

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

N. U00040 del 26/03/2012

Proposta n. 4605 del 16/03/2012

Oggetto:

DCA n. 58/2009: "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica - L. 133/08, art. 79, comma 1 septies".
Modifiche ed integrazioni.

Estensore

BRAGA MARIO

Responsabile del Procedimento

MARIO BRAGA

Il Dirigente d'Area

M. BRAGA

Il Direttore Regionale

F. ROMANO

Il Direttore del Dipartimento

G. MAGRINI

**Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario**

G. GIORGI

Segue decreto n. _____

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010*)

DECRETO n. _____ del _____

OGGETTO: DCA n. 58/2009: " Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica - L.133/08, art. 79, comma 1 septies". Modifiche ed integrazioni.

LA PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTO che la citata Deliberazione del Consiglio dei Ministri prevede, in capo al Commissario ad Acta l'attuazione delle linee di intervento già previste dal Piano di rientro ed, in particolare al punto h), il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dr. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella seduta del 20 gennaio 2012, concernente la riformulazione del mandato conferito al Presidente pro tempore della Regione Lazio - commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario e nomina a sub commissario del dott. Gianni Giorgi, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98;

VISTO 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;

VISTO 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", che ha stabilito, tra l'altro:

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010*)

- tra i compiti della Regione, l'organizzazione del sistema sanitario, l'individuazione dei criteri di finanziamento e la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie;
- 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 - Controlli - 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 3 che le Regioni determinano le regole per la funzione del controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;

VISTO il DM 14 dicembre 1994 " Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera" pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 300 del 24 dicembre 1994;

VISTE le Linee di guida n. 1/95 del Ministero della Sanità, in applicazione al DM 14 dicembre 1994, relativamente all'esigenza di sviluppare appropriati sistemi di controllo a seguito dell'introduzione del sistema di pagamento degli ospedali sulla base delle tariffe predeterminate per prestazione, finalizzati a consentire una attività di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori;

VISTO il DM 22 luglio 1996 concernente "prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" e relative tariffe;

VISTA la Circolare del Ministero della Sanità n. 100/SCPS/21.4075 del 01/04/1997 - Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996 che, analogamente a quanto già indicato relativamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera (Linee di guida n. 1/1995), prevede un sistema di controllo, da sviluppare, sia in termini di controllo esterno, da parte della regione e delle aziende USL acquirenti delle prestazioni relativamente al comportamento degli erogatori accreditati, pubblici e privati, ed alla corretta osservanza delle regole degli scambi, ivi compresa la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza erogata, sia in termini di controllo interno da parte dei singoli erogatori del SSN relativamente ai livelli di qualità dell'assistenza e di efficienza;

TENUTO CONTO del Provvedimento - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998 - relativo alle

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

“Linee-guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione”;

VISTA la normativa che stabilisce le regole e gli obblighi per la corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera ed in particolare:

- D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000;
- Allegato 1 dell’Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, ex art. 4, co. 2), D.Lgs. n. 281/97 “linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella Cartella di Dimissioni Ospedaliere”;

VISTA la Legge 23 dicembre 2000, n. 388 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)" ed in particolare l’art. 88 recante “Disposizioni per l’appropriatezza nell’erogazione dell’assistenza sanitaria”;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 “ Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed in particolare l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento (art.6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell’Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art.8);

VISTO l’art. 79, comma 1-septies, della Legge 133/2008 di conversione del D.L. n.112/08 - a modifica dell’art. 88 della citata L. 388/2000 - con il quale è stato previsto che le Regioni debbano assicurare per ciascun soggetto erogatore un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione e che “*tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate delle regioni tenuto conto*”

Segue decreto n. _____

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze”;

VISTO il D.M. 18 dicembre 2008 relativo all'Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato - Regioni il 3 dicembre 2009 il quale, all'art. 6, comma 5 prevede che, in vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, le Regioni integrino la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla intesa stessa;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 10 dicembre 2012, recante “controlli sulle cartelle cliniche”;

VISTA la Legge 13 dicembre 2010, n. 220 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011)".

VISTA la legge 12 novembre 2011, n. 183, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2012)";

VISTO 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;

VISTA la L.R. n. 4 del 3 marzo 2003 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;

VISTA la L.R. 28 dicembre 2006, n.27 “Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)” e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del patto nazionale sulla salute;

VISTA la L.R. n. 12 del 26 luglio 2007 “Legge di variazione di bilancio della spesa sanitaria”;

VISTO l'art. 1 commi 71 e 73 della Legge regionale n. 14 dell'11 agosto 2008 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della regione Lazio”;

VISTE le LL.RR. n. 6 del 22 Aprile 2011 e s.m.i., avente ad oggetto: “Disposizioni urgenti in materia sanitaria. Modifiche alle leggi regionali 28 dicembre 2007, n. 26 "Legge finanziaria

Segue decreto n. _____

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010*)

regionale per l'esercizio 2008 (art. 11, l.r. 20 novembre 2001, n. 25)" e successive modifiche, 10 agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" e successive modifiche e 24 dicembre 2010, n. 9 "Disposizioni collegate alla legge finanziaria regionale per l'esercizio finanziario 2011 (art. 12, comma 1, l.r. 20 dicembre 2001, n. 25)";

VISTA la L. R. del 23 dicembre 2011, n. 20, recante: "Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2012";

VISTI i Decreti del Presidente in qualità di Commissario ad Acta:

- n. 14 del 5 settembre 2008, "Approvazione documento avente per oggetto: Requisiti autorizzativi delle strutture di riabilitazione integrativi della deliberazione Giunta regionale n. 424/06";
- n. 16 del 5 settembre 2008, "Riqualificazione dell'offerta di post-acuzie sia a livello di ricovero che a livello di specialistica ambulatoriale. Approvazione ridefinizione sistema dell'offerta";
- n. 58 del 4 agosto 2009 "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica. Legge 133/2008, art. 79, comma 1-septies";
- n. 69 del 24 settembre 2010: "Ratifica intesa Regione Lazio - ARIS per la remunerazione 2010 delle prestazioni erogate dagli Ospedali Classificati San Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Cristo Re, Madre Giuseppina Vannini e Regina Apostolorum" ;
- n. 80 del 30 settembre 2010 e s.m.i. avente ad oggetto "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale" ;
- n. 90 del 10 novembre 2010 e s.m.i. avente ad oggetto "Approvazione di "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle strutture sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e sociosanitarie provate) Legge Regionale 10 agosto 2010 n. 3" in fase di attuazione;
- n. 119 del 12 dicembre 2011 "integrazione dell'elenco dei DRG (Diagnosis Related Groups) ad alto rischio di non appropriatezza di cui all'allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001, con i DRG dell'allegato B dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, con individuazione delle relative soglie regionali di ammissibilità ed aggiornamento dei valori soglia delle tabelle 3, 4 e 5 di cui all'allegato 1 del DCA n. 58/2009";

VISTE le Deliberazioni di Giunta Regionale:

- n. 2611 del 06/5/1997 "istituzione del Sistema Informativo sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale", che costituisce la base per l'effettuazione di controlli sulla qualità dell'informazione e su eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori
- n.1455 dell'8/5/2002 "Aggiornamento del Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)"
- n. 864 del 28/6/2002 "Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatelyzza di cui all'allegato 2C del DPCM del 29/11/01" e successive modifiche ed integrazioni;
- n. 996 del 10/7/2001 "Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero" e la successiva DGR n. 1178 del 14 novembre 2003 "Piano Sanitario Regionale 2002/2004 - Indirizzi strategici: appropriatezza ed efficacia degli interventi sanitari - Sistema regionale dei controlli esterni dell'attività ospedaliera. Modifica della DGR 996/01";
- n. 731 del 4/8/2005 per la parte relativa all'approvazione dell'allegato 8, concernente la nuova scheda RAD-Riabilitazione per i reparti di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) neuroriabilitazione (cod. 75) ed unità spinale (cod. 28), e per l'allegato alla medesima deliberazione inerente le "Indicazioni per l'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento in regime non residenziale ambulatoriale (DGR n. 602/2004)";
- n.143 del 22/3/2006 - "Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale";
- n.290 del del 16 maggio 2006 - "Direttive per lo svolgimento delle attività di epidemiologia del SSR" ;
- n. 408 dell'11/7/2006 pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 26 del 20 settembre 2006;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

- n. 424 del 14/7/2006, con la quale sono stati approvati i requisiti minimi all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie per le strutture pubbliche e private ai sensi dell'art. 5 comma 1, dicembre lett a) della l.r. 4/03;
- 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"
- n. 867 del 18/12/2006 con la quale è stato approvato il regolamento regionale recante disposizioni in materia di verifica di compatibilità e di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio in attuazione dell'art. 5, comma 1, lettera b, della l.r. 4/03;
- n. 922 del 21/12/2006 - "Integrazione deliberazione Giunta regionale n. 143/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi."- per la parte relativa all'ampliamento della tabella B dell'allegato 4 alla DGR 143/06 con ulteriori 4 DRG a rischio di inappropriatezza con le relative soglie di ammissibilità;
- n.66 del 12/2/2007 concernente: "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";
- n.149 del 6/3/2007 avente ad oggetto: "Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro";
- n. 96 del 20/2/2007 "Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Interventi in materia di medicina fisica e riabilitazione. Parziale revoca deliberazioni di Giunta Regionale n. 1431/02 e n. 562/06";
- n. 266 del 16/4/2007 "Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio. Criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie ospedaliera";
- n. 435 del 19/6/2007 "Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio. Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale";
- n. 436 del 19/6/2007 "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2007. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L. 311/2004: obiettivi specifici 1.2 - 1.3. - 2.2", e successive modifiche ed integrazioni;

- n. 1061 del 28/12/2007: "Rettifiche ed integrazioni DGR 436/07";
- n. 206 del 21/3/2008. "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2008. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L. 311/2004: obiettivo specifico 2.2" e successive modifiche ed integrazioni così come espresse nel Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta 5 settembre 2008, n. 19;
- n. 175 del 21/3/2008 "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2008. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L.311/2004 : obiettivi specifici 1.2 - 2.2" e successive modifiche ed integrazioni così come espresse nel Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta 5 settembre 2008, n. 20;
- n. 301 del 24 aprile 2008, "Programma regionale di valutazione di esiti degli interventi sanitari"
- n. 817 del 7/11/ 2008 relativo all'Istituzione Commissione Ispettiva Regionale Sanitaria per il controllo e vigilanza sugli Enti che erogano prestazioni di assistenza sanitaria;

VISTA la Determinazione Dirigenziale n. D4118 del 09/11/2007 "Modifica del contenuto informativo della rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere per pazienti acuti";

VISTA la Direttiva n. 3 del 28/02/2005 del Direttore Generale dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP) relativa all'istituzione della nuova scheda RAD-R per la rilevazione del flusso sui ricoveri per le attività di riabilitazione intensiva post-acuzie;

VISTA la Direttiva n. 5 del 07/12/2010 del Direttore Generale dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (Laziosanità-ASP) relativa all'integrazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) con sezioni aggiuntive obbligatorie per la raccolta di informazioni supplementari sui ricoveri ospedalieri;

RILEVATO che il Piano di rientro prevede interventi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi dei tempi e dei modi di realizzazione ;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

TENUTO CONTO degli obiettivi 1.3.4, 1.3.5 e 2.2 del Piano di Rientro "Accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della Legge 311/2004" sottoscritto il 28/02/07 ed approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. 149 del 6/03/07;

CONSIDERATO che la funzione di controllo costituisce una parte rilevante dei compiti istituzionali delle AASSLL, e che l'efficacia dei controlli su tutte le aree di riferimento assicura la trasparenza e l'imparzialità del ruolo istituzionale a sostegno della risposta ai bisogni di salute dei cittadini;

RITENUTO necessario sostenere le attività finalizzate a migliorare il livello di appropriatezza dell'attività assistenziale e minimizzare i comportamenti assistenziali non appropriati dal punto di vista organizzativo e non corretti dal punto di vista economico;

CONSIDERATO che, nel corso delle riunioni intercorse con le Associazioni di categoria rappresentative degli erogatori privati e degli ospedali classificati, sono emerse criticità rilevanti del sistema dei controlli definito dal citato DCA n. 58/2009;

RILEVATO che, nella sottoscrizione degli accordi con gli erogatori privati la Regione Lazio ha assunto l'impegno di rivedere i contenuti del citato DCA 58/2009, nella parte inerente i criteri di appropriatezza delle prestazioni;

PRESO ATTO della necessità di aggiornare la metodologia APPRO e di introdurre nella procedura le eccezioni indicate nel Patto per la Salute 2010-2012;

RITENUTO opportuno aggiornare i valori soglia di cui al DCA 119/2011 nel rispetto dei criteri introdotti dal Patto per la Salute 2010-2012;

PRESO ATTO della opportunità di ridefinire il complesso delle attività di controllo e i criteri operativi da attuare sull'intero territorio regionale, alla luce delle recenti disposizioni nazionali e regionali;

RITENUTO opportuno stabilire che, per quanto attiene la riabilitazione e la lungodegenza, verranno emanate specifiche direttive con successivi provvedimenti della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale;

RILEVATA la necessità di ridefinire in modo più puntuale gli ambiti del sistema dei controlli regionali e le responsabilità della Regione Lazio, di Laziosanità ASP e dei soggetti erogatori pubblici e privati;

RILEVATA la necessità di rivedere le modalità tecniche di effettuazione dei controlli, nonché le conseguenze e le sanzioni amministrative da applicare;

CONSIDERATO opportuno definire, nel dettaglio le modalità per la comminazione delle sanzioni amministrative conseguenti all'effettuazione dei controlli;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

RITENUTO opportuno stabilire che la differente valorizzazione scaturita dall'esito dei controlli sui ricoveri ospedalieri incida direttamente sul finanziamento della produzione realizzata nell'anno cui si riferiscono i controlli;

RITENUTO opportuno, per le motivazioni sopra descritte, apportare le necessarie conseguenti modifiche al citato DCA n. 58/2009: "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica. Legge 133/2008, art. 79, comma 1-septies";

RITENUTO opportuno stabilire che il recupero economico, collegato agli esiti dei controlli sull'attività specialistica ambulatoriale, nei confronti delle strutture erogatrici, venga effettuato a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate;

CONSIDERATO che il controllo analitico sulle documentazione clinica, in merito all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate costituisce elemento di verifica nell'ambito degli accordi contrattuali con i soggetti pubblici ed equiparati accreditati e dei contratti con i soggetti privati accreditati, ai sensi dell'art. 18, capo IV della Legge regionale n. 4 del 3 marzo 2003 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";

CONSIDERATO che, con mail del 24 febbraio 2012, Laziosanità ASP ha trasmesso il documento tecnico "Sistema regionale dei controlli sull'attività assistenziale sanitaria";

RILEVATO che i competenti Uffici Regionali hanno preso visione e valutato i contenuti del predetto documento tecnico ed apportato le opportune modifiche;

PRESO ATTO dell'opportunità di ridefinire il complesso del sistema regionale dei controlli sull'attività assistenziale sanitaria e i criteri operativi da attuare sull'intero territorio regionale, così come contenuti nell'Allegato 1 - composto dalla parte I (Attività Ospedaliera) e dalla parte II (Attività Specialistica Ambulatoriale) - parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO OPPORTUNO sostituire il citato DCA n. 58/2009, ed il relativo Allegato, con il presente provvedimento il cui Allegato ne costituisce parte integrante;

DECRETA

per i motivi di cui in narrativa che qui si intendono integralmente riportati di:

1. approvare l'Allegato 1 "Il Sistema regionale dei controlli sull'attività assistenziale sanitaria" al presente decreto- composto dalla parte I (Attività Ospedaliera) e dalla parte II (Attività Specialistica Ambulatoriale) - di cui costituisce parte integrante e

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

sostanziale, che disciplina le modalità e le regole con cui effettuare l'attività di controllo nella Regione Lazio da applicare alle prestazioni erogate a partire dal 1° gennaio 2012;

2. stabilire che il Dipartimento Programmazione Economica e Sociale, l'ASP-Lazio e il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale concorrono alla co-progettazione, realizzazione e funzionamento operativo dell'Osservatorio Permanente delle Prestazioni e dei Servizi Sanitari della Regione, a supporto del continuo aggiornamento degli indirizzi per l'attività di controllo e di programmazione regionale. A questo fine, il Direttore del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale, sentiti l'ASP-Lazio ed il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, individua, entro 20 giorni dall'emanazione del presente Decreto, il gruppo di lavoro, ed il relativo responsabile incaricato di predisporre il progetto dell'Osservatorio stesso, indicandone finalità operative, caratteristiche delle base dati da utilizzare e modalità di funzionamento;
3. stabilire che Laziosanità-ASP, nell'ambito degli indirizzi stabiliti dalle Direzioni "Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale" e "Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale", per le rispettive aree di competenza, per i controlli relativi all'assistenza ospedaliera ha il compito di:
 - a. redigere il piano annuale dei controlli. Tale piano dovrà essere trasmesso alla Regione ed alle ASL entro il 30 novembre dell'anno precedente l'esecuzione delle attività di controllo. Il piano annuale diventa automaticamente operativo a partire dal 1° gennaio in assenza di rilievi da parte della regione;
 - b. coordinare il sistema regionale dei controlli analitici, collaborando con le ASL e supportando le relative attività con una adeguata e sistematica informativa;
 - c. gestire il sistema informativo dei controlli (SIC);
 - d. sperimentare metodologie e strumenti per le attività di valutazione e controllo;
 - e. effettuare direttamente i 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;
4. ribadire che le ASL sono titolari delle funzioni di controllo dell'attività ospedaliera erogata presso i Presidi e le strutture di ASL, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari pubblici e gli IRCCS pubblici e di stabilire che, per i presidi e le strutture direttamente gestite dalle aziende unità sanitarie locali, i controlli sono svolti dalla Azienda Unità Sanitaria Locale di cui alla seguente tabella:

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

- ASL RM A esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM B
 - ASL RM B esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM D
 - ASL RM C esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM E
 - ASL RM D esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM C
 - ASL RM E esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM A
 - ASL RM F esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM G
 - ASL RM G esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Rieti
 - ASL RM H esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Latina
 - ASL di Rieti esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Viterbo
 - ASL di Viterbo esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM F
 - ASL di Frosinone esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL RM H
 - ASL di Latina esercita attività di controllo su strutture pubbliche che insistono sul territorio della ASL di Frosinone
5. ribadire che spetta anche alle ASL la funzione di controllo sull'attività ospedaliera erogata da soggetti privati, da esercitarsi informando tempestivamente l'ASP-Lazio;
6. stabilire che, su indicazioni delle Direzioni "Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale" e "Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale", per le rispettive aree di competenza, nei casi di esigenze conoscitive urgenti, Laziosanità-ASP esercita direttamente le funzioni di ispezione e controllo su tutte le strutture socio - sanitarie del territorio regionale, avvalendosi di propri funzionari, da professionisti collaboratori di comprovata competenza ed esperienza o da personale delle AA.SS.LL. Gli esiti di tale attività dovranno essere comunicati dal Direttore Generale di Laziosanità - ASP alle competenti Direzioni Regionali, anche ai fini dell'assunzione dei provvedimenti di competenza;
7. potenziare i controlli di congruità e di appropriatezza sulle prestazioni ospedaliere, incluse quelle di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie ospedaliera, così come previsto al punto 3.2 dell'Allegato 1 al presente decreto, rinviando a successivi provvedimenti della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale l'emanazione di specifiche direttive di dettaglio per la

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

riabilitazione e la lungodegenza;

8. approvare la istituzione del "Collegio Arbitrale Regionale" per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli in ambito ospedaliero con le modalità di cui al punto 3.7 dell'allegato 1 al presente decreto;
9. aggiornare la metodologia "APPRO" relativa alle prestazioni di assistenza ospedaliera ad alto rischio di in appropriatezza, secondo le nuove tabelle contenute nell'allegato 1 al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
10. stabilire che Laziosanità-ASP, entro 60 giorni dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente decreto, delibera l'elenco degli eventi oggetto dei controlli analitici relativi ai ricoveri ospedalieri in acuzie, in riabilitazione ed in lungodegenza post acuzie, e le modalità tecniche di effettuazione dei controlli;
11. dare mandato alla Direzione Regionale Programmazione e Risorse Del Servizio Sanitario Regionale di aggiornare annualmente, su proposta di Laziosanità-ASP, l'elenco dei DRG a rischio di in appropriatezza con le relative soglie massime di ammissibilità nell'ambito del regime del ricovero ordinario, di cui alle tabelle 1 e 2 dell'Allegato al presente Decreto;
12. applicare abbattimenti tariffari a livello regionale nella misura del 20% per i ricoveri ripetuti in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso Presidio, classificati con la stessa MDC (Categoria di Diagnosi Maggiore), effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla dimissione del precedente ricovero, così come precisato nel paragrafo "Abbattimenti Tariffari", punto 2 dell'Allegato 1;
13. stabilire che Laziosanità-ASP, nell'ambito delle indicazioni fornite dalle Direzioni "Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale" e "Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale" per le rispettive aree di competenza, per i controlli relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale ha il compito di:
 - implementare il sistema regionale dei controlli analitici per l'attività specialistica ambulatoriale;
 - coordinare il sistema regionale dei controlli analitici e l'attività di controllo delle ASL, condividendo con queste obiettivi e modalità operative;
 - effettuare direttamente i controlli relativi all'attività specialistica ambulatoriale presso gli Ospedali classificati, 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 per via dell'extraterritorialità delle suddette strutture anche avvalendosi del personale addetto ai controlli delle ASL;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

- redigere, entro 60 giorni dal giorno successivo a quello della data di emanazione del decreto, un documento contenente le specifiche operative per l'attivazione del sistema di controllo esterno, oltre che le specifiche relative alle sanzioni da applicare in base alle irregolarità riscontrate e a quanto definito dall'Allegato 1 al presente Decreto;
 - sottoporre il documento di cui al punto precedente all'approvazione della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale" e "Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale" per le rispettive aree di competenza;
 - definire le modalità per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli, prevedendo anche il supporto da parte di esperti di settore;
 - sviluppare e gestire il nuovo Sistema Informativo dei Controlli Ambulatoriali (SICAM);
 - definire ed aggiornare periodicamente, con proprio atto, gli elementi di riferimento del sistema informativo;
 - formulare proposte alle Direzioni Regionali competenti in materia di normativa sui controlli;
 - monitorare, valutare e diffondere periodicamente i risultati dell'attività di controllo;
14. ribadire che le ASL, titolari, nel proprio territorio di competenza, delle funzioni di controllo relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale erogata presso i Presidi e le strutture di ASL, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari pubblici e gli IRCCS pubblici hanno il compito di:
- a. organizzare la funzione di controllo in coerenza con gli adempimenti e le regole istituzionali di riferimento;
 - b. affidare all'Ufficio aziendale deputato ai controlli sull'attività specialistica ambulatoriale il coordinamento dell'attività in materia e comunicare a Laziosanità-ASP i nominativi del referente e del personale addetto, con i recapiti telefonici e di posta elettronica;
 - c. effettuare direttamente i controlli analitici sugli ambulatori specialistici delle Aziende Ospedaliere, dei Policlinici Universitari e gli IRCCS pubblici, e degli ambulatori specialistici accreditati ubicati nel proprio territorio di competenza;
 - d. svolgere i controlli, avvalendosi di altra azienda unità sanitaria locale, per i presidi e le strutture direttamente gestite dalla stessa aziende unità sanitaria locale;
 - e. trasmettere i dati relativi all'attività di controllo a Laziosanità-ASP nei tempi e nei modi stabiliti;
 - f. collaborare con l'ASP-Lazio alla realizzazione delle attività di controllo sugli Ospedali classificati, le Case di Cura accreditate, i Policlinici Universitari e gli IRCCS privati nonché presso il San Giovanni Battista (SMOM) e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

Per i presidi e le strutture direttamente gestite dalle aziende unità sanitarie locali, i controlli sono svolti da altra Azienda Unità Sanitaria Locale secondo lo schema riportato al punto 4 del presente decreto.

15. introdurre, per l'attività specialistica ambulatoriale, un sistema di sanzioni articolato secondo le irregolarità riscontrate, così come previsto nella Parte II - Attività Specialistica Ambulatoriale, al punto 1.5 dell'Allegato 1;
16. stabilire che le strutture erogatrici, sia pubbliche che private accreditate, hanno l'obbligo di sottoporre la propria attività al controllo analitico su Documentazione Clinica, assicurando la massima disponibilità e collaborazione alle attività di verifica svolte dal personale deputato del controllo; nel caso di mancata messa a disposizione, nei tempi fissati con nota scritta, di tutta la documentazione sanitaria ed amministrativa richiesta per ciascun caso, le prestazioni sanitarie da verificare, per le quali non è disponibile la documentazione, verranno considerate inappropriate;
17. stabilire che gli obiettivi previsti per le Aziende sanitarie nell'ambito del Sistema regionale dei controlli dell'attività assistenziale sanitaria rappresentino elemento di valutazione dell'operato dei Direttori Generali, la cui inosservanza costituisce grave inadempienza ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 7, del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
18. stabilire che Laziosanità-ASP fornirà supporto tecnico agli uffici delle ASL deputati ai controlli con linee guida, attività formativa e, eventualmente, con personale esperto in materia di controlli. Non può essere utilizzato personale in situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interesse, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione.
19. stabilire che, a decorrere dal 1° gennaio 2012, le prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate da ciascun soggetto che superino il valore soglia regionale e risultino non appropriate secondo il metodo APPRO 3, verranno riclassificate e remunerate con le tariffe vigenti dei ricoveri diurni, se associate ad un DRG chirurgico, oppure con una tariffa pari ad un solo accesso del corrispondente Day Hospital medico in caso di DRG non chirurgico;
20. stabilire che i controlli su base automatica, i cui effetti economici sono determinati da Laziosanità-ASP, riguardano e determinano i valori della produzione dell'anno di riferimento, mentre i controlli analitici su cartella clinica, sempre valorizzati da Laziosanità-ASP, hanno effetto sull'esercizio in cui questi vengono effettuati e costituisce verifica del Budget assegnato alle strutture erogatrici;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

21. stabilire che, per quanto attiene le risultanze dei controlli su base automatica, la diversa remunerazione conseguente alla riclassificazione dei ricoveri secondo i valori soglia di cui alle Tabelle 1 e 2 dell'Allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, incide direttamente sul valore complessivo della produzione dell'anno di riferimento;
22. stabilire che, per quanto riguarda l'esito dei controlli analitici su Documentazione Clinica, le risultanze dell'attività di controllo, incluse le eventuali sanzioni amministrative di cui al paragrafo 3.4 dell'Allegato 1 al presente decreto, incidono sul valore del Budget, o nel caso in cui il valore della produzione sia inferiore, anche per effetto dell'applicazione di quanto previsto al punto 21 del presente Decreto, su quest'ultimo valore;
23. stabilire che, in merito a quanto definito al punto 3.5 dell'allegato tecnico al DCA 58/2009, per gli anni 2009, 2010 e 2011, oltre ad applicare quanto stabilito dal DCA 58 del 2009 e relativo Allegato:
 - a) la differente valorizzazione scaturita dall'esito dei controlli incide direttamente sul valore della produzione per i controlli su base automatica;
 - b) la valorizzazione dei controlli analitici su Documentazione Clinica, comprensivi delle eventuali sanzioni amministrative, ha effetto sul budget o sulla produzione nel caso la stessa risulti inferiore al budget, anche per effetto dell'applicazione di quanto previsto al punto a), e costituisce verifica del rispetto del Budget assegnato da parte delle strutture erogatrici.
24. stabilire che gli importi da decurtare saranno oggetto di appositi provvedimenti che verranno adottati dagli Uffici Regionali responsabili della gestione economica del sistema di finanziamento e della liquidazione delle fatture dei vari soggetti erogatori.

Avverso il presente Decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al tribunale amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente Decreto, redatto in due originali, di cui uno per gli atti della Direzione Attività della Presidenza e l'altro per i successivi adempimenti della struttura regionale proponente, consta di n. pagg. e sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

RENATA POLVERINI

PARTE I (ATTIVITÀ OSPEDALIERA)

1. SOGLIE REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

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 a scapito delle diverse modalità organizzative adottate dagli erogatori per le medesime prestazioni. 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 Day Hospital oppure la specialistica ambulatoriale. Pertanto è fatto obbligo alle Regioni di introdurre, in sede di programmazione, misure correttive in materia di volumi di attività degli erogatori, e di adottare criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza né quello di economicità.

In coerenza con le indicazioni delle Commissioni Ministeriali permanenti in materia di LEA ed in linea con le metodologie indicate per la misura dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ospedaliera ed in attuazione di quanto stabilito nell'Allegato 2 C del DPCM del 29 novembre 2001 *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"* e nell'Allegato B (articolo 6, comma 5) dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano – Rep. N. 243/CSR del 3 dicembre 2009, e di quanto già istituito nella Regione Lazio con DGR 864/2002, con Legge Regionale n. 12 del 26 luglio 2007 e DPCA 12 dicembre 2011, n. 119, viene introdotta la versione aggiornata della metodologia APPRO 3.

Tale metodologia costituisce 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.

LA METODOLOGIA "APPRO 3"

Con il presente decreto la metodologia APPRO 3 è stata modificata introducendo, nell'applicazione della procedura, le eccezioni indicate nel Patto per la Salute 2010-12. Tali criteri non sono stati considerati in precedenza a livello regionale in virtù delle perplessità scaturite da una valutazione di appropriatezza "a priori" per ricoveri ordinari a gravità minima/a basso consumo di risorse pur se provenienti da pronto soccorso.

Per l'identificazione delle eccezioni 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.

Tabella 1: Aggiornamento delle soglie regionali di ammissibilità, di cui al metodo APPRO 3, calcolate dati SIO 2010 con le eccezioni previste dal Patto per la Salute 2010-12.

n	DRG	Descrizione	Criteri di eccezione	Soglia aggiornata
7	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	eccetto intervento 11.6x	0,0
10	065	Alterazioni dell'equilibrio	eccetto urgenze	3,7
18	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	eccetto urgenze	7,1
19	133	Aterosclerosi senza CC	eccetto urgenze	2,4
20	134	Ipertensione	eccetto urgenze	1,1
21	142	Sincope e collasso senza CC	eccetto urgenze	5,8
24	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	eccetto ordinari 0-1 giorno	3,2
25	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	eccetto ordinari 0-1 giorno	1,7
26	163	Interventi per ernia, età < 18 anni	eccetto ordinari 0-1 giorno	13,4
28	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	eccetto urgenze	0,0
33	208	Malattie delle vie biliari senza CC	eccetto urgenze	32,5
38	243	Affezioni mediche del dorso	eccetto urgenze	1,7
44	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	solo intervento principale 85.20 o 85.21	0,0
51	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	eccetto urgenze	52,2
52	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	eccetto urgenze	41,9
55	294	Diabete, età > 35 anni	eccetto urgenze	1,4
60	324	Calcolosi urinaria senza CC	eccetto urgenze	14,4
61	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	eccetto urgenze	2,4
72	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	eccetto urgenze	1,8
76	426	Nevrosi depressive	eccetto urgenze	0,0
77	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	eccetto urgenze	0,0
80	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	eccetto urgenze	1,0

I valori soglia riportati in tabella 1 modificano e sostituiscono i corrispettivi valori di cui alla tabella 1 del DPCA n.119 del 12 dicembre 2011.

Sui ricoveri afferenti ai DRG di cui alla presente tabella 1 ed 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.

Per effetto dell'adozione delle eccezioni previste dal Patto per la Salute 2010-2012, in tabella 2 è indicato l'elenco completo dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria con i relativi valori soglia.

TABELLA 2: 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
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 ordinari 0-1 giorno)	3,2
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ordinari 0-1 giorno)	1,7
163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ordinari 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
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	Iperтроfia 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 preparto 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
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

Sono esclusi dalla valutazione con il metodo APPRO i ricoveri per brachiterapia o per terapie radio metaboliche (DRG 409 - Radioterapia) erogate per neoplasie maligne (Diagnosi Principale con codice ICD-9-CM V58.0; Diagnosi Secondaria con codice ICD-9-CM di neoplasia maligna; Procedure con codice ICD-9-CM 92.27, 92.28, 92.29) in quanto richiedono ospedalizzazioni impegnative in ambienti protetti e soggetti a complesse misure di radioprotezione, che necessitano di un elevato impegno assistenziale multidisciplinare sia nella fase clinica sia in quella di prevenzione delle contaminazioni ambientali.

Tali ricoveri saranno oggetto di controllo nell'ambito del Sistema Regionale dei Controlli Analitici per la verifica della congruità della scheda di dimissione ospedaliera.

In considerazione della possibile concomitanza tra procedura chirurgica complessa e condizioni cliniche del paziente sono, inoltre, esclusi dalla valutazione con metodo APPRO i ricoveri per patologia retinica (DRG 036 – Interventi sulla Retina) limitatamente alle categorie ICD-9-CM 361_, 362_ solo se associate al codice di procedura ICD-9-CM 14.41 "*Piombaggio sclerale con impianto*" e i ricoveri per glaucoma (DRG 042 -Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino) con codice di diagnosi afferente alla categoria ICD - 9- CM 365_ e uno dei seguenti codici di procedura ICD -9-CM: 12.64 "*Trabeculectomia ab externo*"; 12.65 "*Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia*"; 12.69 "*Altri interventi di fistolizzazione della sclera*"

Sui ricoveri così identificati ed esclusi dalla valutazione con il metodo APPRO, verranno effettuati controlli analitici mirati sulle cartelle cliniche, estendibili al 100% della casistica, in considerazione della erogabilità delle suddette procedure in regime di ricovero diurno (Accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano di approvazione delle linee guida per le attività di day-surgery).

2. ABBATTIMENTI TARIFFARI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA “TIPOLOGIA RICOVERI RIPETUTI”

PREMESSA

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 organizzazione.

Il DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, nell'allegato 3.1, riporta quale indicatore di livello ospedaliero atto a valutare l'inappropriatezza delle dimissioni precoci il numero di rientri entro 30 giorni dalla dimissione.

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 le 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 personalità 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, a decorrere dal giorno successivo alla data di emanazione del decreto, per i ricoveri ripetuti in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso Presidio, che sono classificati con le 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 a livello regionale nella misura del 20%.

3. SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI ANALITICI SU CARTELLA CLINICA DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA

FINALITÀ

La Regione Lazio considera la funzione di controllo dell'attività ospedaliera uno strumento necessario ed insostituibile per la verifica dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria e della corretta classificazione delle prestazioni. In un sistema di remunerazione a tariffe predeterminate per prestazione, consente di individuare, con tempestività ed efficacia, eventuali comportamenti opportunistici finalizzati a massimizzare i profitti, con il rischio di uno scadimento complessivo della qualità dell'assistenza: da questo punto di vista la funzione di controllo assicura un monitoraggio costante e puntuale del sistema sanitario regionale relativamente alla qualità ed ai costi dell'assistenza.

Inoltre le specifiche tipologie di controllo si basano su precise analisi demografiche, epidemiologiche e cliniche: pertanto le attività di controllo intendono garantire il rispetto delle risorse disponibili, a tutela dei diritti del malato e del suo accesso ai servizi sanitari.

La corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), così come la tenuta e la

corretta compilazione della Documentazione Clinica ai sensi delle normative nazionali e regionali vigenti, rivestono un'importanza fondamentale per la corretta attribuzione del DRG e per la conseguente valutazione dell'attività delle strutture erogatrici, sia in termini di complessità sia in termini di valorizzazione economica della casistica trattata.

In linea con gli obiettivi di promozione dell'appropriatezza organizzativa degli interventi sanitari, già perseguiti nell'ambito dei programmi di attività poliennali da parte della Regione Lazio, per il tramite di Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio e 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 inappropriatezza 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.

Per la realizzazione degli obiettivi comuni, finalizzati alla promozione della salute, in accordo con gli obblighi istituzionali, è necessario che tutti gli operatori sanitari svolgano le funzioni di controllo secondo criteri di trasparenza e celerità dei procedimenti amministrativi. Inoltre è necessario che tutti gli operatori impegnati nelle attività di controllo valorizzino la cultura della verifica quale strumento irrinunciabile per migliorare la qualità delle prestazioni.

3.1. AMBITI E RESPONSABILITÀ

Laziosanità - ASP, entro il 30 novembre di ciascun anno redige il piano annuale dei controlli per l'anno successivo, con gli obiettivi da raggiungere, ed i relativi indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei settori oggetto di controllo, e lo trasmette alle Direzioni "Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale" e "Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale" ed alle ASL.

La Direzione "Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale" e la Direzione "Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale", per le rispettive aree di competenza, sentito anche l'Osservatorio Permanente delle Prestazioni e dei Servizi Sanitari, di cui al presente Decreto,

può richiedere a Laziosanità-ASP integrazioni e/o modifiche al Piano Annuale dei Controlli.

Il Piano Annuale dei Controlli diventa operativo a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo alla presentazione, in assenza di rilievi da parte della Regione.

Il Piano Annuale dei Controlli deve prevedere gli eventi da sottoporre a controllo, la definizione di criteri che verranno utilizzati per le attività di controllo, le indicazioni e le linee guida per le attività di controllo, le scadenze temporali entro cui l'attività di controllo verrà svolta che dovrà comunque rispettare le seguenti condizioni:

1. i controlli su base automatica dovranno essere completati entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di erogazione delle attività;
2. i controlli analitici su cartella clinica dovranno essere assicurati entro l'anno, per le prestazioni relative ai primi sei mesi dell'anno e entro il 30 giugno dell'anno successivo per il secondo semestre di attività.

Ruolo di Laziosanità-ASP per le finalità del presente provvedimento, essa esplica la funzione di controllo sulla documentazione dell'attività ospedaliera erogata presso gli Ospedali classificati, le Case di Cura accreditate, i Policlinici Universitari e gli IRCCS privati nonché presso il San Giovanni Battista (SMOM) e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, effettuandone direttamente i controlli; svolge inoltre un ruolo di supporto e di coordinamento nell'ambito dei controlli analitici di competenza delle ASL fornendo gli archivi delle dimissioni dagli Istituti di competenza, contenenti le informazioni relative ai controlli da effettuare, ed il materiale predisposto sia per la selezione dei ricoveri da sottoporre a controllo analitico, sia per l'inserimento delle informazioni relative ai controlli eseguiti nel tracciato record originale. Inoltre, gestisce il Sistema Informativo dei Controlli (SIC) e procede all'elaborazione dei dati ed al calcolo delle sanzioni previste.

Sono compiti di Laziosanità-ASP: il monitoraggio, la valutazione e la diffusione periodica sia degli indicatori di analisi dell'attività ospedaliera che della reportistica dell'attività di controllo; la formulazione di proposte all'Assessorato alla Sanità per eventuali adeguamenti della normativa, e la predisposizione della Relazione Annuale sulle attività.

Per lo svolgimento delle attività di controllo, Laziosanità-ASP si avvale di personale medico addestrato ed esperto in controllo sui ricoveri ospedalieri, in possesso di elevata e documentata conoscenza in materia di codifica delle schede di dimissione ospedaliera ai sensi del DM 380/2000 e s.m.i., che non presenti situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione.

Su indicazioni della Regione nei casi di esigenze conoscitive urgenti, Laziosanità-ASP costituisce appositi gruppi per i controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Ruolo delle ASL: esse sono titolari della funzione di controllo sulle strutture ubicate nel territorio di propria competenza e, per le finalità del presente provvedimento, effettuano i controlli sull'attività ospedaliera erogata presso i Presidi e le strutture di ASL, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli IRCCS pubblici. Per i presidi e le strutture direttamente gestite dalle aziende unità sanitarie locali, i controlli sono svolti da altra Azienda Unità Sanitaria Locale secondo la tabella riportata al punto 5 del presente decreto.

Concorrono alla realizzazione delle attività di controllo analitico sugli Ospedali classificati, le Case di Cura accreditate, i Policlinici Universitari e gli IRCCS privati nonché presso il San Giovanni Battista (SMOM) e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Ciascuna Azienda Unità Sanitaria Locale ha l'obbligo, una volta effettuate le operazioni di selezione, di eseguire i controlli nei presidi a gestione diretta ubicati in altra ASL secondo la tabella di cui al punto 5, di eseguire i controlli nelle Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari e IRCCS

pubblici ubicati sul territorio di propria competenza e di trasmettere al Sistema Informativo Controlli (SIC) i risultati dei controlli effettuati, in modo che la riclassificazione e la conseguente diversa tariffazione degli episodi di ricovero, derivante dai controlli analitici, incida direttamente sul valore complessivo della produzione dell'anno cui si riferiscono i controlli, dopo la verifica del rispetto del budget da parte delle strutture erogatrici.

È quindi, necessario che i Direttori Generali di ciascuna ASL predispongano ed organizzino la funzione di controllo al proprio interno, dotando gli uffici competenti di personale medico, personale amministrativo e risorse informatiche sufficienti a perseguire gli obiettivi descritti, comunicando a Laziosanità-ASP il nominativo del referente e del personale addetto, i recapiti telefonici e di posta elettronica nonché le modalità organizzative attuate entro 30 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello della emanazione del presente decreto.

Come stabilito all'art. 3-bis comma 5 del D.Lgs 229/99, le Regioni determinano preventivamente i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle ASL, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. Pertanto si stabilisce che gli obiettivi previsti per le ASL, nell'ambito del Sistema Regionale dei controlli analitici su Cartella Clinica dell'attività assistenziale, costituiscono un importante elemento di valutazione dell'operato dei Direttori Generali delle ASL relativamente alle seguenti priorità connesse con la funzione di controllo:

- rispetto del volume dei controlli programmati e della tempistica di trasmissione delle risultanze;
- promozione dell'appropriatezza dell'attività ospedaliera: diminuzione complessiva del volume di ricoveri inappropriati (ordinari e day hospital, tipologia "acuti" e "riabilitazione") a favore di modalità assistenziali alternative parimenti efficaci;
- diminuzione del tasso di ospedalizzazione;
- diminuzione della mobilità passiva;
- potenziamento dell'attività ambulatoriale e di altre funzioni territoriali extraospedaliere finalizzato sia ad una qualificazione dell'assistenza che ad una razionalizzazione dell'uso delle risorse;
- verifica periodica dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi degli erogatori ubicati nei territori di competenza

Sarà compito della Direzione "Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale" e della Direzione "Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale", per le aree di rispettiva competenza, verificare e valutare l'operato dei Direttori Generali sulla base delle relazioni specifiche predisposte dalle Direzioni Generali delle singole ASL ed inviate alla Direzione Regionale competente entro e non oltre il 31 marzo dell'anno successivo a quello di attività.

Ruolo degli Erogatori: le strutture erogatrici, sia pubbliche sia private provvisoriamente accreditate, hanno l'obbligo istituzionale di fornire la massima collaborazione per consentire lo svolgimento dell'attività di controllo, mettendo tempestivamente a disposizione la documentazione richiesta su supporto preferibilmente cartaceo. 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.

Copia

3.2. TIPOLOGIA E VOLUMI DEI CONTROLLI ANALITICI

Oggetto della funzione di controllo dell'attività ospedaliera è il complesso dell'assistenza erogata, in regime di ricovero, a carico del SSR da tutte le strutture ospedaliere operanti nella Regione Lazio, siano esse pubbliche o private accreditate.

Sono individuate quattro tipologie di controllo analitico:

- 1 . controlli di congruità – ricoveri in acuzie
- 2 . controlli di appropriatezza – ricoveri in acuzie
- 3 . controlli di congruità – ricoveri in post-acuzie
- 4 . controlli di appropriatezza – ricoveri in post-acuzie

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.

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

Inoltre, secondo quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 10 dicembre 2009 “*Controlli sulle cartelle cliniche*”, deve essere assicurato a livello regionale un controllo analitico annuo di almeno il 12,5% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera.

Sullo stesso ricovero si potrà 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 inappropriatazza, 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.

Laziosanità-ASP si impegna a redigere e divulgare, entro e non oltre 60 giorni dal giorno successivo a quello della data di emanazione del presente decreto, l'elenco degli eventi oggetto dei controlli analitici relativi ai ricoveri ospedalieri in acuzie, in riabilitazione ed in lungodegenza post acuzie, gli strumenti e le modalità tecniche di effettuazione dei controlli; inoltre è compito specifico di Laziosanità-ASP quello di provvedere ad individuare e ad aggiornare periodicamente, alla luce dei risultati ottenuti e dell'evoluzione delle conoscenze, gli eventi oggetto di controllo analitico e gli strumenti da utilizzare ed a renderli noti con proprio documento.

In ambito degli eventi da selezionare Laziosanità-ASP dovrà tener presenti 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, e sulle prestazioni di

lungodegenza post-acuzie, anche per verificare che la tipologia degli interventi di riabilitazioni sia coerente con quanto indicato dalle “Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione” di cui al Provvedimento – Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 maggio 1998: i controlli di congruità in lungodegenza consentiranno una migliore e diretta conoscenza delle tipologie clinico-assistenziali in tale setting anche in funzione di politiche di programmazione sanitaria regionale;

- procedere alla verifica analitica del rispetto dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie, in coerenza con le disposizioni legislative regionali (DGR n. 266 del 16/04/2007, DPCA 5 settembre 2008, n. 16) ;
- 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;

Il volume dei controlli sarà obbligatoriamente esteso fino al 100% della casistica laddove saranno rilevati fenomeni quantitativamente e/o qualitativamente significativi di incongruità e/o di inappropriata.

Copia

3.3. MODALITÀ TECNICHE DI EFFETTUAZIONE DEI CONTROLLI ANALITICI

a) CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA AL CONTROLLO

La documentazione necessaria alla funzione di controllo deve essere necessariamente messa a disposizione del personale medico, previo avviso di almeno 48 ore via fax.

Nel fax, indirizzato alla Direzione Sanitaria dell'istituto, deve essere specificato il numero di cartella clinica; la data di ricovero e la data di dimissione del paziente; la specialità di dimissione.

Tra la consegna delle prime cartelle cliniche e le ultime non devono trascorrere più di 10 giorni lavorativi; ai ricoveri la cui documentazione clinica non fosse giustificatamente disponibile entro tale intervallo di tempo, non sarà riconosciuta alcuna remunerazione.

b) TEMPISTICA ED OBBLIGATORIETÀ NELLA FIRMA DEI VERBALI

A conclusione dell'attività di controllo viene redatto il verbale, sintesi conclusiva delle operazioni di controllo analitico, che deve essere trascritto in due copie, di cui una depositata agli atti della struttura erogatrice e l'altra agli atti della ASL o di Laziosanità-ASP a seconda delle competenze.

Il verbale va firmato, per presa d'atto, secondo le seguenti modalità:

- nelle strutture di competenza di Laziosanità-ASP, dal Legale rappresentante della struttura o da un suo delegato, dal Direttore Sanitario o da un suo delegato e dai medici che hanno effettuato il controllo;
- nelle strutture di competenza delle ASL, dal Legale rappresentante della struttura o da un suo delegato, dal Direttore Sanitario o da un suo delegato e dal dirigente dell'ASL oppure dai medici che hanno effettuato il controllo;

In caso di non concordanza con il giudizio del medico revisore, al verbale sottoscritto al termine dei controlli effettuati, devono essere allegate le copie delle schede di revisione, contenenti le controdeduzioni relative esclusivamente alle valutazioni di incongruità e/o di inappropriatezza riscontrati in sede di controllo, che motivano la non concordanza, e le copie conformi delle cartelle cliniche, ai fini della procedura prevista al punto 3.7 del presente provvedimento.

In caso di mancata sottoscrizione del verbale al termine delle attività di controllo da parte della struttura erogatrice, il verbale, sottoscritto dal solo personale di controllo, viene inviato a mezzo raccomandata alla struttura stessa a conclusione del procedimento in atto.

c) ULTERIORI DISPOSIZIONI

In linea con quanto già decretato dal DPCA n. 58/2009, si ribadisce che, nei casi in cui il verbale non venga firmato dal Legale rappresentante della struttura erogatrice, contravvenendo alle suddette disposizioni a scopo di legittima contestazione oppure per interpellanza di ulteriori enti terzi istituzionali, in attesa della risoluzione legale del contenzioso si procederà al blocco del conguaglio per le attività di ricovero erogate e non saldate.

Viene ribadito, inoltre, che questi ricoveri partecipano comunque al sistema di abbattimenti tariffari,

senza tener conto della riclassificazione derivata dai controlli non ancora concordati, ma la relativa remunerazione verrà erogata solo successivamente alla risoluzione del contenzioso.

3.4. CONSEGUENZE DEI CONTROLLI ANALITICI E SANZIONI AMMINISTRATIVE

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.

Premesso che l'applicazione delle sanzioni di tipo amministrativo non annulla ulteriori ed eventuali responsabilità sia di natura penale, sia di natura civile, per le attività di controllo effettuate a decorrere dal giorno successivo a quello della data di emanazione del presente decreto, si stabiliscono le seguenti modalità sanzionatorie: per quanto concerne i ricoveri appartenenti alla selezione mirata/mirata libera, risultati incongrui o inappropriati, le sanzioni sono quelle che risultano dal calcolo della differente remunerazione sul singolo ricovero prevista per l'incongruità o per l'inappropriatezza, mentre 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'inappropriatezza su singola cartella, una sanzione amministrativa la cui entità sarà data dal valore ottenuto dal processo di verifica e controllo sulle cartelle cliniche analizzate moltiplicato per un fattore definito dalla classe di incongruità e/o inappropriatezza rilevata nella singola struttura (tabella 1).

Tabella 1

% incongruità/inappropriatezza	Moltiplicatore per sanzione totale
0 -10	1,0
10-20	1,2
20-30	1,6
30-40	2,5
40-50	5,0
>50	10,9

Il Moltiplicatore viene calcolato nel seguente modo: $M(i) = 1 + (\exp(0.9 * i) - 1) / 9$

Dove i (classe di inappropriatezza) = 0,1 ,2 ,3, 4, 5

a) CONSEGUENZE SUI SINGOLI RICOVERI – SELEZIONE MIRATA

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, regime di ricovero, durata della degenza o tipo di dimissione con la relativa remunerazione, mentre, in ambito dei controlli di appropriatezza, la diretta conseguenza è l'attribuzione del singolo ricovero ad un differente livello assistenziale (ricovero diurno, ambulatorio, lungodegenza).

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 a decorrere dall'attività di controllo sui dimessi successivamente alla data di approvazione del presente provvedimento, si applicano le seguenti valorizzazioni economiche:

- **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 secondo le modifiche effettuate.
- **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). 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. Viene stabilito che:
 - è considerato appropriato il ricovero ordinario di una sola giornata se essa risulta appropriata secondo la valutazione con PRUO;
 - è considerato appropriato il ricovero ordinario di due - tre giornate se 2 giornate risultano appropriate secondo la valutazione con PRUO;
 - è considerato appropriato il ricovero ordinario con degenza >3 giorni ed $\leq$ valore soglia DRG specifico stabilito dal DM 18/12/2008 se almeno due giornate risultano appropriate secondo la valutazione con PRUO;
 - è considerato appropriato 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 almeno due giornate fino al valore soglia DRG specifico. Per le giornate eccedenti il valore soglia la valutazione di appropriatezza sarà effettuata con lo strumento PRUO sulle singole giornate.

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 inappropriatezza dell'intervento chirurgico.

Inoltre , viene stabilito che:

- ai ricoveri ordinari di una sola giornata risultati inappropriati non verrà riconosciuta alcuna remunerazione;
- i ricoveri ordinari di due-tre giornate risultati inappropriati saranno remunerati come ricoveri diurni secondo la seguente modalità: **(1)** se associati ad un DRG chirurgico, saranno remunerati con la tariffa prevista per il day hospital chirurgico, e **(2)** se associati ad un DRG medico, con la tariffa pari a due accessi di day hospital medico;
- ai ricoveri ordinari di più giornate (degenza >3 giorni) ed $\leq$ valore soglia DRG specifico stabilito dal DM 18/12/2008 risultati inappropriati saranno remunerati come ricoveri diurni secondo la seguente modalità: **(1)** se associati ad un DRG chirurgico, saranno remunerati con la tariffa prevista per il day hospital chirurgico, e **(2)** se associati ad un DRG medico, con la tariffa pari a due accessi di day hospital medico;
- ai ricoveri ordinari di più giornate (degenza >3 giorni) ed > valore soglia DRG specifico stabilito dal DM 18/12/2008 risultati inappropriati saranno remunerati come ricoveri diurni secondo la seguente modalità: **(1)** se associati ad un DRG

chirurgico, saranno remunerati con la tariffa prevista per il day hospital chirurgico, e (2) se associati ad un DRG medico, con la tariffa pari a due accessi di day hospital medico. Per le giornate eccedenti il valore soglia DRG specifico risultate inappropriate non sarà riconosciuta alcuna remunerazione;

- agli accessi di day hospital medico giudicati non appropriati non sarà riconosciuta alcuna remunerazione, mentre i ricoveri in day hospital chirurgico, giudicati inappropriate vengono remunerati con metà della tariffa prevista per il ricovero.

- **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.

- **controlli di appropriatezza – ricoveri in riabilitazione – ordinari e day hospital.** Agli accessi dei ricoveri in day hospital risultati inappropriate, non sarà riconosciuta alcuna remunerazione, mentre i ricoveri ordinari, o le singole giornate, risultati inappropriate saranno remunerati con la tariffa prevista per la lungodegenza medica.

3.5. TEMPISTICA PER L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI

I ricoveri soggetti a controllo saranno tutti quelli trasmessi al Sistema Informativo Ospedaliero, e le conseguenti risultanze si applicano agli erogatori sotto forma di sanzione pecuniaria amministrativa, fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché l'applicazione di sanzioni specifiche previste per le violazioni di altre normative regionali o nazionali.

La differente valorizzazione scaturita dall'esito dei controlli su base automatica incide direttamente sul valore complessivo della produzione dell'anno cui si riferiscono i controlli e sul valore minimo fra budget e produzione nel caso dei controlli analitici sulle Cartelle Cliniche, incluse le eventuali sanzioni amministrative di cui al paragrafo 3.4.

Pertanto le sanzioni sono applicate alla struttura sul bilancio dell'esercizio relativo all'anno solare in cui sono effettuati i controlli ovvero entro l'anno successivo al periodo di riferimento dei controlli qualora l'esito di parte dei controlli fosse disponibile successivamente alla liquidazione dei singoli soggetti erogatori.

In caso di contenzioso in atto, il saldo sarà corrisposto dopo la risoluzione del contenzioso stesso.

3.6. 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.

3.7. DISCORDANZA SULL'ESITO DEI CONTROLLI

È costituito il “*Collegio Arbitrale Regionale*” per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli. Il Collegio è composto da tre esperti in materia di controlli, di cui due sono nominati dalla Regione, tra esperti non direttamente coinvolti nelle procedure di controllo oggetto di contestazione,

ed uno dalla Struttura Erogatrice.

Nell'ambito di tale procedimento, l'Ente che ha eseguito il controllo (ASL O ASP) dovrà trasmettere alla Direzione Regionale competente l'istruttoria contenente l'oggetto del contenzioso con le proprie valutazioni, copia dei verbali di verifica delle operazioni di controllo oggetto di contestazione, le schede analitiche di revisione, le fotocopie delle cartelle cliniche aventi il requisito di *"copia conforme all'originale"* e le controdeduzioni trasmesse all'Ente della struttura erogatrice non concordante.

La Direzione Regionale predispone la convocazione del Collegio, dopo aver provveduto alla nomina dei componenti di propria competenza e ricevuto il nominativo del membro da parte del Legale Rappresentante della struttura erogatrice.

Il Collegio si pronuncia entro 30 giorni dall'affidamento del mandato, e basa le sue conclusioni esclusivamente sulla normativa nazionale e regionale relativa ai controlli, sulle Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera oltre che dei protocolli di revisione dell'uso dell'ospedale ufficialmente adottati.

Al termine dell'attività di valutazione della documentazione clinica oggetto di contestazione, il Collegio Arbitrale Regionale invierà formalmente le conclusioni di tale attività all'Ente (ASL o ASP-Lazio) che ha eseguito i controlli per procedere, ciascuna per le parti di propria competenza, al calcolo definitivo di eventuali recuperi e/o sanzioni per le strutture che hanno attivato il contenzioso.

PARTE II – ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

FINALITÀ

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.

Al fine di poter disporre di informazioni dettagliate e aggiornate sull'attività erogata, si è resa indispensabile la creazione del Sistema Informativo sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (DGR n. 2611 del 06/05/1997), che costituisce la base per l'effettuazione di controlli sulla qualità dell'informazione e su eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori.

Attualmente esiste una attività di controllo non sistematica svolta solo in alcune realtà regionali e con notevoli disomogeneità nelle modalità di effettuazione dei controlli creando di fatto differenze di trattamento per le strutture erogatrici e di conseguenza per i cittadini.

Pertanto, 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.

Con la Delibera della Giunta Regionale n. 1455 dell'8 novembre 2002 "Aggiornamento del Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)", la Regione Lazio ha posto l'attenzione sulla necessità di "elaborare linee guida per le attività di controllo da parte delle ASL atte a verificare l'attività ambulatoriale svolta ed eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori; attivare controlli di completezza e qualità dei dati; attivare controlli sulla corrispondenza tra dati trasmessi e ricette (a campione sulle ricette presso i soggetti erogatori)".

Pertanto con il presente atto si intende attivare un sistema di controllo sull'attività specialistica ambulatoriale che abbia come principali finalità quelle di favorire un'equa distribuzione e un impiego efficiente delle risorse disponibili tra le strutture erogatrici.

Inoltre intende confermare quanto previsto relativamente ai *Controlli di Completezza e di Qualità sui Dati* effettuati, per via telematica, attraverso lo specifico applicativo *Quasias on Line*.

Nell'ambito dell'attività regionale di controllo esterno è prevista la verifica, attraverso l'effettuazione di controlli incrociati a partire dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e dal Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS), che le prestazioni direttamente correlate al ricovero, erogate al paziente e remunerate attraverso il relativo DRG, non siano remunerate anche in regime di assistenza specialistica ambulatoriale con una duplicazione della spesa.

1. ATTIVAZIONE DEL SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI ANALITICI SULL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Al fine di rendere omogenea l'attività di controllo esterno sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale correntemente svolta dalle AA.SS.LL e di attivare ed implementare il Sistema Regionale dei Controlli Analitici, si individuano alcune tipologie di controllo, che, pur non essendo esaustive delle verifiche eseguibili nell'ambito della specialistica ambulatoriale, costituiscono un primo obiettivo di interesse regionale che deve essere comune a tutti i soggetti titolari delle azioni di controllo.

Vengono indicati quali azioni collegate all'implementazione e allo sviluppo del Sistema Regionale dei Controlli Analitici, i seguenti punti strategici:

- a. la definizione e la realizzazione degli strumenti necessari alla raccolta, trasmissione e verifica delle informazioni necessarie all'attività di controllo da condividere le altre componenti del sistema;
- b. l'implementazione delle linee guida per la corretta applicazione del Nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale;
- c. l'implementazione dei controlli sull'attività di Day Service secondo quanto disposto dai DPCA n.1/2010 e n.61/2010

1.1 Tipologie di controlli

Le tipologie di controllo di seguito riportate riguardano le ricette che hanno evidenziato problematiche particolari, quali il mancato rispetto di specifici criteri di prescrivibilità ed erogabilità, comportamenti anomali di determinati soggetti erogatori o, in determinate aree, comportamenti scorretti e/o opportunistici.

1.1.1 Prescrivibilità

La correttezza della compilazione di una ricetta si basa sul rispetto delle indicazioni normative vigenti pertanto sono previsti controlli che verificano la chiarezza, completezza e conformità alle regole dell'atto prescrittivo. In particolare viene accertata la corrispondenza al limite di prescrivibilità (otto prestazioni della medesima branca) per singola ricetta, la concordanza tra la tipologia di esenzione alla compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e le prestazioni sanitarie correlate fruibili, la quantità di prestazioni prescritte per singolo esame clinico o diagnostico.

1.1.2 Coppie codici che non possono essere contemporaneamente presenti in quanto una prestazione include l'altra

Diverse prestazioni di Tomografia computerizzata (TC) e di Risonanza magnetica nucleare (RM) prevedono due codici diversi per la prestazione senza contrasto e per la prestazione senza e con contrasto. La prima, nella descrizione, non riporta alcuna indicazione riguardo all'uso o meno del mezzo di contrasto (ad es.: "Tomografia computerizzata (TC) del collo"), la seconda riporta invece la dizione "senza e con contrasto" (ad es.: "Tomografia computerizzata (TC) del collo, senza e con contrasto"). È evidente che la seconda prestazione (senza e con contrasto) comprende la prima, per cui se viene eseguita una prestazione senza e con contrasto deve essere codificato solo lo specifico codice e non, contemporaneamente, anche il codice della corrispondente prestazione senza contrasto.

1.1.3 Codici per i quali non è plausibile una quantità superiore all'unità

Sono prestazioni per le quali è previsto un numero medio o minimo di proiezioni o radiogrammi, senza indicazione di eventuale duplicazione della codifica per esecuzione su vari segmenti corporee e prestazioni per le quali esiste la rispettiva voce con indicazione di bilateralità, oppure nella descrizione della prestazione è già specificata la bilateralità.

1.1.4 Codici la cui presenza contemporanea costituisce indicazioni al controllo per la verifica di eventuali discrepanze tra prescrizione e refertazione

Sono prestazioni in cui si intende compresa anche l'esecuzione di un altro esame presente nel Nomenclatore tariffario come prestazione singola ad es. la curva da carico del glucosio comprende la glicemia basale, l'elettroforesi proteica comprende il dosaggio delle proteine, un esame radiologico con contrasto comprende l'esecuzione dell'esame diretto.

1.1.5 Codici di prestazioni a tariffa singola per quantità multipla

Con tale denominazione vengono indicate quelle prestazioni del Nomenclatore Tariffario che al loro interno comprendono un numero di oggetti entro un limite massimo stabilito.

Per queste prestazioni si ritiene che l'erogazione delle stesse con un numero di oggetti fino alla quantità massima indicata nella descrizione dia luogo al conteggio di 1 prestazione, ai fini dei limiti di prescrivibilità (fino ad un massimo di 8 prestazioni per ricetta) e che la tariffa remuneri la quantità compresa tra 1 e il limite massimo indicato.

1.1.6 Controlli di congruità

Questi controlli verificano la corrispondenza tra le informazioni trasmesse al SIAS e quelle presenti nelle ricette e nella documentazione sanitaria (qualora presente) ed esplorano la possibilità di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori sia tramite estrazione casuale di ricette, che sulla base di indicatori di eventi inattesi ricavati dall'analisi sistematica degli archivi.

A scopo meramente esplicativo, potranno essere oggetto di specifici monitoraggi i seguenti fenomeni potenzialmente indicativi di comportamenti opportunistici dei singoli erogatori, rispetto ai quali potranno individuarsi dei valori di riferimenti regionali e nazionali sulla base delle rilevazioni effettuate:

- la proporzione di esami diagnostici specifici ripetuti su uno stesso paziente entro periodi di tempo predeterminati, al fine di individuare eventuali tendenze a moltiplicare le prestazioni;
- numero di prestazioni erogate ad un singolo paziente per medesima branca e/o prestazione nel territorio regionale
- concentrazioni anomale per singolo erogatore di modalità di registrazione rispetto alla media regionale

1.2 Responsabilità

È compito di Laziosanità-ASP effettuare l'estrazione delle ricette da sottoporre alle diverse tipologie di controllo, sui dati dell'archivio regionale SIAS, e fornire alle ASL, per le attività di controllo di competenza, gli archivi delle ricette selezionate.

È, altresì, compito di Laziosanità - ASP definire le modalità di effettuazione dei controlli, anche prevedendo l'integrazione con altri Sistemi Informativi interessati (a partire da quelli relativi all'attività ospedaliera, di screening e dell'emergenza) e la collaborazione con i servizi coinvolti nella gestione dei controlli analitici collegati.

E' compito di Laziosanità - ASP effettuare direttamente i controlli sull'attività specialistica ambulatoriale presso i Presidi di ASL, le Aziende ospedaliere, i Policlinici universitari gli Ospedali Classificati, le Case di Cura accreditate, i Policlinici Universitari e gli IRCCS privati nonché presso le strutture extraterritoriali ubicate sul territorio regionale, anche avvalendosi del personale addetto ai controlli delle ASL stesse.

È compito delle ASL effettuare i controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate negli ambulatori specialistici di Ospedali classificati, Case di cura e strutture ambulatoriali private provvisoriamente accreditate, dei Presidi e delle strutture di ASL, delle Aziende Ospedaliere, dei Policlinici Universitari e degli IRCCS pubblici e degli ambulatori di specialistica ambulatoriale accreditati ubicati nel proprio territorio di competenza,

L'attività di controllo comprende le verifiche in merito alla corretta compilazione della ricetta e alla congruenza tra prescrizione, registrazione nel SIAS e attività erogata.

Le ASL e l'ASP, ciascuna per le parti di competenza, trasmettono le informazioni necessarie alle autorità competenti per eventuali ulteriori indagini e acquisiscono gli esiti delle verifiche effettuate dalle autorità stesse.

È compito delle ASL organizzare le equipe interdisciplinari per l'effettuazione dei controlli integrati secondo le indicazioni regionali.

Le attività potranno essere svolte secondo il modello organizzativo più adeguato alla realtà di ciascuna ASL, identificando l'Ufficio aziendale deputato ai controlli sull'attività specialistica ambulatoriale quale interfaccia con Laziosanità - ASP.

Le ASL e l'ASP, ciascuna per gli ambiti di competenza, provvedono, terminate le operazioni di controllo, ad avviare le procedure di contestazione sulla base di quanto stabilito dalle specifiche procedure.

1.3 Sistema informativo dei controlli ambulatoriali

Al fine di gestire la complessa attività di controllo e di produrre, elaborare e diffondere le informazioni da essa derivanti, sarà attivato un nuovo sistema informativo sui controlli analitici (SICAM - Sistema Informativo Controlli Ambulatoriali) utile in ambito amministrativo e sanitario sia a livello aziendale che a livello regionale le cui specifiche tecniche e tracciato record verranno riportati in un successivo documento.

Gli archivi delle ricette selezionate sono forniti, secondo una periodicità predefinita, da Laziosanità - ASP alle ASL di competenza. Si prevedono modalità di trasmissione tramite WEB attraverso l'accesso agli archivi con opportune password individuali da parte di personale designato da ciascuna Azienda.

I risultati dei controlli devono essere riportati su apposite schede e, al termine delle operazioni di controllo, le risultanze devono essere riportate su appositi verbali e registrate in formato digitale.

Le verifiche da parte delle ASL sono effettuate entro i tre mesi successivi all'acquisizione degli archivi, da parte delle stesse, e gli esiti inviati a Laziosanità - ASP via WEB, secondo specifiche che verranno indicate in un successivo documento. Laziosanità - ASP procede ad effettuare l'accettazione on-line e rilasciare il resoconto dell'accettazione stessa alle ASL.

1.4 Struttura organizzativa (personale addetto ai controlli)

Le ASL, nell'organizzazione dell'attività di controllo, garantiscono un coordinamento aziendale che si occupi anche di curare i rapporti con Laziosanità - ASP.

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, selezionate da Laziosanità - ASP, reperite negli archivi cartacei delle prescrizioni e riportarne l'esito in un modulo cartaceo prestampato;
- inserire le informazioni in un apposito database;
- trasmettere a Laziosanità - ASP entro le scadenze stabilite i dati, accompagnati da una relazione sugli esiti dei controlli e sulle problematiche riscontrate.

Gli uffici ASL preposti devono quindi essere dotati di risorse umane e informatiche sufficienti per ottemperare agli incarichi derivanti dall'introduzione del Sistema Regionale dei Controlli Analitici, sull'attività specialistica ambulatoriale.

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.

1.5 Conseguenze degli esiti dei controlli

Premesso che l'applicazione delle sanzioni 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 prescrizione;
- esclusione totale o parziale dal diritto di remunerazione per le prestazioni presenti nella ricetta, in caso di incongruenze riscontrate tra quanto prescritto, registrato nel SIAS ed effettivamente erogato;
- sanzioni amministrative commisurate alla gravità del comportamento riscontrato;
- segnalazione alla Direzione Regionale - Area Autorizzazione e Accreditamento - anche per eventuali provvedimenti di sospensione/revoca dell'accreditamento;
- segnalazione al soggetto prescrittore e alle Associazioni di categoria.

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