



Regione Umbria

Allegato B

REGIONE UMBRIA

Direzione Generale Salute e Welfare

**LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE
DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI
E
DEI CONTROLLI DEI RICOVERI OSPEDALIERI
ANNO 2026**



INDICE

1. SEZIONE A - LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI
2. SEZIONE B - LINEE GUIDA DEI CONTROLLI DEI RICOVERI OSPEDALIERI



SEZIONE A: LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI

1. OGGETTO DELLE LINEE GUIDA

Il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche, con riferimento al meccanismo di finanziamento del Servizio Sanitario regionale, prevede che la regolamentazione dell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie per conto e a carico del S.S.R., da parte delle strutture erogatrici pubbliche e delle strutture private, avvenga attraverso la stipula di appositi accordi contrattuali.

L'art. 8-quinquies, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992 prevede in ordine agli Accordi Contrattuali che le Regioni definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a. individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle Aziende Unità Sanitarie Locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b. indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee di programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate nel Piano Sanitario Nazionale;
- c. determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;
- d. criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

Le presenti linee guida fissano gli indirizzi e i criteri per la definizione degli accordi tra le Aziende U.S.L. e le strutture pubbliche e per la stipula dei contratti tra le medesime e le strutture private.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DURATA DEGLI ACCORDI

Gli accordi contrattuali regolano l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa illustrate in queste linee guida e che vengono effettuate, **per**



conto ed a carico del SSR, da parte delle strutture erogatrici pubbliche e delle strutture private accreditate.

La validità degli accordi è stabilita per l'anno 2026.

Nell'ambito dei rapporti tra le strutture erogatrici pubbliche si prende atto della nota pec n. 0238622/2025 avente ad oggetto "Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2026 - Prime indicazioni."

Con riferimento ai volumi sopra definiti, si precisa che le Aziende Sanitarie regionali sono tenute alla sottoscrizione degli accordi contrattuali attraverso i quali regolare, ai sensi della nota di cui sopra, il mix di prestazioni che risultano in strettissimo rapporto con il territorio e che integrano adeguatamente i percorsi dei pazienti tra Ospedale e Territorio per prevenire qualsiasi elemento di discontinuità delle cure.

3. SOGGETTI FRA CUI INTERCORRONO GLI ACCORDI

In attuazione a quanto previsto dal citato art. 8-quinquies, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, le Aziende U.S.L. definiscono accordi contrattuali con le strutture erogatrici pubbliche e stipulano contratti con le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale.

Si riconferma, anche per il 2026, la necessità di contenere la mobilità passiva extra-regionale e di conseguenza è opportuno che le Direzioni Aziendali siano impegnate nella programmazione della attività e orientino la stipula degli accordi al fine di conseguire una riduzione di tale fenomeno.

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, dal 1° settembre 2013 è in vigore il nuovo tariffario (DGR n. 957 del 4.9.2013 e DGR n. 1599 del 30.12.2013) che recepisce il tariffario nazionale di cui al DM 18.10.2012.

Con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale dal 30.12.2024 è in vigore il tariffario per la specialistica ambulatoriale (DGR n.1264 del 30.12.2024).

4. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI

4.1 Determinazione del volume delle prestazioni erogabili

Assistenza Ospedaliera

La corretta ricollocazione dell'assistenza nel setting assistenziale appropriato, la costruzione delle reti ospedaliere e territoriali, la presa in carico integrata del paziente sono i drivers fondamentali su cui ricollocare l'assistenza umbra.

Allo stato attuale, si rivolge l'attenzione su tre fronti:

- **agli aspetti organizzativi** con applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati con applicazione della DGR n.1406/2023 recante “Linee di indirizzo regionali per il Regolamento di Sala Operatoria. Adozione” e dell'utilizzo del setting assistenziale appropriato ai sensi della DGR N. 282 del 27/03/2025 “DGR 194/2024 e DGR 761/2024. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale. Ulteriori modificazioni e integrazioni”;
- **agli aspetti qualitativi**, privilegiando il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN con definizione delle regole contrattuali e potenziamento del controllo della appropriatezza dei ricoveri comprensivi del controllo dell'esistenza e della consistenza di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe con il conseguente miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata così come previsti nella sezione controlli;
- **agli aspetti quantitativi** di incremento della produzione per la riduzione delle liste di attesa chirurgiche e il recupero della mobilità passiva evitabile.

Le Aziende sanitarie territoriali procederanno alla stipula degli accordi con le strutture di ricovero private e accreditate *con sede sul proprio territorio di competenza, operando in nome e per conto dell'altra azienda sanitaria territoriale*, per un importo pari all'annualità 2024, comprensivo delle attività interventistiche/chirurgiche trasferite dal setting dei ricoveri alla chirurgia ambulatoriale. Nei detti accordi si dovrà prevedere la riduzione dei volumi della media-bassa specialità ed incremento dei volumi di alta specialità ortopedica (almeno pari al 10% del tetto complessivo 2026 *corrispondente alla spesa consuntivata anno 2024 per singola struttura*) al fine di migliorare il saldo di mobilità.

Inoltre, sempre al fine di migliorare il saldo di mobilità, le Aziende sanitarie territoriali



potranno anche contrattualizzare, in aggiunta al tetto complessivo per l'anno 2026, un volume di alta specialità ortopedica pari al massimo del 10% del tetto suddetto, attraverso manifestazione di interesse.

I tetti di spesa in argomento, rappresentano i tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili e, pertanto, le prestazioni erogate in esubero ai tetti di spesa non saranno remunerate, salvo l'applicazione della tariffa regressiva come sotto definita.

In particolare, alle strutture erogatrici, per tutte le prestazioni effettuate, vengono applicate le tariffe piene secondo il tariffario vigente fino al raggiungimento dei volumi stabiliti e al netto dell'abbattimento derivante dai controlli effettuati. Oltre tale limite, verrà riconosciuto un incremento massimo di attività del 5%, remunerata con una tariffa abbattuta del 95%; superata questa seconda soglia non verrà pagato alcun corrispettivo.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Allo stato attuale le liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, al pari di quello di ricovero, rappresentano un problema verso il quale porre in essere tutte le azioni necessarie per superare le criticità esistenti e garantire corretti tempi di attesa per la loro erogazione.

Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, risulta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per quanto attiene agli Accordi con le Strutture Pubbliche, in particolare con le Aziende Ospedaliere del territorio di competenza, dovranno essere definiti accordi che garantiscano:

- la presa in carico da parte degli specialisti con attivazione del 100% delle piastre ambulatoriali. Negli Accordi vanno individuati obiettivi e indicatori di monitoraggio, in primis quelli che misurano la percentuale di presa in carico da parte degli specialisti con riduzione delle prestazioni suggerite da parte dei MMG/PLS;
- il piano specifico di recupero delle prestazioni inserite nel percorso di tutela da garantire da parte dell'Azienda Ospedaliera.

Le Aziende sanitarie territoriali, per l'annualità 2025, anche per la specialistica ambulatoriale, nel rispetto del tetto complessivo di cui all'art. 15, comma 13, lettera c) del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012, utilizzeranno, per l'anno 2025, gli stessi volumi di



budget dell'anno 2024, sulla base di accordi con le strutture di specialistica ambulatoriale private e accreditate per territorio di competenza, mentre eventuali volumi aggiuntivi di budget resisi disponibili a livello regionale, saranno finalizzati esclusivamente all'acquisto delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela, attraverso manifestazioni di interesse e le Aziende sanitarie regionali si potranno avvalere dei criteri già utilizzati dalle medesime per l'acquisto di prestazioni aggiuntive.

4.2 Incremento dei livelli di appropriatezza

Il DPCM 12.01.2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, pubblicato nel supplemento n. 15 della G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ha riconfermato tali elenchi (Allegati 6A e 6B del DPCM), stabilendo che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA dovrà definire le percentuali di riferimento per ciascun elenco. Nelle more di tale definizione, si applicano le percentuali di ammissibilità riportate nella sezione controlli.

Per la specialistica ambulatoriale con DGR 259/2025 sono stati definiti i criteri di potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva quali:

- Validazione dell'erogato e concordanza RAO nel 100% delle prestazioni erogate.
- Informatizzazione nelle cartelle cliniche dei MMG delle indicazioni per la prescrizione delle RMN articolari e degli esami di endoscopia digestiva di cui alla DGR 28/12/2023 n. 1401.
- Inserimento nelle prescrizioni del quesito diagnostico riconducibile alla classificazione delle malattie e/o delle definizioni contenute nelle griglie RAO per consentire di definire in maniera appropriata sia l'inquadramento clinico del paziente che il successivo iter diagnostico-terapeutico.
- Inserimento nelle prescrizioni delle note per le condizioni di erogabilità quando previsto che definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui le medesime sussistono.
- Inserimento nelle prescrizioni delle note per le indicazioni di appropriatezza prescrittiva quando previsto, che definiscono specifiche condizioni riferite allo



stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione -terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico prescrittore circa la loro utilità nel singolo caso clinico.

4.2.1 Miglior setting assistenziale

Nell'Allegato 6B del DPCM 12.01.2017 sono riportate le prestazioni per le quali è previsto il passaggio all'attività ambulatoriale.

Viene inoltre previsto che solo una percentuale di tali prestazioni possa essere erogata in regime di degenza (ordinaria o DS) per cause legate alla particolarità della patologia, alla tipologia dell'approccio chirurgico o alle caratteristiche socio-sanitarie del paziente. A tal fine si applicano le percentuali di ammissibilità riportate nella Sezione Controlli (allegato 6B DPCM LEA 2017).

Con DGR n. 194 del 06/03/2024 "Art. 6 comma 8 del RR 9/2023. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale" si è provveduto a definire la classificazione dei requisiti per la chirurgia ambulatoriale con lo scopo è quello di ridurre il tasso di ospedalizzazione; ridurre i ricoveri impropri e ottimizzare la gestione dei posti letto nelle U.O. chirurgiche e conformare i comportamenti degli operatori e gli accessi alle strutture chirurgiche, attraverso percorsi certi, virtuosi e tracciabili; attuare setting assistenziali che garantiscano la razionalizzazione dell'attività chirurgica, la sicurezza del paziente ed il contenimento della spesa.

La DGR n. 282 del 27/03/2025 "DGR 194/2024 e DGR 761/2024. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale. Ulteriori modificazioni e integrazioni" ha provveduto all'aggiornamento delle DGR 194/2024 e DGR 761/2024 definendo il setting assistenziale appropriato.

4.3 Mobilità passiva

Il trend finanziario della mobilità extraregionale della Regione Umbria relativa al complesso delle prestazioni (ricoveri, medicina di base, specialistica, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza o elisoccorso) mostra un saldo negativo imputabile sia ad una riduzione della mobilità attiva che ad un aumento della mobilità passiva.



Le principali prestazioni soggette a mobilità passiva, come noto, riguardano soprattutto le prestazioni di ricovero e in particolare per alcune discipline quali Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia Chirurgica, Sistema Cardiovascolare Chirurgico e Riabilitazione.

Sono state individuate le seguenti categorie prioritarie della mobilità passiva da recuperare:

- DRG ad alto rischio inappropriata
- DRG di media-bassa complessità
- DRG di alta complessità recuperabile ovvero quelli garantibili all'interno della Regione fra i quali in primo luogo quella ortopedica che mostra progressivi incrementi verso le strutture pubbliche e private extraregionali, principalmente quelle di confine.

A tale proposito ed allo scopo di ottimizzare l'uso delle strutture, le Aziende, nella programmazione della risposta sanitaria ai bisogni della popolazione, dovranno avvalersi sia degli accordi interaziendali tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere, che dei contratti con le Case di Cura private accreditate, per ottimizzare l'utilizzo delle funzionalità disponibili a livello regionale, attraverso una rete integrata di attività al fine di contenere la mobilità passiva extraregionale soprattutto nella sua componente evitabile ovvero quella relativa ai casi di ricoveri effettuati fuori regione per ottenere prestazioni disponibili anche sul territorio di residenza, ma che i pazienti per motivazioni diverse scelgono di eseguire fuori regione.

Inoltre la Regione, al fine di promuovere le azioni di recupero della mobilità passiva procederà con la stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria ai sensi dell'art. 1, comma 320 della Legge 207/2024. L'accordo dovrà riguardare in particolare le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate dei rispettivi Servizi sanitari regionali ai cittadini residenti nelle due regioni.

Tali accordi dovranno permettere, oltre che di disciplinare la mobilità passiva, di creare forme di collaborazione tra Regioni, confrontare modalità di risoluzione di problemi verificando l'appropriatezza organizzativa delle strutture ed il setting assistenziale utilizzato nelle diverse realtà.

4.4 Criteri di remunerazione

Come in passato, alle strutture erogatrici, per tutte le prestazioni effettuate, vengono applicate le tariffe piene secondo il tariffario vigente fino al raggiungimento dei volumi



stabiliti e al netto degli abbattimenti derivante dai controlli effettuati e secondo quanto stabilito al successivo punto 4.6.

4.5 Fabbisogni e criteri previsti per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni

Gli scambi finanziari per mobilità intraregionale riguardano le seguenti tipologie di prestazioni:

- ricoveri ospedalieri per acuti (regime ordinario e di day hospital);
- ricoveri ospedalieri di lungodegenza;
- ricoveri ospedalieri di riabilitazione (regime ordinario e di day hospital);
- prestazioni ambulatoriali;
- prestazioni di diagnostica strumentale;
- prestazioni riguardanti la somministrazione o l'erogazione diretta di farmaci e presidi.

I Direttori Generali sono impegnati a stipulare accordi, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa e dovranno sviluppare ogni azione utile all'implementazione delle attività a valenza inter-aziendale.

Per quanto attiene alla determinazione dei volumi finanziari massimi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, sia con riferimento all'assistenza ospedaliera che per l'assistenza specialistica transitata dal regime di ricovero a quello ambulatoriale, resta fermo il rispetto, a livello complessivo, dei tetti di spesa previsti dalla normativa vigente, per i quali si ribadisce che l'osservanza degli stessi rimane in capo alle Aziende Sanitarie le cui Direzioni ne risultano responsabili.

Si precisa che le Aziende USL regionali devono provvedere, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, al congruimento dei costi di rispettiva competenza, nel rispetto del tetto massimo programmato.

Tutti i volumi sopraindicati potranno subire modifiche in relazione a successive disposizioni emanate a livello nazionale e regionale per il governo delle liste di attesa e il rispetto dei tetti di spesa.

Inoltre, si richiama quanto previsto dall'art. 15, comma 13, lettera c) del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012 e dal successivo Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, avente ad oggetto: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi,



strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”.

Il suddetto Decreto, al punto 2.5 dell'Allegato 1 aveva precisato che “...(omissis)...l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale...(omissis)...stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti ...(omissis)... Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti...(omissis)... Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti”. ...(omissis)... “dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con posti letto per acuti ricompresi tra 40 e 60, facendo salvo, per le strutture monospecialistiche, quanto verrà stabilito dalla specifica Intesa che dovrà essere raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, con cui saranno individuati gli elenchi delle strutture stesse, con relative soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti relativi”.

A tale proposito, con DGR n. 829 del 06/07/2015 recante: “Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Determinazioni”, la Giunta Regionale aveva stabilito, tra l'altro, di “dare atto che, a far data dal 1 luglio 2015, le Aziende Unità Sanitarie locali - nelle more dell'Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni con la quale saranno individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche con relative soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti – hanno facoltà di stipulare con la Casa di Cura Villa Aurora S.p.a contratti per la sola specialità di ortopedia, nei limiti di quanto stabilito nelle linee guida per la stipula degli accordi contrattuali per le strutture che intrattengono rapporti con il SSR”.

Risultano altresì classificate ai sensi del DM 70 quali strutture ad indirizzo



monospecialistico ortopedico, la Casa di Cura Villa Fiorita e la Casa di cura Clinica Lami Spa.

4.5.1. Per l'assistenza ospedaliera, in considerazione dei dati della mobilità passiva e della tipologia di strutture private la programmazione va indirizzata alle discipline di accreditamento in relazione al fabbisogno e al recupero della mobilità evitabile in particolare

- alta complessità ortopedica;

Per quanto attiene alla Chirurgia Generale non devono essere previsti negli accordi contrattuali, e quindi non sono remunerabili, prestazioni che ricadono nell'ambito delle casistiche garantite da strutture di riferimento regionali quali nodi delle reti cliniche o prestazioni per le quali sono definiti standard di volumi ed esiti del PNE. Proprio in relazione al PNE non possono essere erogate prestazioni di chirurgia oncologica come da DRG 609/2024 e successiva DGR 1046 del 20.9.2024.

Inoltre non possono essere erogate prestazioni di alta specialità appartenenti a discipline non presenti nell'accreditamento e nella convenzione.

L'Azienda territoriale in base ai volumi erogati, alla mobilità passiva e ai fabbisogni definisce le tipologie.

Le strutture erogatrici, comprese le Strutture Private devono adottare il regolamento dei ricoveri in linea con quanto stabilito dalla DGR n.1406/2023 recante "Linee di indirizzo regionali per il Regolamento di Sala Operatoria. Adozione" e rispettare le regole di inserimento in lista di attesa dei pazienti per classe di priorità.

Le strutture private accreditate possono sottoscrivere accordi con l'azienda territoriale di competenza se non ci sono contenziosi in corso e se si impegnano a rispettare le regole di inserimento e programmazione delle sedute operatorie come da linee guida di cui alla DGR n.1406/2023.

Nell'accordo contrattuale vanno esplicitate le misure adottate per la riduzione del rischio clinico e la sicurezza delle prestazioni, con descrizione delle coperture assicurative di responsabilità civile possedute; le misure adottate per garantire la trasparenza dell'attività, ivi comprese le modalità di gestione delle liste di attesa; e per la Chirurgia ambulatoriale l'Impegno al pieno rispetto di tutte le regole dettate dal CUP unico regionale, che sarà integrato con la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, in



particolare quelle relative alla prenotazione, alla cancellazione, alla erogazione, alla validazione dell'erogato, alla gestione dei flussi informativi con impegno al pieno rispetto di tutti i termini contrattuali e garanzia dei debiti informativi richiesti. Sussiste, inoltre, l'obbligo di alimentazione costante e tempestiva del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per tutte le prestazioni erogate.

4.5.2. Per le **strutture di specialistica ambulatoriale** le Aziende contrattualizzeranno accordi con le strutture private accreditate presenti nel territorio di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni dei propri residenti nel rispetto del budget disponibile in relazione ai tetti fissati dalla normativa ed in aderenza a quanto indicato dalle presenti linee guida.

Le strutture private accreditate possono sottoscrivere accordi con l'azienda territoriale di competenza se non ci sono contenziosi in corso e se si impegnano a rispettare le regole di prenotazione ed erogazione con validazione dell'erogato e rilevazione concordanza RAO ove previsto dal CUP unico regionale con alimentazione e invio dei flussi nel rispetto delle regole di tempistica e correttezza degli stessi.

Nell'accordo contrattuale vanno esplicitate le misure adottate per la riduzione del rischio clinico e la sicurezza delle cure, con descrizione delle coperture assicurative di responsabilità civile possedute; le misure adottate per garantire la trasparenza dell'attività, ivi comprese le modalità di gestione delle liste di attesa; l'Impegno al pieno rispetto di tutte le regole dettate dal CUP unico regionale, che sarà integrato con la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, in particolare quelle relative alla prenotazione, alla cancellazione, alla erogazione, alla gestione dei flussi informativi; con impegno al pieno rispetto di tutti i termini contrattuali e garanzia dei debiti informativi richiesti.

4.6 Criteri di abbattimento delle tariffe

Alle strutture erogatrici, limitatamente all'attività remunerata a prestazione, saranno applicate le tariffe piene, come da tariffario vigente, fino al raggiungimento dei volumi stabiliti, al netto degli abbattimenti dovuti a seguito dei controlli effettuati sull'erogato. Oltre tale limite, verrà riconosciuto un incremento massimo di attività del 5%, remunerata con una tariffa abbattuta del 95%; superata questa seconda soglia non verrà pagato nessun corrispettivo. Si precisa che la tariffa regressiva si applica solo per le prestazioni di ricovero.

È compito delle Aziende sanitarie territoriali predisporre accordi per l'acquisto delle



prestazioni definendo quelle da acquistare in base al fabbisogno e garantire il monitoraggio e il controllo periodico dell'erogazione delle prestazioni con misura dei tempi di attesa delle stesse.

Per gli erogatori privati allo stesso modo le Aziende predisporranno accordi per l'acquisto delle prestazioni nel rispetto dei tetti finanziari e delle presenti linee guida e garantiranno il monitoraggio e il controllo periodico dell'erogazione delle prestazioni con misura dei tempi di attesa delle stesse.

4.7 Livelli di spesa farmaceutica programmati.

Con atto specifico verranno definiti i livelli di spesa farmaceutica programmata nelle componenti che costituiscono i tetti di spesa.

Con lo stesso atto verranno definite le regole per la rimborsabilità dei farmaci, nonché gli obiettivi da raggiungere e gli indicatori di monitoraggio.

4.8 Screening e altre tipologie di prestazioni

4.8.1 Screening per la cervice uterina, la mammella e il colon retto

In relazione agli screening in oggetto, le Aziende Ospedaliere sono tenute a fornire alle Aziende USL le informazioni relative agli approfondimenti diagnostici e ai trattamenti terapeutici erogati alle rispettive popolazioni bersaglio al fine di garantire i percorsi preventivi diagnostici terapeutici della Rete Oncologica.

4.8.2 Altre tipologie di prestazioni

Per tutte le ulteriori prestazioni, comunque regolate da tariffari regionali, la Regione limita la sua competenza alla indicazione del tetto di risorse disponibili fissate dal riparto del fondo sanitario, delegando alle Aziende USL, in sede di definizione degli accordi con le strutture erogatrici, le clausole contrattuali per le modalità di erogazione, il controllo della qualità, il controllo dei livelli qualitativi e il sistema di regolazione finanziaria. I sistemi di remunerazione sono basati sui tariffari vigenti. Negli accordi vanno indicati i tetti, la riduzione tariffaria in caso di superamento, l'eventuale necessità di autorizzazioni preventive.

Negli accordi contrattuali devono essere inserite tutte le tipologie di prestazioni e per ognuna il volume contrattualizzato, le regole di erogazione, gli obiettivi e gli indicatori di



monitoraggio.

4.9 Addebiti

Le modalità e i tempi per gli addebiti, nonché le formulazioni di eventuali contestazioni sono definiti dal “Disciplinare tecnico per la compensazione della mobilità sanitaria intraregionale” e, per quanto di competenza, dall’Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria.

4.10 Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Negli accordi contrattuali sono fissati i requisiti della funzione di controllo interno, che deve essere assicurata dalle strutture erogatrici, nonché le prerogative del controllo esterno per l’accesso alle strutture e alle informazioni.

La Regione Umbria, Direzione “Salute e Welfare” ha aggiornato le linee guida per la funzione di controllo specificatamente per il monitoraggio delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e della casistica di ricovero trasferita al regime ambulatoriale nonché per l’applicazione di penalizzazioni al manifestarsi di effetti distorsivi (Vedi Sezione B).

Con DGR n. 893 del 31/08/2022 è stato adottato il “Manuale Controlli - Composizione e Funzionamento del Comitato per Il Controllo Esterno”.

Le linee guida dei controlli prevedono la verifica a campione delle SDO e delle cartelle cliniche, la cui modalità di applicazione deve essere prevista all’interno degli accordi contrattuali permettendo l’individuazione di potenziali problemi nell’accuratezza della compilazione e aree di priorità su cui intervenire per migliorare la qualità dei dati.

Le penalizzazioni da mettere in atto, nel caso del mancato rispetto delle regole ricordate, sono stabilite negli accordi/contratti stipulati dalle Aziende.



SEZIONE B: LINEE GUIDA CONTROLLI

La funzione di controllo dell'attività di degenza ospedaliera è organizzata in controllo interno, controllo esterno e relativi rapporti regolamentati nel "Manuale dei Controlli - Composizione e funzionamento Comitato per il Controllo Esterno" e le regole di codifiche vigenti regionali (DGR 1251/2021 allegato 2 per la parte di codifica e s.m.i.) e nazionali.

Di seguito le funzioni e i controlli da effettuare con indicazione della modulistica di riferimento.

1. LA FUNZIONE DI CONTROLLO INTERNO

Le strutture erogatrici dovranno assicurare la funzione di controllo interno conformemente a quanto indicato di seguito. L'attività di controllo dovrà essere effettuata sull'archivio dei dimessi nell'anno in esame comprendendo tutta la casistica sia intra che extraregionale e negli accordi contrattuali vanno riportate le modalità di abbattimento.

1.1. TIPOLOGIA CONTROLLI

1.1.1 Controllo della qualità e completezza delle informazioni riportate nella SDO

Il controllo della qualità e della completezza delle informazioni della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) viene effettuato ogni volta che gli archivi vengono caricati sul portale regionale creato per la mobilità sanitaria attraverso controlli automatici costruiti in base alle specifiche dei singoli campi. I controlli automatici vengono effettuati sulle indicazioni di livello ministeriale/regionale/interregionale della mobilità ed attività sanitaria intra ed extra regionale vigenti nel periodo.

1.1.2 Controllo di corrispondenza SDO-Cartella Clinica

In base alla normativa Nazionale devono essere effettuati controlli random riguardanti almeno il 10% delle schede dei dimessi per la verifica della corrispondenza fra quanto registrato in cartella clinica e quanto riportato nella SDO.

I controlli sopra citati potranno essere effettuati anche mediante l'utilizzo di programmi specifici che individuino le schede con potenziali problemi di compilazione e/o codifica permettendo di correggere l'errore in tempo reale e di individuare aree problematiche su cui intervenire prioritariamente per migliorare la qualità delle informazioni.

Il controllo di corrispondenza SDO-Cartella Clinica deve essere effettuato su tutti i casi di DRG 424, 468, 476 e 477 (interventi chirurgici maggiori o minori non correlati con la diagnosi di dimissione) in quanto possono nascondere errori nella scelta della diagnosi principale,



errori nella codifica delle patologie o degli interventi/procedure e solo in piccola percentuale risultano corretti. Il controllo di corrispondenza dovrà essere effettuato anche su tutte le cartelle estratte alla ricerca della inappropriatezza.

1.1.3 Controllo della appropriatezza dei ricoveri comprensivi del controllo dell'esistenza e della consistenza di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe

Il controllo dei ricoveri ripetuti va effettuata su tutta la casistica.

Il controllo della casistica per la quale si ravvisa possibile inappropriatezza, dovrà essere effettuato sulla base del confronto con i valori medi regionale o sulla base di evidenze individuate autonomamente dalle Aziende o segnalate dalla Regione e sarà almeno pari al 2,5 % delle cartelle prodotte.

Si elencano di seguito gli ambiti all'interno dei quali individuare le possibili inapproprietezze.

a) Ricoveri ripetuti

Essi possono nascondere un insieme di comportamenti scorretti sia gestionali sia assistenziali, ed essere quindi la spia di problemi diversi, quali:

- dimissioni precoci;
- permessi intrasettimanali o del fine settimana;
- incapacità da parte della struttura ad effettuare tutti gli accertamenti in un tempo di ricovero ragionevole (es.: TAC a due settimane ecc.);
- esami preoperatori effettuati in regime di ricovero (ordinario o Day Hospital);
- passaggio da un reparto all'altro tramite dimissione, con artificiosa duplicazione del ricovero.

a1) Percentuale di ricoveri ripetuti 0-1 giorno (RR 0-1)

$$RR\ 0-1 = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale con finestra temporale 0-1 giorno D= Totale dimissioni

I ricoveri ripetuti nello stesso ospedale con finestra temporale 0–1 giorno possono essere considerati con relativa tranquillità ricoveri impropri.

L'individuazione dei casi dovrà essere fatta seguendo i criteri di seguito riportati:

Paziente non 'ANONIMO';

Regime di ricovero: '1' degenza ordinaria;

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o

'4' ricovero programmato con preospedalizzazione; Modalità

di dimissione: '2' dimesso a domicilio;



Reparti da escludere dai controlli: 28 Unità spinale,
56 Riabilitazione motoria,
75 neuroriabilitazione,
40 Psichiatria,
60 Lungodegenza;

DRG può essere diverso nei due ricoveri; sono esclusi i DRG:409 radioterapia
410 chemioterapia non associata a leucemia
492 chemioterapia associata a leucemia; Durata della
degenza > 1 giorno;

a2) Percentuale di ricoveri ripetuti 2-3 giorni (RR 2-3)

$$RR\ 2-3 = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale con finestra temporale 2-3 giorni D=
Totale dimissioni

a3) Percentuale di ricoveri ripetuti 4 -7 giorni (RR 4-7)

$$RR\ 4-7 = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale con finestra temporale 4-7 giorni D=
Totale dimissioni

I ricoveri ripetuti con finestre temporali sopra descritte possono essere la spia di:

- dimissioni precoci;
- trasferimento in altro reparto tramite dimissione, con artificiosa duplicazione del ricovero.

a4) Percentuale di ricoveri ripetuti 0 - 3 giorni (RR 0-3)

$$RR\ 0-3 = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale per lo stesso DRG con finestra temporale
0-3 giorni

D= Totale dimissioni

Le riammissioni di pazienti, entro tre giorni dalla dimissione, nello stesso ospedale per
uno stesso DRG possono essere considerate con relativa tranquillità ricoveri impropri.

L'individuazione dei casi dovrà essere fatta seguendo i criteri di seguito riportati:

Paziente non 'ANONIMO';

Regime di ricovero: '1' degenza ordinaria;

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o

'4' ricovero programmato con preospedalizzazione;

Modalità di dimissione: '2' dimesso a domicilio;



Reparti da escludere dai controlli: 28 Unità spinale,
56 Riabilitazione motoria,
75 neuroriabilitazione,
40 Psichiatria,
60 Lungodegenza;

stesso DRG nei due ricoveri;

sono esclusi i DRG: 409 Radioterapia
410 chemioterapia non associata a leucemia
492 chemioterapia associata a leucemia;

Durata della degenza > 1 giorno;

a5) Percentuale di ricoveri ripetuti 4 - 30 giorni (RR 4-30)

$$RR\ 4-30 = (RR/D) \times 100$$

RR= re ricoveri avvenuti nello stesso ospedale per lo stesso DRG con finestra temporale 4-30 giorni

D= Totale dimissioni

b) Omnicomprensività della Tariffa

$$OT = (RR/D) \times 100$$

RR= Ricoveri chirurgici preceduti da un ricovero di tipo medico nello stesso presidio, di durata inferiore a 4 giorni se in regime ordinario o a 4 accessi se in regime di Day Hospital e con finestra temporale ≤ 15 giorni.

D= Totale dimissioni di tipo chirurgico

L'individuazione dei casi dovrà essere fatta seguendo i criteri di seguito riportati:

Paziente non 'ANONIMO';

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o

'4' ricovero programmato con preospedalizzazione; Reparti

da escludere dai controlli: 28 Unità spinale,
56 Riabilitazione motoria,
75 neuroriabilitazione,
40 Psichiatria,
60 Lungodegenza;

Sono da escludere tutti i casi che rientrano nel MDC 14, il trapianto del midollo (DRG 481) preceduto da un ricovero medico e i DRG 124, 125, 323 che pur essendo medici comportano l'esecuzione di procedure particolari (cateterismo cardiaco e litotriassia).



I 'casi' sono dati dai ricoveri chirurgici (DRG di tipo chirurgico) effettuati sia in degenza ordinaria che in day hospital che presentano nei 15 giorni precedenti l'ingresso, un ricovero con DRG non chirurgico effettuato nello stesso presidio.

Il ricovero non chirurgico potrà essere sia in degenza ordinaria che day hospital e dovrà avere una degenza inferiore a quattro giorni od a quattro accessi.

Per i:

- ricoveri ripetuti 2-3 giorno (RR 2-3)
- ricoveri ripetuti 4-7 giorno (RR 4-7) indipendenti dal DRG e per i:
- ricoveri ripetuti 4-30 giorno (RR 4-30) per lo stesso DRG,

c) DRG Complicati (DRG_CC)

$$DRG_CC = (C/O) \times 100$$

C = totale dimissioni attribuite a DRG "Complicati" O = totale dimissioni attribuite a DRG "Omologhi"

L'indicatore mette in evidenza problemi di codifica con il risultato di una sotto stima delle complicazioni o una eccessiva enfaticizzazione delle complicazioni o condizioni preesistenti che non hanno però impegnato la struttura ospedaliera.

d) Ricoveri brevi di alta complessità

I ricoveri di alta complessità con degenza breve, ripetuti o eseguiti presso strutture non di pertinenza, possono nascondere comportamenti scorretti sia gestionali sia assistenziali o nascondere errori di codifica con attribuzione della casistica a DRG con peso maggiore.

I controlli sono da effettuare sugli 84 DRG classificati di alta complessità e riportati in tabella sottostante.

DRG di Alta Complessità

CLASSIFICAZIONE	DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG
Alta Complessità	1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC
Alta Complessità	2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
Alta Complessità	3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni
Alta Complessità	7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
Alta Complessità	49	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo
Alta Complessità	75	4	C	Interventi maggiori sul torace
Alta Complessità	76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
Alta Complessità	103	0	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
Alta Complessità	104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco



Alta Complessità	105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
Alta Complessità	106	5	C	Bypass coronarico con PTCA
Alta Complessità	108	5	C	Altri interventi cardiotoracici
Alta Complessità	110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
Alta Complessità	111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
Alta Complessità	146	6	C	Resezione rettale con CC
Alta Complessità	147	6	C	Resezione rettale senza CC
Alta Complessità	149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
Alta Complessità	156	6	C	Interventi su esofago stomaco e duodeno, età < 18 anni
Alta Complessità	191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
Alta Complessità	192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
Alta Complessità	193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
Alta Complessità	286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
Alta Complessità	302	11	C	Trapianto renale
Alta Complessità	303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia
Alta Complessità	304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
Alta Complessità	353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
Alta Complessità	357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
Alta Complessità	386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
Alta Complessità	387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori
Alta Complessità	401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
Alta Complessità	403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC
Alta Complessità	405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni
Alta Complessità	406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
Alta Complessità	442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
Alta Complessità	471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
Alta Complessità	473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni
Alta Complessità	480	0	C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
Alta Complessità	481	0	C	Trapianto di midollo osseo
Alta Complessità	484	24	C	Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti
Alta Complessità	485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli rilevanti
Alta Complessità	486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti
Alta Complessità	488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
Alta Complessità	491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
Alta Complessità	495	0	C	Trapianto di polmone



Alta Complessità	496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
Alta Complessità	497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
Alta Complessità	498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
Alta Complessità	504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
Alta Complessità	505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute
Alta Complessità	506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
Alta Complessità	507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
Alta Complessità	508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
Alta Complessità	509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
Alta Complessità	512	0	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
Alta Complessità	513	0	C	Trapianto di pancreas
Alta Complessità	515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
Alta Complessità	519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
Alta Complessità	520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
Alta Complessità	525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
Alta Complessità	528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
Alta Complessità	529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
Alta Complessità	530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
Alta Complessità	531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC
Alta Complessità	532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC
Alta Complessità	535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
Alta Complessità	536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
Alta Complessità	539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
Alta Complessità	541	0	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
Alta Complessità	542	0	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore
Alta Complessità	543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale
Alta Complessità	544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori



Alta Complessità	545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
Alta Complessità	546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
Alta Complessità	547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
Alta Complessità	548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
Alta Complessità	549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
Alta Complessità	550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
Alta Complessità	551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
Alta Complessità	565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore
Alta Complessità	569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
Alta Complessità	570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
Alta Complessità	573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica
Alta Complessità	575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni
Alta Complessità	578	18	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico

Vanno controllati i DRG di alta specialità con le seguenti possibili anomalie

- i casi con degenza breve (≤ 3 notti);
- i casi di ricoveri ripetuti;
- i casi eseguiti in unità operative in discipline non assimilabili (ad esempio intervento di alta specialità ortopedica eseguito in chirurgia generale).

e) Ricoveri ordinari medici brevi

I ricoveri ordinari medici brevi possono nascondere un insieme di comportamenti scorretti sia gestionali sia assistenziali, ed essere quindi la spia di problemi diversi.

Le casistiche da controllare sono quelle con degenza inferiore a 3 gg.

Vanno esclusi dal controllo quelli rientranti nell'elenco di cui all'allegato 6A del DPCM/2017 e quelli già sottoposti a controllo per i ricoveri ripetuti e l'omnicomprensività della tariffa.

f) Parti cesarei

La numerosità dei parti cesarei va tenuta sotto controllo per rientrare nelle % di ammissibilità previste nei PN regionali.

Per i PN con numero di parti >500/annui la % di ammissibilità è < 15%. In caso di



superamento del 15% vanno controllate tutte le cartelle dei parti cesarei per valutare l'appropriatezza della prestazione e individuare le modalità di riallineamento al target.

Per i PN con numero di parti >1.00/annui la % di ammissibilità è < 25%. In caso di superamento del 25% vanno controllate tutte le cartelle dei parti cesarei per valutare l'appropriatezza della prestazione e individuare le modalità di riallineamento al target.

g) DRG potenzialmente inappropriati rispetto al setting

g1) Appropriatelyzza ricovero ordinario – Allegato 6A DPCM LEA/2017

In merito a quanto stabilito dal DPCM dei LEA del 12.1.2017 si fa riferimento all'art.39 per la valutazione dei criteri di appropriatezza del ricovero ordinario.

Il DPCM 12.01.2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, pubblicato nel supplemento n. 15 della G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ha riconfermato tali elenchi (Allegati 6A e 6B del DPCM), stabilendo che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA dovrà definire le percentuali di riferimento per ciascun elenco. Pertanto, nelle more di tale definizione, si ritiene di applicare:

a. con riferimento all'Allegato 6A, le percentuali di ammissibilità approvate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 389 del 11.04.2016 recante ad oggetto "Misure relative all'appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 2010-2012", salvo che per i DRG n. 6, il DRG n. 39, il DRG n. 351 e tali percentuali vengono identificate.

b. con riferimento all'Allegato 6B, le percentuali di ammissibilità vengono confermate quelle delle precedenti delibere.

Le percentuali di ammissibilità per i DRG chirurgici sono riportate nella tabella successiva

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA – Allegato 6A DPCM LEA 2017

– DRG Chirurgici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	6	Decompressione del tunnel carpale	0
1	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	15
2	36	Interventi sulla retina	19
2	38	Interventi primari sull'iride	17
2	39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	0
2	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	4
2	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	3



2	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)(*)	8
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	19
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	15
3	59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	28
3	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	20
3	61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	16
3	62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1
5	119	Legatura e stripping di vene	3
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	17
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	33
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	10
6	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	12
3	168	Interventi sulla bocca con CC	24
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	9
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	11
8	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	12
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	3
8	232	Artroscopia	7
9	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85,20 e 85.21)	4
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	7
9	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	19
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	4
12	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	13
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	12
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	2
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	4
12	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	25
13	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	16
13	362	Occlusione endoscopica delle tube	23
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	5
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	10
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	10



I DRG chirurgici ad elevato rischio di inappropriata saranno retribuiti solo se erogati in day surgery (gli ordinari che superano la percentuale di ammissibilità saranno remunerati con la tariffa del ricovero diurno, salvo il caso in cui la tariffa ordinaria risulta inferiore a quella in day surgery).

Gli interventi vanno valutati in base alla complessità chirurgica, per effettuare in regime ambulatoriale o diurno tutti quelli che ne hanno le caratteristiche.

In caso di DRG potenzialmente inappropriati effettuati in regime ordinario vanno annotati i motivi che rendono appropriata la degenza ordinaria:

- 01 insorgenza di complicanze in programmati chirurgici ben documentata in cartella clinica
- 02 programmazione pomeridiana in programmati chirurgici in sedute operatorie iniziate alle ore 8.00;
- 03 lontananza della abitazione (intra od extraregionale) in programmati chirurgici;
- 04 vulnerabilità sociale documentata in cartella clinica;
- 05 ingressi urgenti dal P.S;
- 06 ricoveri medici per procedure chirurgiche/interventistiche che necessitano di un periodo di controllo superiore alle 24 ore;
- 07 Altro (specificare)

Nel caso in cui la degenza supera le 2 notti va dettagliato in cartella clinica la motivazione e il percorso di ricovero che ha determinato un DRG dell'elenco con più di 2 pernottamenti.

Le percentuali di ammissibilità per i DRG medici sono riportate nella tabella successiva

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA – Allegato 6A DPCM LEA 2017 – DRG Medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	22
1	19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	38
2	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	28
3	65	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)	2
3	70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	43
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	40
3	74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	42
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	47
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)	13
5	133	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)	6



5	134	Ipertensione (eccetto urgenze)	5
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	40
5	142	Sincope e collasso senza CC (eccetto urgenze)	5
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	42
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)	1
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	6
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	33
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	24
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)	9
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	26
8	243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	7
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	32
8	248	Tendinite, miosite e borsite	39
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	38
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	42
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	43
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	47
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	31
9	276	Patologie non maligne della mammella	28
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	4
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	1
9	283	Malattie minori della pelle con CC	32
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	23
10	294	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	2
10	295	Diabete, età < 36 anni	37
10	299	Difetti congeniti del metabolismo	14
10	301	Malattie endocrine senza CC	19
11	317	Ricovero per dialisi renale	22
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	22
11	324	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	9
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	4
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	21
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	21
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	36



11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	29
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	14
12	351	Sterilizzazione maschile	0
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	23
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	35
14	384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	29
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	4
16	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	28
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	17
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	17
17	409	Radioterapia	8
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	18
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	17
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	16
19	426	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)	4
19	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)	4
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	37
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	11
23	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	17
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	16
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	19
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	46
1	564	Cefalea, età > 17 anni	40

Nota: per i DRG LEA medici va preso in considerazione, oltre alla percentuale di ammissibilità, la casistica assoluta.

Nel caso di superamento delle percentuali ammissibili si dovranno effettuare controlli a campione.

Nelle percentuali non sono compresi i ricoveri di riabilitazione perché non per acuti.

Ai fini del miglioramento della casistica e della riduzione della potenziale inappropriatezza, per i DRG medici potenzialmente inappropriati verrà remunerata la sola la quota rientrante nella percentuale di ammissibilità.

g2) Appropriatelyzza del ricovero in day surgery – Allegato 6B DPCM LEA 2017

Si fa riferimento a quanto stabilito dal DPCM dei LEA del 12.1.2017 all'art.41 per la valutazione dei criteri di appropriatezza del day surgery.

Con DGR n. 194 del 06/03/2024 “Art. 6 comma 8 del RR 9/2023. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale” si è provveduto a definire la classificazione dei



requisiti per la chirurgia ambulatoriale con lo scopo è quello di ridurre il tasso di ospedalizzazione; ridurre i ricoveri impropri e ottimizzare la gestione dei posti letto nelle U.O. chirurgiche e conformare i comportamenti degli operatori e gli accessi alle strutture chirurgiche, attraverso percorsi certi, virtuosi e tracciabili; attuare setting assistenziali che garantiscano la razionalizzazione dell'attività chirurgica, la sicurezza del paziente ed il contenimento della spesa.

La DGR n.282 del 27/03/2025 “DGR 194/2024 e DGR 761/2024. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale. Ulteriori modificazioni e integrazioni” ha provveduto all’aggiornamento della DGR 194/2024 e DGR 761/2024.

A tal fine le strutture erogatrici devono far riferimento a tali provvedimenti per l'erogazione delle prestazioni chirurgiche nel setting assistenziale appropriato utilizzando gli ambulatori di Tipo 1, 2 o 3 come indicato nella DGR 282/2025. In particolare le prestazioni chirurgiche/interventistiche previste dal nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale di riferimento per la DGR 282/2025 sono sempre appropriate per i pazienti a basso rischio (ASA I e II) e, pertanto, devono essere erogate di norma presso le strutture di chirurgia ambulatoriale.

Le prestazioni con procedure riconducibili al nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale se trattate in regime di ricovero risultano potenzialmente inappropriate soprattutto se riferiti a pazienti ASA I e ASA II e vanno controllata per l'appropriatezza di corretto utilizzo del setting e se risultanti inappropriate vanno remunerate con la tariffa della specialistica ambulatoriale al netto del ticket per i pazienti non esenti.

Alle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery di cui all'Allegato 6B - trasferibili in regime ambulatoriale si applicano le seguenti percentuali di ammissibilità.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI	NOTA CODICE	CODICE INTERVENTO SPECIALISTICA	% DI AMMISSIBILITA'
LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	04.43	0
LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	04.44	0



DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI	NOTA CODICE	CODICE INTERVENTO SPECIALISTICA	% DI AMMISSIBILITA'
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)	H	08.72	0
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)	H	08.74	0
INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.	H	13.19.1	0
INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fachico)	H	13.70.1	0
IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	H	13.72	0
RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	H	13.8	0
RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R	53.00.1	52
RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R	53.00.2	52
RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R	53.21.1	52
RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R	53.29.1	52
RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R	53.41	55
RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R	53.49.1	55



DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI	NOTA CODICE	CODICE INTERVENTO SPECIALISTICA	% DI AMMISSIBILITA'
RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	77.56	35
ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	80.20	35
ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	81.72	45
ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	81.75	45
AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	84.01	35
AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	84.02	35
AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	84.11	64
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	H	98.51.1	6
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	H	98.51.2	6
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita	H	98.51.3	6



DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI	NOTA CODICE	CODICE INTERVENTO SPECIALISTICA	% DI AMMISSIBILITA'
urologica di controllo.			

Nota: la percentuale di ammissibilità per DRG è da misurare sul totale della casistica ordinaria, day surgery e ambulatoriale. Per tutti i DRG indicati si prevede che, al superamento della percentuale di ammissibilità in degenza, vengano applicate le corrispondenti tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Di seguito si precisano le modalità di calcolo per l'individuazione della casistica da tariffare come ambulatoriale.

- I. Casistica ambulatoriale "Riparazione di dito a martello/artiglio 77.56" corrispondente in degenza al DRG 225 con procedura 77.56 o 77.57;
- II. Casistica ambulatoriale "Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea 81.72" e "Artroplastica dell'articolazione carpocarpale 81.75" corrispondente in degenza al DRG 228 con procedure 81.72 o 81.75;
- III. Casistica ambulatoriale "Litotrissia extracorporea rene 98.51.1 98.51.2 98.51.3" corrispondente in degenza al DRG 323 con procedura 98.51;
- IV. Casistica ambulatoriale "Amputazione e disarticolazione dita mano/pollice 84.01 84.02" corrispondente in degenza al DRG 441 associato a procedura 84.01 o 84.02.

Per tutti i casi sopra descritti l'estrazione in degenza deve escludere i casi urgenti e gli oneri della degenza diversi da 1, 2, 5, 6.

Per il DRG 225 vengono inclusi tutti i casi in cui è presente il codice 77.56 - Riparazione di dito a martello o il codice 77.57 - Riparazione di dito ad artiglio con esclusione se associati a:

- 04.07 Altra resezione o asportazione dei nervi cranici e periferici
- 04.49 Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze
- 77.38 Altra sezione del tarso e metatarso
- 77.39 Altra sezione di altre ossa, escluse quelle facciali
- 77.51 Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso



- o 77.53 Altra asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli
- o 77.58 Altra asportazione, fusione o riparazione di dita
- o 77.68 Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso
- o 77.88 Altra osteotomia parziale del tarso e metatarso
- o 77.89 Altra osteotomia parziale di altre ossa
- o 77.98 Osteotomia totale del tarso e del metatarso
- o Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce.

In caso di casistiche associate è ammesso il ricovero in regime di DS, se effettuate in regime ordinario la remunerazione avviene con la tariffa del ricovero diurno, salvo il caso in cui la tariffa ordinaria risulta inferiore a quella in day surgery).

Per le prestazioni che sono riconducibili anche al regime ambulatoriale, qualora la scelta del regime assistenziale sia quella del ricovero, nella cartella clinica dovranno risultare chiaramente documentati sia i criteri legati all'intervento, clinici o assistenziali, sia l'assistenza post-intervento, che hanno motivato il ricorso al regime di ricovero.

Occorre perciò monitorare il loro passaggio da prestazioni di degenza ad ambulatoriali verificando l'appropriatezza dei ricoveri che ricadono negli specifici DRG.

Per il DRG 225 le procedure appartenenti al 77.5 "Asportazione di borsite e correzione di altre deformità delle dita" ad esclusione di quanto deve essere effettuato in regime ambulatoriale come sopra indicato, vanno eseguite prioritariamente in Day Surgery.

g3) Appropriatelyzza del ricovero in day hospital

In merito a quanto stabilito dal DPCM dei LEA del 12.1.2017 si fa riferimento all'art.43 per la valutazione dei criteri di appropriatezza del day hospital.

I Day Hospital medici diagnostici non devono essere prodotti, nel caso di produzione devono essere controllati al fine di individuare la possibilità di diverse forme di erogazione delle prestazioni.

La verifica della appropriatezza della casistica ricompresa nei "DH medici a finalità diagnostica" è prevista tra i controlli che gli erogatori sono tenuti ad effettuare; in particolare, tali DH dovranno progressivamente tendere a zero e saranno soggetti ad abbattimento.

g4) Appropriatelyzza ricovero in riabilitazione

In merito a quanto stabilito dal DPCM dei LEA del 12.1.2017 si fa riferimento a l'art.45 per la



valutazione dei criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione.

In relazione a quanto sopra previsto dalla normativa vigente sono state applicate le tariffe come previsto al comma 9, mentre per l'appropriatezza e si è provveduto ad implementare, il Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri" nel rispetto di quanto indicato dalla pubblicazione.

Il Decreto, al fine di perseguire la finalità di efficientamento e razionalizzazione delle risorse disponibili e al contempo di promuovere qualità ed esiti positivi nei trattamenti riabilitativi afferenti al setting di ricovero ospedaliero, definisce i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera dei pazienti adulti (codice 56, codice 75 e codice 28) di tipo neurologico, pneumologico, cardiologico, ortopedico (MDC 1-4-5- 8).

La metodologia definita nel Decreto ha previsto un periodo di sperimentazione della durata di un anno, a seguito della adozione della SDO riabilitativa da parte del Ministero della salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali. Fino alla fine della sperimentazione, per tutte le finalità amministrative restano in vigore le norme nazionali e/o regionali in essere in merito alla riabilitazione ospedaliera in tutti i setting codice 56, 28 e 75.

Il Decreto è stato predisposto in osservanza di quanto sancito nell'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, concernente la manovra sul settore sanitario o (Rep. Atti n. 113/CSR del 2 luglio 2015), alla lettera B "Appropriatezza", ed in particolare alla lettera B.2 "Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatazza" e dell'articolo 9-quater, comma 8, del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125 "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio Sanitario Nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali".

Il Decreto tiene altresì conto di quanto previsto dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 luglio 2014 concernente il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, in particolare dell'articolo 3, comma 3 (Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014).

NOTA BENE: Miglioramento appropriatezza

Al fine di migliorare l'appropriatezza, le Aziende Sanitarie/Strutture erogatrici dovranno perseguire l'obiettivo di migliorare le performance, avendo come riferimento gli indicatori:

- per gli Adempimenti LEA e quelli del Nuovo Sistema di Garanzia



- e del PNE con adeguata attenzione ai volumi ed esiti e alla “Treemap” prevista dal Programma Nazionale Valutazione Esiti
- del MeS individuati per i setting ospedalieri e ambulatoriali

In tutte le U.O. individuate come sedi Hub o Spoke delle reti cliniche ospedaliere si dovranno rispettare i volumi e gli esiti delle casistiche dei DRG previsti dal PNE e per la Chirurgia Oncologica quanto previsto dalla DGR 609/2024 e DGR 1046 del 20.9.2024.

Esempio: numero primi interventi per tumore maligno della mammella in U.O individuata nella rete regionale come Breast Unit > 150

Le strutture/U.O. non individuate come nodi delle reti cliniche ospedaliere, per le reti definite, non dovranno produrre casistiche rientranti in quelle misurate

Esempio: numero primi interventi per tumore maligno della mammella in U.O non individuata nella rete regionale come Breast Unit = 0.

Il mancato rispetto delle condizioni sopra esplicitate comporta:

- nel primo caso il mancato raggiungimento degli standard va analizzato per valutare se necessario la revisione della rete regionale
- nel secondo caso la produzione di casi non dovuti comporta la mancata retribuzione della prestazione e l'eventuale decurtazione di una percentuale del tetto di budget per l'anno successivo.

1.2. ADEMPIMENTI DEGLI EROGATORI

Le Direzioni Generali organizzano la funzione di controllo interno ai sensi delle normative vigenti e recepiscono con apposito atto deliberativo le linee guida regionali in materia di controlli.

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie garantiscono la funzione del controllo esterno per come previsto dalle disposizioni regionali.

Le attività ed i risultati dei controlli interni dovranno essere riportati in un apposito registro dei controlli contenente il numero della SDO, la tipologia di controllo, gli errori rilevati e le eventuali azioni correttive intraprese.

L'attività di controllo andrà certificata mediante l'invio in Regione dei moduli riepilogativi dei controlli contestualmente alla trasmissione dei riepiloghi cartacei che accompagnano il file A dei dimessi.

La modulistica da trasmettere è la seguente:

- Modulo riepilogo controlli trimestrale e annuale (allegato 1a del Manuale dei Controlli - Composizione e funzionamento Comitato per il Controllo Esterno” contestualizzato con i controlli previsti da questa linea guida) da inviare con le tempistiche di invio del flusso



trimestrale;

- Tabella 1 riepilogo controlli (allegato 1b del Manuale dei Controlli - Composizione e funzionamento Comitato per il Controllo Esterno”) da inviare entro il 30 aprile dell’anno successivo;
- Tabella 2 riepilogo controlli (allegato 1c del Manuale dei Controlli - Composizione e funzionamento Comitato per il Controllo Esterno” contestualizzato con i controlli previsti da questa linea guida) da inviare entro il 30 aprile dell’anno successivo;
- Relazione annuale inerente le attività del Controllo Interno da inviare da inviare entro il 30 aprile dell’anno successivo.

Come noto, dal 2012 il Ministero della Salute chiede alle Regioni di allegare alla relazione sui controlli effettuati sulle cartelle cliniche e i report riepilogativi contenenti anche informazioni sui risultati economici prodotti. Tale reportistica (tabelle 1 e 2) inviata dalle singole Aziende/Erogatori alla fine di ogni anno concorrerà alla formazione della relazione annuale da inviare al Ministero nell’ambito degli adempimenti richiesti dal Tavolo LEA.

Le strutture erogatrici offrono la propria collaborazione alla Regione e alle Aziende acquirenti cui spetta la funzione di controllo esterno ed in particolare consentono l’accesso del personale addetto al controllo esterno, ai registri del controllo interno e alle altre documentazioni necessarie all’attività di controllo.

2. LA FUNZIONE DI CONTROLLO ESTERNO

2.1 TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

2.1.1 Verifica della corrispondenza tra SDO e cartella clinica e della corretta codifica della SDO

Per tutte le SDO estratte dovrà essere effettuato il controllo di corrispondenza SDO/Cartella Clinica e il controllo della corretta codifica.

Per rendere veloce la verifica di concordanza delle informazioni riportate nella SDO con quelle della cartella clinica viene predisposto dalla Regione, oltre all’elenco delle cartelle da controllare, un apposito modulo da compilare solo per quei casi che richiedono una modifica della codifica e che determinano una diversa attribuzione del DRG.

La verifica della corretta codifica verrà effettuata sulla base delle Linee guida nazionali sancite dalla conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e sulla base delle linee guida della Regione Umbria emanate ad oggi. Le verifiche di controllo seguiranno l’aggiornamento delle linee guida regionali.



2.1.2 Verifica appropriatezza

Per i casi richiesti si effettuerà anche il controllo dell'appropriatezza riportando, nell'apposita modulistica e nel file .xls predisposto, le motivazioni che rendono appropriato il pernottamento e quindi la degenza ordinaria in base alle regole dettate a livello regionale.

2.2 ESITO DELLA VERIFICA

L'esito della verifica verrà riportato nel verbale redatto alla fine del controllo di cui una copia verrà lasciata alla direzione sanitaria (al responsabile del controllo interno) della struttura controllata.

La struttura controllata è tenuta a modificare il flusso informativo dei dati in relazione all'esito dei controlli e a comunicarlo in Regione e per la casistica intraregionale all'Azienda territorialmente competente e/o all'Azienda con cui è stato stipolato l'accordo contrattuale.

Una copia del verbale ed i moduli compilati verranno consegnati al Servizio competente regionale per gli atti di competenza.

La modulistica da utilizzare si compone di:

- Chek list per singola SDO per verifica di concordanza e/o appropriatezza
- Report di riepilogo
- Verbale di controllo