STRUTTURE CHE HANNO PRESENTATO
RICHIESTA PER L'ATTUAZIONE SPERIMENTALE DEI DUE MODELLI DI
GESTIONE INNOVATIVA IN AMBITO CARDIOLOGICO AI SENSI DELLA
D.G.R. N. VII/20592 DEL 2005

Il Dirigente

Luciano Bresciani
Luciano Bresciani - UO Programmazione e sviluppo piani

Il Direttore Generale

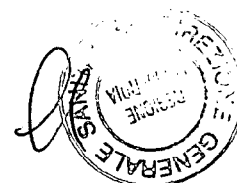
Carlo Lucchina
Carlo Lucchina

L'atto si compone di 28 pagine
di cui 21 pagine di allegati,
parte integrante.



PREMESSO che:

- la d.g.r. n. VII/10969 del 4.11.2002 ad oggetto “Approvazione degli schemi di convenzione con il Ministero della Salute (selezione progetti 2002) relativi ai programmi di ricerca sanitaria finalizzata in attuazione dell’articolo 12 e 12 bis del d.lgs. n. 502/92, e s.m.i.” ha approvato, tra l’altro, il Progetto CRITERIA volto a sperimentare due modelli innovativi per gestire al domicilio pazienti cardiopatici fra cui una “Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per n. 300 pazienti cronici affetti da scompenso cardiaco cronico, medio e grave, per una durata di sei mesi” ed una “Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post-cardiochirurgica” per 200 pazienti. Tale progetto è stato concluso in data 15.12.2005;
- la d.g.r. n. VII/18228 del 19.7.2004 ad oggetto “Programma di <Riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza sanitaria nella città di Milano - ex art. 71 l. 23.12.1998, n. 448> – Piano Urbano. Secondo riallineamento del programma e determinazioni sulla sua attuazione” ed in particolare il punto 4. del dispositivo che assegna all’AO ICP, quale soggetto attuatore la realizzazione di parte del sottoprogetto n. 2 “Le cure intermedie tra ospedale e territorio nella città di Milano”;
- la d.g.r. n. VII/19768 del 10.12.2004 ad oggetto “Schema di convenzione tra il Ministero della Salute e la Regione Lombardia per lo svolgimento del progetto <TELEMACO – TELEMedicina Ai piccoli Comuni lombardi> nell’ambito della nuova programmazione per i “servizi di telemedicina” nel contesto della l.r. n. 11/2004 “Misure di sostegno a favore dei piccoli comuni della Lombardia” che consiste nell’utilizzo dei servizi di telemedicina ed Information Communication Technology (ICT) per garantire una continuità di cura qualificata per attuare un modello di assistenza innovativa adeguato ad aree disagiate (piccoli comuni in aree montane della Lombardia);
- VII/20105 del 23.12.2004 “Schemi di convenzione con il Ministero della Salute (selezione progetti 2004) relativi ai programmi di ricerca sanitaria finalizzata in attuazione degli articoli 12 e 12 bis del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i.,” che ha approvato, tra l’altro, il Progetto RADICI che ha come obiettivo la modellizzazione di una rete per l'erogazione di servizi sanitari secondo livelli decrescenti di intensità di diagnosi e cura, basata sulla qualificazione delle strutture ospedaliere ed il potenziamento della medicina sul territorio, applicando percorsi-tipo che diano una risposta a rete, efficiente ed appropriata, alla domanda di assistenza e prevenzione, nonché la definizione di una tariffazione sperimentale per i percorsi-tipo a diversa intensità di diagnosi e cura che verranno identificati;
- la d.g.r. n. VII/20592 dell’11.2.2005 “Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura” c.d. (Piano Cardiocerebrovascolare) alla “Parte 3^a - Le azioni” prevede “Modelli di gestione integrata della fase post acuta e cronica: rispettivamente, ospedalizzazione a domicilio e telesorveglianza sanitaria domiciliare” quali servizi per la gestione domiciliare di pazienti in riabilitazione post cardiochirurgia e di pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave;





- la d.g.r. n. VIII/1996 del 22.2.2006 “Preso d'atto della comunicazione dell'Assessore Cè e dell'Assessore Abelli avente ad oggetto: <Piano socio sanitario regionale 2006-2008>”;

RICHIAMATA la d.g.r. n. VIII/1375 del 14.12.2005 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2006”, ed in particolare l’allegato 3 “Progetti innovativi per l’applicazione della d.g.r. 11/2/2005, n. VII/20592 – Interventi per la prevenzione, la diagnosi e la cura della patologia cardiocerebrovascolare” che ha dato la possibilità alle strutture sanitarie lombarde di attuare, con modalità sperimentale, i due modelli di gestione innovativa in ambito cardiologico, così come segnalati nel Piano cardiocerebrovascolare;

CONSIDERATO che con nota n. H1.2006.2472 del 18.1.2006 “Indicazioni relative all’applicazione della d.g.r. 14.12.2005 n. VIII/1375 <Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2006>” la DG Sanità ha fornito alle Aziende sanitarie lombarde le indicazioni relative alla modalità di presentazione delle domande di riconoscimento di detta sperimentazione con scadenza al 31.1.2006;

VISTE le n. 44 domande presentate dalle aziende sanitarie lombarde in relazione ai due percorsi proposti:

1. “Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativo postcardiochirurgico” per cui è prevista la temporanea trasformazione di posti letto di degenza ordinaria con l’ospedalizzazione a domicilio;
2. “Percorso di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave”;

RITENUTO di applicare i seguenti criteri per la valutazione complessiva delle domande relative ai due percorsi:

- completezza delle risposte fornite;
- contenuto della documentazione, se allegata;
- coerenza della tipologia di servizio con gli indirizzi regionali;
- numero dei pazienti e localizzazione territoriale;

VISTE le domande inoltrate per il “Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativo postcardiochirurgico” e constatato che la temporanea trasformazione di posti letto ha dato luogo a differenti modalità di conteggio, si è provveduto a sanare tale difformità secondo quanto più precisamente formulato nell’allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, che contiene anche le indicazioni operative per l’attuazione del percorso e la motivazione di esclusione per un diverso percorso presentato da una struttura;

VALUTATE le n. 6 richieste presentate da n. 5 aziende sanitarie lombarde per il percorso di cui al punto precedente, secondo i criteri summenzionati;





RITENUTO pertanto di autorizzare, per l'anno 2006, n. 5 strutture, per un totale di 285 pazienti, con le condizioni e le indicazioni formulate, sia nella circolare sopra indicata che nell'allegato 1 che riporta il dettaglio relativo ai singoli Enti;

VISTE le richieste pervenute per il "Percorso di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave che riguardano n. 36 strutture con il coinvolgimento di n. 38 Presidi. In tale numero sono comprese anche le strutture che hanno presentato la richiesta oltre il termine indicato, non perentorio, in quanto strutture qualificate nell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico, prevalentemente distribuite sul territorio regionale e con un limitato numero di pazienti da coinvolgere, ritenendo che, trattandosi di una sperimentazione, fosse meglio privilegiare la disponibilità a partecipare all'iniziativa regionale;

VALUTATE le singole richieste presentate per il percorso qui sopra citato, secondo i criteri sopra richiamati;

RITENUTO di autorizzare, per l'anno 2006, n. 31 strutture/presidi (per un totale di n. 1.485 pazienti) di cui circa n. 150 saranno però finanziati nell'ambito del progetto TELEMACO, così come riepilogate nell'allegato 2, parte integrante del presente provvedimento, che contiene le indicazioni operative per l'attuazione di questo percorso integrando quelle previste nella circolare sopra richiamata;

PRECISATO che si provvederà, in accordo con le ASL di riferimento, ad una verifica di approfondimento con le n. 7 strutture che hanno proposto altre tipologie di progetti, differenti per durata e con richiesta di un diverso tipo di finanziamento; per tali strutture, singolarmente indicate nell'allegato 3, solo un preciso chiarimento ed impegno potrà far avviare la sperimentazione, anche a motivo del significativo numero di pazienti che alcune di esse intendono arruolare;

CONFERMATO che l'autorizzazione ad attivare i percorsi è da considerarsi valida a partire dall'1.2.2006 per le strutture già partecipanti al progetto CRITERIA per quelle coinvolte nel Piano Urbano (limitatamente ai pazienti non residenti nella città di Milano), così come precisamente indicato rispettivamente negli allegati 1 e 2, in relazione al percorso di riferimento;

SOTTOLINEATO che tutte le strutture autorizzate al "Percorso di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave" saranno chiamate a far parte di un "Gruppo di lavoro" propedeutico alla definizione di un network regionale per tale patologia e che sarà favorito un travaso di esperienza fra chi già opera sul percorso e chi si accinge ad iniziarlo, con l'obiettivo di facilitare l'avvio della fase di sperimentazione e concordare la reportistica in un contesto sperimentale con elevato utilizzo di tecnologie ICT, valorizzando l'infrastruttura del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS);





RITENUTO pertanto di dare mandato al Direttore Generale della DG Sanità di costituire un “Gruppo di lavoro” per la definizione di un network regionale per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave;

CONSIDERATO inoltre che sarà necessario definire, organizzare, gestire e controllare le modalità di scambio delle informazioni cliniche ed amministrative che verranno raccolte per le strutture dai diversi “centri servizi” che consentiranno alle stesse lo svolgimento delle attività di monitoraggio remoto dei pazienti;

VALUTATO che tale raccordo tecnologico e di controllo dei percorsi potrà essere attuato valorizzando l’esperienza del progetto CRITERIA, che, per quanto riguarda la raccolta e la distribuzione delle informazioni, è in sintonia con altri progetti in atto a livello regionale in cui il ruolo di manager di progetto è svolto dal CEFRIEL S. cons. r.l. - Ict center of excellence for research, innovation, education and industrial labs partnership;

DATO ATTO che è attualmente in vigore la convenzione biennale tra la Regione Lombardia ed il CEFRIEL - sottoscritta in data 6.6.2005 - per l’attuazione del progetto RADICI nell’ambito del quale il CEFRIEL risulta soggetto attuatore con responsabilità attuativa dell’intera attività affidata dal Ministero alla Regione Lombardia;

RITENUTO pertanto

- di affidare al CEFRIEL l’incarico di strutturare una modalità di raccolta e successiva messa in rete delle informazioni che consenta alla Regione, alle strutture ed anche ai clinici, di monitorare sistematicamente lo svolgimento della sperimentazione;
- di approvare l’estensione della convenzione in vigore con il CEFRIEL per l’attuazione del progetto RADICI per un importo massimo di € 90.000,00 che troverà copertura al capitolo di spesa 5.1.5.2.258.5474 del bilancio per l’esercizio 2006;
- di rimandare a successivo provvedimento l’assunzione degli impegni relativi all’estensione della convenzione in oggetto;

DATO ATTO che le risorse necessarie per le attività sperimentali individuate ammontano ad un tetto massimo, per l’anno 2006, pari ad € 1.250.000,00 e che le stesse:

- sono state previste nell’ambito della d.g.r. n. VII/20592/2005 sopra citata a valere sulle risorse del Piano Cardiocerebrovascolare (quota parte di € 5 milioni per l’attuazione del Piano);
- sono state previste dall’allegato 3 della d.g.r. n. VII/1375/2005;
- trovano copertura al capitolo di spesa 5.1.0.2.256.5470;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette considerazioni;

A VOTI unanimi espressi nelle forme di legge;





DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa,

1. **di autorizzare** per il “Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativo postcardiochirurgico”, le strutture di cui all'allegato 1 - parte integrante del presente provvedimento – con le indicazioni sia per la temporanea trasformazione di posti letto di degenza ordinaria con l'ospedalizzazione a domicilio, sia quelle più operative per l'attuazione di questo percorso, ferme restando le dichiarazioni fornite in sede di richiesta da parte degli Enti e le condizioni ed indicazioni formulate nella nota della DG Sanità del 18.1.2006;
2. **di autorizzare** per il “Percorso di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave” le strutture di cui all'allegato 2 - parte integrante del presente provvedimento – con le indicazioni più operative per l'attuazione di questo percorso, ferme restando le dichiarazioni fornite in sede di richiesta da parte degli Enti e le condizioni ed indicazioni formulate nella nota del 18.1.2006;
3. **di sottoporre** ad approfondimento di verifica circa l'esistenza dei requisiti, le richieste presentate dalle strutture di cui all'allegato 3 – parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - con l'indicazione che tale approfondimento verrà svolto seguendo il parere delle ASL di riferimento;
4. **di autorizzare** l'estensione della convenzione in vigore tra Regione Lombardia e CEFRIEL nell'ambito del progetto RADICI finalizzandola alla definizione, organizzazione, raccolta e diffusione delle informazioni di monitoraggio sulla sperimentazione, studiandone e valorizzandone il raccordo con il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS), per un importo massimo di € 90.000,00;
5. **di rimandare** a successivo provvedimento l'assunzione degli impegni relativi all'estensione della convenzione Regione Lombardia e CEFRIEL per un importo massimo di € 90.000,00, che troverà copertura al capitolo di spesa 5.1.5.2.258.5474 del bilancio per l'esercizio 2006;
6. **di dare mandato** al Direttore Generale della DG Sanità di costituire un “Gruppo di lavoro” per la definizione di un network regionale per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave;
7. **di stabilire** che le risorse necessarie per le attività sperimentali individuate ammontano ad un tetto massimo, per l'anno 2006, pari ad € 1.250.000,00 e che le stesse:
 - sono state previste nell'ambito della d.g.r. n. VII/20592/2005 sopra citata a valere sulle risorse del Piano Cardiocerebrovascolare (quota parte di € 5 milioni per l'attuazione del Piano);





-
- sono state previste dall'allegato 3 della d.g.r. n. VII/1375/2005;
 - trovano copertura al capitolo di spesa 5.1.0.2.256.5470;



IL SEGRETARIO

Anna Bonomo



**“Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativo
postcardiochirurgico”**

indicazioni per l'avvio e l'operatività

Fermo restando le indicazioni contenute nella d.g.r. 14.12.2005 n. VIII/1375 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006” e nella successiva comunicazione del 18.1.2006 prot.H1.2006.2472 a firma del Direttore Generale della DG Sanità si forniscono indicazioni per l'avvio e l'operatività del percorso.

1. Trasformazione temporanea dei posti letto

L'autorizzazione al percorso regola la trasformazione di posti letto di degenza ordinaria con l'ospedalizzazione a domicilio, per l'anno 2006, prevedendo l'equivalenza di 1 posto letto di degenza ordinaria ospedaliera con 1 posto letto di degenza in ospedalizzazione domiciliare (OD).

Pur considerando come stima per il calcolo l'occupazione piena del posto letto ordinario (365 gg.) e la degenza media per l'OD di 22 gg. ed accettando il valore intero più basso, è stata corretta l'indicazione fornita dall'AO Sacco.

La tabella seguente indica per ciascun Ente i percorsi autorizzati, i posti trasformati e ritenuti congruenti, nonché il tetto di finanziamento complessivo per l'anno 2006 sul percorso, anche in questo caso calcolato su una durata media di 22 gg/paziente, pur considerando la possibile durata fra 15 e 28 gg.

Si motiva l'esclusione di un secondo percorso per l'AO Ospedale Niguarda Cà Granda, in quanto rivolto ad altra tipologia di pazienti, diversa da quella proposta dalla Regione e si ricorda che l'autorizzazione data alle due Aziende milanesi che partecipano al progetto Piano Urbano deve intendersi esclusivamente rivolta a pazienti non residenti nel comune di Milano e a pazienti residenti in città solo e soltanto dopo il completamento del finanziamento a valere su quel progetto.

Ente	Responsabile percorso	Pazienti autorizzati	Posti letto Riduzione temporanea 2006	Tetto finanziam
IRCCS Centro Cardiologico Monzino	Prof. Gianluca Polvani	110	n. 6 di cui: n. 4 cardiochirurgia n. 2 Riab.cardiologica	€ 326.700,00
AO Luigi Sacco di Milano	Prof. Carlo Antona	50	n. 3 di cui: n. 1 di cardiochirurgia	€ 148.500,00



			n. 2 di medicina generale	
AO Ospedale Niguarda Cà Granda	Dr. Ettore Vitali	40	n. 2 riabilitazione cardiologica	€ 118.800,00
IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto scientifico di Gussago - Lumezzane (BS)	Dr.ssa Simonetta Scalvini	45	n. 3 riabilitazione cardiologica - UO Gussago Lumezzane	€ 133.650,00
AO Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi di Varese	Prof. Andrea Sala	40	n. 2 di Cardiologia riabilitativa	€ 118.800,00
Totale pazienti		285		

2. Responsabilità del percorso

Gli Enti autorizzati si impegnano a confermare, per i singoli percorsi autorizzati, i responsabili clinici (o referenti); qualora tali responsabili, per qualsiasi motivo, dovessero essere sostituiti, dovranno darne immediata comunicazione, presentando all'ASL ed alla Regione apposita delibera/decreto di nomina del sostituto, approvata dal Direttore Generale della struttura ospedaliera interessata.

I referenti sono responsabili dell'individuazione del personale coinvolto nel percorso autorizzato sia ai fini della responsabilità clinica che ai fini della formazione e del monitoraggio di progetto (attività e costi).

Si stabilisce che le AA.OO/IRCCS, nell'ambito delle prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, abbiano la responsabilità legale in relazione al percorso del paziente che viene posto a carico dell'ospedale di riferimento, in quanto il paziente al domicilio è a tutti gli effetti equiparato ad un paziente ricoverato in una struttura ospedaliera.

3. Data di avvio del percorso

L'autorizzazione, riconosciuta con questo provvedimento, è sottoposta al completamento della documentazione, come da richiesta formulata alla Regione da parte degli Enti ed a partire dall'1.2.2006 per le strutture che stanno già partecipando a protocolli regionali.

La tabella seguente precisa le singole situazioni.

ENTE	DATA AVVIO
IRCCS Centro Cardiologico Monzino	1.2.2006 (già in CRITERIA)
AO Luigi Sacco di Milano	1.2.2006 (già in Piano Urbano e solo per i pazienti non residenti a Milano)
AO Ospedale Niguarda Cà Granda	1.2.2006 (già in Piano Urbano e solo per i pazienti non residenti a Milano)
IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto scientifico di Gussago - Lumezzane (BS)	1.2.2006 (già in CRITERIA)



AO Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi di Varese	Dal completamento della documentazione (come dichiarato nella richiesta di autorizzazione)
--	--

4. Motivi di interruzione del percorso

La durata massima del percorso di Ospedalizzazione domiciliare è di 28 giorni, anche non consecutivi. Nel caso di interruzione dovuta a ricovero in regime ordinario si avrà la chiusura della SDO domiciliare, con nuova apertura di SDO domiciliare relativa allo stesso paziente in caso di ripresa del percorso per la durata residua. Se l'interruzione avviene in fase di avvio dopo un periodo inferiore a tre giorni non si darà luogo ad alcun rimborso.

5. Tariffazione

La tariffa sperimentale di ciascuna prestazione/percorso è comprensiva di tutti i costi necessari all'erogazione delle prestazioni.

Le strutture potranno indicare, nell'ambito della progettazione esecutiva, per quale parte di attività si faranno supportare da un Centro Servizi, eventualmente anche esterno: anche tale costo è compreso nella tariffa.

In relazione al percorso attivato si prevede la messa a disposizione del personale medico, infermieristico, terapeuta e sanitario in genere, nonché di farmaci, dispositivi medici e presidi sanitari a carico delle Aziende erogatrici delle prestazioni e di adeguata formazione.

Si ricorda che a livello di sistema la nuova prestazione attivata è sostitutiva di una prestazione di ricovero riabilitativo ad oggi già esistente e che pertanto la sperimentazione sarà monitorata per valutare il raggiungimento di tale obiettivo e la reale possibilità di deospedalizzare alcuni pazienti trattandoli al domicilio, con tariffe inferiori a quelle del ricovero.

La tariffa sperimentale, valida per il 2006, per il percorso di ospedalizzazione domiciliare di riabilitazione post-cardiochirurgica è di € 135/giornata per un massimo di 28 giornate.

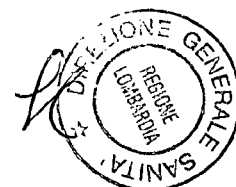
6. Rendicontazione e rimborso

Una volta ottenuta l'autorizzazione regionale alla nuova modalità di erogazione dei servizi la struttura e l'ASL territorialmente competente contrattualizzeranno il servizio sperimentale.

Le rendicontazioni saranno a cura degli erogatori sanitari sulla base dei dati contenuti nel Data Base minimo che consentirà la gestione del paziente durante il percorso e sarà reso disponibile via web dal Centro Servizi individuato.

La procedura di rimborso delle prestazioni è prevista con le seguenti modalità:

- a) essere alternativa alla fatturazione di altre prestazioni di ricovero di cui è già definito, a livello contrattuale, un tetto massimo per Azienda;
- b) apertura di una documentazione amministrativa che consentirà il pagamento delle prestazioni a consuntivo, sulla base di una SDO sperimentale di contenuto analogo alla SDO per la riabilitazione – si veda tracciato record allegato 1A - e fino al raggiungimento della quota di finanziamento allocata ad ogni struttura.



7. Debito informativo

Le informazioni che vengono richieste – si veda minimum data set già indicato in allegato alla lettera del 18 gennaio che verrà più precisamente dettagliato in sede di incontro successivo all'autorizzazione - consentono l'adempimento del debito informativo per questo percorso sperimentale.

L'invio dei dati, relativamente ai soli percorsi conclusi, dovrà essere trimestrale e avverrà con modalità telematica che verrà concordata con le strutture autorizzate e i rispettivi centri servizi di supporto nel corso dell'incontro summenzionato. Particolare attenzione sarà posta alle opportunità offerte dal progetto CRS-SISS onde testare su questo servizio modalità organizzative innovative.

Le informazioni che verranno acquisite consentiranno anche di fornire una reportistica strutturata e differenziata per rispondere ad esigenze informative diverse. Si vuole sottolineare la necessità di poter disporre anche di un database ai fini direzionali che a differenza di quello operativo che contiene i dati relativi al processo di erogazione in atto, o di quello clinico che consente di avere informazioni sia sul singolo paziente che per motivi di ricerca medica, possa essere utilizzato anche per poter disporre di dati storici per un "cruscotto" direzionale e programmatico. Si ricorda infatti che un sistema direzionale deve fornire dati sintetici e stabili, consentendo una consultazione per utilizzi complessi e non immediati. Disporre di tali informazioni consentirà di poter monitorare e valutare sia l'andamento che gli sviluppi della sperimentazione.

Livello	Necessità informative
Regione e ASL	Amministrativa, programmatica e benchmarking
Struttura Ospedaliera	Amministrativa, programmatica, gestionale
Esigenze cliniche	Gestione del paziente, ricerca

Si chiederà inoltre alle strutture di porre molta attenzione alla qualità dei dati perché si ricorda che il costo di una scarsa qualità dei dati è quantificabile attraverso la somma dei costi per prevenire, scoprire e correggere gli errori, ricalcolare eventuali indicatori e parametri decisionali o di valutazione, riparare alle errate conclusioni derivate dai dati errati a cui vanno aggiunte le perdite indotte dalle errate attività a seguito di dati errati. In tal senso sarà condotta un'attività di automatizzazione strutturata ed orientata alla verifica del dato.

8. Progettazione esecutiva

Può trattarsi anche di un'adesione formale al protocollo regionale, eventualmente integrato con indicazioni per una maggior aderenza al contesto territoriale o aziendale.

9. Piano formativo

Deve essere precisato come, con che contenuti e con quale tempistica verrà attivato un piano formativo per le diverse tipologie di operatori coinvolti.



TRACCIATO RECORD**Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativo postcardiochirurgico****SDO sperimentale**

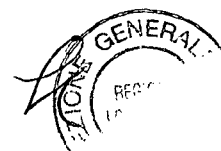
Tracciato SDO1					
1	Codice Struttura	A	6	1	- 6
2	Subcodice Struttura (se previsto)	A	2	7	- 8
3	Anno ricovero + n°pratica (aaaannnnn)	N	10	9	- 18
4	Tipo Record ("1")	A	1	19	- 19
5	Sesso	A	1	20	- 20
6	Codice individuale	A	16	21	- 36
7	Cod. comune di nascita	A	6	37	- 42
8	Data nascita (aaaammgg)	A	8	43	- 50
9	Cod. comune di residenza	A	6	51	- 56
10	Cod. cittadinanza	A	3	57	- 59
11	Stato civile	A	1	60	- 60
12	Cod. posizione nella professione	A	2	61	- 62
13	Codice individuale della madre (solo per i nati)	A	16	63	- 78
14	Campo di riserva, riempire con Spazio	A	11	79	- 89
	Destinazione del record ("I" o Spazio, "C", "A")	A	1	90	- 90

Tracciato SDO2					
	Descrizione Campo	Formato	Posizione		
1	Codice Struttura	A	6	1	- 6
2	Subcodice Struttura (se previsto)	A	2	7	- 8
3	Anno ricovero + n°pratica (aaaannnnn)	N	10	9	- 18
4	Tipo Record ("2")	A	1	19	- 19
15	Mese e giorno di ricovero (mmgg)	A	4	20	- 23
16	Regime di ricovero	A	1	24	- 24
17	Cod. reparto di ricovero	A	4	25	- 28
18	Provenienza paziente	A	1	29	- 29
19	Tipo di ricovero	A	1	30	- 30
20	Onere della degenza	A	1	31	- 31
21	Modalita' di trauma	A	1	32	- 32
22	Data 1° trasf.reparto (aaaammgg)	A	8	33	- 40
23	Cod. reparto 1° trasferimento	A	4	41	- 44
24	Data 2° tras.reparto (aaaammgg)	A	8	45	- 52
25	Cod. reparto 2° trasferimento	A	4	53	- 56
26	Data 3° tras. reparto (aaaammgg)	A	8	57	- 64
27	Cod. reparto 3° trasferimento	A	4	65	- 68
28	Data dimissione (aaaammgg)	A	8	69	- 76
29	Cod.diagnosi principale dimissione	A	5	77	- 81
30	Cod. diagnosi secondaria 1	A	5	82	- 86
31	Cod. diagnosi secondaria 2	A	5	87	- 91



Tracciato SDO2					
	Descrizione Campo	Formato		Posizione	
32	Cod. diagnosi secondaria 3	A	5	92 -	96
33	Cod. diagnosi secondaria 4	A	5	97 -	101
34	Cod. diagnosi secondaria 5	A	5	102 -	106
35	Data intervento principale (aaaammgg)	A	8	107 -	114
36	Cod. intervento principale	A	4	115 -	118
37	Data altro intervento 1 (aaaammgg)	A	8	119 -	126
38	Cod. altro intervento 1	A	4	127 -	130
39	Data altro intervento 2 (aaaammgg)	A	8	131 -	138
40	Cod. altro intervento 2	A	4	139 -	142
41	Data altro intervento 3 (aaaammgg)	A	8	143 -	150
42	Cod. altro intervento 3	A	4	151 -	154
43	Data altro intervento 4 (aaaammgg)	A	8	155 -	162
44	Cod. altro intervento 4	A	4	163 -	166
45	Data altro intervento 5 (aaaammgg)	A	8	167 -	174
46	Cod. altro intervento 5	A	4	175 -	178
47	Modalita' di dimissione	A	1	179 -	179
48	Riscontro autoptico	A	1	180 -	180
49	Day hospital - giornate di presenza	N	3	181 -	183
50	Day hospital - motivo	A	1	184 -	184
51	Peso alla nascita	N	4	185 -	188
52	Data evento indice (solo riabilitazione: aaaammgg)	A	8	189 -	196
53	Data apertura prericovero (aaaammgg)	A	8	197 -	204
54	Data chiusura prericovero (aaaammgg)	A	8	205 -	212
55	Data prenotazione dell'intervento chirurgico (aaaammgg)	A	8	213 -	220
56	Tipo tariffa	A	1	221 -	221
57	Importo per tariffe non regionali, Tipo tariffa="T" (non in vigore)	N	6	222 -	227
58	Giornate non a carico del SSN	N	3	228 -	230
59	Classe di priorità del ricovero (non in vigore)	A	1	231 -	231
60	Prestazione a finanziamento extra budget	A	1	232 -	232
61	Campo di riserva, riempire con Spazio	A	7	233 -	239
	Destinazione del record ("I" o Spazio, "C", "A")	A	1	240 -	240

Tracciato SDO3					
	Descrizione Campo	Formato		Posizione	
1	Codice Struttura	A	6	1 -	6
2	Subcodice Struttura (se previsto)	A	2	7 -	8
3	Anno ricovero + n°pratica (aaaannnnn)	N	10	9 -	18
4	Tipo Record ("3")	A	1	19 -	19
62	Nazione	A	2	20 -	21
63	Cognome possessore documento (carta, ...)	A	40	22 -	61
64	nome possessore documento	A	35	62 -	96
65	numero identificazione personale	A	20	97 -	116
66	numero identificazione istituzione competente	A	10	117 -	126
67	nome identificazione istituzione competente	A	21	127 -	147
68	numero identificazione tessera sanitaria	A	20	148 -	167
69	data scadenza tessera sanitaria (ggmmaaaa)	A	8	168 -	175
	Destinazione del record ("I" o Spazio, "C", "A")	A	1	176 -	176



A: Campo alfanumerico, allineato a sinistra e riempito con spazi

N: campo numerico, allineato a destra e riempito con zeri

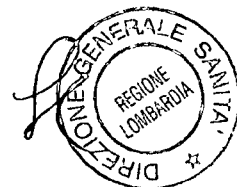
Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

Le date, se non indicato diversamente, devono essere nel formato AAAA.MM.GG.

I campi privi di informazione o per cui non sia prevista obbligatoriamente la valorizzazione (es. transf. di reparto, interventi, ...) dovranno essere interamente riempiti con:

- **SPAZIO** (ASCII: 032) per i campi alfanumerici (form. **A** del tracciato)
- **ZERO** (Ø) per i campi numerici (form. **N** del tracciato)

Registrare i file in Codifica ASCII, con campi a lunghezza fissa, record separati da CR-LF, e con il file chiuso con carattere EOF (end-of-file)



**“Percorso di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare
per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave”**

Indicazioni per l'avvio e l'operatività

Fermo restando le indicazioni contenute nella d.g.r. 14.12.2005 n. VIII/1375 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006” e nella successiva comunicazione del 18.1.06 prot. H1.2006.2472 a firma del Direttore Generale della DG Sanità si forniscono indicazioni per l'avvio e l'operatività del percorso.

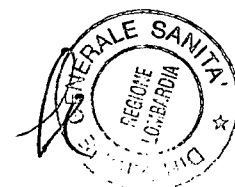
1. Strutture Autorizzate - Dettaglio

L'autorizzazione al percorso viene rilasciate alle strutture rispondenti ai criteri di valutazione indicati. La tabella seguente indica per ciascun Ente i percorsi autorizzati, in termini di pazienti, con l'avvertenza che nel caso di richiesta per un numero variabile di pazienti, si è scelto di indicare il valore medio. Si ricorda che l'autorizzazione data alle tre Aziende milanesi che partecipano al progetto Piano Urbano deve intendersi esclusivamente rivolta a pazienti non residenti nel comune di Milano, non finanziati pertanto in quel progetto. Per quanto riguarda le aziende coinvolte nel progetto TELEMACO, analogamente il finanziamento sarà a valere su quel progetto per la parte di territorio inserita e si stimano in circa 150 tali pazienti.

ASL di riferimento	Ente proponente	Responsabile Percorso	n. pazienti coinvolti	Localizzazione Pz.	Note
BG	AO Ospedali Riuniti di Bergamo	Dr. Antonello Gavazzi e Michele Senni USC Cardiologia	10	Ambulatorio Day hospital Scompenso	
BS	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto scientifico di Gussago - Lumezzane (BS)	Dr.ssa Simonetta Scalvini	100	Prov. Brescia e Bergamo	CRITERIA
BS	AO di Desenzano del Garda (BS)	Dr. Gianfranco Pasini Presidio Gavardo	35	Valsabbia, Valtenesi e Comunità Alto Garda	riserva verifica fattibilità econ regole 2006
Lodi	AO della Provincia di Lodi	Dr. Mario Orlandi	30	Prov.Lodi	
MII	AO G. Salvini di Garbagnate Milanese (MI)	Prof. Ercole Gianni Rovelli	50	ASL Provincia Milano 1	



ASL di riferimento	Ente proponente	Responsabile Percorso	n. pazienti coinvolti	Localizzazione Pz.	Note
MI1-MI3	Casa di Cura Clinica San Carlo di Paderno Dugnano (MI)	Dr. Giuseppe Gibelli	50	ASL Milano 1 e ASL Milano 3	
MI3	Multimedica Holding SpA Presidio di Sesto San Giovanni	Prof. Sandro Montenero Dr. Claudio Anza	10	Sesto San Giovanni	
MI3	AO Ospedale Civile di Vimercate (MI)	Dr. Enrico Planca	30	distretti di Desio e Seregno	Pers.infer. AO e ASL 3
MI2	Policlinico San Donato	Dr. Enrico Pusineri UO cardio	100	Milano Sud e centro + ASL Pavia e Lodi	
MI Città	IRCCS Centro Cardiologico Monzino	Prof. Piergiuseppe Agostoni Riabilitaz card	100	non indicato	
MI Città	AO Luigi Sacco di Milano	Dr. Alessandro Pini UO Cardiologia	50	Hinterland	
MI Città	AO San Paolo di Milano	Prof. Federico Lombardi Dr.ssa Lidia Marano	50	ASL Milano	
MI Città	Casa di Cura Santa Rita di Milano	Dr. Michele Bianchi UO cardio	20	Distretto 3 ASL città Milano	
MI Città	AO Ospedale Niguarda Cà Granda	Dr.ssa Maria Frigerio	65	Lombardia	in PIANO URBANO
MI Città	Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio	Prof. Stefano Carugo Riab cardiologica	50	ASL Città di Milano	
MI Città	IRCCS Istituto Auxologico Italiano di Milano	Prof. Gianfranco Parati	120	milano città e dintorni utenza San Luca	
MI Città	IRCCS Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tabor	Dr. Gabriele Fragasso	70	Ambulatorio scompenso cardiaco	
MI Città	AO San Carlo di Milano	Dr.Franco Casazza Dr.ssa Ornella Agostoni UO cardiologia	50	non rispondenti ai criteri di inclusione del piano urbano	in PIANO URBANO
MI Città	AO Fatenefratelli e Oftalmico	Dr. Bruno Brusoni	10	Milano	
MN	AO Carlo Poma di Mantova	Dr. Roberto Zanini	40	distretto di Mantova	
MN	AO Carlo Poma di Mantova - Presidio di Pieve di Coriano Mn	Dr. Maria Cristina Brunazzi	20	distretto di Ostiglia	
PV	IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia	Prof. Luigi Tavazzi UO cardiologia	15	Provincia Pavia	
PV	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto scientifico di Montescano	Dr. Oreste Febo	15	Prov Pavia	



ASL di riferimento	Ente proponente	Responsabile Percorso	n. pazienti coinvolti	Localizzazione Pz.	Note
PV	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto scientifico di Pavia	Dr. Franco Cobelli	20	Provincia Pavia	
PV	AO Provincia di Pavia Presidio Ospedale Civile di Vigevano	Dr. Massimo Romanò UO cardiologia	50	Lomellina	
PV	AO Provincia di Pavia Presidio Ospedale Civile di Voghera	Dr. GianPietro Marinoni	50	Oltrepo' Pavese	Distretto Casteggio in TELEMACO
SO	AO della Valtellina e della Valchiavenna	Dr. Stefano Giustiniani UO cardio	10	Provincia Sondrio	
VA	AO Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi di Varese	Prof. Salerno - Uriarte Jorge UO Cardiologia	60	Varese città e dintorni non afferenti Telemaco	in TELEMACO
VA	AO Ospedale di Circolo di Busto Arsizio (VA)	Dr. Marco Onofri UO cardiologia dr. Lombroso Busto dr. Amati Tradate	80	tra Busto A. e Tradate	in CRITERIA
VA	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto scientifico di Tradate (VA)	Dr. Roberto Pedretti Dr. ssa Rosa Raimondo	5	Prov. Varese Como	
ValleCAM	ASL di Vallecamonica Sebino (BS)	Dr. Enrico Ferrara	120	ASL Vallecamonica	Finanz. in TELEMACO
		TOTALE PAZIENTI	1485		

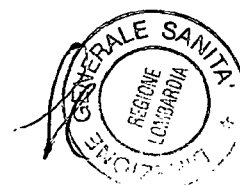
2. Responsabilità del percorso

Gli Enti autorizzati si impegnano a confermare per i singoli percorsi autorizzati i responsabili clinici e qualora tali responsabili clinici (referenti), per qualsiasi motivo dovessero essere modificati, dovranno darne immediata comunicazione, con apposita delibera/decreto di nomina da parte del DG della struttura ospedaliera interessata, all'ASL e alla Regione.

I referenti sono responsabili dell'individuazione del personale coinvolto nel percorso autorizzato sia ai fini della responsabilità clinica che ai fini della formazione e del monitoraggio di progetto (attività e costi).

Per il percorso di Telesorveglianza domiciliare, il paziente rimane in carico al MMG curante che deve dare un assenso all'arruolamento del proprio assistito all'interno del progetto sperimentale, e successivamente all'attivazione del servizio deve essere informato dello stato di salute del paziente secondo le modalità previste dal protocollo. In questo percorso rimane comunque prevalente l'enfasi clinica e quindi la gestione operativa del paziente viene posta in capo alle unità operative ospedaliere.

In deroga a quanto indicato nell'allegato alla comunicazione del 18.1 scorso, sono da ritenersi ammissibili al percorso di Telesorveglianza anche pazienti inseriti in altri protocolli regionali



o per i quali venga fatta esplicita richiesta alla Regione.

3. Data di avvio del percorso

L'autorizzazione riconosciuta con questo provvedimento è sottoposta al completamento della documentazione, come da richiesta formulata alla Regione da parte degli Enti, mentre è già valida a partire dall'1.2.2006 per le strutture che stanno già partecipando a protocolli regionali. La tabella seguente precisa gli Enti che ricadono in questa condizione.

Ente	Data avvio
IRCCS Centro Cardiologico Monzino	1.2.2006 (già in CRITERIA)
AO Luigi Sacco di Milano	1.2.2006 (già in Piano Urbano e solo per i pazienti non residenti a Milano)
AO Ospedale Niguarda Cà Granda	1.2.2006 (già in Piano Urbano e solo per i pazienti non residenti a Milano)
AO San Carlo Milano	1.2.2006 (già in Piano Urbano e solo per i pazienti non residenti a Milano)
IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto scientifico di Gussago - Lumezzane (BS)	1.2.2006 (già in CRITERIA)
AO Ospedale di Circolo di Busto Arsizio (VA)	1.2.2006 (già in CRITERIA)

4. Motivi di interruzione del percorso

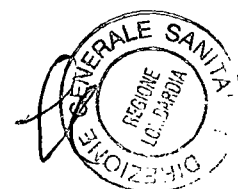
La durata massima del percorso di Telesorveglianza Domiciliare è di sei mesi, anche non consecutivi. Il ricovero ospedaliero (ordinario o DH) interrompe il percorso di Telesorveglianza Domiciliare. Il percorso di Telesorveglianza Domiciliare potrà essere riproposto solo se dovuto a cause diverse dalla instabilizzazione dello scompenso per la durata residua, con apertura di nuova tariffazione ambulatoriale.

5. Tariffazione

La tariffa sperimentale di ciascuna prestazione/percorso è comprensiva di tutti i costi necessari all'erogazione della prestazione di Telesorveglianza. Le strutture potranno indicare nell'ambito della progettazione esecutiva per quale parte di attività si faranno supportare da un Centro Servizi, eventualmente anche esterno, ma anche tale costo è compreso nella tariffa. Le prestazioni saranno pagate a consuntivo, sulla base della rendicontazione delle attività svolte.

La tariffa sperimentale, valida per il 2006 per il percorso di telesorveglianza sanitaria scompenso cardiaco cronico è di 660 euro a paziente per presa in carico di 6 mesi

Si ricorda che a livello di sistema la nuova prestazione attivata è assimilabile ad una prestazione ambulatoriale che dovrà assicurare un minor ricorso al ricovero, alle prestazioni di



specialistica ambulatoriale e soprattutto al pronto soccorso, e non essere solo una prestazione aggiuntiva. Pertanto la sperimentazione sarà monitorata per valutare come essa incida in termini di riduzione del consumo di risorse, oltre che in termini di benefici clinici ed organizzativi.

6. Rendicontazione e rimborso

Una volta ottenuta l'autorizzazione regionale alla nuova modalità di erogazione dei servizi la struttura e l'ASL territorialmente competente contrattualizzeranno il servizio sperimentale.

Le rendicontazioni saranno a cura degli erogatori sanitari sulla base dei dati contenuti nel Data Base minimo che consentirà la gestione del paziente durante il percorso e sarà reso disponibile via web dal Centro Servizi individuato.

La procedura di rimborso delle prestazioni è prevista con le seguenti modalità:

- a) essere alternativa alla fatturazione di altre prestazioni di ricovero di cui è già definito, a livello contrattuale, un tetto massimo per Azienda;
- b) apertura di una documentazione amministrativa che consentirà il pagamento delle prestazioni a consuntivo, sulla base del tracciato record attualmente in vigore per l'ambulatoriale – si veda tracciato record allegato 2A.

Si forniscono comunque le seguenti indicazioni.

Il percorso concluso di durata inferiore al primo mese, con un minimo di 5 gg., sarà rendicontato per il valore di un mese (pari a € 110,00), comprendendosi in ciò il particolare impegno di risorse legato all'avvio del percorso.

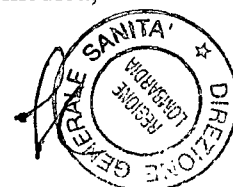
Per quanto riguarda un percorso che venga concluso con una durata inferiore ai sei mesi verrà rendicontato con durata calcolata a mese intero (da 1 a 6), non considerandosi la frazione di mese inferiore ai 15 giorni e rapportando ad 1 mese la durata da 15 a più giorni.

7. Debito informativo

Le informazioni che vengono richieste – si veda minimum data set già indicato in allegato alla lettera del 18 gennaio che verrà più precisamente dettagliato in sede di incontro successivo all'autorizzazione - consentono l'adempimento del debito informativo per questo percorso sperimentale.

L'invio dei dati, relativamente ai soli percorsi conclusi, avverrà con modalità telematica con cadenza trimestrale che verrà concordata con le strutture autorizzate e i rispettivi centri servizi di supporto nel corso dell'incontro summenzionato. Particolare attenzione sarà posta alle opportunità offerte dal progetto CRS-SISS onde testare su questo servizio modalità organizzative innovative. In tal senso, ove possibile, la parte anagrafica sul paziente sarà acquisita tramite smart card.

Le informazioni che verranno acquisite consentiranno anche di fornire una reportistica strutturata e differenziata per rispondere ad esigenze informative diverse. Si vuole sottolineare la necessità di poter disporre anche di un database ai fini direzionali che a differenza di quello operativo che contiene i dati relativi al processo di erogazione in atto, o di quello clinico che consente di avere informazioni sia sul singolo paziente che per motivi di ricerca medica,



possa essere utilizzato anche per poter disporre di dati storici per un “cruscotto” direzionale e programmatorio. Si ricorda infatti che un sistema direzionale deve fornire dati sintetici e stabili, consentendo una consultazione per utilizzi complessi e non immediati. Disporre di tali informazioni consentirà di poter monitorare e valutare sia l’andamento che gli sviluppi della sperimentazione.

Livello	Necessità informative
Regione e ASL	Amministrativa, programmatoria e benchmarking
Struttura Ospedaliera	Amministrativa, programmatoria, gestionale
Esigenze cliniche	Gestione del paziente, ricerca

Si chiederà inoltre alle strutture di porre molta attenzione alla qualità dei dati perché si ricorda che il costo di una scarsa qualità dei dati è quantificabile attraverso la somma dei costi per prevenire, scoprire e correggere gli errori, ricalcolare eventuali indicatori e parametri decisionali o di valutazione, riparare alle errate conclusioni derivate dai dati errati a cui vanno aggiunte le perdite indotte dalle errate attività a seguito di dati errati. In tal senso sarà condotta un’attività di automatizzazione strutturata ed orientata alla verifica del dato. Saranno anche attivate analisi volte a valutare la riduzione ricoveri sul DRG 127 con controlli incrociati con i dati contenuti nel DB regionale in termini di ricoveri e di accessi in PS per instabilizzazione dello scompenso.

8. Documentazione al paziente

Al termine del percorso sarà rilasciato al paziente un documento riepilogativo, che verrà concordato con le strutture e che verrà estratto con modalità automatizzata dalla documentazione clinica inserita in DB della sperimentazione.

9. Progettazione esecutiva

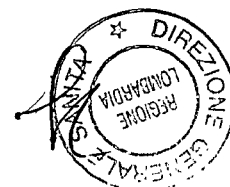
Può trattarsi anche di un’adesione formale al protocollo regionale, eventualmente integrato con indicazioni per una maggior aderenza al contesto territoriale o aziendale.

10. Piano formativo

Deve essere precisato come, con che contenuti e con quale tempistica verrà attivato un piano formativo per le diverse tipologie di operatori coinvolti.

11. Gruppo di Lavoro Scompenso

I responsabili dei percorsi delle strutture autorizzate saranno chiamati a partecipare a incontri propedeutici alla definizione di un network regionale di patologia relativo allo “scompenso cardiaco cronico”. Ciò permetterebbe di attivare un network che già utilizza tecnologie ICT.



Percorso di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave - Tracciato ambulatoriale sperimentale

TRACCIATO RECORD DA UTILIZZARE PER L'ANNO 2006 – "AMBI"

Campo		Formato		Posiz	Descrizione
1	ENTE	AN	3	1 - 3	Codice ASL/Azienda Ospedaliera/IRCCS pubblico (stesso codice in uso nei Flussi Informativi Ministeriali)
2	CODICE PRESIDIO	AN	6	4 - 9	Codice Presidio (stesso codice in uso nei Flussi Informativi Ministeriali – mod. STS o HSP11 nel caso di prestazione di P.S.)
3	DATA CONTATTO	DATA	8	10 - 17	Formato GGMMAAAA (indicare la data in cui è stata erogata la prestazione; in caso di ciclo di prestazioni indicare la data di erogazione della prima prestazione)
4	CODICE SANITARIO ASSISTITO	AN	8	18 - 25	Codice Sanitario Regionale Assistito
5	CODICE FISCALE ASSISTITO	AN	16	26 - 41	Codice Fiscale Assistito; nel caso di cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso di soggiorno indicare il codice STP
6	SESSO	AN	1	42 - 42	1=Maschio; 2=Femmina
7	DATA DI NASCITA	DATA	8	43 - 50	Formato GGMMAAAA
8	COMUNE RESIDENZA	AN	6	51 - 56	Codice ISTAT del Comune di Residenza dell'Assistito
9	CONTATORE PRESCR.	AN	8	57 - 64	Identificatore univoco di prescrizione nell'anno di rilevazione per presidio
10	PROGR. INTERNO PRESCR.	AN	2	65 - 66	Identificatore record multipli per la stessa prescrizione
11	DESTINAZIONE DEL RECORD	AN	1	67 - 67	Carattere di controllo – riempire con: SPAZIO=rec.inviati per la prima volta – C=correzione di un record già presente nell'archivio regionale – A=annullamento di un record già presente nell'archivio regionale
12	TIPO DI RECORD	AN	1	68 - 68	= "1"
13	CAMPO DI RISERVA	AN	12	69 - 80	Al momento non utilizzare questo campo

AN = **Campo alfanumerico, allineato a SINISTRA; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi**

(vengono accettati caratteri e numeri; **NON vengono accettati i caratteri speciali**)

N = **Campo numerico, allineato a DESTRA ; i byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri)**

In GRASSETTO **Campi chiave che consentono la riunificazione delle informazioni prima del controllo**

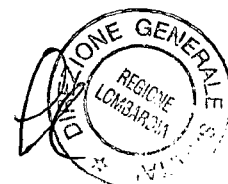
evidenziato **Campi che per la stessa ricetta devono risultare compilati in modo UNIVOCO**

in rosso **modifiche intervenute nella modalità di rendicontazione del campo**



TRACCIATO RECORD DA UTILIZZARE PER L'ANNO 2006 – “AMB2”

Campo		Formato		Posiz	Descrizione
1	ENTE	AN	3	1 - 3	Codice ASL/Azienda Ospedaliera/IRCCS pubblico (stesso codice in uso nei Flussi Informativi Ministeriali)
2	CODICE PRESIDIO	AN	6	4 - 9	Codice Presidio (stesso codice in uso nei Flussi Informativi Ministeriali – mod. STS o HSP11 nel caso di prestazione di P.S.)
3	DATA PRENOTAZIONE	DATA	8	10 – 17	Formato GGMMAAAA (indicare la data in cui è stata prenotata la prestazione; in caso di ciclo di prestazioni indicare la data di prenotazione della prima prestazione del ciclo) 000000 per data non nota
4	DATA CONTATTO	DATA	8	18 – 25	Formato GGMMAAAA (indicare la data in cui è stata erogata la prestazione; in caso di ciclo di prestazioni indicare la data di erogazione della prima prestazione)
5	N° RICETTA	AN	16	26 – 41	Riportare il N° della ricetta
6	PROVENIENZA	AN	1	42 – 42	1=Medico di base, pediatra di libera scelta; 2=Specialista (compreso dipendente struttura privata accreditata e a contratto); 3=Accesso diretto; 4=Altro; 8=118
7	REGIME EROGAZIONE	AN	1	43 – 43	1=SSN; 4=Solvente; 5=Regime libero professionale; 7=Prestitazioni ad assistiti STRANIERI provenienti da Paesi convenzionati con SSN e ad assistiti che presentano specifica modulistica (a carico SSN); 8=Altro: comprende prestazioni erogate ad assistiti STRANIERI extracomunitari con DICHIARAZIONE DI INDIGENZA (ad esclusione di quelle urgenti o comunque essenziali a carico del Ministero dell'Interno)(a carico SSN); 9=Altro: comprende le prestazioni urgenti o comunque essenziali erogate ad assistiti STRANIERI extracomunitari con DICHIARAZIONE DI INDIGENZA (NON a carico del SSN) N=Naviganti (a carico Cassa Naviganti) C= prestazioni rese a detenuti (a carico SSN);
8	CODICE MEDICO PRESCRITTORE	AN	16	44 – 59	Riportare il Codice a cinque cifre del medico di base o dello specialista ambulatoriale convenzionato interno (SUMAI); per i medici specialisti dipendenti del SSN o dipendenti da strutture private accreditate e a contratto e per i medici delle carceri riportare il codice fiscale; per i medici delle Case di Riposo utilizzare il codice a cinque cifre che identifica la Struttura
9	IDENTIFICATIVO TIPO DI PRESTAZIONE (P.S. e diverse FORME DI EROGAZIONE PRESTAZIONE)	AN	1	60 – 60	P=se prestazione di Pronto Soccorso; <i>rilevazione tempi d'attesa:</i> O=prestazione di carattere ordinario; U=prestazioni urgenti differibili; Z=controlli programmati e tutte le altre prestazioni da escludere dalla rilevazione dei tempi di attesa <i>Screening/prevenzione :</i> S=screening; T= prevenzione spontanea (art. 85 L. 388/200) K=accertamenti specifici per le patologie neoplastiche nell'età giovanile; W= Profilassi Post Esposizione HIV (PPE) <i>prestazioni erogate a seguito convenzionamento (non rientrano tra le prestazioni da remunerarsi attraverso 28/SAN):</i> M=prestazioni rese e non altrimenti rilevate, che non devono rientrare tra quelle da remunerarsi attraverso il presente flusso; Q=prestazioni



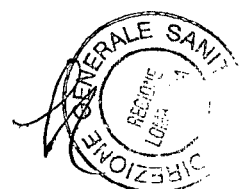
Campo		Formato		Posiz	Descrizione
					in ambito interventi profilassi sui contatti effettuate in convenzione con ASL <i>Altro:</i> I = prest. richieste da Comm. invalidi (<i>legge 295/90 e successivi decreti attuativi</i>)
10	POSIZ. TICKET	AN	2	61 – 62	10=esente totale; 20=esente per età;; 40=non esente; 50=esente per forme morb.; 60=esente per categoria; 61=titolari di pensioni sociali e famigliari a carico; 62=Disoccupati e famigliari a carico; 63= titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni e famigliari a carico; 90=altro
11	IMPORTO PAGATO	N	7	63 – 69	Importo pagato dall'Assistito; primi 5 caratteri per la parte intera dell'importo in Euro, restanti 2 caratteri per la residua parte dell'importo in centesimi di Euro
12	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	70 – 74	Nomenclatore tariffario
13	QUANTITA'	N	3	75 – 77	Indicare il numero di prestazioni
14	COD. PRESTAZIONE	AN	5	78 – 82	Nomenclatore tariffario
15	QUANTITA'	N	3	83 – 85	Indicare il numero di prestazioni
16	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	86 – 90	Nomenclatore tariffario
17	QUANTITA'	N	3	91 – 93	Indicare il numero di prestazioni
18	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	94 – 98	Nomenclatore tariffario
19	QUANTITA'	N	3	99 – 101	Indicare il numero di prestazioni
20	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	102 – 106	Nomenclatore tariffario
21	QUANTITA'	N	3	107 – 109	Indicare il numero di prestazioni
22	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	110 – 114	Nomenclatore tariffario
23	QUANTITA'	N	3	115 – 117	Indicare il numero di prestazioni
24	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	118 – 122	Nomenclatore tariffario
25	QUANTITA'	N	3	123 – 125	Indicare il numero di prestazioni
26	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	126 – 130	Nomenclatore tariffario
27	QUANTITA'	N	3	131 – 133	Indicare il numero di prestazioni
28	CLASSE DI PRIORITA'	AN	2	134 - 135	Da compilarsi solo per le prestazioni oggetto di sperimentazione: "A" (prestazione da eseguirsi entro 3 giorni) "B" (prestazione da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali) "C" (prestazione da eseguirsi entro un arco temporale maggiore di 60 giorni) "X" (nel caso di mancata indicazione nella ricetta di un codice di priorità
29	CONTATORE	AN	8	136 –	Identificatore univoco di prescrizione nell'anno di rilevazione per



Campo		Formato		Posiz	Descrizione
	PRESCR.			143	presidio
30	PROGR. INTERNO	AN	2	144 - 145	Identificatore record multipli per la stessa prescrizione
31	<i>DESTINAZIONE DEL RECORD</i>	AN	1	<i>146 - 146</i>	<i>Carattere di controllo - riempire con: SPAZIO=rec.inviati per la prima volta - C=correzione di un record già presente nell'archivio regionale - A=annullamento di un record già presente nell'archivio regionale</i>
32	DIAGNOSI	AN	5	147 - 151	Codice identificativo delle malattie secondo la classificazione internazionale delle malattie "International classification of diseases - IX - Clinical modification (ICD-9-CM)
33	TIPO DI RECORD	AN	1	<i>152 - 152</i>	= "2"
34	VALORE CONCORDATO	N	7	153 - 159	Screening: indicare il valore delle tariffe concordate qualora differenti da quelle previste dal nomenclatore tariffario; nei restanti casi previsti in circolare riempire con 9999999 o con SPAZIO
35	U.O. DI RIFERIMENTO	AN	5	160 - 164	Unità Operativa (U.O.) che ha erogato le prestazioni. Il campo è suddiviso in tre parti: pos. 160=tipologia della U.O. erogatrice (solo per erogatori pubblici); pos. 161-162= Disciplina (per tutti gli erogatori); pos. 163-164 =progressivo entro disciplina (solo per erogatori pubblici)
36	DATA RICEZIONE record da parte della ASL	DATA	8	165 - 172	Data di ricezione del record apposta dalla ASL alla ricezione del record. Nel caso di più invii dello stesso record il campo assumerà il valore dell'ultima data di ricezione del record da parte della ASL Le strutture erogatrici (private e pubbliche) che trasmettono le informazioni tramite le ASL, le AO e gli IRCCS pubblici che trasmettono le informazioni direttamente a questa DGS, dovranno riempire il campo con SPAZIO.
37	PRESCRIZION E SUGGERITA	AN	1	173 - 173	S = prescrizione suggerita; <i>obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta</i> altrimenti riempire con SPAZIO
38	ALTRO	AN	1	174 - 174	A = prescrizione di tipo diverso introdotte da provvedimenti regionali specifici; <i>obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta</i> altrimenti riempire con SPAZIO
39	DATA COMPILAZIONE	DATA	8	175 - 182	Data compilazione della prescrizione da parte del medico nel formato GGMMAAAA
40	DATA FINE EROGAZIONE	DATA	8	183 - 190	Data fine trattamento nel formato GGMMAAAA; obbligatoria nel caso di prestazioni/somministrazioni cicliche
41	TIPO RICETTA	AN	2	191 - 192	Valori ammessi: EE = Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno; UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno; NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale; ND = Assistiti SASN con visita domiciliare; NE = Assistiti da istituzioni estere; NX = Assistito SASN extraeuropeo; ST = Straniero in temporaneo soggiorno; AD = Pazienti in assistenza domiciliare integrata; SPAZIO
42	CODICE ESENZIONE	AN	6	193 - 198	Codice di identificazione della tipologia di esenzione per invalidità, patologia cronica o malattia rara, ovvero per altra causa (gravidenza, screening oncologico, infortunio sul lavoro, attività di donazione, ecc)
43	IUP	AN	10	199 - 208	Identificativo Unico Prescrizione - presente sull'impegnativa nel caso di prescrizioni effettuate attraverso il SISS
44	CAMPO DI RISERVA	AN	10	209 - 218	Al momento non utilizzare questo campo

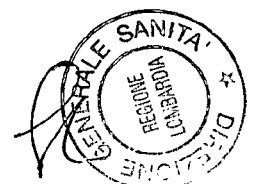


- AN = **Campo alfanumerico, allineato a SINISTRA; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi**
(vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati i caratteri speciali)
- N = **Campo numerico, allineato a DESTRA ; i byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri)**
- In GRASSETTO **Campi chiave che consentono la riunificazione delle informazioni prima del controllo**
- evidenziato **Campi che per la stessa ricetta devono risultare compilati in modo UNIVOCO**
- in rosso **modifiche intervenute nella modalità di rendicontazione del campo**

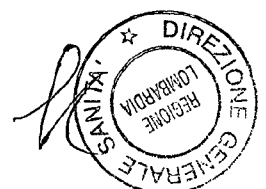


TRACCIATO RECORD DA UTILIZZARE PER L'ANNO 2006 – “AMB3”

Campo		Formato		Posiz	Descrizione
1	ENTE	AN	3	1 - 3	Codice ASL/Azienda Ospedaliera/IRCCS pubblico (stesso codice in uso nei Flussi Informativi Ministeriali)
2	CODICE PRESIDIO	AN	6	4 - 9	Codice Presidio (stesso codice in uso nei Flussi Informativi Ministeriali – mod. STS o HSP11 nel caso di prestazione di P.S.)
3	DATA CONTATTO	DATA	8	10 - 17	Formato GGMMAAAA (indicare la data in cui è stata erogata la prestazione; in caso di ciclo di prestazioni indicare la data di erogazione della prima prestazione)
4	STATO ESTERO	AN	2	18 - 19	Sigla dello Stato estero di appartenenza dell'assistito: (NL = Paesi Bassi, AT = Austria etc...)
5	COGNOME	AN	40	20 - 59	Cognome del possessore della carta (così come è scritto)
6	NOME	AN	35	60 - 94	Nome del possessore della carta (così come è scritto)
7	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE	AN	20	95 - 114	Numero di identificazione del soggetto assicurato da istituzione estera
8	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE ISTITUZIONE COMPETENTE	AN	10	115 - 124	Numero di identificazione dell'Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzione estera
9	NOME IDENTIFICAZIONE ISTITUZIONE COMPETENTE	AN	21	125 - 145	Nome di identificazione dell'Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzione estera
10	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA SANITARIA	AN	20	146 - 165	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzione estera
11	DATA SCADENZA TEAM	DATA	8	166 - 173	Data di scadenza della Tessera Europea di Assicurazione e Malattia
12	CONTATORE PRESCR.	AN	8	174 - 181	Identificatore univoco di prescrizione nell'anno di rilevazione per presidio
13	PROGR. INTERNO PRESCR.	AN	2	182 - 183	Identificatore record multipli per la stessa prescrizione
14	DESTINAZIONE DEL RECORD	AN	1	184 - 184	Carattere di controllo – riempire con: SPAZIO=rec.inviati per la prima volta – C=correzione di un record già presente nell'archivio regionale – A=annullamento di un record già presente nell'archivio regionale
15	TIPO DI RECORD	AN	1	185 - 185	= “3”
16	CAMPO DI RISERVA	AN	10	186 - 195	Al momento non utilizzare questo campo



- AN = **Campo alfanumerico, allineato a SINISTRA; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi**
(vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati i caratteri speciali)
- N = **Campo numerico, allineato a DESTRA ; i byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri)**
- In GRASSETTO **Campi chiave che consentono la riunificazione delle informazioni prima del controllo**
- evidenziato **Campi che per la stessa ricetta devono risultare compilati in modo UNIVOCO**
- in rosso **modifiche intervenute nella modalità di rendicontazione del campo**



“Percorso di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave” – Situazioni da sottoporre ad ulteriore verifica



1. Strutture non Autorizzate - Dettaglio

L'autorizzazione al percorso non viene per il momento rilasciata alle strutture sottomenzionate perché non rispondenti ai criteri previsti: in termini di contenuto in quanto non aderenti alla proposta regionale o in termini di documentazione inadeguata.

L'indicazione è che verrà effettuato un approfondimento di verifica circa l'esistenza dei requisiti, con l'indicazione che tale approfondimento verrà svolto, seguendo il parere delle ASL di riferimento.

ASL di riferimento	Ente proponente	Responsabile Percorso	N. pazienti coinvolti	Localizzazione Pz	Note
BS	AO Spedali Civili di Brescia	Prof. Livio Dei Cas	100	ASL Brescia	viene presentato un progetto di tre anni per cui si chiede un preciso finanziamento
CO	AO Sant'Anna di Como	Dr.ssa Rosanna Jennoli	100	non indicato	mancono tutte le indicazioni richieste
MI3	Policlinico di Monza	Dr. Andrea Mortara UO cardiologia	20	ambulatorio scompenso	Attivo PDT con MMG e con ASL 3+ progetto Sorin +HHH
MN	Ospedale San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere (MN)	Dr. Luigi Rodighiero	108	Alto Mantovano	Dichiarato come in essere
VA	Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza (VA)	Dr. Teresio Forzani UO Cardiologia e dr. Maurizio Tovaglieri UO Riabil.	40	Città di Castellanza (7 medici), Valle Olona 10 medici, Legnano 40 medici	previsto screening con MMG, sembra si tratti di un progetto diverso con MMG
BG 31.1.06 ore 15,01	AO Bolognini di Seriate (BG)	Prof. Paolo Giani	20	Area AO Bolognini	in via di definizione accordo con SIMG chiedono indicazione risorse
MI Città 1.2.2006 ore 11,46	Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena	Verranno inviate le informazioni in un secondo tempo			inviato solo un Piano formativo non pertinente
	Totale pazienti		388		

