

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 8 giugno 2017, n. U00218

**Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualita' di Commissario ad Acta del 26 marzo 2012, n. 40**

**OGGETTO:** Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad Acta* del 26 marzo 2012, n. 40

## **IL COMMISSARIO AD ACTA**

### **VISTI**

la legge costituzionale 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad Acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

la delibera del Consiglio dei Ministri del 1° dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*", secondo cui rientra tra i compiti della Regione l'organizzazione del sistema sanitario, l'individuazione dei criteri di finanziamento e la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, e che prevede inoltre:

all'art. 2, comma 2 – *sexies*, che la Regione disciplina le modalità di vigilanza e controllo sulle Unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse;

all'art. 3 *bis*, comma 5, che le Regioni determinano preventivamente i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari;

all'art. 8 *octies*, comma 1, che la Regione e le Aziende Unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese;

all'art. 8 *octies* comma 2 che per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresentano elemento di verifica per la conferma degli incarichi al Direttore Generale, ai Direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate;

all'art. 8 *octies*, comma 3, che le Regioni determinano le regole per la funzione del controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;

il Decreto ministeriale 28 dicembre 1991 *“Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera”*, quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale;

il Decreto del Ministro della Salute 7 dicembre 2016, n. 261, *“Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera”*;

le Linee guida n. 1/95 del Ministero della Sanità, portanti l’esigenza di sviluppare adeguati sistemi di controllo a seguito dell’introduzione del sistema di pagamento degli ospedali sulla base delle tariffe predeterminate per prestazione, finalizzati a consentire un’attività di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori;

l’art.79, comma 1- *septies* del D.L.112/2008 convertito con la legge n. 133/2008, che modifica sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall’art. 88, comma 2 della Legge 388/2000;

il Decreto del Ministero della Salute del 10 dicembre 2009, recante *“Controlli sulle cartelle cliniche”*;

l’art. 70 della Legge regionale 6 febbraio 2003, n. 2 *“Determinazione delle sanzioni relative ai controlli esterni per l’attività di ricovero”*, con le modalità esplicitate all’Allegato 5 della DGR n. 731/05 e ribadite all’Allegato 4 della DGR n. 143/06;

la Deliberazione di Giunta Regionale n. 427 del 14/7/2006 *“Potenziamento del sistema regionale dei controlli esterni sull’attività ospedaliera. Modifica della D.G.R. 1178/03 e successive integrazioni e modificazioni”*;

il DCA n. 58/2009 *“Sistema dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica. Legge 133/2008, art. 79, comma 1-septies”*;

il DCA 40/2012, che integra e modifica il richiamato DCA 58/2009;

la legge 6 novembre 2012, n. 190, *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*;

l’intesa ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016, Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

l’intesa ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario, Rep. 113/CSR del 2 luglio 2015, nella quale le parti concordano di operare per un efficientamento della spesa sanitaria convenendo, fra l’altro (punto B – *Appropriatezza*) sulla necessità di adottare misure per la riduzione delle prestazioni inappropriate erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero di riabilitazione;

il DCA 606/2015 che ha istituito le AA.SS.LL “Roma 1” e “Roma 2”, soppresso le AA.SS.LL “Roma A”, “Roma B”, “Roma C” e “Roma E” e ridenominato la “ASL Roma D” come “ASL

Roma 3”, la “ASL Roma F” come “ASL Roma 4”, la ASL “Roma G” come ASL “Roma 5”, la “ASL Roma H” come “ASL Roma 6”;

il DCA 159/2016, “*Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale*”;

la Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015;

## **CONSIDERATO**

che i rapporti con cui l’Ente pubblico accredita le istituzioni sanitarie private in quanto rientranti nella programmazione sanitaria, e le ammette a contratto, rientrano nello schema delle concessioni di pubblico servizio, in via ordinaria delle concessioni-contratto, e di essi l’esercizio del potere-dovere di controllo, come definito dalla normativa nazionale e regionale, rappresenta fase necessaria;

che i controlli sull’attività sanitaria costituiscono esplicitazione del principio di buon andamento e imparzialità della Pubblica Amministrazione, ed in particolare quelli di appropriatezza sono tesi ad assicurare sia le irrinunciabili garanzie dell’attività assistenziale per i pazienti, sia ad evitare comportamenti non appropriati degli erogatori dal punto di vista sanitario;

che costituisce obiettivo prioritario delle attività di controllo la induzione di comportamenti virtuosi che, nel rispetto della programmazione regionale e delle esigenze di carattere finanziario, siano in grado di coniugare al meglio la maggior erogazione possibile dei LEA e l’economicità gestionale;

che i controlli sull’attività sanitaria devono svolgersi nel rispetto del principio di trasparenza e garantendo la più ampia interlocuzione fra le parti, anche ai fini dell’efficacia e della speditezza del procedimento;

che identici devono essere, dal punto di vista tecnico, i controlli da effettuarsi sia nei confronti delle istituzioni sanitarie private accreditate che nei confronti delle strutture pubbliche, relativamente sia all’attività ospedaliera che specialistica ambulatoriale;

che differenti sono, invece, gli effetti dei controlli nei confronti delle istituzioni sanitarie private con cui intercorre rapporto esterno di concessione-contratto, e nei cui confronti eventuali risultati negativi incidono in primo luogo sui pagamenti e sul contratto ed eventualmente sul rapporto concessorio, dagli effetti nei confronti delle strutture pubbliche con cui intercorre rapporto organico amministrativo, e per le quali eventuali risultati negativi rispetto agli accordi e ai programmi di attività da parte delle strutture si prestano all’adozione di misure interne di governo, nonché a quelle previste dal comma 2 dell’art. 8 *octies* del D.lgs. n. 502/92 ss.mm;

che gli effetti sul piano economico dell’esito di controlli che risultino negativi nei confronti delle istituzioni sanitarie private riguardano sia il ricalcolo della remunerazione correttamente individuata sulle singole prestazioni controllate, sia l’eventuale applicazione delle penalizzazioni previste dalla vigente normativa;

che, inoltre, qualora in sede di controllo si riscontrino elementi di inesistenza-incongruità e/o inappropriatezza delle prestazioni che, per importanza qualitativa e/o quantitativa, e/o per reiterazione nell'ambito del medesimo controllo o di più controlli, segnalino inadeguatezza professionale e/o mancanza di lealtà e correttezza dei comportamenti del concessionario, l'Amministrazione può avviare una procedura di verifica del medesimo, e recedere dal rapporto concessorio, sia con riguardo al momento contrattuale che con riguardo al momento dell'accreditamento, sia in maniera definitiva che temporanea, sia in parte, che *in toto*, qualora per tali ragioni l'Amministrazione non mantenga un interesse apprezzabile al mantenimento parziale del rapporto;

## CONSIDERATO

che i controlli riguardano le prestazioni che la struttura è ammessa ad erogare in nome e per conto del SSN, e perciò quelle contrattualizzate o comunque rientranti nel *budget* assegnato, mentre le prestazioni eventualmente rese dal privato al di fuori di tali limiti non rientrano nel rapporto concessorio e perciò a tutti gli effetti non sono riconosciute e riconoscibili e quindi neppure oggetto dell'esercizio del potere di controllo;

che necessariamente gli eventuali abbattimenti e/o penalizzazioni derivanti da controlli negativi (sia automatici, sia su singola cartella e comunque analitici) incidono sulla produzione resa entro il *budget* assegnato, essendo la produzione extra *budget* non considerabile per qualsiasi effetto;

che il sistema dei controlli, già disciplinato dal DCA 58/2009 e dal DCA 40/2012, pur avendo prodotto in generale buoni risultati, necessita, alla luce dell'esperienza maturata, di essere rivisto soprattutto:

- sotto il profilo delle procedure, che è necessario semplificare ed efficientare, anche individuando meccanismi amministrativi di risoluzione delle contestazioni che superino la Commissione degli Esperti e il Collegio arbitrale previsti dalla precedente normativa regionale che, nell'esperienza, non hanno prodotto risultati apprezzabili, generando invece dilazioni temporali dei procedimenti; le nuove procedure garantiscono comunque il contraddittorio fra le parti, assicurando il celere e lineare adempimento non solo delle operazioni di verifica, ma anche delle fasi successive a queste, ivi compresa quella relativa al tentativo di risoluzione in via amministrativa delle controversie eventualmente insorte durante le operazioni di verifica;
- 1. sotto il profilo degli effetti dei controlli negativi, in una realtà operativa che nel corso degli anni ha subito profondi mutamenti. Tale questione deve essere affrontata anche alla luce dell'esperienza maturata, che ha portato in alcuni casi a sanzioni il cui profilo penalizzante era prevalente rispetto a quello correttivo di fenomeni di incongruità e inappropriatezza. Il nuovo sistema introduce regole che tengono conto da un lato, della necessità di poter valutare gli erogatori in modo che solo quelli in grado di fornire ai cittadini prestazioni sanitarie effettivamente adeguate facciano parte del sistema pubblico; dall'altro, della parimenti rilevante esigenza degli erogatori sanitari di operare in un contesto di regole chiare e predeterminate, e quindi ben conoscibili, in modo che anche il momento del controllo sia strumento per il miglioramento continuo del servizio pubblico reso, e non solo un dispositivo a carattere sanzionatorio;

**PRESO ATTO**

dell'opportunità di modificare il complesso del sistema regionale dei controlli sull'attività assistenziale sanitaria degli erogatori sanitari pubblici e privati e i criteri operativi da attuare sull'intero territorio regionale;

**RITENUTO**

che i medesimi criteri tecnici che si applicano per i controlli alle strutture private si applicano anche alle strutture pubbliche;

**VISTE** le note prot. 601898/2016, e n. 0601937/2016, con cui, ai sensi dell'art. 7 della legge 241/90 è stato comunicato alle ASL e alle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative l'avvio del procedimento per l'adozione di un nuovo DCA in materia di controlli esterni agli erogatori privati;

**CONSIDERATE** altresì le note prot. n. 9032/2017 della ASL RM 4, n. 1958/2017 della ASL RM 6, n. 8834/2017 della ASL RM 2, n. 6287/2017 della ASL RM 1, e n. 11247/2017 della ASL RM 3, pervenute in risposta alla richiamata comunicazione di avvio del procedimento;

**CONSIDERATE** altresì le note prot. n. 314/2016 dell'AIOP, n. 250/2016 di UNINDUSTRIA, n. 645933/2016 (protocollo regionale) di UNINDUSTRIA, n. 4648/2017 (protocollo regionale) di AIOP e ARIS, n. 5/2017 di FEDERLAZIO, pervenute in risposta alla richiamata comunicazione di avvio del procedimento;

**RITENUTO** opportuno pertanto:

1. di apportare Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 26 marzo 2012, n. 40;
2. di approvare, a tal fine, il documento allegato (Allegato A), recante "*Criteri e procedure in materia di controlli dell'attività sanitaria*", che si compone di 11 articoli e che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di approvare l'allegato tecnico al documento di cui al punto 2 (Allegato B), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di stabilire che per quanto non espressamente previsto nei documenti di cui ai punti 2 e 3 si applicano il DCA 4 agosto 2009, n. 58, "*Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica. Legge n. 133/08, art. 79, comma 1-septies*", e il DCA 26 marzo 2012, n. 40, "*DCA n. 58/2009: "Sistemi dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica. L. 133/08, art. 79, comma 1 septies». Modifiche ed integrazioni"*.
5. di stabilire che a far data dall'entrata in vigore del presente Decreto è abrogato l'allegato tecnico al DCA 26 marzo 2012, n. 40, "*DCA n. 58/2009: "Sistemi dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica. L. 133/08, art. 79, comma 1 septies». Modifiche ed integrazioni"*.

**DECRETA**

per le motivazioni in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

1. di apportare modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 26 marzo 2012, n. 40;
2. di approvare, a tal fine, il documento allegato (Allegato A), recante “*Criteri e procedure in materia di controlli dell’attività sanitaria*”, che si compone di 11 articoli e che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di approvare l’allegato tecnico al documento di cui al punto 2 (Allegato B), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. per quanto non espressamente previsto nei documenti di cui ai punti 2 e 3 si applicano il DCA 4 agosto 2009, n. 58, “*Sistema dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica. Legge n. 133/08, art. 79, comma 1-septies*”, e il DCA 26 marzo 2012, n. 40, “*DCA n. 58/2009: “Sistemi dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica. L. 133/08, art. 79, comma 1 septies». Modifiche ed integrazioni*”.
5. a far data dall’entrata in vigore del presente Decreto è abrogato l’allegato tecnico al DCA 26 marzo 2012, n. 40, “*DCA n. 58/2009: “Sistemi dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica. L. 133/08, art. 79, comma 1 septies». Modifiche ed integrazioni*”.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e entra in vigore il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione.

**NICOLA ZINGARETTI**

**Allegato A**

**Criteria e procedure in materia di controlli dell'attività sanitaria**

**Art. 1**

**(Principi generali misure e penalizzazioni)**

1. Le attività di controllo si svolgono nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità della Pubblica Amministrazione, e di leale collaborazione e buona fede fra le parti.
2. Nell'ottica del perfezionamento continuo del servizio pubblico, finalità dei controlli è anche quella di verificare il corretto comportamento dell'erogatore sanitario, anche sotto il profilo della congruità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle prestazioni erogate e di evitare, nei termini, con le modalità e le garanzie di cui alla vigente normativa, comportamenti scorretti che determinino erogazioni incongrue o inappropriate, o fattispecie comunque in contrasto con le norme anche tecniche vigenti.
3. Le strutture pubbliche e le istituzioni sanitarie private accreditate ammesse ad erogare per conto e a carico del SSN mediante rapporto concessorio (di seguito i.s.p.), hanno l'obbligo di sottoporre la propria attività ai controlli previsti dalla vigente normativa, assicurando piena disponibilità e collaborazione.
4. In caso di controlli negativi, l'adozione delle misure e sanzioni amministrative nei confronti delle strutture pubbliche, e nei confronti delle i.s.p., il ricalcolo corretto degli importi spettanti ai fini della liquidazione definitiva, con le eventuali penalizzazioni calcolate secondo quanto previsto all'allegato al presente decreto, costituiscono esplicitazione dei poteri-doveri dell'Autorità pubblica, trovano fondamento nelle prerogative regionali in materia di programmazione sanitaria, nonché nella necessità di assicurare la gestione corretta ed efficiente delle risorse economico finanziarie.

**Art. 2**

**(Tipologie di controlli)**

1. Il presente decreto disciplina le seguenti tipologie di controllo:
  - a) controlli automatici;
  - b) controlli analitici esterni;
  - c) controlli sull'attività ambulatoriale.
2. Fermo restando quanto riportato nell'allegato tecnico, i controlli analitici dovranno comunque riguardare, per ciascun erogatore, almeno il 12,50% delle cartelle cliniche, e si effettuano secondo le seguenti modalità:
  - ✓ con modalità di campionamento mirato per gli eventi individuati nel documento eventi;
  - ✓ con modalità di campionamento casuale per i rimanenti eventi, e fino a concorrenza almeno della percentuale di cui sopra.
3. In caso di fenomeni di incongruità o inappropriatezza quali-quantitativamente rilevanti, i controlli, con provvedimento motivato, possono essere estesi al 100% della produzione.

**Art. 3**

**(Competenze)**

1. La Regione, avvalendosi delle competenti strutture, ha il compito di:
  - a) sovrintendere al sistema regionale dei controlli;
  - b) gestire il sistema informativo dei controlli (SIC);

- c) monitorare costantemente il sistema dei controlli, anche al fine di individuare e risolvere eventuali criticità che dovessero riscontrarsi;
  - d) elaborare l'elenco degli eventi oggetto dei controlli analitici relativi alle tipologie di prestazioni sanitarie da controllare per l'intera produzione;
  - e) aggiornare periodicamente l'elenco dei DRG a rischio di inappropriately con le relative soglie massime di ammissibilità;
  - f) definire ed aggiornare, ove necessario, gli elementi di riferimento del sistema informativo.
2. Fermo restando quanto indicato al comma 1, la Regione è competente all'effettuazione delle seguenti tipologie di controlli analitici sui ricoveri ospedalieri presso gli Ospedali classificati e le case di cura accreditate, i Policlinici Universitari privati e gli IRCCS privati nonché presso il San Giovanni Battista (SMOM) e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù:
- a) controlli di congruità – ricoveri in acuzie;
  - b) controlli di appropriatezza – ricoveri in acuzie;
  - c) controlli di congruità – ricoveri in post-acuzie;
  - d) controlli di appropriatezza –ricoveri in post-acuzie;
  - e) controlli relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.
3. Alle ASL compete la funzione di controllo dell'attività ospedaliera e delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogata presso i Presidi e le strutture di ASL, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari pubblici e gli IRCCS pubblici.
4. La liquidazione di somme effettuata in favore delle Strutture, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

#### **Art. 4**

##### ***Competenza territoriale***

La competenza territoriale per l'effettuazione dei controlli di cui al comma 4, art.3 del presente Decreto è la seguente:

- a) ASL Roma 1 esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL Roma 2;
- b) ASL Roma 2 esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL Roma 3;
- c) ASL Roma 3 esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL Roma 1;
- d) ASL Roma 4 esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL Roma 5;
- e) ASL Roma 6 esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL Roma 4;
- f) ASL Roma 5 esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria

competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL di Latina;

- g) ASL di Rieti esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL di Viterbo;
- h) ASL di Viterbo esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL di Rieti;
- i) ASL di Frosinone esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL Roma 6;
- j) ASL di Latina esercita attività di controllo sulle strutture pubbliche autonome (AO, Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS) ubicate sul territorio di propria competenza, nonché su quelle pubbliche a gestione diretta che insistono sul territorio della ASL di Frosinone.

#### **Art. 5**

##### **(Controlli automatici)**

1. Fermo restando quanto previsto dall'allegato al presente decreto, la Regione effettua controlli automatici sulle seguenti tipologie di ricovero:
  - a. Ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogati in regime di degenza ordinaria (metodo APPRO DGR n. 864/2002 e s.m.i);
  - b. Ricoveri ripetuti;
  - c. Ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogati in regime diurno (indicatori DGR n.922/2006, DPCA n.1/2010, DPCA n.61/2010);
  - d. Ricoveri di pazienti con frattura del femore ed età >65 anni (DGR n.613/2009).

#### **Art. 6**

##### **(Controlli analitici - Procedimento)**

1. I controlli analitici esterni si esplicano attraverso l'esame delle singole cartelle, effettuato da personale medico. In particolare, i controlli analitici su singola cartella sono finalizzati a:
  - a) verificare la coerenza fra le prestazioni erogate dalla Struttura e il titolo di accreditamento. Qualora le prestazioni fossero erogate in carenza di titolo, il personale di controllo non procede alla verifica ai sensi del presente decreto, e tutte le prestazioni di cui trattasi saranno considerate come non rese con applicazione della penalizzazione nella misura massima prevista;
  - b) verificare la corretta tenuta e completezza della documentazione;
  - c) valutare se il livello assistenziale di erogazione delle prestazioni sia quello più appropriato, ossia quello che consente un uso efficiente delle risorse (appropriatezza organizzativa);
  - d) valutare la correttezza della compilazione delle SDO, cioè la corretta codifica delle variabili anagrafiche e amministrative, delle diagnosi, degli interventi e procedure e la corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e registrato nella cartella clinica e quanto segnalato e codificato nella SDO, ai fini della corretta attribuzione dei DRG e della puntuale determinazione degli importi tariffari (congruità).
2. La procedura di controllo esterno si articola nelle seguenti fasi di competenza aziendale:
  - a) accertamento;
  - b) notifica esito accertamento;

- c) invito a controdedurre;
  - d) valutazione delle controdeduzioni e risoluzione delle contestazioni;
  - e) emanazione provvedimento e notificazione.
3. La Regione comunica, con preavviso di almeno 48 ore con mezzo legalmente idoneo ai sensi della vigente normativa, l'avvio della procedura di controllo, indicando giorno e ora di inizio attività.
  4. Per l'intera durata del controllo, le Strutture sono tenute a mettere a disposizione locali idonei, anche dal punto di vista delle norme in materia di sicurezza e salubrità dei luoghi di lavoro, da individuarsi tenendo conto del numero di cartelle da controllare (le quali devono rimanere a disposizione degli operatori sino alla fine del controllo) e del numero dei medici accertatori presenti.
  5. Rendere possibili ed effettivi i controlli rientra a tutti gli effetti tra gli obblighi del concessionario accreditato. Al personale di controllo dovrà essere consegnata, secondo i termini e le modalità di volta in volta indicati, esclusivamente la documentazione richiesta in maniera ordinata e leggibile. Non adempie a tale dovere di consegna la Struttura che mette indistintamente a disposizione del personale di controllo archivi, raccoglitori, faldoni con più cartelle e comunque più ampia e varia documentazione, nel cui ambito ci sia anche quella richiesta. In questo caso la documentazione si considera non consegnata, e si applica il comma 6, previa adeguata relazione sui fatti e relativa verbalizzazione con indicazione della documentazione non consegnata.
  6. In caso di mancata, parziale o ingiustificatamente ritardata messa a disposizione della documentazione sanitaria ed amministrativa specificamente richiesta, le prestazioni sanitarie che non sarà possibile verificare saranno considerate come non rese, con applicazione della penalizzazione nella misura massima prevista.
  7. Le Strutture possono assistere alle operazioni di controllo con il proprio rappresentante legale o con persona da questi delegata, e possono farsi supportare da rappresentanti di categoria o personale esperto in materia. Nel corso delle operazioni di controllo possono altresì chiedere al personale di verifica chiarimenti, delucidazioni verbali o scritte, precisazioni ed ogni utile elemento conoscitivo, finalizzato ad esplicitare termini e modalità del controllo. Qualora le Strutture non intendano assistere alle operazioni di controllo il personale procede, comunque, alla verifica.
  8. Durante le verifiche il personale di controllo ha facoltà di chiedere chiarimenti ai referenti delle Unità Operative esaminate o comunque alle strutture, ulteriore documentazione, delucidazioni verbali o scritte, precisazioni ed ogni utile elemento conoscitivo finalizzato a garantire la completezza istruttoria e la piena conoscibilità e valutabilità degli atti. Il personale di verifica ha altresì facoltà di chiedere copia degli atti, anche mediante strumenti informatici.
  9. Ultimata la fase di verifica, il personale di controllo consegna, normalmente a mani oppure con mezzo legalmente idoneo ai sensi della vigente normativa, alla Struttura il verbale di accertamento nel quale deve essere indicato il numero complessivo di cartelle controllate, il numero di cartelle eventualmente non consegnate e il numero di quelle ritenute incongrue e/o inappropriate con indicazione dei relativi nosologici. In questo caso la Struttura è tenuta a rilasciare, preferibilmente in formato digitale, al personale di controllo, copia con dichiarazione di conformità all'originale delle cartelle individuate come incongrue e/o inappropriate durante le operazioni di verifica. In caso di mancato rilascio delle citate copie, limitatamente alle relative cartelle, si applica il comma 6. Qualora non siano state rilevate incongruità e/o inappropriatezze, la procedura di controllo si considera conclusa.
  10. Salvo che gli atti non risultino di particolare complessità, entro 60 giorni dalla conclusione della fase di cui al comma 9, la Regione trasmette alla Struttura, con mezzo legalmente idoneo ai sensi della vigente normativa, una motivata relazione con chiara indicazione delle ragioni per cui le cartelle in questione sono state ritenute incongrue e/o inappropriate, allegando le copie delle schede di revisione relative alle citate cartelle. In caso di particolare complessità, comunicata alla Struttura con mezzo legalmente idoneo ai sensi della vigente normativa entro 45 giorni, il termine è prorogato per un massimo di ulteriori 60 giorni.
  11. Entro 45 giorni dalla ricezione della relazione di cui al comma 10, la Struttura interessata, qualora non concordi con le valutazioni di incongruità e/o inappropriatezza, può trasmettere

alla Regione le proprie controdeduzioni relative alle cartelle ritenute incongrue e/o inappropriate, che saranno prese in considerazione ai sensi del comma 12. In caso di particolare complessità, comunicata alla Regione con mezzo legalmente idoneo ai sensi della vigente normativa entro 30 giorni dalla ricezione della relazione di cui al comma 10, il termine è prorogato per un massimo di ulteriori 30 giorni. In caso di mancato invio delle citate controdeduzioni nel termine di cui al presente comma, si considerano accettate da parte della Struttura le incongruità e/o le inappropriatezze rilevate dal personale di controllo, e si procederà ai sensi del presente decreto.

12. In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8-*octies* del D.Lgs. 502/92, la Regione sottopone alla Commissione di cui all'art. 11 tutti gli atti relativi alla singola operazione di controllo affinché questa decida sulle eventuali controversie.
13. In situazioni di particolare rilevanza e impatto sul sistema sanitario o sociosanitario regionale, o in caso di esigenze conoscitive urgenti, le funzioni di controllo possono essere esercitate senza alcun limite temporale e omettendo il preavviso di avvio delle relative attività. In tali casi, gli organi di controllo devono motivare le ragioni che giustificano tale procedura.
14. Con appositi atti d'intesa con singole ASL, la Regione può integrare il proprio personale di verifica con personale delle ASL.

#### **Art. 7**

##### ***(Controlli sull'attività ambulatoriale - Procedimento)***

1. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, gli ambiti di controllo previsti sono i seguenti:
  - a) controlli su prestazioni ambulatoriali singole;
  - b) controlli su prestazioni erogabili in cicli terapeutici;
  - c) controlli su Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);
  - d) controlli su Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA).
2. Fatti salvi i controlli formali dell'attività ambulatoriale effettuati a livello regionale con il sistema "Quasias on line", le ASL effettuano i controlli sull'attività specialistica ambulatoriale secondo quanto previsto dal presente decreto e dal relativo allegato tecnico.
3. Per i controlli sull'attività ambulatoriale la documentazione necessaria alla funzione di controllo deve essere inderogabilmente messa a disposizione del personale medico addetto ai controlli, previo avviso di almeno 5 giorni lavorativi.
4. Nell'avviso di cui al comma 2, indirizzato al Direttore/Responsabile Sanitario della struttura devono essere specificati: il numero di ricetta, la data di effettuazione della prestazione e la tipologia della stessa (Singola Prestazione/Prestazione in cicli/APA/PAC).
5. Nel caso di ricette già trasmesse da parte della struttura erogatrice alla ASL di competenza, l'erogatore dovrà tempestivamente comunicare alla struttura deputata al controllo l'elenco delle ricette già consegnate con l'atto attestante l'avvenuta consegna.
6. Tra la consegna delle prime documentazioni richieste e le ultime non devono trascorrere più di 10 giorni lavorativi.
7. Qualora per la tipologia di prestazioni APA/PAC oggetto di controllo la documentazione sanitaria non fosse disponibile, le stesse saranno considerate come non erogate e rientreranno, in fase di remunerazione della struttura stessa, fra quelle a costo zero.
8. Per quanto non previsto nel presente articolo, si applica il procedimento di cui all'art. 6.

#### **Art. 8**

##### ***(Controlli di acconto e controlli di liquidazione)***

1. Le Asl provvedono ai pagamenti di loro competenza in ottemperanza alla vigenti norme e ai contratti sottoscritti con gli erogatori di prestazioni sanitarie.
2. È compito delle ASL in sede di liquidazione delle fatture, verificare:

- a) il rispetto del livello massimo di finanziamento;
  - b) la coerenza fra le prestazioni di cui si chiede il pagamento e i provvedimenti di autorizzazione e accreditamento;
  - c) la coerenza fra le prestazioni di cui si chiede il pagamento e gli Accordi/Contratti ex art. 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii..
3. Nel rispetto delle vigenti norme in materia di contabilità pubblica, le ASL possono accordare alle Strutture la rateizzazione degli importo dovuti.

**Art. 9**  
*(Effetti dei controlli)*

1. Le risultanze dei controlli, sia automatici sia su singola cartella, si applicano sul *budget* o sulla produzione qualora questa sia inferiore al *budget*.
2. L'esito negativo dei controlli determina:
  - a) l'applicazione della tariffa pertinente, e quindi il ricalcolo di quanto richiesto in fattura dalla Struttura;
  - b) l'applicazione eventuale di penalizzazioni, secondo quanto previsto dall'allegato al presente decreto;
  - c) la valutazione complessiva della Struttura da parte della Regione al fine di verificare la permanenza delle condizioni per il mantenimento, la sospensione, la rimodulazione dell'accreditamento e/o della contrattualizzazione, qualora in sede di controllo si riscontrino elementi di inesistenza, incongruità e/o inappropriatezza delle prestazioni che, per importanza qualitativa e/o quantitativa, e/o per reiterazione nell'ambito del medesimo controllo o di più controlli, segnalino inadeguatezza professionale e/o mancanza di lealtà e correttezza dei comportamenti del concessionario.
3. In caso di accettazione dell'esito dei controlli e/o di pagamento entro 60 giorni dalla richiesta, l'importo delle penalizzazioni aggiuntive si riduce di un terzo.
4. In ogni caso, l'importo richiesto alla Struttura a titolo di penalizzazione aggiuntiva non può superare il 30% del *budget* assegnato alla medesima nell'anno in cui sono state effettuate le prestazioni oggetto di controllo. Nondimeno, qualora l'importo delle penalizzazioni aggiuntive dovesse raggiungere o superare tale soglia, fermo restando il limite di cui al primo periodo del presente comma, la Regione avvia una procedura di verifica circa la sussistenza o meno dei presupposti per sospendere, rimodulare o revocare l'accreditamento e/o i contratti di fornitura delle Strutture interessate.
5. La Regione avvia una procedura di verifica circa la sussistenza o meno dei presupposti per sospendere, rimodulare o revocare l'accreditamento e/o i contratti di fornitura delle Strutture interessate, qualora in sede di controllo si riscontrino fenomeni di: incongruità, inappropriatezza e/o fenomeni opportunistici rilevanti in considerazione del merito degli stessi, della loro numerosità nell'ambito del controllo effettuato nella medesima annualità, o del loro reiterarsi in almeno due controlli riferibili ad annualità diverse.

**Art. 10**  
*(Effetti dei controlli sulle strutture pubbliche)*

1. Fermo restando quanto previsto dal presente decreto e dal relativo allegato in merito alle modalità tecniche di esecuzione dei controlli, per quanto riguarda le strutture pubbliche l'esito dei medesimi, oltre che produrre gli effetti economici previsti dalla vigente normativa, è preso in considerazione dalla Regione ai sensi del D.Lgs. 502/92 al fine di valutare l'attività dei Direttori Generali avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

**Art. 11**

*(Commissione permanente per la risoluzione delle discordanze)*

1. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Decreto, la Regione istituisce una Commissione permanente per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli.
2. La Commissione è composta da tre componenti esperti in materia di controllo. Due sono nominati dalla Regione scegliendo fra medici di controllo che non hanno in alcun modo preso parte alle operazioni di verifica relative alla Struttura interessata, e uno è nominato d'intesa fra le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle Strutture.
3. La Commissione fonda le proprie decisioni sulla vigente normativa nonché sulla scorta degli atti relativi alle singole operazioni di controllo.
4. Delle sedute della Commissione deve essere redatto verbale e le decisioni sulle discordanze devono essere adeguatamente motivate.

**ALLEGATO B****SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE SANITARIA****1. ABBATTIMENTI TARIFFARI SU RICOVERI ORDINARI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA - METODOLOGIA APPRO 3**

In ottemperanza agli obblighi istituzionali finalizzati a garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate ai pazienti, l'uso corretto delle risorse destinate all'assistenza ed il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la Regione Lazio adotta tutte le iniziative possibili per la migliore gestione del Servizio Sanitario Regionale, al fine di garantire le prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ambito delle risorse disponibili. In tale ottica la valorizzazione e l'incremento dell'appropriatezza organizzativa nel ricorso ai ricoveri ospedalieri si configura come obiettivo fondamentale della programmazione regionale sia per promuovere la giusta erogabilità delle prestazioni sia per esercitare una corretta distribuzione delle risorse. Pertanto il monitoraggio delle prestazioni erogate in regime di ricovero, sia in rapporto alle caratteristiche clinico-assistenziali dei pazienti sia nell'ottica dei costi dell'assistenza, ha la finalità di individuare le quote ad alto potenziale di non appropriatezza se erogate in regime di ricovero ordinario e di promuovere il loro progressivo trasferimento ad un livello assistenziale più appropriato, quale il ricovero a ciclo breve il regime ambulatoriale.

A tal fine, la Regione Lazio in ottemperanza a quanto disposto dal DPCM del 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*" ha introdotto con la DGR n.864 del 28 giugno 2002 la metodologia APPRO. In particolare, il metodo APPRO è stato sviluppato per attuare quanto disposto dall'allegato 2 C riportante un elenco di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria e per i quali, le Regioni dovevano individuare un valore percentuale/soglia di ammissibilità. Pertanto, in coerenza con le indicazioni delle Commissioni Ministeriali permanenti in materia di LEA ed in linea con quanto stabilito dal DPCM 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*"

si conferma l'utilizzo della metodologia APPRO 3 quale strumento di governo regionale per la valutazione dell'appropriatezza generica dell'uso dell'ospedale, relativamente alla selezione della casistica a bassa complessità assistenziale, alla definizione delle soglie di ammissibilità DRG – specifiche per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad alto rischio di inappropriatezza, ed alla rilevazione delle quote di inappropriatezza su cui applicare i disincentivi tariffari. Sono esclusi dalla valutazione con il metodo APPRO 3 i seguenti ricoveri:

- i ricoveri urgenti afferenti ai DRG 065, 131, 133, 134, 142, 184, 208, 243, 281, 282, 294, 324, 326, 395, 426, 427, 467;
- gli "interventi sulla retina" (DRG 036) con diagnosi principale di "distacco e rotture della retina" (ICD-9-CM 361.xx) o "altre malattie della retina" (ICD-9-CM 362.xx) e con procedura di "piombaggio sclerale con impianto" (ICD-9-CM 14.41 in tutte le posizioni);
- gli interventi di "trapianto di cornea" (ICD-9-CM 11.6x in tutte le posizioni) afferenti al DRG 042 "interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino";
- i ricoveri per glaucoma: DRG 042 "interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino", con diagnosi principale di "glaucoma" (ICD-9-CM 365.xx) e intervento (in tutte le posizioni) 12.64 "Trabeculectomia ab externo" o 12.65 "Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia" o 12.69 "Altri interventi di fistolizzazione della sclera";
- le procedure di "biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne" (DRG 262) associate a intervento principale diverso da "asportazione o demolizione di tessuto della

mammella, SAI" (ICD-9-CM 85.20) e "asportazione locale di lesione della mammella" (ICD-9-CM 85.21);

- i ricoveri per "radioterapia" (DRG 409) con diagnosi principale di "sessione di radioterapia" (ICD-9-CM V58.0), diagnosi secondaria di neoplasia maligna (ICD-9-CM 140.x – 208.xx) e procedure "impianto o inserzione di elementi radioattivi" (ICD-9-CM 92.27) o "iniezione o instillazione di radioisotopi (ICD-9-CM 92.28) o "altre procedure radioterapeutiche" (ICD-9-CM 92.29) in tutte le posizioni.

Per l'identificazione delle esclusioni si adottano i seguenti criteri:

- l'urgenza è identificata attraverso la selezione dei ricoveri inviati da pronto soccorso e per i quali è stata segnalata sulla SDO la modalità urgente;
- l'eccezione del trapianto di cornea (applicata al DRG 042) è identificata con il codice ICD9-CM 11.6x di intervento comunque riportato nella SDO;
- l'eccezione dei ricoveri di degenza 0-1 giorno (per i DRG 160, 162 e 163) si applica ai soli ricoveri ordinari;
- la selezione degli interventi identificati dai codici di procedura ICD9-CM 85.20 e 85.21 (per il DRG 262) si applica solo all'intervento principale.

Sui ricoveri afferenti ai DRG esclusi dalla valutazione con il metodo APPRO, verranno effettuati controlli analitici mirati sulle cartelle cliniche, estendibili al 100% della casistica, in considerazione dell'evidenza che, ad oggi, non vi sono riscontri a supporto di una maggiore appropriatezza organizzativa dei ricoveri ordinari con provenienza da Pronto Soccorso o dei ricoveri esclusi con gli altri criteri.

In tabella 1 è indicato l'elenco completo dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria con i relativi valori soglia.

**TABELLA 1 - SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITÀ DRG SPECIFICHE (10° PERCENTILE) SECONDO IL METODO APPRO3.**

DRG	Descrizione	Soglia
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	80,8
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	23,8
017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	10,0
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	8,5
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	8,8
036	Interventi sulla retina	0,0
038	Interventi primari sull'iride	5,2
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	0,0
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	6,6
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto intervento 11.6x)	0,0
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	0,0
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	80,8
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2,2
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	0,0
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	0,0
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	6,7
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	0,0

DRG	Descrizione	Soglia
065	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)	3,7
069	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	3,0
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	23,7
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1,3
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	2,5
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	6,8
097	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	2,6
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	20,4
102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	14,1
119	Legatura e stripping di vene	0,0
131	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)	7,1
133	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)	2,4
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	1,1
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	37,6
142	Sincope e collasso senza CC (eccetto urgenze)	5,8
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	39,8
158	Interventi su ano e stoma senza CC	4,2
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	3,2
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	1,7
163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	13,4
168	Interventi sulla bocca con CC	72,7
169	Interventi sulla bocca senza CC	0,0
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	15,6
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)	0,0
185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	1,6
187	Estrazioni e riparazioni dentali	4,0
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4,5
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	5,8
208	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)	32,5
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	10,0
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	8,0
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1,0
232	Artroscopia	0,0
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	7,1
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	1,7
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1,1
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	7,6
248	Tendinite, miosite e borsite	0,0
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	22,8
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	15,2
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	23,9
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	44,1
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	10,5
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (solo intervento principale 85.20 o 85.21)	0,0
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	13,8

DRG	Descrizione	Soglia
267	Interventi perianali e pilonidali	0,0
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	0,0
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	2,4
276	Patologie non maligne della mammella	5,2
278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	28,6
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	52,2
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	41,9
283	Malattie minori della pelle con CC	38,2
284	Malattie minori della pelle senza CC	8,6
294	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	1,4
295	Diabete, età < 36 anni	1,1
299	Difetti congeniti del metabolismo	0,9
301	Malattie endocrine senza CC	2,7
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	3,4
317	Ricovero per dialisi renale	16,7
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	30,4
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	19,2
324	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	14,4
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	2,4
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	4,0
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	0,0
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	18,5
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	9,9
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	0,0
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	3,3
342	Circoncisione, età > 17 anni	0,0
343	Circoncisione, età < 18 anni	1,5
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	0,0
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	0,0
351	Sterilizzazione maschile	100,0
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	0,0
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	2,6
362	Occlusione endoscopica delle tube	100,0
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1,7
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	15,0
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	24,4
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	0,6
384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	5,1
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	1,8
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	12,0
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	5,4
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	4,3
409	Radioterapia	0,0
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	84,3
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	0,0
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1,5
426	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)	0,0
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)	0,0
429	Disturbi organici e ritardo mentale	4,5

DRG	Descrizione	Soglia
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	0,0
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	0,6
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	1,0
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	0,0
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	0,8
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	8,5
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	28,1
564	Cefalea, età > 17 anni	1,4

#### ABBATTIMENTI TARIFFARI

Le prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate da ciascun soggetto erogatore che superano nell'anno oggetto di valutazione il valore soglia DRG specifico riportato nella Tabella 1 e, quindi, risultino non appropriate con il metodo APPRO 3, vengono riclassificate e remunerate con le tariffe vigenti dei ricoveri diurni se associati ad un DRG chirurgico, oppure con la tariffa pari ad un solo accesso del corrispondente day hospital se associato ad un DRG medico. Per quanto stabilito all'art.9 del presente decreto la diversa remunerazione conseguente alla riclassificazione dei ricoveri incide direttamente sul valore complessivo della produzione dell'anno di riferimento, dopo la verifica del rispetto del budget da parte della struttura erogatrice.

#### 2. ABBATTIMENTI TARIFFARI SU PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA TIPOLOGIA "RICOVERI RIPETUTI"

Le Regioni adottano il proprio sistema di remunerazione articolando i livelli tariffari in base a costi standard e generali di produzione. Il costante monitoraggio delle caratteristiche di erogabilità delle prestazioni, che deve avvenire sulla base di criteri di efficienza, appropriatezza e qualità, è condizione fondamentale per limitare gli effetti distorsivi del sistema DRG sulla garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

I ricoveri ripetuti per acuti, di norma e notoriamente, costituiscono un indicatore di valutazione della qualità dell'assistenza erogata in ospedale, dell'efficacia clinica e dell'efficienza gestionale, e possono essere correlati, talora, a comportamenti opportunistici finalizzati alla frammentazione del profilo di cura di un singolo paziente in ricoveri successivi, oppure ad elevati livelli di inappropriata organizzativa.

#### DEFINIZIONE

Si definiscono come "ricoveri ripetuti per acuti" i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso Presidio, che sono classificati con la stessa MDC (Categoria di Diagnosi Maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla dimissione del precedente ricovero. Sono escluse dalle procedure per l'identificazione dei "ricoveri ripetuti" quelli relativi alle seguenti tipologie di ricovero:

- Ricoveri con esito "decesso del paziente" (campo SIO tipdim = 4);
- DRG 257, 258, 259, 260 (relativi agli interventi di mastectomia totale o subtotale per neoplasie maligne, con e senza complicazioni che, nel secondo ricovero, presentino codici indicativi di chirurgia ricostruttiva della mammella);
- Ricoveri di pazienti neoplastici (diagnosi principale contenente un codice compreso rispettivamente nei range 140.0-208.91 e 230.0-239.9);
- DRG 317 "Ricovero per dialisi renale";

- DRG 373 "Parto vaginale senza diagnosi complicanti"
- DRG 391 "Neonato normale";
- DRG 409 "Radioterapia";
- DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta";
- DRG 425 "Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale";
- DRG 426 "Nevrosi depressive";
- DRG 427 "Nevrosi eccetto nevrosi depressive";
- DRG 428 "Disturbi della personalita` e del controllo degli impulsi";
- DRG 429 "Disturbi organici e ritardo mentale";
- DRG 430 "Psicosi";
- DRG 431 "Disturbi mentali dell'infanzia";
- DRG 432 "Altre diagnosi relative a disturbi mentali"
- DRG 488 "H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso";
- DRG 489 "H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate";
- DRG 490 "H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate";
- DRG 492 "Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici";
- DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512 e 513 "Trapianti";
- ICD-9-CM 277.0x "Fibrosi Cistica".

L'esclusione dalla categoria dei ricoveri ripetuti delle tipologie di ricovero sopra elencate è giustificata dalle seguenti motivazioni:

- per i DRG 257, 258, 259, 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di chirurgia ricostruttiva della mammella è giustificata dal fatto che si tratta di ricoveri, per eventuale impianto di protesi mammaria o per esecuzione di altre tecniche ricostruttive, successivi agli interventi di mastectomia;
- per i DRG 409 Radioterapia, DRG 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, DRG 492 Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, DRG 317 Ricovero per dialisi renale, DRG 488, 489, 490 relativi a HIV, DRG 425-432 relativi a sindromi psichiatriche è giustificata dalle loro caratteristiche cliniche che possono rendere necessari cicli di trattamento;
- per i DRG 373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti, DRG 391 neonato normale, è giustificata dalla natura non patologica del ricovero;
- per i ricoveri con diagnosi principali codificate con codici compresi tra il 140.0 e 208.91 ed tra 230.0 e 239.9 perché relativi a diagnosi per tumori maligni;
- per i ricoveri di pazienti trapiantati con cod. ICD-9-CM: 996.8x, V42.x e DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512 e 513 è giustificata nella fase pre-trapianto per la possibilità di riacutizzazioni ricorrenti ravvicinate;
- per i ricoveri di pazienti con Fibrosi Cistica con cod. ICD-9-CM 277.0x è giustificata dalle caratteristiche cliniche di questa patologia che può richiedere ricoveri ravvicinati in ambiente protetto;

**ABBATTIMENTI TARIFFARI**

Considerato che le riammissioni, entro brevi intervalli temporali (0-30 giorni) di pazienti già noti clinicamente, hanno tendenzialmente dei costi diretti inferiori rispetto al primo episodio di ricovero in quanto gli accertamenti diagnostici e l'inquadramento del paziente sono stati in gran parte già effettuati nel corso del primo ricovero, con la finalità di disincentivare comportamenti opportunistici o inappropriati correlati al frazionamento degli episodi di ricovero, viene stabilito che, per i ricoveri ripetuti in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso Presidio, che sono classificati con la stessa MDC (Categoria di Diagnosi Maggiore), che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla dimissione del precedente ricovero, e che non rientrano nelle tipologie di esclusione sopra elencate, vengano applicati abbattimenti tariffari nella misura del 20%.

**3. CONTROLLI ANALITICI SU CARTELLA CLINICA DELL' ATTIVITA' OSPEDALIERA**

In linea con gli obiettivi di promozione dell'appropriatezza organizzativa degli interventi sanitari, già perseguiti nell'ambito dei programmi di attività da parte della Regione Lazio, per il tramite delle ASL, si ritiene che la verifica di cospicui volumi di cartelle cliniche costituisca un'opportunità di importanza strategica nel processo di miglioramento del Servizio Sanitario Regionale.

Pertanto le funzioni di controllo, attraverso l'analisi diretta delle attività svolte dalle strutture sia pubbliche sia private accreditate, intendono perseguire i seguenti obiettivi sull'intero territorio regionale:

- individuare i fenomeni opportunistici correlati alla manipolazione del sistema DRG attraverso la riduzione dei tempi di degenza per anticipazione delle dimissioni, la frammentazione delle cure tramite i ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la scorretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- ridurre le quote di inappropriata organizzativa migliorando il corretto utilizzo dell'ospedale, rilevando i ricoveri impropri rispetto all'alternativa di altri regimi assistenziali (day hospital medico e chirurgico, ambulatorio);
- individuare sistematicamente le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione;
- migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- promuovere la qualità della documentazione clinica;
- proporre di inserire o escludere una prestazione dai livelli essenziali di assistenza;
- assicurare supporto tecnico-scientifico in merito alla validazione di profili e percorsi assistenziali;
- promuovere, progettare, organizzare, realizzare e valutare iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di controllo delle attività sanitarie;
- assicurare la giusta ripartizione delle risorse tra i soggetti erogatori ed una più equa proporzionalità tra le prestazioni rese ed i costi delle stesse;
- valutare gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

**3.1. AMBITI E RESPONSABILITÀ****3.1.1 Ruolo delle ASL**

Con riferimento a quanto stabilito dall'art. 2 del presente decreto ciascuna Azienda Unità Sanitaria Locale ha l'obbligo, di eseguire i controlli secondo la tabella di cui al richiamato articolo e di trasmettere al

Sistema Informativo Controlli (SIC) i risultati dei controlli effettuati, in modo che la eventuale riclassificazione e le relative sanzioni, derivanti dai controlli analitici si applicano a valere sui *budget* medesimi o sulla produzione qualora la stessa sia inferiore al *budget*.

È quindi, necessario che i Direttori Generali di ciascuna ASL predispongano ed organizzino, in coerenza con il ruolo di coordinamento riconosciuto alla Regione Lazio, la funzione di controllo al proprio interno, comunicando alla Regione Lazio il nominativo del referente e del personale addetto, i recapiti telefonici e di posta elettronica.

### **3.1.2 Ruolo degli Erogatori:**

Le strutture erogatrici, sia pubbliche sia private accreditate, hanno l'obbligo di fornire la massima collaborazione per consentire lo svolgimento dell'attività di controllo.

Gli erogatori devono tempestivamente mettere a disposizione la documentazione richiesta. Si dispone che gli erogatori possono rendere disponibile la documentazione richiesta per il controllo su formato digitale qualora:

- ✓ vi sia la dichiarazione da parte del Direttore Sanitario della struttura che la versione digitale della documentazione è completamente conforme all'originale;
- ✓ sia messa a disposizione del personale addetto al controllo una postazione informatica idonea alla lettura dei documenti digitali.

E' comunque facoltà del personale addetto al controllo richiedere la disponibilità della documentazione in formato cartaceo qualora ritenesse non idonea al controllo la documentazione fornita su supporto digitale. Tale documentazione dovrà essere disponibile con la tempestività prevista stabilita dalla normativa.

## **3.2. TIPOLOGIA DEI CONTROLLI ANALITICI IN REGIME DI RICOVERO**

Oggetto della funzione di controllo dell'attività ospedaliera è il complesso dell'assistenza erogata, in regime di ricovero tramite la revisione della documentazione sanitaria relative ai dimessi da tutte le strutture ospedaliere operanti nella Regione Lazio, siano esse pubbliche o private accreditate, assistiti a carico del Servizio Sanitario Regionale indipendentemente dalla residenza dei pazienti.

La revisione della documentazione sanitaria comprende anche la verifica, nei casi in cui richiesto, della presenza in cartella clinica dell'apposita prescrizione, proposta o richiesta di ricovero secondo quanto disposto dal comma 2, art.8-bis del D.L.gvo n.502/92 e s.m.i, in ordine all'accesso ai servizi, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali.

Sono individuate quattro tipologie di controllo analitico:

1. controlli di congruità – ricoveri in acuzie: valutano la correttezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e riportato nella documentazione clinica e quanto riportato nella SDO.
2. controlli di appropriatezza – ricoveri in acuzie: valutano l'appropriatezza dell'uso delle risorse ospedaliere tramite la revisione della documentazione sanitaria presente in cartella clinica con il Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale (PRUO).
3. controlli di congruità – ricoveri in post-acuzie: valutano la correttezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera di riabilitazione (RAD-R), ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e riportato nella documentazione clinica e quanto riportato nel RAD - R.

4. controlli di appropriatezza – ricoveri in post-acuzie: verificano il rispetto dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie nonché la coerenza della tipologia degli interventi di riabilitazione con le disposizioni legislative nazionali e regionali vigenti.

Si dispone che, per ogni tipologia di controllo, debbono essere obbligatoriamente e prioritariamente effettuati controlli analitici mirati su eventi di interesse regionale che, maggiormente rispetto ad altri, possono essere influenzati dagli effetti distorsivi e manipolativi associati al sistema di pagamento a prestazione; a questi si dovrà obbligatoriamente aggiungere una quota di controlli casuali pari ad almeno il 3% dell'erogato.

Possono essere effettuati controlli mirati liberi, su eventi individuati sia sulla base di priorità locali sia su segnalazioni da parte dei medici di controllo.

Secondo quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 10 dicembre 2009 "*Controlli sulle cartelle cliniche*", deve essere assicurato un controllo analitico annuo di almeno il 12,5% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera. Inoltre, secondo quanto stabilito al comma 3, art. 2 del presente decreto, il volume dei controlli potrà esteso fino al 100% della casistica laddove saranno rilevati fenomeni quantitativamente e/o qualitativamente significativi di incongruità e/o di inappropriatezza.

Sullo stesso ricovero si dovrà effettuare sia il controllo di congruità sia quello di appropriatezza: per i ricoveri per i quali si dovessero evidenziare valutazioni sia di incongruità sia di inappropriatezza, le sanzioni stabilite saranno calcolate a partire dall'esito del controllo di congruità sul quale saranno applicate, poi, quelle previste per i controlli di appropriatezza.

La Regione Lazio renderà noto con apposito provvedimento, entro e non oltre 90 giorni dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente decreto , l'elenco degli eventi oggetto dei controlli analitici relativi ai ricoveri ospedalieri in acuzie e in post- acuzie, gli strumenti e le modalità tecniche di effettuazione dei controlli, ed eventuali aggiornamenti alle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera.

In ambito degli eventi da selezionare saranno considerate le seguenti priorità:

- potenziare i controlli analitici al fine di identificare eventuali comportamenti opportunistici riscontrabili nell'ambito dell'attività ospedaliera tesi ad aggirare l'identificazione dei ricoveri ripetuti, quali anomale concentrazioni di trasferimenti incrociati tra strutture ospedaliere o riammissioni con intervallo immediatamente superiore alla soglia indicata per l'applicazione dell'abbattimento tariffario, anche al fine di introdurre modifiche al sistema regionale dei controlli;
- potenziare i controlli di congruità e di appropriatezza sulle prestazioni di riabilitazione post acuzie intensiva erogata in regime di ricovero ordinario e diurno anche per verificare che la tipologia degli interventi di riabilitazioni sia coerente con quanto stabilito dall' Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente «Piano d'indirizzo per la riabilitazione». (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011). (GU Serie Generale n.50 del 2-3-2011 - Suppl. Ordinario n. 60);
- procedere alla verifica analitica del rispetto dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie, in coerenza con le disposizioni legislative nazionali e regionali;
- potenziare i controlli per individuare eventuali prestazioni che, escluse dai LEA o incluse secondo specifiche indicazioni, sono poste scorrettamente a carico del SSR oppure erogate in modo improprio;
- disincentivare i ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza in considerazione del fatto che l'eccessivo prolungamento della permanenza

in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze di natura organizzativa proprie della struttura erogatrice con conseguente non appropriatezza dei ricoveri.

### 3.3 CONSEGUENZE DEI CONTROLLI ANALITICI

All'art. 8 - *octies* (Controlli) – comma 3 del D.Lgs.229/99 è stabilito che le Regioni determinano le regole per la funzione del controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni.

#### 3.3.1 CONSEGUENZE SUI SINGOLI RICOVERI

La valutazione dei singoli ricoveri in corso di controllo analitico può determinare modifiche ai campi fondamentali della SDO: in ambito dei **controlli di congruità** la diretta conseguenza è costituita dall'attribuzione del singolo ricovero ad un differente DRG, onere della degenza, regime di ricovero, durata della degenza, tipo di dimissione con la relativa remunerazione o nel caso di ricoveri in regime diurno con DRG medico l'attribuzione di un codice di procedura non erogabile ai sensi di quanto previsto dalla tabella C dell'allegato 4 alla DGR n.143/2006 e s.m.i. In ambito dei controlli di appropriatezza, la diretta conseguenza è l'attribuzione del singolo ricovero ad un differente livello assistenziale e alla relativa tariffa.

La diversa remunerazione derivante dalla riclassificazione dei ricoveri in sede di controllo segue direttamente le regole del sistema di finanziamento dell'attività ospedaliera in vigore a livello regionale. Pertanto, si applicano le seguenti valorizzazioni economiche:

- a) **controlli di congruità - ricoveri per acuti - ordinari e day hospital.** I ricoveri incongrui, ove la modifica di quanto riportato nella SDO determini l'attribuzione dell'episodio di ricovero ad un differente DRG e/o regime, durata della degenza o tipo di dimissione, saranno remunerati con la tariffa prevista per il nuovo DRG e/o regime secondo le modifiche effettuate. Per i ricoveri in regime diurno con DRG medico, per i quali in seguito al controllo di congruità risulti attribuito un codice di procedura non erogabile ai sensi di quanto previsto dalla tabella C dell'allegato 4 alla DGR n.143/2006 e s.m.i si procederà al ricalcolo della remunerazione degli accessi;
- b) **controlli di appropriatezza – ricoveri per acuti - ordinari e day hospital.** I controlli di appropriatezza sui ricoveri ordinari saranno effettuati, con lo strumento PRUO per il ricovero ordinario (adulti e pediatrico). I ricoveri ordinari associati ad un DRG chirurgico, in caso questi risultino inappropriati per il regime ordinario, saranno valutati anche con lo strumento PRUO DH al fine di verificarne l'appropriatezza per il regime diurno. Così come le Linee di guida n. 1/95 del Ministero della Sanità classificano i ricoveri ordinari, saranno selezionati ricoveri di una sola giornata (applicando lo strumento PRUO secondo le indicazioni contenute nelle "osservazioni preliminari" del manuale) e ricoveri di due o più giornate.

Pertanto, viene stabilito che è considerato appropriato per il regime ordinario:

- Il ricovero ordinario di una sola giornata se essa risulta appropriata secondo la valutazione con PRUO ordinario;
- Il ricovero ordinario di due - tre giornate se 2 giornate risultano appropriate secondo la valutazione con PRUO ordinario.
- Il ricovero ordinario con degenza >3 giorni ed ≤ valore soglia DRG specifico stabilito dal DM 18/12/2008 se almeno due giornate risultano appropriate secondo la valutazione con PRUO ordinario.

- Il ricovero ordinario con degenza > 3 giorni e superiore al valore soglia DRG specifico secondo il DM 18/12/2008 (cfr. ricoveri outliers) se risultano appropriate secondo la valutazione con PRUO ordinario almeno due giornate fino al valore soglia DRG specifico e tutte le successive giornate eccedenti il valore soglia.

I ricoveri ordinari associati ad un DRG chirurgico valutati come non appropriati per il regime ordinario, vengono sottoposti ad ulteriore controllo di appropriatezza con lo strumento PRUO DH al fine di verificare l'appropriatezza per il regime diurno secondo le modalità stabilite per tale regime assistenziale.

Sui ricoveri in regime di *day hospital*, sia con DRG medico sia con DRG chirurgico, la valutazione di appropriatezza sarà effettuata con lo strumento PRUO nella sua versione *day hospital*. In linea con il sistema di remunerazione, la valutazione sui ricoveri diurni con DRG medico sarà effettuata sui singoli accessi, mentre quella sui ricoveri con DRG chirurgico, che può essere confermato e validato solo dopo il controllo preliminare di congruità, sarà effettuata sull'intero pacchetto assistenziale, con specifico riferimento alla valutazione di appropriatezza ovvero di inappropriata dell'intervento chirurgico.

Inoltre, viene stabilito che:

- I ricoveri per i quali vi sia la mancata, parziale o ingiustificatamente ritardata messa a disposizione della documentazione sanitaria ed amministrativa specificamente richiesta, saranno considerati come non resi e, pertanto, non saranno remunerati.
- I ricoveri privi in cartella clinica, nei casi in cui richiesto, dell'apposita prescrizione, proposta o richiesta di ricovero secondo quanto disposto dal comma 2, art.8-bis del D.L.gvo n.502/92 e s.m.i in ordine all'accesso ai servizi, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, non saranno remunerati.
- I ricoveri ordinari di una sola giornata (0-1 giorni) risultati inappropriati non saranno remunerati.
- I ricoveri ordinari di due - tre giornate e i ricoveri ordinari di più giornate (degenza >3 giorni ≤ valore soglia DRG specifico stabilito dal DM 18/12/2008) risultati inappropriati saranno remunerati secondo le seguenti modalità:
  - o **(1)** se associati ad un DRG chirurgico e valutati inappropriati per il regime ordinario, ma appropriati per il regime di *day hospital* chirurgico, con la tariffa prevista per il *day hospital* chirurgico;
  - o **(2)** se associati ad un DRG chirurgico e valutati come inappropriati sia per il regime ordinario che per il regime di *day hospital* chirurgico, secondo la tariffa regionale ambulatoriale vigente per la procedura chirurgica principale, previa verifica della sua erogabilità con onere a carico del SSR. In caso di non erogabilità a carico del SSR della procedura chirurgica non verrà riconosciuta alcuna remunerazione;
  - o **(3)** se associati ad un DRG medico, e valutati inappropriati, con la tariffa pari ad uno accesso di *day hospital* medico.
- I ricoveri ordinari di più giornate (degenza >3 giorni ed > valore soglia DRG specifico stabilito dal DM 18/12/2008) risultati inappropriati saranno remunerati secondo le seguenti modalità:
  - o **(1)** se l'inappropriatezza è stata rilevata esclusivamente su tutte o parte delle giornate eccedenti il valore soglia di degenza DRG specifico, con la tariffa entro soglia per il regime ordinario sia se associati ad un DRG chirurgico sia se associati ad un DRG medico
  - o **(2)** se associati ad un DRG chirurgico e valutati inappropriati per il regime ordinario, ma appropriati per il regime di *day hospital* chirurgico per le giornate di degenza entro soglia, con la tariffa prevista per il *day hospital* chirurgico;
  - o **(3)** se associati ad un DRG chirurgico e valutati come inappropriati sia per il regime ordinario che per il regime di *day hospital* chirurgico per le giornate di degenza entro soglia, con la tariffa regionale ambulatoriale vigente per la procedura chirurgica principale, previa verifica della erogabilità con onere a carico del SSR della procedura principale. In caso di non erogabilità a carico del SSR della procedura chirurgica non verrà riconosciuta alcuna remunerazione;

- o **(4)** se associati ad un DRG medico, e valutati inappropriati per le giornate di degenza entro soglia, con la tariffa pari ad uno accesso di *day hospital* medico;
- I ricoveri in regime diurno (day hospital) risultati inappropriati saranno remunerati secondo le seguenti modalità:
- o se associati ad un DRG chirurgico e valutati come inappropriati, secondo la tariffa regionale ambulatoriale vigente per la procedura chirurgica principale, previa verifica della sua erogabilità con onere a carico del SSR. In caso di non erogabilità a carico del SSR della procedura chirurgica non verrà riconosciuta alcuna remunerazione;
  - o se associati ad un DRG medico agli accessi giudicati non appropriati non sarà riconosciuta alcuna remunerazione.
- c) **controlli di congruità – ricoveri in riabilitazione – ordinari e day hospital.** I ricoveri incongrui, ove la codifica dei codici delle diagnosi determini l'attribuzione dell'episodio di ricovero ad un differente DRG incluso in altra MDC rispetto a quella originaria, saranno remunerati secondo la tariffa prevista per la nuova MDC.
- d) **controlli di appropriatezza – ricoveri in riabilitazione – ordinari e day hospital.** Agli accessi dei ricoveri in day hospital risultati inappropriati non sarà riconosciuta alcuna remunerazione, mentre i ricoveri ordinari, o le singole giornate, risultati inappropriati saranno remunerati con la tariffa prevista per la lungodegenza medica.

### 3.3.2 CONSEQUENZE PER CLASSE DI INCONGRUITÀ E/O INAPPROPRIATEZZA

Premesso che l'applicazione delle sanzioni di tipo amministrativo non annulla ulteriori ed eventuali responsabilità sia di natura penale, sia di natura civile, si stabiliscono le seguenti modalità sanzionatorie per classe di incongruità e/o inappropriata: per i ricoveri appartenenti alla selezione casuale e risultati incongrui o inappropriati, si introduce in aggiunta al calcolo della differente remunerazione sul singolo ricovero prevista per l'incongruità o per l'inappropriata su singola cartella, una sanzione amministrativa calcolata sulla percentuale di incongruità opportunistica e di non appropriatezza rilevata sui controlli estratti con criterio casuale. Le sanzioni amministrative per ciascuna tipologia di controllo sono ottenute applicando alla differenza di remunerazione calcolata sui singoli ricoveri estratti con criterio casuale, il valore del moltiplicatore corrispondente allo scaglione di incongruità e inappropriata rilevata sul campione casuale secondo i valori di cui alla tabella 2.

Tabella 2

% di incongruità inappropriata	Moltiplicatore
3-30	0,5
31-40	1,0
41-50	2,0
51-60	3,5
61-70	5,0
>70	7,0

### **3.4 CONTROLLI ANALITICI SU CARTELLA CLINICA ED ACCORDI CONTRATTUALI**

Gli esiti dei controlli analitici su cartella clinica, sulla compilazione della documentazione clinica e sull'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri costituiranno elementi di valutazione nell'ambito degli accordi contrattuali, di cui all'art. 18 della L.R. n. 4/03 e all'art.1, comma 71 della L.R.n.14/08, con i soggetti pubblici e privati accreditati.

### **3.5 DISCORDANZA SULL'ESITO DEI CONTROLLI**

Come stabilito all'art.11 del presente decreto le discordanze sull'esito dei controlli saranno risolte da una Commissione permanente istituita dalla Regione entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Decreto.

## **4. CONTROLLI ANALITICI ESTERNI SU PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

L'adozione del sistema di finanziamento dell'attività specialistica ambulatoriale, basato su modalità di pagamento a tariffe predeterminate per prestazione, comporta la necessità di assicurare condizioni di trasparenza che garantiscano l'efficienza del sistema, la qualità delle prestazioni erogate, la loro appropriatezza e la loro efficacia nonché un'equa distribuzione delle risorse tra i soggetti erogatori. Peraltro, l'attività di controllo deve essere inserita in un sistema omogeneo e condiviso a livello regionale a tutela sia delle istituzioni "acquirenti" sia delle stesse strutture erogatrici; queste ultime, infatti, in una situazione di concorrenza amministrata e condizionata dalle scelte di programmazione aziendale e regionale possono trarre dall'effettuazione di procedure di verifica esplicite garanzie di equità nelle condizioni di scambio.

Pertanto, le ASL nell'organizzazione dell'attività di controllo, devono garantire un coordinamento aziendale che si occupi anche di curare i rapporti con la Regione. Considerata la diversa natura delle informazioni soggette a controllo (anagrafiche, amministrative e sanitarie) si rende necessario coinvolgere sia personale sanitario con esperienza di clinica ambulatoriale sia personale con precedente esperienza in ambito informatico e contabile - amministrativo. L'attività di controllo deve essere svolta da personale formalmente incaricato e opportunamente formato, al quale viene affidato il compito di:

- effettuare i controlli previsti sulle ricette o su altra documentazione utile;
- inserire le informazioni in un apposito database;
- trasmettere entro le scadenze stabilite i dati, accompagnati da una relazione sugli esiti dei controlli e sulle problematiche riscontrate.

Tale attività prevede, inoltre, il coinvolgimento degli uffici di accreditamento e di gestione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie Locali al fine di:

- accertare la coerenza tra quanto stabilito negli accordi contrattuali e quanto erogato a carico del SSR;
- curare i possibili risvolti finanziari derivanti dall'esito dei controlli.

#### 4.1. TIPOLOGIE DI CONTROLLO

La finalità dell'attività consiste nel controllo della corrispondenza tra quanto trasmesso al Sistema Informativo Assistenza Specialistica (SIAS) e la relativa documentazione sanitaria riguardante le prestazioni di specialistica ambulatoriale eseguite - a carico del Servizio Sanitario Regionale - dalle strutture pubbliche e private accreditate, indipendentemente dalla residenza dei pazienti.

In particolare, l'attività prevede la revisione della documentazione comprovante un'attività sanitaria svolta, secondo quanto previsto nel DPCA 8/2011, che nel capitolo "Requisiti di carattere generale per tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie" al punto 0.2 Requisiti organizzativi generali, recita:

*"Devono, inoltre, essere predisposti documenti per lo svolgimento delle principali attività ....., in particolare: - modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti, comprovanti un'attività sanitaria."*

La revisione della documentazione sanitaria comprende anche la verifica della presenza dell'apposita prescrizione, secondo quanto disposto dal comma 2, art.8-bis del D.L.gvo n.502/92 così come modificato dal D.Lgvo n.229/99, in ordine all'accesso ai servizi, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, l'attività consiste nel controllo di congruità ovvero la verifica della corrispondenza di informazioni sanitarie trasmesse al SIAS e quanto riportato nella prescrizione medica.

Come primo obiettivo di interesse regionale, si individuano le seguenti tipologie di controllo da effettuarsi in modo omogeneo in tutte le ASL. Tale elenco potrà essere ampliato sia a livello regionale sia localmente dalle singole ASL.

Gli ambiti di controllo previsti sono i seguenti:

1. Controlli su prestazioni ambulatoriali singole;
2. Controlli su prestazioni erogabili in cicli terapeutici;
3. Controlli su Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);
4. Controlli su Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA).

Per ciascuna delle tipologie di controlli sopra elencate si potranno effettuare, oltre agli eventi di seguito individuati, controlli liberi al fine di approfondire la conoscenza di particolari problemi che dovessero emergere da attività di monitoraggio e verifica.

##### **4.1.1 Controlli su prestazioni ambulatoriali semplici**

Al fine di implementare il sistema dei controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale – previsto sin dalla D.G.R. n.1455/2002 – sono stati individuati alcuni eventi da sottoporre a controllo, in analogia a quanto già realizzato in altre Regioni, come ad esempio la compresenza nella medesima ricetta di due o più codici richiamati, quando sia presente, la prestazione unica e complessiva nel Nomenclatore Tariffario regionale vigente (NTR).

Il controllo esterno consisterà nella verifica della corrispondenza tra quanto trasmesso al SIAS e quanto presente nella documentazione disponibile.

Per facilitare i controlli di congruenza, si darà la precedenza alle aree relative alla diagnostica strumentale "ad alto costo".

##### **4.1.2 Controlli su prestazioni in cicli terapeutici**

Per questa tipologia si procederà a selezionare gli eventi da sottoporre a controllo attraverso l'uso di indicatori che consentano di rilevare anomalie, quali ad esempio un numero anomalo di prestazioni erogate ad un singolo paziente per medesima branca e/o prestazione nel territorio regionale, una proporzione di prestazioni specifiche ripetute su uno stesso paziente entro periodi di tempo predeterminati.

Il controllo consisterà nella verifica della documentazione sanitaria prevista e dall'accertamento di eventuali

comportamenti difformi da quanto previsto dalla normativa.

Tale tipologia di controllo riguarderà ad esempio le prestazioni erogate nella branca di Medicina Fisica e Riabilitazione anche al fine di verificare la conformità a quanto previsto nella DGR 4112/1998.

#### **4.1.3 Controlli su Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)**

Il controllo consisterà nella verifica della documentazione sanitaria prevista dalla DGR 731/05 e s.m.i e nell'accertamento di eventuali comportamenti difformi da quanto previsto dalla normativa. In particolare, l'attività di controllo, in coerenza con quanto disposto dal DPCA n.1/2010, consisterà anche nella verifica della congruità tra le prestazioni registrate nel sistema informativo SIAS e quanto effettivamente erogato, al fine di individuare eventuali comportamenti opportunistici.

Si ricorda che, secondo la normativa vigente, la documentazione clinica, predisposta per ogni singolo PAC a cura dell'équipe sanitaria, deve essere archiviata presso la struttura (è sufficiente anche in formato elettronico) e deve essere composta da:

- ricetta di prescrizione;
- dati anagrafici e codice fiscale del paziente;
- inquadramento del problema sanitario che ha determinato l'attivazione del PAC, con indicazione della diagnosi o sospetto diagnostico e di eventuali esami già eseguiti;
- programmazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche costituenti il PAC;
- copia dei referti relativi a tutte le prestazioni che hanno costituito il PAC;
- relazione clinica riassuntiva conclusiva del PAC.

I referti e la relazione clinica devono essere consegnati in originale al paziente al termine dell'iter assistenziale.

#### **4.1.4 Controlli su Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA)**

Per l'esecuzione di un APA è prevista l'archiviazione della documentazione clinica, ai sensi della DGR 731/05: *"le strutture che erogano le prestazioni contraddistinte dal NTR con la lettera A - APA hanno l'obbligo di predisporre e conservare la documentazione amministrativa e clinica che attesta le attività svolte ed il rispetto delle indicazioni previste dal NTR"*.

Il controllo consisterà, ai sensi del DPCA n.1/2010, nella verifica della documentazione sanitaria prevista anche ai fini dall'accertamento di eventuali fenomeni opportunistici relativi alla corretta codifica delle prestazioni erogate (controllo di congruità).

#### **4.2. SELEZIONE DEL CAMPIONE**

All'interno di ciascuna delle tipologie di controllo sopra riportate saranno estratti casualmente una percentuale di minima, che sarà fissata dopo una fase di test, che servirà per stimare modalità e tempi per l'effettuazione dei controlli.

Il volume di qualsiasi tipologia di controllo è incrementabile fino al 100% del volume delle ricette, a carico SSR, trasmesse dalla singola struttura al SIAS.

#### **4.3. SANZIONI/CONSEGUENZE DEGLI ESITI DEI CONTROLLI**

Premesso che l'applicazione delle sanzioni/conseguenze di tipo amministrativo non annulla ulteriori ed

eventuali responsabilità sia di natura penale sia di natura civile, in seguito alle azioni di controllo, a seconda delle irregolarità riscontrate, si prevedono le seguenti modalità sanzionatorie:

- esclusione totale dal diritto della remunerazione in caso di prestazioni mancanti della dovuta documentazione:
  - a) assenza di prescrizione medica (ricetta SSR) o di documentazione attestante l'avvenuta trasmissione alla ASL competente;
  - b) assenza della documentazione sanitaria secondo la normativa vigente per le prestazioni APA/PAC;
- esclusione totale dal diritto alla remunerazione in caso di prescrizione di prestazioni non previste nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) vigente (quindi non riconosciute dai LEA erogabili a carico del SSR), ma codificate nel SIAS con codici presenti nel NTR stesso;
- attribuzione della tariffa della prestazione riscontrata nella ricetta SSR in caso di incongruità con quanto codificato nel SIAS.

Il recupero economico, collegato agli esiti dei controlli sull'attività specialistica ambulatoriale, nei confronti delle strutture erogatrici, verrà effettuato, da parte degli organismi preposti, a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate.