

Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1132 DEL 03/10/2016

OGGETTO: Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Presente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Presente
Barberini Luca	Componente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Assente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Presente

Presidente: Catuscia Marini

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Efficace dal .

03 OTT. 2016

Il funzionario

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Barberini;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Visto il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i di "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Richiamato l'art. 8-quinquies, comma 1, del citato Decreto Legislativo n. 502/1992 che prevede in capo alle Regioni la definizione dell'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e l'individuazione dei soggetti interessati;

Richiamato altresì l'art. 8-sexies il quale definisce i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

Richiamato inoltre il comma 1-bis, dell' art. 8-sexies il quale prevede che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non possa in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato;

Richiamato l'art. 1, comma 796, lett. t) della Legge 27.12.2006, n. 296 e s.m.i il quale dispone che: "le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private ospedaliere e ambulatoriali, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo Decreto Legislativo n. 502 del 1992; le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla Legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992...(omissis)...";

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 7371 del 16.9.2014 recante "Rilascio dell'Accreditamento Istituzionale all'Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. – Unità Speciale Stati Vegetativi", sito nel Comune di Foligno (PG), ai sensi dell'art.8- quater del D.Lgs. 502/92";

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 7701 del 24.09.2014 recante "Istituto di Riabilitazione S. Stefano S.r.l.: assenso all'autorizzazione alla realizzazione (trasformazione) della struttura autorizzata con D.D. n. 638 del 12.02.2013 da destinare a lungodegenza ospedaliera cod. 60 – stati vegetativi per n. 20 posti letto sita in Foligno (PG)";

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 9815 del 17.12.2015 recante "Ampliamento dell'Accreditamento Istituzionale, già rilasciato all'Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. per l'Unità Speciale Stati Vegetativi con D.D. n. 7371/2014, per l'attività di Lungodegenza- stati vegetativi (cod. 60) sita nel comune di Foligno (PG)";

Visto il Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge 135/2012, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";

Richiamati in particolare:

- art. 15, commi 1-3 che prevede il tetto di spesa della farmaceutica territoriale a carico del SSN pari al 11,35 per cento;
- art. 15, comma 4 in ordine al tetto di spesa della farmaceutica ospedaliera (3,5 per cento);
- art. 15, comma 13, lettera c) il quale ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;



Richiamato altresì l'art. 15, comma 14 della suddetta Legge 135/2012, così come integrato dal comma 574 della Legge 28.12.2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)" il quale dispone che ai contratti e agli accordi vigenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla Regione o dalla Provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011 del 2% a decorrere dall'anno 2014;

Considerato l'articolo 9-quater, comma 7, del Decreto-Legge 19.6.2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6.8.2015, n. 125;

Vista la DGR n.1084 del 22.09.2015 recante "Efficientamento della spesa sanitaria – Misure di indirizzo alla Aziende Sanitarie Regionali circa l'applicazione degli art. 9 e ss. della Legge 6 agosto 2015, n.125";

Visto il Decreto Ministeriale 18.10.2012, pubblicato nel Supplemento Ordinario n. 8 della Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28.01.2013, recante: "*Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*";

Richiamate le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 957 del 4.9.2013 e n. 1599 del 30.12.2013 di recepimento del tariffario nazionale di cui al sopra richiamato DM 18.10.2012;

Visto il Decreto Ministeriale 2.4.2015, n. 70 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 04.06.2015, avente ad oggetto: "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";

Considerato il suddetto Decreto il quale stabilisce che: *...omissis "fermo restando che l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio Sanitario Nazionale viene annualmente programmata dalla Regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale"*;

Preso atto inoltre che lo stesso Decreto stabilisce altresì che a partire dal 1 gennaio 2015 entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali non inferiori a 60 posti letto per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti;

Considerato altresì la previsione secondo cui gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate sono effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1° luglio 2015, non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti;

Considerato altresì che con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del sopra richiamato Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, dovevano essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprese le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché le attività affini e complementari relativi all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti;

Preso atto che a tutt'oggi non risulta approvata l'Intesa di cui sopra con la quale dovevano essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari;

Richiamata la DGR n. 829 del 06.07.2015 recante: "*Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Determinazioni*";

Considerato che con la citata Deliberazione n. 829/2015 la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di "*dare atto che, a far data dal 1 luglio 2015, le Aziende Unità Sanitarie locali - nelle more dell'Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni con la quale saranno individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche con relative soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti - hanno facoltà di stipulare con la Casa di Cura Villa Aurora S.p.a contratti per la sola specialità di ortopedia, nei limiti di quanto stabilito nelle linee guida per la stipula degli accordi contrattuali per le strutture che intrattengono rapporti con il SSR*";

Vista l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005. sancita in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge n. 311/2004;

Vista l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la Salute 2010-2012;

Richiamato il Patto per la Salute 2014-2016 sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 10 luglio 2014, repertorio atti n. 82/CSR;

Considerato che le disposizioni del Patto per la Salute 2014-2016, sono state recepite dalla legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2015)";

Visto in particolare l'art. 1 del Patto per la Salute 2014-2016 in ordine alla definizione del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2014-2016;

Richiamato inoltre quanto previsto agli artt. 23-24 del Patto per la Salute 2014-2016 in ordine al governo della spesa farmaceutica e al fabbisogno di dispositivi medici;

Richiamato in particolare l'articolo 1, comma 593 della suddetta Legge il quale dispone per gli anni 2015 e 2016 nello stato di previsione del Ministero della salute l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi;

Considerato che il fondo finalizzato al predetto rimborso e' alimentato per l'anno 2016 da una quota pari a 500 milioni di euro delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

Considerato che le somme del fondo di cui al comma 593 sono versate in favore delle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle regioni medesime per l'acquisto dei medicinali innovativi, secondo le modalità individuate con apposito Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni;

Visto il D.M. 9 ottobre 2015 recante: "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi";

Visto l'art. 21 del Decreto Legge 24.06.2016, n. 113 recante "Misure di governo della spesa farmaceutica e di efficientamento dell'azione dell'Agenzia italiana del farmaco";

Considerato che la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie viene effettuata ai sensi del D.M. 18 ottobre 2012;

Vista la Legge Regionale n. 18/2012 e s.m.i. (Ordinamento del Servizio Sanitario regionale) consolidata nella Legge Regionale 9 aprile 2015, n. 11 "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali",

Vista la Legge Regionale 17 agosto 2016, n. 10 recante "Modificazioni ed integrazioni alla Legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali) e alla Legge regionale 30 marzo 2015, n. 8 (Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2015 in materia di entrate e di spese - Modificazioni ed integrazioni di leggi regionali)";

Richiamata la DGR n. 970 del 30.07.2012 avente ad oggetto: "Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti";

Vista la DGR n. 1344 del 02.12.2013 recante "Riorganizzazione area materno infantile e razionalizzazione della rete dei punti nascita della Regione Umbria";

Richiamata la DGR n. 1040 del 04.08.2014 recante: "Riorganizzazione della rete regionale dei punti nascita ed approvazione dei protocolli interaziendali di attuazione della DGR n. 1344/2013.";

Richiamata la DGR n. 914 del 21.07.2014 con oggetto: "Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione";

Richiamata la DGR n. 528 del 20.04.2015 in ordine al Protocollo generale d'Intesa fra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia;

Richiamata la DGR n. 945 del 3.08.2015 con oggetto: "Riorganizzazione della rete dei punti nascita regionali ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010 ed approvazione protocolli interaziendali di attuazione";

Richiamata la DGR n. 1591 del 21.12.2015 recante "Riorganizzazione della rete dei punti nascita regionali ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010 ed approvazione relazioni delle



Aziende sanitarie territoriali sullo stato di avanzamento degli adempimenti”;

Richiamata la DGR n. 55 del 25.01.2016 con oggetto “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per la istituzione dei centri di senologia (breast unit), la definizione dei requisiti organizzativi ed assistenziali degli stessi e contestuale recepimento del documento tecnico di cui all’intesa stato regione Rep.n.144/CSR del 30 Ottobre 2014 e delle linee di indirizzo di cui all’intesa stato regioni Rep.n.185/CSR del 18 Dicembre 2014”;

Richiamata la DGR n. 212 del 29.02.2016 con oggetto “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015 , n. 70); Adozione”;

Vista la Legge Regionale 28 febbraio 2000, n. 13;

Vista la Legge Regionale 8 aprile 2016, n. 4 recante: “Bilancio di previsione della Regione Umbria 2016-2018”;

Vista la D.G.R. 11 aprile 2016, n. 388 avente ad oggetto: “Bilancio finanziario gestionale di previsione 2016-2018 ai sensi dell’art. 39, comma 10 del D.Lgs 118/2011 e s.m.i.”.

Vista la D.G.R. 7 dicembre 2005, n. 2109 che ha attivato la contabilità analitica ex art. 94 e 97 della L.R. n. 13/2000;

Vista la D.G.R. 21 dicembre 2015 n. 1541 avente ad oggetto “D.lgs. 118/2011- Adeguamento del sistema di rilevazioni della contabilità economico- patrimoniale ed analitica”;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

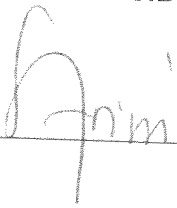
- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell’Assessore, corredati dei pareri prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare gli indirizzi e i criteri per la stipula, per l’anno 2016, degli accordi contrattuali tra le Aziende U.S.L. e gli erogatori di prestazioni sia pubblici che privati, nel rispetto delle linee guida di cui agli Allegati n. 1 e n. 2, che costituiscono parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;
- 3) di disporre che la stipula accordi e dei contratti dovrà prevedere, oltre ai volumi di attività previsti alle Tabelle n. 6, n. 7 e n. 7-bis dell’Allegato n. 1, che vengano definiti specifici programmi di appropriatezza clinica, anche con riferimento a qualità ed esiti delle cure;
- 4) di individuare, per l’anno 2016, i tetti relativi alla spesa farmaceutica riportati nel suddetto Allegato n.1 e determinati secondo quanto previsto dalla sopra richiamata Legge n. 135/2012;
- 5) di impegnare i Direttori Generali a stipulare accordi entro il 31 ottobre 2016, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti:
 - a. programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa, anche in attuazione della D.G.R. n. 970/2012;
 - b. attività a valenza interaziendale attuative della D.G.R. n. 528/2015;
 - c. protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell’area materno-infantile, in applicazione alle DD.G.R. n. 1344/2013, n. 1040/2014, n. 945 del 3.08.2015, e n. 1591 del 21.12.2015;

- 6) di dare mandato al Servizio *"Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie"* della Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane di monitorare l'attività di contrattazione anche al fine di apportare le eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie nel corso della definizione degli accordi stessi;
- 7) di disporre che, in relazione all'esigenza di monitoraggio delle attività di contrattazione da parte della Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane, le Aziende sono tenute alla trasmissione di tutti gli accordi/contratti sottoscritti al Servizio *"Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie"*;
- 8) di notificare il presente atto alle Direzioni aziendali e alle Case di Cura private interessate.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE



IL PRESIDENTE



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016.

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

In particolare, l'art. 8-quinquies affida alla Regione il compito di definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali nonché di individuare i soggetti interessati e stabilisce gli elementi che devono essere oggetto di contrattazione.

L'art. 8-sexies definisce inoltre i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il comma 1-bis dello stesso art. 8-sexies, introdotto dalla Legge n. 135/2012, prevede che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni contemplate per le Aziende Ospedaliere non possa in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.

Il sistema di finanziamento delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi della sopra citata normativa, è basato su un ammontare globale predefinito, indicato in appositi accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte. Tale sistema prevede, per le Aziende U.S.L. che fanno fronte al bisogno sanitario con offerta propria o con offerta contrattata con altre strutture pubbliche e/o private, il fabbisogno sanitario standard in base al costo standard e alla popolazione residente (pesata secondo determinati coefficienti che tengono conto del diverso assorbimento di risorse) e per le Aziende Ospedaliere, oltre all'assegnazione di una quota a mandato per specifiche attività, la stipula di accordi con le Aziende U.S.L. per la definizione dei volumi di attività che vengono remunerati a prestazione sulla base delle tariffe vigenti. Tali sistemi di finanziamento, basati sul bisogno di assistenza e sui livelli di produzione, consentono alla Regione di guidare i comportamenti delle Aziende verso livelli più elevati di efficacia, efficienza ed appropriatezza, nel quadro delle compatibilità economico-finanziarie del sistema.

Il tetto programmato della spesa farmaceutica territoriale, ai sensi dell'art. 15, comma 3, del Decreto Legge 6 Luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, dal 2013, è stato fissato all'11,35%. In sintesi, la spesa farmaceutica territoriale si compone delle seguenti voci: spesa farmaceutica convenzionata + distribuzione diretta di fascia A, inclusa la distribuzione per conto + ticket regionale per ricetta.

Il tetto alla spesa farmaceutica ospedaliera è stato introdotto, a partire dal 2008, dall'art. 5, comma 5, della L. 222/2007; tuttavia, l'articolo 15, commi da 4 a 11, della L. 135/2012 ha rimodulato la spesa farmaceutica ospedaliera, innalzando il tetto dal 2,4% al 3,5%, precisandone la definizione e le sue componenti.

Dal 2013 il tetto è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché, innovando, al netto della spesa per i vaccini e per i medicinali di classe C e al netto della spesa per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

La verifica e l'attestazione del rispetto dei tetti di spesa da parte delle Regioni, come definiti dalle norme sopra richiamate, è effettuato dall'Agenzia Italiana del Farmaco che pubblica i monitoraggi mensili e il consuntivo.

Con riferimento ai farmaci innovativi in particolare, l'articolo 1, comma 593 della suddetta

Legge n. 190/2014 ha disposto per gli anni 2015 e 2016 l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi. Tale fondo è alimentato per l'anno 2016 da una quota pari a 500 milioni di euro delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le somme sono versate in favore delle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle regioni medesime per l'acquisto dei medicinali innovativi, secondo le modalità individuate con apposito Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Il previsto Decreto è stato emanato in data 9 ottobre 2015, reca: "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi" e prevede che il Ministero della Salute concorra a rimborsare alle Regioni la spesa regionale di competenza per i residenti sostenuta a tale titolo in ciascuno degli anni 2015 e 2016.

Inoltre, il comma 569 della L. 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) ha chiarito che le risorse costituenti la dotazione del Fondo per il rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi non vengono calcolate ai fini del raggiungimento del tetto vigente della spesa farmaceutica territoriale.

L'art. 21 del Decreto Legge 24.06.2016, n. 113 recante "Misure di governo della spesa farmaceutica e di efficientamento dell'azione dell'Agenzia italiana del farmaco", convertito nella Legge 160/2016, ha anche previsto che, al fine di garantire il rispetto degli equilibri di finanza pubblica relativi al ripiano della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013, 2014 e 2015, l'Agenzia italiana del farmaco pubblicasse sul proprio sito Internet l'elenco contenente gli importi dovuti da parte delle aziende a titolo di ripiano per ciascuno degli anni 2013, 2014, 2015; le aziende avrebbero corrisposto provvisoriamente la quota di ripiano a proprio carico per ciascuno degli anni 2013, 2014 nella misura del 90 per cento e per l'anno 2015 nella misura dell'80 per cento dell'importo risultante, salvo il successivo conguaglio.

Il meccanismo previsto dal DL è stato impugnato da numerose aziende farmaceutiche dinanzi al TAR Lazio che, con le ordinanze da n. 785 a n. 797 del 15.9.2016, ha accolto l'istanza dei ricorrenti, ha ordinato all'AIFA di depositare entro il 31 marzo 2017 una dettagliata relazione relativa alla specifica posizione debitoria dei ricorrenti in cui si dia conto dell'importo del budget assegnato, dell'entità del ripiano, delle modalità del suo calcolo e dei dati e documenti su cui detto calcolo si è basato e, infine, ha fissato la trattazione del merito alla pubblica udienza dell'11.7.2017.

In considerazione delle variabili sopra esplicitate, nel calcolo per la quantificazione degli obiettivi è stato utilizzato, prudenzialmente, il dato consolidato di spesa 2015 per la distribuzione diretta e dpc, non considerando, pertanto, l'impatto della spesa per i farmaci innovativi, che sarà comunque oggetto delle compensazioni sopra menzionate e non includendo eventuali rettifiche legate al meccanismo del ripiano sfondamento.

L'articolo 9-quater, comma 7, del Decreto-Legge 19.6.2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6.8.2015, n. 125, aveva stabilito che per l'anno 2015 le Regioni o gli enti del SSN rideterminassero il valore dei contratti con gli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014.

L'art. 15, comma 14 della Legge 135/2012, così come integrato dal comma 574 della Legge 28.12.2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016) ha stabilito che ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applicasse una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla Regione o dalla Provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011 del 2% a decorrere dall'anno 2014.

La Giunta Regionale ha successivamente emanato la Deliberazione n.1084 del 22.09.2015 recante "Efficientamento della spesa sanitaria – Misure di indirizzo alla Aziende Sanitarie

Regionali circa l'applicazione degli art. 9 e ss. della Legge 6 agosto 2015, n.125".

Relativamente all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera dalle strutture private a seguito di varie riunioni organizzate dall'Assessorato alla Salute e Welfare e a cui hanno preso parte i rappresentanti della Case di Cura, si è valutata l'opportunità di costituire un apposito Tavolo tecnico che dovrà procedere, in vista della programmazione 2017-2018, all'analisi delle prestazioni erogate dalle strutture private per conto del Servizio Sanitario Regionale e alla ridefinizione dei fabbisogni che tenga conto delle prestazioni per le quali si registra un più elevato "indice di fuga" verso strutture extra-regionali, con l'obiettivo di recupero della mobilità passiva interregionale, avendo a riferimento i parametri relativi a volumi e esiti delle cure di cui al DM 70/2015.

Si evidenzia a tale proposito che la necessità di contenimento della mobilità passiva extra-regionale è emersa anche all'interno della Commissione Salute, con riferimento soprattutto alle prestazioni di medio-bassa complessità per le quali le Regioni hanno chiesto un più attento monitoraggio sulle strutture erogatrici ubicate nei rispettivi territori.

Inoltre, il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici", al punto 2.5 dell'Allegato ha precisato che *"...(omissis)...l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale...(omissis)...stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti ...(omissis)... Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti...(omissis)... Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti"*.

Con DGR n. 829 del 06.07.2015 recante: *"Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Determinazioni"*, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di *"dare atto che, a far data dal 1 luglio 2015, le Aziende Unità Sanitarie locali - nelle more dell'Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni con la quale sarebbero stati individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche con relative soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti - hanno facoltà di stipulare con la Casa di Cura Villa Aurora S.p.a contratti per la sola specialità di ortopedia, nei limiti di quanto stabilito nelle linee guida per la stipula degli accordi contrattuali per le strutture che intrattengono rapporti con il SSR"*.

Non risulta a tutt'oggi approvata l'Intesa di cui sopra con la quale dovevano essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari.

Come rilevato, si ritiene di dover porre particolare attenzione al fenomeno della "fuga" dei residenti verso strutture private extraregionali, fenomeno che comporta un considerevole aggravio di costi economici e sociali.

Si ritiene opportuno, anche al fine di recuperare la mobilità passiva extra-regionale, utilizzare in forma più flessibile i tetti intra ed extraregionali, considerato il volume finanziario massimo definito dalla normativa vigente. Pertanto, l'attività riconosciuta alle Case di Cura private dovrà tener conto dell'incremento di prestazioni da queste erogate relativamente alle

discipline per le quali si sono registrati significativi indici di fuga, al fine di qualificare l'attività svolta da tali strutture a carico del SSN e di modificare il setting assistenziale con riferimento alle prestazioni transitate al regime ambulatoriale.

Infine, l'art. 1, comma 796, lett. t) della Legge 27.12.2006, n. 296 e s.m.i dispone che: *"le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private ospedaliere e ambulatoriali, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo Decreto Legislativo n. 502 del 1992; le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla Legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992...(omissis)..."*.

In riferimento alle strutture ospedaliere private accreditate si ritiene necessario esplicitare quanto segue. Con la Determinazione Dirigenziale n. 7371 del 16.9.2014 del Servizio "Accreditamento e Valutazione di Qualità" della Direzione regionale "Salute e Coesione Sociale" è stato disposto il rilascio dell'Accreditamento Istituzionale all'"Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. - Unità Speciale Stati Vegetativi", sito nel Comune di Foligno (PG) per l'attività di una Struttura destinata a Residenza Sanitaria Assistenziale - Unità Speciale Stati Vegetativi per 20 posti letto. Con successiva DD n. 7701 del 24.09.2014 è stato inoltre disposto assenso all'autorizzazione alla trasformazione di ulteriori n. 20 posti letto di Residenza Sanitaria Assistenziale per Unità Speciale Stati Vegetativi in n. 20 posti letto di lungodegenza ospedaliera cod. 60 - Stati vegetativi. Infine, con DD n. 9815 del 17.12.2015 si è proceduto ad ampliare l'Accreditamento Istituzionale, già rilasciato all'Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. con la citata DD n. 7371/2014, per l'attività di struttura destinata a lungodegenza ospedaliera cod. 60 per n. 20 posti letto (attività ospedaliera post-acuzie).

Con riferimento all'erogazione diretta dei farmaci da parte di Aziende e Presidi Ospedalieri, si ritiene opportuno confermare il già avviato percorso di corresponsabilizzazione tra la struttura che prescrive e l'Azienda che sostiene effettivamente il costo; in particolare, i volumi finanziari massimi degli scambi per mobilità intra-regionale includono, anche per l'anno 2016, il valore economico del c.d. 'File F' distribuito dalle strutture erogatrici nell'esercizio precedente.

Alla luce del quadro sopra descritto, si rende necessario aggiornare i volumi finanziari massimi degli scambi per mobilità intraregionale tra le Aziende Sanitarie, tra queste e le Case di Cura private nonché quelli relativi alla mobilità extraregionale sulla base dell'andamento dei flussi di attività, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8-sexies del citato D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dal DM n. 70/2015.

Inoltre, al fine di rafforzare l'azione di contenimento delle liste di attesa, relativamente all'acquisto di prestazioni da privato, fermo restando i limiti previsti dalla normativa vigente ai quali si fa espresso rinvio, per l'anno 2016 si ritiene di dover favorire le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento ad ecografie, ecodoppler e mammografie.

Tutto ciò premesso e considerato si propone alla Giunta Regionale l'adozione di un provvedimento con il quale si stabilisca:

- 1) di approvare gli indirizzi e i criteri per la stipula, per l'anno 2016, degli accordi contrattuali tra le Aziende U.S.L. e gli erogatori di prestazioni sia pubblici che privati, nel rispetto delle

linee guida di cui agli Allegati n. 1 e n. 2, che costituiscono parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;

- 2) di disporre che la stipula accordi e dei contratti dovrà prevedere, oltre ai volumi di attività previsti alle Tabelle n. 6, n. 7 e n. 7-bis dell'Allegato n. 1, che vengano definiti specifici programmi di appropriatezza clinica, anche con riferimento a qualità ed esiti delle cure;
- 3) di individuare, per l'anno 2016, i tetti relativi alla spesa farmaceutica riportati nel suddetto Allegato n.1 e determinati secondo quanto previsto dalla sopra richiamata Legge n. 135/2012;
- 4) di impegnare i Direttori Generali a stipulare accordi entro il 31 ottobre 2016, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti:
 - a. programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa, anche in attuazione della D.G.R. n. 970/2012;
 - b. attività a valenza interaziendale attuative della D.G.R. n. 528/2015;
 - c. protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell'area materno-infantile, in applicazione alle DD.G.R. n. 1344/2013, n. 1040/2014, n. 945 del 3.08.2015, e n. 1591 del 21.12.2015;
- 5) di dare mandato al Servizio "*Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie*" della Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane di monitorare l'attività di contrattazione anche al fine di apportare le eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie nel corso della definizione degli accordi stessi;
- 6) di disporre che, in relazione all'esigenza di monitoraggio delle attività di contrattazione da parte della Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane, le Aziende sono tenute alla trasmissione di tutti gli accordi/contratti sottoscritti al Servizio "*Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie*";
- 7) di notificare il presente atto alle Direzioni aziendali e alle Case di Cura private interessate.

Perugia, li 29/09/2016

L'istruttore
Donatella Bosco
Donatella Bosco

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, li 30/09/2016

Il responsabile del procedimento
Milena Tomassini

Milena Tomassini



PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

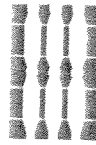
- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto.

Perugia li 30/09/2016

Il dirigente di Servizio
Milena Tomassini





Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE, ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE

OGGETTO: Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

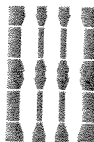
- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,

esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, li 30/09/2016

IL DIRETTORE
- WALTER ORLANDI





Regione Umbria
Giunta Regionale

Assessorato alla Coesione sociale e Welfare

OGGETTO: Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto


Perugia, li 30/09/2016

Assessore Lupa Barberini

Si dichiara il presente atto urgente

Perugia, li

L'Assessore



Allegato n. 1

**LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI
ANNO 2016**

1. OGGETTO DELLE LINEE GUIDA

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

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

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

2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DURATA DEGLI ACCORDI

Gli accordi contrattuali regolano l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa (così come precisate nel seguente paragrafo 4.5) che vengono effettuate, **per conto ed a carico del SSR**, da parte delle strutture erogatrici pubbliche e delle strutture private accreditate.

La validità degli accordi è stabilita per l'anno 2016.

3. SOGGETTI FRA CUI INTERCORRONO GLI ACCORDI

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

La Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane provvede al monitoraggio della stipula degli accordi contrattuali.

Si riconferma, anche per il 2016, la necessità di contenere la mobilità passiva extra-regionale e di conseguenza è opportuno che le Direzioni Aziendali siano impegnate nella programmazione della attività e orientino la stipula degli accordi al fine di conseguire una riduzione di tale fenomeno.

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

4. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI

4.1 Determinazione del volume delle prestazioni erogabili

Per quanto riguarda il volume delle prestazioni erogabili in regime di degenza occorre rilevare che l'art. 1, comma 2, del DM. Salute 2 aprile 2015, n. 70, pubblicato in G.U. n. 127 del 4.6.2015, al fine di razionalizzare le risorse e di conseguire una riduzione della spesa, prevede per le Regioni una dotazione di posti letto ospedalieri accreditati non superiore al 3,7 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie; prevede inoltre l'obiettivo di rispettare un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni.

Al fine di supportare le analisi in merito all'andamento di ciascuna Azienda, sono stati elaborati i report più significativi:

TAB. 1 INDICE DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO E PESATO PER AZIENDE U.S.L. - ANNO 2015

Aziende Sanitarie	Popolazione al 1/1/2015 ISTAT	Residenti Dimessi anno 2015	Tasso di Osped. grezzo 2015	Tasso di Osped. Standard. 2015
Az. USL 101	505.912	75.525	149,3	142,8
Az. USL 102	388.850	62.491	160,7	149,3
Totale	894.762	138.016	154,2	145,7

L'elaborazione è stata effettuata sul file dei dimessi del 2015 integrato con la mobilità passiva del 2013. Sono stati esclusi dalle elaborazioni i neonati sani DRG 391 ed i soggetti non a carico del SSN (onere diverso da 1, 2, 5, 6). Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è quello elaborato per gli indicatori del MES standardizzato sulla popolazione italiana del censimento 2011. Per il calcolo del tasso grezzo è stata utilizzata la popolazione ISTAT 1-1-2015.

Nella successiva tabella 2 viene indicata l'attività di ricovero effettuata nel 2015 dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

TAB. 2 ANDAMENTO RICOVERI - ANNO 2015

AZIENDE SANITARIE	TOTALE RICOVERI	RICOVERI PER PAZIENTI EXTRAREGIONE	RICOVERI UMBRI IN UMBRIA
Azienda USL Umbria n. 1	29.646	3.218	26.428
Azienda USL Umbria n. 2	36.033	5.089	30.944
Az. Osp. Perugia	37.918	3.372	34.546
Az. Osp. Terni	28.090	5.539	22.551
Case di cura private	8.790	4.937	3.853
Totale	140.477	22.155	118.322

A completamento dell'analisi vengono di seguito riportati i tassi di ospedalizzazione standardizzati suddivisi per acuti ordinari, acuti day hospital e post acuzie, calcolati secondo le modalità stabilite nelle schede degli indicatori proposti dal MES.

TAB. 3 TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATI – ANNO 2015

AZIENDE SANITARIE	POPOLAZ. ISTAT AL 1-1-2015	TASSO TOTALE	TASSO ACUTI ORDINARI	TASSO ACUTI DH			TASSO POST ACUZIE
				Medici	Chirurgici	Totale	
Az. USL Umbria n. 1	505.912	142,8	110,8	10,8	15,0	26,6	5,3
Az. USL Umbria n. 2	388.850	149,3	115,2	15,4	10,1	28,9	5,2
Totale	894.762	145,7	112,8	12,8	12,8	27,6	5,3

Alla luce del citato D.M. Salute 2 aprile 2015, n. 70, l'Umbria si trova in buona posizione dal punto di vista quantitativo, avendo ottenuto un tasso di ospedalizzazione inferiore al 160 x mille in tutte le aziende del territorio regionale; è perciò opportuno rivolgere l'attenzione all'aspetto qualitativo, privilegiando il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN ed il conseguente miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata.

4.2 Incremento dei livelli di appropriatezza

Il Patto per la Salute 2010-2012 ha introdotto un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, ed ha aggiornato la lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario.

4.2.1 DRG a rischio di inappropriata

Le percentuali di ammissibilità della casistica in degenza ordinaria sono state aggiornate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 389 del 11.04.2016 e di seguito vengono riportate.

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA

Allegato B al Patto per la salute 2010-2012

DRG chirurgici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	15
2	36	Interventi sulla retina	19
2	38	Interventi primari sull'iride	17
2	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	4
2	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	3
2	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (<i>eccetto trapianti di cornea</i>)(*)	8
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	19

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

DRG medici

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

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	47
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	13
5	133	Aterosclerosi senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	6
5	134	Ipertensione (<i>eccetto urgenze</i>)	5
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	40
5	142	Sincope e collasso senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	5
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	42
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	1
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	6
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	33
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	24
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	9
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	26
8	243	Affezioni mediche del dorso (<i>eccetto urgenze</i>)	7
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	32
8	248	Tendinite, miosite e borsite	39
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	38
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	42
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	43
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	47
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	31
9	276	Patologie non maligne della mammella	28
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	4
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	1
9	283	Malattie minori della pelle con CC	32
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	23
10	294	Diabete, età > 35 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	2
10	295	Diabete, età < 36 anni	37
10	299	Difetti congeniti del metabolismo	14
10	301	Malattie endocrine senza CC	19
11	317	Ricovero per dialisi renale	22
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	22
11	324	Calcolosi urinaria senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	9
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	4
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	21
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	21
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	36
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	29
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	14
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	23
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	35
14	384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	29
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	4
16	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	28

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	17
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	17
17	409	Radioterapia	8
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	18
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	17
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	16
19	426	Nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	37
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	11
23	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	17
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (<i>eccetto urgenze</i>)	16
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	19
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	46
1	564	Cefalea, età > 17 anni	40

4.2.2 Miglior setting assistenziale

Il tariffario per la specialistica del 2012, di cui alla D.G.R. 1698 del 29 dicembre 2011, è stato modificato con l'introduzione delle prestazioni riportate nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012 per le quali è previsto il passaggio all'attività ambulatoriale.

Solo una percentuale di tali prestazioni può essere erogata in regime di degenza (ordinaria o DS) a causa delle particolarità della patologia, della tipologia dell'approccio chirurgico o a causa delle caratteristiche socio-sanitarie del paziente.

Descrizione intervento specialistica ambulatoriale	codice intervento specialistica	DRG	% ammissibilità per DRG
ricostruzione palpebra	08.72	40	casistica non presente
amputazione dita piede	84.11	114	91
riparazione monolaterale di ernia ombelicale con protesi	53.41	160	78
riparazione monolaterale di ernia ombelicale	53.49.1	160	78
riparazione monolaterale di ernia inguinale	53.00.1	162	74
riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi	53.00.2	162	74
riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	53.21.1	162	74
riparazione monolaterale di ernia crurale	53.29.1	162	74
riparazione di dito a martello/artiglio	77.56	225 (*)	50

Descrizione intervento specialistica ambulatoriale	codice intervento specialistica	DRG	% ammissibilità per DRG
artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea...	81.72	228 (*)	65
artroplastica dell'articolazione carpocarpale ...	81.75	228 (*)	65
artroscopia sede non specificata (diagnostica)	80.20	232	50
litotrissia extracorporea rene ...	98.51.1	323 (**)	9
	98.51.2		
	98.51.3		
amputazione e disarticolazione dita mano/pollice	84.01	441 (*)	50
	84.02		

Per i DRG (*), al superamento della percentuale di ammissibilità in degenza, si prevede di applicare le corrispondenti tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per il DRG 323 (**), al superamento della percentuale di ammissibilità in degenza, si prevede di applicare le corrispondenti tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale con riferimento ai codici 98.51.2 - 98.51.3.

4.2.3 Miglioramento appropriatezza

La verifica della appropriatezza della casistica ricompresa nei "DH medici a finalità diagnostica" e quella relativa ai "ricoveri ordinari medici" è prevista tra i controlli che gli erogatori sono tenuti ad effettuare (All.2).

Tra questi controlli c'è anche quello relativo ai parti cesarei.

4.3 Mobilità passiva

Il trend finanziario della mobilità extraregionale della Regione Umbria relativa al complesso delle prestazioni (ricoveri, medicina di base, specialistica, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza o elisoccorso) evidenzia (sulla base dei dati provvisori ad oggi disponibili) un saldo positivo anche per l'anno 2015 dovuto principalmente al trend in aumento della mobilità attiva.

Tale risultato dimostra lo sviluppo della capacità di attrazione raggiunto dalle strutture erogatrici presenti nella nostra Regione e assume ancora maggiore

rilevanza se si tiene conto del fatto che l'Umbria è una Regione di piccole dimensioni nelle quali risulta difficile esercitare attrazione.

Le principali voci di spesa per la mobilità passiva, come noto, riguardano solo alcune discipline legate a problematiche specifiche quali Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia Chirurgica e Medica, Chirurgia Pediatrica, Riabilitazione. A tale proposito e con lo scopo di ottimizzare l'uso delle strutture, le Aziende, nella programmazione della risposta sanitaria ai bisogni della popolazione, dovranno avvalersi degli accordi contrattuali interaziendali, sia tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere che con le Case di Cura private accreditate, per favorire l'utilizzo delle funzionalità disponibili a livello regionale, attraverso una rete integrata delle attività dei diversi presidi ospedalieri, ai fini del contenimento della mobilità extraregionale.

La Regione, nell'ottica di contenere il fenomeno della mobilità passiva ha inoltre stipulato accordi bilaterali con altre Regioni (vds. par. 4.6). Tali accordi hanno permesso non solo di disciplinare la mobilità passiva (come auspicato dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001, poi confermato dall'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012 e reso obbligatorio dall'art. 9 dell'attuale Patto per la Salute 2014-2016), ma anche di creare forme di collaborazione tra Regioni, confrontare modalità di risoluzione di problemi verificando l'appropriatezza organizzativa delle strutture ed il setting assistenziale utilizzato nelle diverse realtà.

4.4 Criteri di remunerazione

Come in passato, alle strutture erogatrici, per tutte le prestazioni effettuate, vengono applicate le tariffe piene secondo il tariffario vigente fino al raggiungimento dei volumi stabiliti nella tabella 8, che, come imposto dal comma 171 della Legge n. 311/04, fissa un unico criterio di remunerazione per pazienti intra ed extraregionali. Oltre tale limite devono essere effettuati gli abbattimenti previsti al paragrafo 4.8.

Nel caso di superamento dei volumi contrattati l'abbattimento non si applica a quelle prestazioni di "elevata complessità" effettuate in degenza ordinaria dalle Aziende Ospedaliere relative ai DRG che, nell'ambito dell'alta specialità, sono caratterizzati da particolare complessità e che prevedono l'utilizzo di tecnologie innovative. Si tratta di 80 DRG il cui elenco viene riportato nella Tabella 4 che segue.

TAB. 4 - DRG DI ELEVATA COMPLESSITÀ

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
1	1	C	CRANIOTOMIA, ETÀ > 17 ANNI CON CC
1	2	C	CRANIOTOMIA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
1	3	C	CRANIOTOMIA, ETÀ < 18 ANNI
4	75	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE
Pre	103	C	TRAPIANTO DI CUORE O IMPIANTO DI SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
5	104	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI CON CATETERISMO CARDIACO
5	105	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI SENZA CATETERISMO CARDIACO
5	106	C	BYPASS CORONARICO CON PTCA
5	108	C	ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI
5	110	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC
5	111	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC
5	113	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE
5	126	M	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA
6	146	C	RESEZIONE RETTALE CON CC
6	170	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC
7	191	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC
7	192	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC
7	193	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC
7	194	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
7	200	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI
7	201	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS
8	217	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO
9	263	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC
10	285	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE
10	288	C	INTERVENTI PER OBESITA' (associato ad uno dei codici di intervento 44.31, 44.32, 44.38, 44.39, 44.5, 44.68, 44.69, 44.96, 44.99, 45.90, 45.91 in qualsiasi posizione)
11	302	C	TRAPIANTO RENALE

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
15	386	M	NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO
15	387	M	PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI
17	401	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC
17	405	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI
17	406	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC
21	442	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC
NA	468	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
17	473	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI
Pre	480	C	TRAPIANTO DI FEGATO E/O TRAPIANTO DI INTESTINO
Pre	481	C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
Pre	482	C	TRACHEOSTOMIA PER DIAGNOSI RELATIVE A FACCIA, BOCCA E COLLO
24	484	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
24	485	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
24	486	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
25	488	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO
25	489	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE
Pre	495	C	TRAPIANTO DI POLMONE
8	496	C	ARTRODESI VERTEBRALE CON APPROCCIO ANTERIORE/POSTERIORE COMBINATO
8	497	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON CC
8	498	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC
22	504	C	USTIONI ESTESE O USTIONI A TUTTO SPESSORE CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE CON INNESTO DI CUTE
22	506	C	USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO
22	507	C	USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO
Pre	512	C	TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE
Pre	513	C	TRAPIANTO DI PANCREAS
5	515	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO
8	519	C	ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC
5	525	C	IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
1	528	C	INTERVENTI VASCOLARI INTRACRANICI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI EMORRAGIA
1	529	C	INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE CON CC
1	531	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
1	532	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC
5	535	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
5	536	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
17	539	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI CON CC
Pre	541	C	OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO CON INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE
Pre	542	C	TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE
1	543	C	CRANIOTOMIA CON IMPIANTO DI DISPOSITIVO MAGGIORE O DIAGNOSI PRINCIPALE DI PATOLOGIA ACUTA COMPLESSA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
8	545	C	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO
8	546	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA
5	547	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	548	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	549	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	550	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	553	C	ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	555	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
1	560	M	INFEZIONI BATTERICHE E TUBERCOLOSI DEL SISTEMA NERVOSO
4	565	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA ≥ 96 ORE
6	567	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	568	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	569	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	570	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
11	573	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA
18	575	M	SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI
18	578	C	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO

Per tali DRG il tetto programmato è riportato nella tabella seguente.

TAB. 5 TETTO ELEVATA COMPLESSITA' - ANNO 2016

Azienda di residenza				
Aziende di ricovero	USL Umbria n. 1	USL Umbria n. 2	Totale	Extraregione
Az. Osp. Perugia	34.734.050	6.699.194	41.433.244	8.902.338
Az. Osp. Terni	1.848.012	18.564.606	20.412.618	6.504.013
Totale	36.582.062	25.263.800	61.845.862	15.406.351

4.5 Volumi finanziari previsti per l'erogazione di prestazioni.

Nella tabella n. 6 viene riportata la determinazione del volume complessivo degli scambi finanziari per mobilità intraregionale riguardante le seguenti tipologie di prestazioni:

- ricoveri ospedalieri per acuti (regime ordinario e di day hospital);
- ricoveri ospedalieri di lungodegenza ;
- ricoveri ospedalieri di riabilitazione (regime ordinario e di day hospital);
- prestazioni ambulatoriali;
- prestazioni di diagnostica strumentale;
- prestazioni riguardanti la somministrazione o l'erogazione diretta di farmaci e presidi, come meglio specificato al punto 4.9.

I valori riportati nelle successive Tabelle n. 6, n. 7 e n. 7 bis, rappresentano i volumi finanziari massimi relativi alla mobilità intraregionale ed extraregionale.

TAB. N. 6 MOBILITA' INTRAREGIONALE 2016 - VOLUMI FINANZIARI

AZIENDE ADDEBITANTI	Azienda USL Umbria 1	Azienda USL Umbria 2	Totale	Saldo 2016
Azienda USL Umbria 1		4.904.682	4.904.682	-202.048.067
Azienda USL Umbria 2	15.931.549		15.931.549	-108.590.046
Azienda Ospedaliera di Perugia	172.797.528	18.713.949	191.511.477	191.511.477
Azienda Ospedaliera di Terni	6.201.251	97.893.148	104.094.399	104.094.399
Case di Cura private	12.022.421	3.009.816	15.032.237	15.032.237
Totale	206.952.749	124.521.595	331.474.343	0

I Direttori Generali sono impegnati a stipulare accordi, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa, anche in attuazione della D.G.R. n. 970/2012. Inoltre, dovranno dare pratica applicazione ai protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell'area materno-infantile, in applicazione della DD.GG.RR. n.1344/2013, n. 1040/2014, n. 945/2015 e n. 1591/2015.

Infine, i Direttori Generali dovranno sviluppare ogni azione utile all'implementazione delle attività a valenza inter-aziendale, attuativa della D.G.R. n. 528/2015.

TAB. N. 7 - VOLUMI FINANZIARI MASSIMI COMPLESSIVI ANNO 2016

Aziende di ricovero	Mobilità intra-regionale 2016	Mobilità extra-regionale 2016	Totale
Azienda USL Umbria 1	4.904.682	15.096.860	20.001.542
Azienda USL Umbria 2	15.931.549	18.836.170	34.767.719
Azienda Ospedaliera di Perugia	191.511.477	25.770.060	217.281.537
Azienda Ospedaliera di Terni	104.094.399	25.179.605	129.274.004
Case di Cura private	15.032.237	19.306.933	34.339.170
Totale	331.474.343	104.189.628	435.663.971

h

TAB N. 7 BIS - VOLUMI FINANZIARI MASSIMI ANNO 2016- STRUTTURE PRIVATE

CASA DI CURA	Mobilità intra-regionale 2016	Mobilità extra-regionale 2016	TOTALE
VILLA FIORITA	1.086.785,50	2.779.836,00	3.866.621,50
PORTA SOLE	4.567.082,11	5.244.975,00	9.812.057,11
SAGISC	3.789.691,66	4.416.268,00	8.205.959,66
LIOTTI	4.179.025,70	5.325.615,00	9.504.640,70
VILLA AURORA	1.209.652,03	1.540.239,00	2.749.891,03
S. STEFANO	200.000,00		200.000,00
TOTALE	15.032.237,00	19.306.933,00	34.339.170,00

Il volume finanziario massimo evidenziato nella tabella sopra riportata si intende quale limite invalicabile ed è rappresentato dalla somma dell'attività intra-regionale ed extra-regionale; all'interno del volume finanziario massimo, tuttavia, i tetti di intra ed extra possono essere utilizzati in forma flessibile, sulla base di specifici accordi contrattuali stipulati con le singole Aziende USL, anche con riguardo a talune specialità per le quali si ritiene di voler rimodulare l'offerta. In particolare l'aumento del volume finanziario riconosciuto alle Case di Cura dovrà finanziare l'incremento dei DRG chirurgici di alta complessità ortopedica effettuati su cittadini residenti nella Regione. Per tale motivo si fa riferimento al numero di prestazioni effettuate in tale area nel 2015; gli incrementi finanziari per l'anno in corso verranno esclusivamente riconosciuti per i DRG di chirurgia ortopedica su cittadini residenti in Umbria fino al tetto finanziario previsto.

Si ritiene infatti di dover porre particolare attenzione al fenomeno della “fuga” dei residenti verso strutture private extraregionali, situazione che comporta un considerevole aggravio di costi economici e sociali.

Si evidenzia che la Conferenza delle Regioni in data 29.09.2016 ha posto l'attenzione sulla necessità di regolare in maniera anche analitica i flussi di mobilità in relazione all'andamento osservato per il settore privato.

Pertanto, con riferimento agli erogatori privati, al fine di recuperare la mobilità passiva extra-regionale, si ritiene, come detto, di utilizzare in forma più flessibile i tetti intra ed extraregionali, nel rispetto dei limiti stabiliti dalla normativa vigente.

Si raccomanda quindi che l'acquisto di prestazioni debba favorire il soddisfacimento del fabbisogno intra-regionale; l'attività riconosciuta alle Case di Cura private dovrà pertanto tener conto dell'incremento di prestazioni da queste erogate relativamente alle discipline per le quali si sono registrati significativi indici di “fuga”, al fine di qualificare l'attività svolta da tali strutture a carico del SSN e di modificare il setting assistenziale con riferimento alle prestazioni transitate al regime ambulatoriale.

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

Il suddetto Decreto, al punto 2.5 dell'Allegato ha precisato che *“...(omissis)...l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale...(omissis)...stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti ...(omissis)... Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti...(omissis)... Con specifica Intesa in Conferenza*

Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti".

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

Si rappresenta inoltre quanto segue. Con la Determinazione Dirigenziale n. 7371 del 16.9.2014 del Servizio "Accreditamento e Valutazione di Qualità" della Direzione regionale "Salute e Coesione Sociale" è stato disposto il rilascio dell'Accreditamento Istituzionale all'"Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. - Unità Speciale Stati Vegetativi", sito nel Comune di Foligno (PG) per l'attività di una Struttura destinata a Residenza Sanitaria Assistenziale - Unità Speciale Stati Vegetativi per 20 posti letto. Con successiva DD n. 7701 del 24.09.2014 è stato inoltre disposto assenso all'autorizzazione alla trasformazione di ulteriori n. 20 posti letto di Residenza Sanitaria Assistenziale per Unità Speciale Stati Vegetativi in n. 20 posti letto di lungodegenza ospedaliera cod. 60 - Stati vegetativi. Infine, con DD n. 9815 del 17.12.2015 si è proceduto ad ampliare l'Accreditamento Istituzionale, già rilasciato all'Istituto di Riabilitazione S. Stefano s.r.l. con la citata DD n. 7371/2014, per l'attività di struttura destinata a lungodegenza ospedaliera cod. 60 - Stati vegetativi per n. 20 posti letto (attività ospedaliera post-acuzie).

4.6 Accordi con altre Regioni



Come auspicato dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001, confermato dall'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012 e reso obbligatorio dall'art. 9 comma 3 dell'attuale Patto per la Salute 2014-2016, le Regioni sono tenute ad individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi bilaterali per disciplinare la mobilità sanitaria.

La Regione ha stipulato accordi bilaterali con le Regioni Toscana, Emilia Romagna, Lazio nonché con strutture di alta specializzazione quali l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze.

Toscana

- DGR 588/2015 Accordo quadro interregionale triennale 2015-2017 tra la Regione Toscana e la Regione Umbria per la gestione della mobilità sanitaria: Accordo in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2015. Il tetto di riferimento è il dato 2013 per l'attività ospedaliera e il dato 2014 per la specialistica, ma non sono state definite le aree da abbattere al superamento del tetto.

Emilia Romagna

- DGR 1440/2013 Accordo triennale 2014-2016 per la gestione della mobilità sanitaria tra le Regioni Emilia-Romagna e Umbria.
- DD 358/2014 Definizione del Piano triennale di attività 2014-2016 per la gestione della mobilità sanitaria fra le Regioni Emilia-Romagna e Umbria ex DGR n. 1440/2013.

Lazio

- DGR 1198/2014: Accordo quadro triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria fra le regioni Umbria e Lazio (articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016): Accordo in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2015. Il tetto di riferimento è il dato 2013 sia per l'ospedaliera che per la specialistica, ma non sono state definite le aree da abbattere al superamento del tetto.

4.7 Criteri di abbattimento delle tariffe



Alle strutture erogatrici, limitatamente all'attività remunerata a prestazione, saranno applicate le tariffe piene fino al raggiungimento dei volumi stabiliti.

Oltre tale limite, le tariffe verranno abbattute dell'85% fino ad un incremento massimo del 10% di attività; superata questa seconda soglia non verrà pagato alcun corrispettivo. L'abbattimento non si applica alle prestazioni di elevata complessità effettuate dalle Aziende Ospedaliere anche nel caso di superamento dei volumi contrattati, che vanno utilizzati solo ai fini della programmazione dell'attività. Per queste ultime, il tetto per le prestazioni di medio-bassa specialità è pari ai volumi finanziari riportati in Tabella 7, al netto dei corrispondenti valori di cui alla Tabella 5.

L'adozione della tariffa regressiva è l'unica misura in grado di incidere sul contenimento dei volumi di attività; il 15% della tariffa base che viene riconosciuto oltre i tetti programmati è mediamente pari al costo marginale di produzione e lascia una certa flessibilità ai programmi di attività delle strutture erogatrici che possono superare il tetto senza peggiorare il risultato di gestione, ma al tempo stesso eliminano lo stimolo ad aumentare i volumi di produzione come mezzo più semplice per ridurre i costi medi, obiettivo che va invece ricercato attraverso la razionalizzazione dei processi produttivi.

4.8 Erogazione diretta dei farmaci da parte di Aziende e Presidi Ospedalieri

Fermo restando che per i farmaci somministrati in regime di ricovero (ordinario e day hospital) non può essere richiesto alcun rimborso e rientrano quindi nella tariffa del DRG (ad eccezione dei farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici nonché dei farmaci oncologici come specificato al successivo punto 4.8.2), nel presente paragrafo vengono riepilogate le tipologie di farmaci oggetto di somministrazione o erogazione diretta già individuate con precedenti provvedimenti regionali, elencate in base alle modalità di rimborso alle strutture erogatrici. In ogni caso al fine della compilazione del file F si rimanda al vigente "Disciplinare tecnico per la compensazione della mobilità sanitaria intraregionale".

4.8.1 Rimborsi alle strutture erogatrici

Fermo restando che, per tutte le prestazioni che seguono, il rimborso alle strutture erogatrici è dovuto dall'Azienda di residenza del paziente, le attività elencate nel paragrafo 4.8.2 vanno considerate all'interno dei tetti (c.d. global budget) di cui al paragrafo 4.5, mentre le attività elencate nel paragrafo 4.8.3 vanno rimborsate, sempre dall'azienda di residenza, in base agli addebiti effettivi.

Inoltre, al fine di introdurre elementi che consentano la verifica dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei centri prescrittori e con il preciso intento di confermare il percorso di corresponsabilizzazione tra la struttura che prescrive e l'Azienda che sostiene effettivamente il costo (percorso già avviato con DGR n. 1733/2011), si ritiene di includere nei volumi finanziari massimi, riportati al paragrafo 4.5, il valore economico complessivo del c.d. 'File F' distribuito dalle strutture erogatrici nell'esercizio precedente (anno 2015). Resta inteso che eventuali eccedenze rispetto al valore economico di cui sopra, dovranno essere preventivamente previste nell'accordo interaziendale per la definizione della mobilità intra-regionale e oggetto di regolazione diretta da parte delle strutture.

4.8.2 Farmaci che rientrano nei tetti (c.d. "global budget")

a) Farmaci H

Rientrano nei tetti i farmaci classificati H-OSP, indipendentemente dalla via di somministrazione.

Per i farmaci classificati H-RR, H-RNRL, H-RRL, si rimanda al successivo paragrafo 4.8.3.

b) Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici

L'introduzione di tali farmaci risulta essere un'eccezione dovuta al loro alto costo non compensato dalla tariffa del DRG e dal numero esiguo di casi trattati nel corso dell'anno.

Di seguito l'elenco dei farmaci suddetti: si dovranno considerare validi tutti i codici MINSAN10, corrispondenti ai codici ATC indicati nella tabella.

Codice ATC	Descrizione Principio attivo
B02BB01	Fibrinogeno
B02BD01	Complesso protrombinico FIX,FII,FX
B02BD02	Fattore VIII rDNA Octocog alfa
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione
B02BD03	Inibitore bypassante l'attivita' del fattore VIII
B02BD04	Fattore IX di coagulazione
B02BD05	Fattore VII di coagulazione
B02BD08	eptacog alfa (attivato)
B02BD09	Nonacog alfa
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche

c) Farmaci oncologici somministrati in regime di ricovero

Anche in questo caso l'introduzione di tali farmaci risulta essere un'eccezione dovuta al loro alto costo non compensato dalla tariffa del DRG.

In questo caso l'elenco è costituito dai farmaci inclusi nei Registri AIFA.

4.8.3 Farmaci che rientrano nelle previsioni di spesa della farmaceutica Territoriale

a) Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale

Con DGR n. 1698 del 29/12/2011, è stato aggiornato il nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del SSN e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico.

Pertanto è soggetta a compensazione la somministrazione di farmaci in occasione delle terapie ambulatoriali, se non compresi nella tariffa della prestazione (eccetto HOSP).

I farmaci eventualmente utilizzati per prestazioni il cui rimborso si riferisce al solo atto medico, sono a carico del SSN sulla base della riclassificazione dei

medicinali ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 537/93 e della Determinazione AIFA 29 ottobre 2004 e successivi aggiornamenti.

Si elencano di seguito le prestazioni la cui tariffa non comprende il costo del farmaco somministrato:

Codice	Descrizione
08.99.1	Infiltrazione di angioma palpebrale
10.91	Iniezione sottocongiuntivale
39.92	Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti
44.19.2	Breath test per Helycobacter pylori (Urea C13)
83.98	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli
86.02.2	Infiltrazione di cheloide
96.49	Instillazione genitorurinaria
99.06.1	Infusione di fattori della coagulazione
99.12	Immunizzazione per allergia
99.13	Immunizzazione per malattia autoimmune
99.14.1	Infusione di immunoglobuline endovena
99.23	Iniezione di steroidi
99.24.1	Infusione di sostanze ormonali
99.24.2	Infusione di altre sostanze farmaceutiche
99.25	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore
99.29.1	Iniezione perinervosa
99.29.2	Iniezione periarteriosa
99.29.3	Iniezione perineale
99.29.4	Infiltrazione medicamentosa del pene
99.29.5	Iniezione endocavernosa di farmaci
99.29.6	Iniezione modificatrice in ascesso freddo
99.29.8	Iniezione intra o periuretrale
99.29.9	Iniezione di tossina botulinica
14.75	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche

b) Dispensazione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente

Si tratta dei farmaci compresi nell'elenco 2 allegato alla Determinazione AIFA 29 ottobre 2004, e successivi aggiornamenti, contenente il PHT - Prontuario della distribuzione diretta per la continuità ospedale territorio.

c) Dispensazione diretta da parte delle Aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento del paziente domiciliare, residenziale e semiresidenziale (D.G.R. n. 291 del 13 marzo 2002)

Come noto, sono erogabili direttamente dalle Aziende Sanitarie, attraverso i Servizi Farmaceutici, i seguenti farmaci e presidi necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale:


- Tutti i farmaci a carico del SSN, tenendo conto dei principi attivi inclusi nell'Elenco Terapeutico Ospedaliero Regionale al fine di favorire l'integrazione fra medici di medicina generale e medici specialisti;
- Presidi e diagnostici destinati all'assistenza integrativa e protesica, secondo le normative vigenti;
- Soluzioni e antisettici.

Le Aziende Sanitarie provvedono altresì alla dispensazione diretta dei medicinali inclusi nell'Elenco Terapeutico Ospedaliero Regionale prescritti ai pazienti in trattamento nei DSM.

d) Dispensazione diretta in continuità assistenziale (DGR n. 291 del 13 marzo 2002)

La dispensazione diretta di medicinali da parte delle Aziende Sanitarie, attraverso i Servizi Farmaceutici, agli assistiti in dimissione dal ricovero ospedaliero è limitata a garantire la continuità assistenziale fino alla stabilizzazione della fase acuta della patologia già trattata in regime di ricovero, ovvero per il periodo che intercorre tra la dimissione o la visita di controllo prima del passaggio in cura al medico curante. Viene di seguito riportato l'elenco dei medicinali oggetto di dispensazione diretta in continuità assistenziale:

- ciclo terapeutico completo con antibiotici di esclusiva competenza specialistica ospedaliera;
- ciclo terapeutico completo con sostanze ad azione immunosoppressiva;
- ciclo terapeutico completo con antibiotici ed antisecretivi per l'eradicazione dell'*Helicobacter pylori*;

- 
- ciclo terapeutico completo con farmaci antiemetici;
 - ciclo terapeutico completo con antiandrogeni e inibitori enzimatici;
 - ciclo completo di terapia post-chirurgica antibiotica, analgesica e anticoagulante.

Vengono inoltre erogati i seguenti medicinali necessari ai pazienti in dialisi:

- ciclo completo di farmaci cardiovascolari quali antiipertensivi, diuretici ecc..
- farmaci per il trattamento di iperkalemia o iperfosfatemia.

e) Farmaci forniti ai sensi del comma 4, art. 1, della legge 23/12/1996 n. 648

Questi prodotti vengono prescritti nel rispetto delle procedure e delle condizioni indicate per ciascun farmaco nel relativo provvedimento AIFA di inserimento ed erogati dai servizi farmaceutici dei centri prescrittori, dove possibile, o dal servizio farmaceutico della Azienda USL di residenza del paziente (per l'elenco aggiornato dei farmaci e i relativi provvedimenti si rimanda al sito istituzionale dell'Agenzia Italiana del Farmaco <http://www.agenziafarmaco.it> (percorso: Attività > Sperimentazione e ricerca > normativa di riferimento).

f) Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici

Ci si riferisce alle seguenti tipologie di farmaci:

- preparati iposensibilizzanti
- preparati galenici

4.8.4 Livelli di spesa farmaceutica programmati.

Come noto, il tetto programmato della spesa **farmaceutica territoriale**, ai sensi dell'art. 15, comma 3, del Decreto Legge 6 Luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, dal 2013, è stato fissato all'11,35%. In sintesi, la spesa farmaceutica territoriale si compone delle seguenti

voci: spesa farmaceutica convenzionata + distribuzione diretta di fascia A, inclusa la distribuzione per conto + ticket regionale per ricetta.

Il tetto alla spesa **farmaceutica ospedaliera** è stato introdotto, a partire dal 2008, dall'art. 5, comma 5, della legge n.222/2007.

L'articolo 15, commi da 4 a 11, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 ha rimodulato la spesa farmaceutica ospedaliera, innalzando il tetto dal 2,4% al 3,5%, precisandone la definizione e le sue componenti.

Nelle disposizioni recate dai commi citati, contestualmente all'innalzamento del tetto, viene stabilito che a decorrere dall'anno 2013, è posta a carico delle aziende farmaceutiche una quota pari al 50% dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale. Il restante 50% dell'intero disavanzo a livello nazionale è a carico delle sole regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi, fermo restando che non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Dal 2013 il tetto è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché, innovando, al netto della spesa per i vaccini e per i medicinali di classe C e al netto della spesa per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

La verifica e l'attestazione del rispetto dei tetti di spesa da parte delle Regioni, come definiti dalle norme sopra richiamate, è effettuato dall'Agenzia Italiana del Farmaco che pubblica i monitoraggi mensili e il consuntivo.

Ai fini della verifica del rispetto del tetto da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco, la spesa farmaceutica ospedaliera è calcolata al netto delle seguenti somme:

a) somme versate dalle aziende farmaceutiche, per i consumi in ambito ospedaliero, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera g) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e successive disposizioni di proroga, a fronte della sospensione, nei loro confronti, della riduzione del 5% per cento dei prezzi dei farmaci (c.d. pay back 5%);

b) somme restituite dalle aziende farmaceutiche alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano a seguito del superamento del limite massimo di spesa fissato per il medicinale (stabilito da AIFA ad hoc per alcuni farmaci), in sede di contrattazione del prezzo;

c) somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment by results, risk sharing e cost sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo del medicinale ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

Con riferimento ai farmaci innovativi in particolare, l'articolo 1, comma 593 della suddetta Legge ha disposto per gli anni 2015 e 2016 l'istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi. Tale fondo è alimentato per l'anno 2016 da una quota pari a 500 milioni di euro delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le somme sono versate in favore delle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle regioni medesime per l'acquisto dei medicinali innovativi, secondo le modalità individuate con apposito Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Il previsto Decreto è stato emanato in data 9 ottobre 2015, reca: "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi" e prevede che il Ministero della Salute concorra a rimborsare alle Regioni la spesa regionale di competenza per i residenti sostenuta a tale titolo in ciascuno degli anni 2015 e 2016.

Inoltre, il comma 569 della stessa Legge di Stabilità 2016 ha chiarito che le risorse costituenti la dotazione del Fondo per il rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi non vengono calcolate ai fini del raggiungimento del tetto vigente della spesa farmaceutica territoriale.

L'art. 21 del Decreto Legge 24.06.2016, n. 113 recante "Misure di governo della spesa farmaceutica e di efficientamento dell'azione dell'Agenzia italiana del farmaco", convertito nella Legge 160/2016, ha anche previsto che, al fine di garantire il rispetto degli equilibri di finanza pubblica relativi al ripiano della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013, 2014 e 2015, l'Agenzia italiana del farmaco pubblicasse sul proprio sito Internet l'elenco contenente gli importi dovuti da parte delle aziende a titolo di ripiano per ciascuno degli anni 2013, 2014, 2015; le aziende avrebbero corrisposto provvisoriamente la

quota di ripiano a proprio carico per ciascuno degli anni 2013, 2014 nella misura del 90 per cento e per l'anno 2015 nella misura dell'80 per cento dell'importo risultante, salvo il successivo conguaglio.

Il meccanismo previsto dal DL è stato impugnato da numerose aziende farmaceutiche dinanzi al TAR Lazio che, con le ordinanze da n. 785 a n. 797 del 15.9.2016, ha accolto l'istanza dei ricorrenti e ha fissato la trattazione del merito alla pubblica udienza dell'11.7.2017.

Inoltre, a tutt'oggi non è nota la quota per l'anno 2016 del fondo innovatività (ripartizione interregionale fondo farmaci innovativi) né l'importo complessivo degli accordi negoziali dei farmaci per l'epatite C (rimborsi e Note di Credito versate alle Aziende ASL).

In considerazione delle variabili sopra esplicitate, si ritiene di confermare per la spesa farmaceutica ospedaliera il limite dell'anno 2015, riproporzionato ai valori del finanziamento di parte corrente del SSR del 2016; per la spesa farmaceutica territoriale, invece, visto i risultati del monitoraggio AIFA relativi al periodo gennaio-maggio 2016 che evidenzia un significativo scostamento rispetto all'andamento dell'anno precedente con conseguente superamento del tetto previsto, si è ritenuto opportuno riproporzionare gli obiettivi, utilizzando i dati ad oggi disponibili.

Si riportano di seguito i limiti previsti secondo i criteri della Legge n. 135/2012 sia per la farmaceutica territoriale che per la farmaceutica ospedaliera.

TAB. 8 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE - ANNO 2016

AZIENDA SANITARIA REGIONALE	SPESA FARMAC. CONVENZ. 2016 (PROIEZ. DATI GENN.-AGOSTO 2016)	DISTR. DIRETTA e PER CONTO CLASSE A (FLUSSO NSIS 2015)	CLASSE A AZ. OSP. SOTTRATTA DAL TETTO ASL IN BASE QUOTA	FONDO FARM. INN. E ACC. NEGOZ. (ANNO 2015)	TOTALE	POP. PESATA	PRO-CAPITE	OBIETTIVO 2016 secondo i criteri previsti dalla L. 135/2012	OBIET. PRO-CAPITE
Azienda U.S.L. Umbria n.1	72.407.198	43.151.148,94	4.200.261,48	-4.529.790,53	115.228.818,00	491.356	234,51	104.361.871	212,4
Azienda U.S.L. Umbria n.2	57.383.247	33.608.346,08	2.391.794,79	-3.294.573,47	90.088.814,54	400.265	225,07	83.868.458	209,53
Az. Ospedaliera PERUGIA		4.518.224,22	-4.518.224,22						
Az. Ospedaliera TERNI		2.073.832,05	-2.073.832,05						
TOTALE REGIONE	129.790.445	83.351.551,29	0,00	-7.824.364,00	205.317.632,54	891.621	230,04	188.230.329	211,11

L'obiettivo ex Legge n. 135/2012 è stato calcolato sulla base del fabbisogno sanitario di cui all'Intesa Stato-Regioni del 14.04.2016 e della stima delle altre entrate vincolate.

TAB. 9 SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA - ANNO 2016

Azienda Sanitaria Regionale	LIMITE 2016 L. 135/2012
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	18.327.952
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	13.825.619
Az. Ospedaliera PERUGIA	17.522.813
Az. Ospedaliera TERNI	8.368.210
TOTALE REGIONE	58.044.595

4.9 Screening e altre tipologie di prestazioni



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

In relazione agli screening di cui sopra le Aziende Ospedaliere sono debentrici delle Aziende USL delle informazioni relative agli approfondimenti diagnostici ai trattamenti terapeutici erogati alle rispettive popolazioni bersaglio, ovviamente per i soli residenti in Umbria. Le Aziende USL definiscono, d'intesa con le Aziende Ospedaliere e con i competenti servizi regionali, i contenuti informativi ed i tempi di consegna delle informazioni, ricevendo dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere l'elenco dei Dipartimenti e delle strutture coinvolte e ogni altra necessaria collaborazione.

4.9.2 Altre tipologie di prestazioni

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

Al fine di rafforzare l'azione di contenimento delle liste di attesa, relativamente all'acquisto di prestazioni da privato, fermo restando i limiti previsti dalla normativa vigente ai quali si fa espresso rinvio, per l'anno 2016 viene previsto che le Aziende USL integrino l'importo complessivo di euro 100.000,00 (euro 50.000,00 per Azienda USL) prevedendo in particolare per l'Azienda USL Umbria 1 mammografie ed ecografie e per l'Azienda USL Umbria 2 mammografie, ecografie e riabilitazione, inoltre viene prevista la somma di euro 40.000,00 per l'Azienda USL Umbria 1 per le prestazioni di litotrissia.

4.10 Addebiti

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

4.11 Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

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

La Regione Umbria, Direzione “Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane” ha aggiornato le linee guida per la funzione di controllo specificatamente per il monitoraggio delle prestazioni in regime di degenza e per l’applicazione di penalizzazioni al manifestarsi di effetti distorsivi (Vedi Allegato n. 3), nonché per regolamentare le modalità di erogazione diretta dei farmaci.

In particolare sono tenuti sotto controllo:

- 1) i ricoveri ripetuti per DRG diversi con finestre temporali di diversa lunghezza (0-1/2-3/4-7);
- 2) i ricoveri ripetuti per lo stesso DRG con finestra temporale 0-3 giorni e 4-30 giorni;
- 3) i ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici sia in degenza ordinaria che DH per esami preoperatori;
- 4) i DRG medici o chirurgici potenzialmente inappropriati riportati nel Patto per la Salute 2010-2012 da trattare preferibilmente in DH e DS.

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

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'L' followed by a flourish.

**LINEE GUIDA PER I CONTROLLI DEI RICOVERI OSPEDALIERI
ANNO 2016**

La funzione di controllo dell'attività di degenza ospedaliera è organizzata in controllo interno e controllo esterno.

LA FUNZIONE DI CONTROLLO INTERNO

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

1) Controllo della qualità e completezza delle informazioni riportate nella SDO

Il controllo della qualità e della completezza delle informazioni della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) viene effettuato ogni volta che gli archivi vengono caricati sul portale regionale creato per la mobilità sanitaria attraverso controlli automatici costruiti in base alle specifiche dei singoli campi.

ELENCO CONTROLLI SU FILE A delle degenze

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<p><u>ERR01</u></p> <p><u>Errori anagrafici</u></p>	<p>Codice fiscale</p>	<p>Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome, nome possono essere inseriti se disponibili, in ogni caso rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita anche nei casi coperti da riservatezza.</p> <p>1= Identificativo utente assente o errato Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto. Le uniche eccezioni sono rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando si intende segnalare un anonimo nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, il codice fiscale deve essere omesso e compilato con spazi, restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato. Rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita. - nuovi nati dalla data di nascita al 28° giorno di vita; in questi casi si rende obbligatoria la compilazione dei campi Cognome, Nome e data di nascita. <p>2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.</p> <p>La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso la verifica nell'anagrafe sanitaria regionale. La non individuazione degli assistiti nell'anagrafe sanitaria non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le aziende si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nell'anagrafe deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e deve essere verificata la contemporanea assenza dall'anagrafe. E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di ricovero ospedaliero si intende la data di ricovero).

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<u>ERR01</u> <u>Errori anagrafici</u>	Codice fiscale	4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata. La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza: - pazienti affetti da HIV in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 042 o V08; - pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 303xx o 304xx; - in caso di parto: in presenza di DRG da 370 a 375; - in caso di aborto: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 635xx.
<u>ERR02</u> <u>Errori sulla residenza</u>	Codice comune residenza	1= Codice comune di residenza mancante o errato (ISTAT a 6 cifre di un comune italiano) 2= Codice comune di residenza non appartenente alla Azienda USL / Regione che riceve l'addebito.
<u>ERR03</u> <u>Errori sulla prestazione</u>	DRG Codice diagnosi principale e secondarie Data di nascita Codice intervento principale DRG	1= DRG non valorizzato o non esistente su tabella relativa 2= DRG diverso da quello determinato dalla regione. 3= Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore; codici diagnosi secondarie se valorizzate, non appartenenti alla tabella in vigore. 4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta. 5= Codice intervento principale non appartenente alla tabella in vigore 6= Parto doppio (DRG=370,371,372,373,374,375) nel medesimo invio. 7= Parto doppio (DRG=370,371,372,373,374,375) in invio precedente relativo allo stesso anno di addebito. 8= DRG anomali: 424, 468, 469, 470, 476, 477.

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<u>ERR04</u> <u>Errori caratteristiche ricoveri</u>	Regime di ricovero Unità Operativa ammissione / dimissione Modalità di dimissione Tipo di ricovero MIX	1= regime ricovero assente o errato 2= Reparto ammissione/dimissione non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto ammissione/dimissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento). 3= Modalità di dimissione non valorizzata o non esistente nel dominio 4 = Tipo di ricovero non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i day hospital, cioè codice 'regime di ricovero' =2, e i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita). 5 = Più errori concomitanti per questo tipo di errore.
<u>ERR05</u> <u>Errori sulla chiave del record</u>	Numero scheda di dimissione RICOVERO DOPPIO	1= Record con numero scheda di dimissione duplicato. 3= Ricovero ripetuto effettivo. Per "ricoveri ripetuti effettivi" si intendono quei ricoveri ordinari di uno stesso assistito che avvengono nello stesso periodo di tempo. Questi casi si individuano quando: - la stringa dei campi che identificano l'utente coincide (cognome, nome, data di nascita oppure codice fiscale, qualora i campi siano compilati in modo formalmente corretto e non per campi compilati con blank e ad esclusione dei soggetti anonimi), - esiste una sovrapposizione tra i periodi di ricovero escludendo dal controllo le date di ingresso e le date di dimissione.
<u>ERR06</u> <u>Errori sull'importo e sulla sua determinabilità</u>	Importo della degenza	1= Importo assente o non valorizzato come numerico. 2= Importo non corrispondente a DRG e tariffa.
<u>ERR08</u> <u>Errori sulla data della prestazione</u>	Data di ricovero Data di dimissione Numero giorni di DH Data	1= Se la data del ricovero è assente o formalmente scorretta. 2= Se la data di dimissione è assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza 3= Data dimissione inferiore alla data ricovero. 4= In caso di ricovero in DH numero accessi in DH non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH' 6= Ricovero ordinario con durata maggiore del doppio della soglia (esclusi i reparti 28, 56, 60,75)

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
<u>ERR09</u> Errore onere della degenza	Onere della degenza	2= Onere della degenza assente o errato.
RC8AZI_ADD	Azienda addebitante	1= se il codice azienda addebitante non è presente nell'elenco dei codici aziende addebitanti e nel caso delle strutture private il codice azienda non è di pertinenza
RC8CITTADINANZA	Cittadinanza	1= se il codice della cittadinanza è diverso da 100-999 oppure non esiste nell'elenco dei paesi esteri.
RC8CITTAD_STP	Cittadinanza	1= se i primi 3 caratteri codice_fiscale sono uguali a STP, i successivi 3 contengono un numero e la cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi esteri plausibili con STP; per elenco dei paesi esteri per STP si intende la classificazione dei paesi esteri con l'esclusione di: Unione Europea, Spazio Economico Europeo, Paesi Convenzionati e Svizzera.
RC8CLASSE_PRIOR	Classe di priorità	1= se nei casi di ricovero ordinario con tipo di ricovero uguale a 1 o 4 e in tutti i casi di day hospital la classe di priorità non assume i valori A B C D.
RC8COD_COM_NASCITA	Codice comune di nascita	1= se non è verificata l'esistenza del comune di nascita nell'elenco dei comuni oppure i primi 3 caratteri del comune di nascita sono uguali a 999 e gli ultimi 3 caratteri del comune di nascita non esistono nell'elenco dei paesi esteri.
RC8COD_COM_RES	Codice comune di residenza	1= se non è verificata l'esistenza del comune di residenza nell'elenco dei comuni ISTAT oppure i primi 3 caratteri del comune di residenza sono uguali a 999 e gli ultimi 3 caratteri del comune di residenza non esistono nell'elenco dei paesi esteri.
RC8COMRES_STR	Codice comune di residenza	1= se i primi 3 caratteri del codice comune di residenza sono uguali a 999 e gli ultimi 3 caratteri sono diversi dal codice ISTAT di un Paese Estero, per prestazioni erogate a residenti all'estero 2= se i primi 3 caratteri del codice comune di residenza sono diversi da 999, per prestazioni erogate a residenti all'estero.
RC8Cod_Dia_Sec_1	Codice diagnosi secondaria 1	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 1 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 1 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Dia_Sec_2	Codice diagnosi secondaria 2	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 2 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 2 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Dia_Sec_3	Codice diagnosi secondaria 3	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 3 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 3 e codice diagnosi principale

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Cod_Dia_Sec_4	Codice diagnosi secondaria 4	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 4 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 4 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Dia_Sec_5	Codice diagnosi secondaria 5	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice diagnosi secondaria 5 nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se è uguale la codifica di codice diagnosi secondaria 5 e codice diagnosi principale
RC8Cod_Altro_int_1	Codice intervento 1	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 1 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_2	Codice intervento 2	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 2 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_3	Codice intervento 3	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 3, se valorizzata, nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_4	Codice intervento 4	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 4 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Altro_int_5	Codice intervento 5	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice di altro intervento 5 nell'elenco ICD-9-CM in uso.
RC8Cod_Int_Princ	Codice intervento principale	1= se non è verificata l'esistenza della variabile codice intervento principale nell'elenco ICD-9-CM in uso oppure se la data dell'intervento principale è compilata e non è presente il codice dell'intervento
RC8COD_USL_RES	Codice USL di residenza	1= se non è verificata l'esistenza della coppia codice regione e codice usl di residenza sull'elenco delle usl oppure se codice regione di residenza è presente sull'elenco dei paesi esteri e il codice usl di residenza non è valorizzato a ' '.
RC8ERR02CA	Codice USL di residenza	1= se Azienda USL di residenza non è congruente con il comune di residenza per residenti fuori regione.
RC8ERR02CA_U	Codice USL di residenza	1= se Asl di residenza non è congruente con il comune di residenza per i residenti in Umbria
RC8DATA_DIM	Data di dimissione	1= se data dimissione è minore della data di ricovero oppure il numero di giorni compreso tra la data di ricovero e la data di dimissione è maggiore di 366 (o formalmente scorretta)
RC8Data_Int_Princ	Data di intervento principale	1= se la data di intervento principale, (se presente), non è congruente con la data di ricovero e la data di dimissione
RC8DATA_P_PR	Data di prenotazione	1= per regime ordinario se tipo ricovero è valorizzato a 1, 4 e data di nascita è diversa da data ricovero (neonati) e data di prenotazione del ricovero è mancante oppure per regime day hospital se data di prenotazione del ricovero è formalmente scorretta o non valorizzata

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Data_1_Trasf	Data I trasferimento	1= se la data di 1 trasferimento non è compilata o formalmente scorretta quando è valorizzato il reparto del 1 trasferimento e se la data del 1 trasferimento è minore della data di ricovero
RC8Data_2_Trasf	Data II trasferimento	1= se la data di 2 trasferimento non è compilata o formalmente scorretta quando è valorizzato il reparto del 2 trasferimento e se la data del 2 trasferimento è minore della data del 1 trasferimento
RC8Data_3_Trasf	Data III trasferimento	1= se la data di 3 trasferimento non è compilata o formalmente scorretta quando è valorizzato il reparto del 3 trasferimento e se la data del 3 trasferimento è minore della data del 2 trasferimento
RC8DRG_ETA	DRG	1= se DRG compreso tra 385 e 391 ed età maggiore di 30 giorni.
RC8DRG_UOD	DRG	1= se reparto dimissione uguale a 37 e DRG minore di 353 oppure DRG maggiore di 384 2= se reparto dimissione diverso da 31,39,62,73 e DRG compreso tra 385 e 391 3= se reparto dimissione uguale a 40 e DRG diverso da 424-433 e da 521-523.
RC8TIPO_DEG_DH	DRG	1= se tipo degenza day hospital e DRG compreso tra 370 e 375.
RC8Mot_Ric_DH	Motivo di ricovero in DH	1= se il regime di ricovero è uguale a 2 e il motivo di ricovero in DH non è compreso tra 1-4 oppure il regime di ricovero è uguale a 1 e il motivo di ricovero in DH non è ' '
RC8NUM_GG_DH	Numero giorni di DH	1= se il regime di ricovero è uguale a 1 e le giornate di DH sono diverse da 0 e missing oppure se il regime di ricovero è 2 e il numero delle giornate di DH è uguale a 0 o maggiore di (data dimissione - data ricovero) + 1
RC8N_scheda	Numero scheda di dimissione	1= se non è valorizzata la variabile scheda di dimissione e se anno scheda è diverso da anno ricovero
RC8Onere_deg	Onere della degenza	1= se il paziente è residente in Italia e l'onere degenza è diverso da 1,2,5,6,9; se il paziente è residente all'estero e onere degenza è diverso da 4,7,8,9,A
RC8ONERE_STP	Onere della degenza	1= se i primi 3 caratteri codice_fiscale sono uguali a STP, i successivi 3 contengono un numero e onere degenza è diverso da 8,A.

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Onere_deg_citt	Onere della degenza	1= se il paziente è residente all'estero e onere degenza è uguale a 4 e cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi esteri; oppure se il paziente è residente all'estero e onere degenza è uguale a 7 e cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi convenzionati; oppure se il paziente è residente all'estero e onere degenza è uguale a 8,A e cittadinanza non esiste nell'elenco dei paesi esteri plausibili con STP.
RC8PESO_NASCITA	Peso alla nascita	1= se non è valorizzata la variabile peso alla nascita quando la provenienza del paziente è diversa da 4,5,6 e la data di nascita è uguale alla data di ricovero (neonati)
RC8W_POS_CONT	Posizione contabile	1= per rilevazione annuale, se la posizione contabile è diversa da 1 o assente.
RC8Prov_Paziente	Provenienza del paziente	1= se per il paziente non neonato la provenienza del paziente assume valori diversi da 1-7,9 e se invece per il paziente neonato la provenienza del paziente assume i valori diversi da 4 e ''
RC8TIPO_DEG	Regime di ricovero	1= se per il regime di ricovero uguale a 1 e data ricovero diversa da data nascita (no neonati) il tipo di ricovero non assume i valori 1-4 oppure se per il regime di ricovero uguale a 2 il tipo di ricovero non assume il valore ''
RC8REG_RES	Regione di residenza	1= se non è verificata l'esistenza del codice regione di residenza nell'elenco delle regioni oppure nell'elenco dei paesi esteri se i primi 3 caratteri del comune di residenza sono uguali a 999
RC8Riscontro_autoptico	Riscontro autoptico	1= se modalità dimissione è uguale 1 e il riscontro autoptico è diverso da 1,2 oppure modalità dimissione è diversa da 1 e il riscontro autoptico è valorizzato.
RC8Sis_Cod	Sistema di codifica ICD_9_CM	1= se per l'anno 2009 il sistema di codifica diagnosi assume valori diversi da 5 (5=ICD_9_CM 2007)
RC8TRAUMI	Traumatismi ed intossicazioni	1= se i primi 2 caratteri UOD sono diversi da 56 - 75 - 28 - 60, il regime di ricovero è uguale a 1 e il campo traumatismi-intossicazioni, se presente, non assume i valori 1-5 e 9; se i primi 2 caratteri UOD sono diversi da 56 - 75 - 28 - 60, il regime di ricovero è uguale a 2 e il campo traumatismi-intossicazioni non è uguale a ''; se il campo traumatismi-intossicazioni è diverso da '' e le prime 3 cifre di almeno uno dei sei campi diagnosi non sono comprese nei range 800-995 (con l'esclusione dei codici 905-909 e dei codici 995.90, 995.91, 995.92, 995.93, 995.94).
RC8UOD_UOTRAS	Unità Operativa	1= se reparto dimissione uguale a 28,56,75,60 e reparto 1 trasferimento diverso da "", 28,56,75,60 oppure reparto 2 trasferimento diverso da "", 28,56,75,60 oppure reparto 3 trasferimento diverso da "", 28,56,75,60.

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8UOA	Unità Operativa di ammissione	1= se non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa ammissione) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame
RC8UOD	Unità Operativa di dimissione	1= se non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa dimissione) nell'elenco delle discipline e se non c'è il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame
RC8UOD_ETA	Unità Operativa di dimissione	1= se data di nascita uguale a data di ammissione e reparto dimissione diverso da 31,39,62,73. 2= se data di nascita diversa da data di ammissione e reparto dimissione uguale a 31.
RC8UO_1_Trasf	Unità operativa di I trasferimento	1= se data del 1 trasferimento non è compilata ed è valorizzato il codice unità operativa del 1 trasferimento; nel caso in cui il codice unità operativa 1 trasferimento è valorizzato e non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa I trasferimento) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame e se il codice unità operativa 1 trasferimento è uguale al codice unità operativa ammissione
RC8UO_2_Trasf	Unità operativa di II trasferimento	1= se data del 2 trasferimento non è compilata ed è valorizzato il codice unità operativa del 2 trasferimento; nel caso in cui il codice unità operativa 2 trasferimento è valorizzato e non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa 2 trasferimento) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame e se il codice unità operativa 2 trasferimento è uguale al codice unità operativa 1 trasferimento
RC8UO_3_Trasf	Unità operativa di III trasferimento	1= se data del 3 trasferimento non è compilata ed è valorizzato il codice unità operativa del 3 trasferimento; nel caso in cui il codice unità operativa 3 trasferimento è valorizzato e non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa 3 trasferimento) nell'elenco delle discipline e se manca il riscontro con la tabella dei reparti per l'istituto in esame e se il codice unità operativa 3 trasferimento è uguale al codice unità operativa 2 trasferimento
RC8UO_Int_princ	Unità operativa di intervento principale	1= se per unità operativa intervento principale valorizzata non è verificata l'esistenza del codice disciplina (primi 2 caratteri unità operativa intervento principale) nell'elenco delle discipline

Codice controllo	Campo controllato	Descrizione controllo
RC8Reparti	Unità operativa	1= se unità 1, 2 e 3 trasferimento non valorizzate e unità di dimissione diversa da unità di ammissione; se unità 1 trasferimento valorizzata e unità 2 e 3 trasferimento non valorizzate e unità di dimissione diversa da unità 1 trasferimento oppure unità di ammissione uguale a unità 1 trasferimento; se unità 1 e 2 trasferimento valorizzate e unità 3 trasferimento non valorizzata e unità di dimissione diversa da unità 2 trasferimento o unità 2 trasferimento uguale a unità 1 trasferimento o unità ammissione uguale unità 1 trasferimento; se unità 1, 2 e 3 trasferimento valorizzate e unità 2 trasferimento uguale a unità 1 trasferimento o unità 3 trasferimento uguale a unità 2 trasferimento o unità di ammissione uguale a unità 1 trasferimento; se unità 3 trasferimento valorizzata e unità 1 o 2 trasferimento non valorizzate; se unità 2 trasferimento valorizzata e unità 1 trasferimento non valorizzata
RC8ETA	Unità operativa	1= se reparto dimissione uguale a 39 ed età maggiore di 18 anni (ad eccezione dell'ospedale di Branca) 2= se reparto dimissione uguale a 31,62,73 ed età maggiore di 1 anno.

2) Controllo di corrispondenza SDO-Cartella Clinica

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

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

Il controllo di corrispondenza SDO-Cartella Clinica deve essere effettuato su tutti i casi di DRG 424, 468, 476 e 477 (interventi chirurgici maggiori o minori non correlati con la diagnosi di dimissione) in quanto possono nascondere errori nella scelta della diagnosi principale, errori nella codifica delle patologie o degli interventi/procedure e solo in piccola percentuale risultano corretti. Il controllo di corrispondenza dovrà essere effettuato anche su tutte le cartelle estratte alla ricerca della inappropriata.



3) Controllo della appropriatezza dei ricoveri

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

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

a) Ricoveri ripetuti

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

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

- Percentuale di ricoveri ripetuti 0-1 giorno (RR₀₋₁)

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

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

D= Totale dimissioni

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

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

Paziente non 'ANONIMO';

Regime di ricovero: '1' degenza ordinaria;

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

'4' ricovero programmato con preospedalizzazione;

Modalità di dimissione: '2' dimesso a domicilio;

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

DRG può essere diverso nei due ricoveri;

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

Durata della degenza > 1 giorno;

- Percentuale di ricoveri ripetuti 2-3 giorni (RR₂₋₃)

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

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

D= Totale dimissioni

- Percentuale di ricoveri ripetuti 4 -7 giorni (RR₄₋₇)

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

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

D= Totale dimissioni

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

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

- Percentuale di ricoveri ripetuti 0 - 3 giorni (RR₀₋₃)

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

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

D= Totale dimissioni

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

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

Paziente non 'ANONIMO';

Regime di ricovero: '1' degenza ordinaria;

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o
'4' ricovero programmato con preospedalizzazione;

Modalità di dimissione: '2' dimesso a domicilio;

Reparti da escludere dai controlli: 28 Unità spinale,

56 Riabilitazione motoria,

75 neuroriabilitazione,

40 Psichiatria,

60 Lungodegenza;

stesso DRG nei due ricoveri;

sono esclusi i DRG : 409 radioterapia

410 chemioterapia non associata a leucemia

492 chemioterapia associata a leucemia;

Durata della degenza > 1 giorno;

- Percentuale di ricoveri ripetuti 4 - 30 giorni (RR₄₋₃₀)

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

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

D= Totale dimissioni

b) Omnicomprensività della Tariffa

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

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

D= Totale dimissioni di tipo chirurgico

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

Paziente non 'ANONIMO';

Tipo di ricovero: '1' ricovero programmato non urgente o
'4' ricovero programmato con preospedalizzazione;

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



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

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

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

Per i:

- ricoveri ripetuti 2-3 giorno (RR 2-3)
- ricoveri ripetuti 4-7 giorno (RR 4-7) indipendenti dal DRG

e per i:

- ricoveri ripetuti 4-30 giorno (RR 4-30) per lo stesso DRG,

c) **DRG Complicati (DRG_CC)**

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

C = totale dimissioni attribuite a DRG "Complicati"

O = totale dimissioni attribuite a DRG "Omologhi"

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

d) DRG a rischio di inappropriatazza

L'art. 6, comma 5, del Patto per la Salute 2010-2012 integra la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, con un elenco di ulteriori DRG potenzialmente inappropriati.

Le percentuali di ammissibilità della casistica in degenza ordinaria sono state individuate rispettando le indicazioni riportate nell'Allegato B del citato Patto per la Salute.

Di seguito si riporta la tabella delle soglie di accettabilità in degenza ordinaria aggiornata con DGR N.389 del 11/04/2016.

Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA Allegato B al Patto per la salute 2010-2012

DRG chirurgici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	15
2	36	Interventi sulla retina	19
2	38	Interventi primari sull'iride	17
2	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	4
2	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	3
2	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)(*)	8
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	19
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	15
3	59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	28
3	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	20
3	61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	16
3	62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1
5	119	Legatura e stripping di vene	3
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	17
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	33
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	10
6	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	12
3	168	Interventi sulla bocca con CC	24
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	9
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	11
8	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	12
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	3
8	232	Artroscopia	7
9	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85,20 e 85,21)	4
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	7



MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
9	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	19
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	4
12	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	13
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	12
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	2
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	4
12	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	25
13	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	16
13	362	Occlusione endoscopica delle tube	23
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	5
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	10
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	10

DRG medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	22
1	19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	38
2	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	28
3	65	Alterazioni dell'equilibrio (<i>eccetto urgenze</i>)	2
3	70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	43
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	40
3	74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	42
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	47
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	13
5	133	Aterosclerosi senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	6
5	134	Ipertensione (<i>eccetto urgenze</i>)	5
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	40
5	142	Sincope e collasso senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	5
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	42
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	1
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	6
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	33
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	24
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	9
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	26
8	243	Affezioni mediche del dorso (<i>eccetto urgenze</i>)	7
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	32
8	248	Tendinite, miosite e borsite	39
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	38
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	42

MDC	DRG	DESCRIZIONE	
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	43
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	47
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	31
9	276	Patologie non maligne della mammella	28
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	4
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	1
9	283	Malattie minori della pelle con CC	32
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	23
10	294	Diabete, età > 35 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	2
10	295	Diabete, età < 36 anni	37
10	299	Difetti congeniti del metabolismo	14
10	301	Malattie endocrine senza CC	19
11	317	Ricovero per dialisi renale	22
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	22
11	324	Calcolosi urinaria senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	9
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	4
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	21
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	21
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	36
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	29
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	14
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	23
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	35
14	384	Altre diagnosi preparato senza complicazioni mediche	29
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (<i>eccetto urgenze</i>)	4
16	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	28
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	17
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	17
17	409	Radioterapia	8
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	18
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	17
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	16
19	426	Nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (<i>eccetto urgenze</i>)	4
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	37
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	11
23	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	17
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (<i>eccetto urgenze</i>)	16
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	19
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	46
1	564	Cefalea, età > 17 anni	40

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

e) **DH medici diagnostici**

I DH medici diagnostici devono essere controllati al fine di individuare la possibilità di diverse forme di erogazione delle prestazioni.

f) **Parti cesarei**

La percentuale di parti cesarei è particolarmente elevata in tutto il territorio nazionale. La verifica delle cartelle cliniche di pazienti che hanno effettuato il parto cesareo può evidenziare casi in cui l'indicazione all'effettuazione dello stesso non è correttamente riportata.

g) **CHIRURGIA ambulatoriale**

Il Patto per la Salute 2010-2012 prevede che le prestazioni di seguito elencate vengano erogate in regime ambulatoriale. Occorre perciò monitorare il loro passaggio da prestazioni di degenza ad ambulatoriali verificando l'appropriatezza dei ricoveri che ricadono negli specifici DRG.

Come precisato nella DGR N.389 del 11/04/2016 il trasferimento di attività dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale deve essere realizzato nel presupposto che l'attività sanitaria trasferita sia identica alla attività originaria.

Descrizione intervento specialistica ambulatoriale	codice intervento specialistica	DRG	% ammissibilità per DRG
ricostruzione palpebra	08.72	40	casistica non presente
amputazione dita piede	84.11	114	91
riparazione monolaterale di ernia ombelicale con protesi	53.41	160	78
riparazione monolaterale di ernia ombelicale	53.49.1	160	78
riparazione monolaterale di ernia inguinale	53.00.1	162	74
riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi	53.00.2	162	74
riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	53.21.1	162	74

Descrizione intervento specialistica ambulatoriale	codice intervento specialistica	DRG	% ammissibilità per DRG
riparazione monolaterale di ernia crurale	53.29.1	162	74
riparazione di dito a martello/artiglio	77.56	225)	50
artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea...	81.72	228	65
artroplastica dell'articolazione carpocarpale ...	81.75	228	65
artroscopia sede non specificata (diagnostica)	80.20	232	50
litotrixxia extracorporea rene ...	98.51.1	323	9
	98.51.2		
	98.51.3		
amputazione e disarticolazione dita mano/pollice	84.01	441	50
	84.02		

ADEMPIMENTI DEGLI EROGATORI

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

Le attività ed i risultati dei controlli devono essere riportati in un apposito **registro dei controlli** contenente il numero della SDO, la tipologia di errore e le eventuali azioni correttive intraprese. L'attività di controllo va certificata mediante l'invio trimestrale alla Regione del **modulo riepilogativo dei controlli** di cui alla seguente Tabella n. 1.

La suddetta Tabella dovrà essere trasmessa al Servizio Mobilità sanitaria e Gestione del Sistema Informativo Sanitario e Sociale della Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale contestualmente alla trasmissione dei riepiloghi che accompagnano il 'File A' dei dimessi.

TAB. 1 - MODULO RIEPILOGATIVO DEI CONTROLLI

LOGO Azienda o Casa di Cura

PRESIDIO OSPEDALIERO o Casa di Cura

(devono essere riportati i dati del PRESIDIO OSPEDALIERO) ANNO _____

RIEPILOGO CONTROLLI EFFETTUATI nel trimestre Totale dimessi del periodo _____		
CORRISPONDENZA TRA SDO E CARTELLA (1)	Numero SDO /Cartelle sottoposte a controllo	Numero SDO che sono risultate errate
	SDO/cartelle sottoposte a verifica estratte con metodo RANDOM, in seguito all'esecuzione di controlli automatici, per segnalazioni degli acquirenti dopo gli addebiti o estratte per verifica EDIT (software PARM in dotazione), per i controlli di appropri	numero totale di SDO/cartelle che dopo la verifica risultano effettivamente errate
APPROPRIATEZZA (2)	Numero schede sottoposte a controllo	Numero SDO che sono risultate inappropriate o errate
Ricoveri ripetuti		
DRG complicati		
DRG LEA		
Ricoveri brevi di alta complessità		
DH medici diagnostici		
Parti cesarei		
Chirurgia ambulatoriale		

(1) I controlli SDO/Cartella Clinica ricomprendono tutti i casi controllati per l'Appropriatezza il totale dei casi controllati pertanto deve raggiungere nel riepilogo annuale almeno il **12,5%**

(2) L'elenco riporta alcune "possibili inappropriatezze" ma i controlli possono essere integrati in relazione alle criticità individuate. Il totale delle cartelle controllate deve raggiungere nell'arco dell'anno in esame una percentuale almeno pari al **2,5%** dei casi.

Cartelle controllate (SDO/Cartella Clinica) distribuite per tipo di ricovero

Tipo di ricovero		Numero cartelle esaminate	
Acuti	Ordinari		
	Day Hospital		
Riabilitazione	Ordinari		Totale
	Day Hospital		

Azioni intraprese a seguito dei risultati ottenuti dall'esecuzione dei controlli.

Riportare una o più delle azioni di seguito esemplificate:

- programmazione corso di codifica,
- incontri con i medici di reparto,
- inserimento di obiettivi specifici nelle schede di budget discusse con i sanitari,
- riorganizzazione attività ambulatoriale,
- altro ... (descrivere)

Dal 2012 il Ministero della Salute chiede alla Regione di allegare alla relazione sui controlli effettuati sulle cartelle cliniche i seguenti report riepilogativi contenenti anche informazioni sui risultati economici prodotti. Tale reportistica dovrà pertanto essere inviata dalle singole Aziende alla fine di ogni anno e concorrerà alla formazione della relazione annuale da inviare al Ministero nell'ambito degli adempimenti richiesti dal Tavolo LEA.

Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica 2012

Erogatore ^(a)		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati ^(b)		Misure adottate ^(d)		
Codice SSN ^(c)	Denominazione struttura erogante	Num. CC tot.	Num. CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate ^(e)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altre ^(g)
							Abbattimento tariffario ^(f)	% del Budget ^(h)	
100801	Presidio ospedaliero di Città di Castello - Umbertide			#DIV/0!		#DIV/0!			
100810	Presidio ospedaliero di Branca			#DIV/0!		#DIV/0!			
100803	Presidio ospedaliero unificato di Perugia			#DIV/0!		#DIV/0!			
100809	Presidio ospedaliero di Foligno			#DIV/0!		#DIV/0!			
100805	Presidio ospedaliero di Spoleto			#DIV/0!		#DIV/0!			
100806	Presidio ospedaliero di Orvieto			#DIV/0!		#DIV/0!			
100807	Presidio ospedaliero di Narni - Amelia			#DIV/0!		#DIV/0!			
100901	Azienda Ospedaliera di Perugia			#DIV/0!		#DIV/0!			
100902	Azienda Ospedaliera di Terni			#DIV/0!		#DIV/0!			
100701	Casa di cura Villa Fiorita			#DIV/0!		#DIV/0!			
100702	Casa di cura Porta Sole			#DIV/0!		#DIV/0!			
100703	Casa di cura Lami			#DIV/0!		#DIV/0!			
100704	Casa di cura Liotti			#DIV/0!		#DIV/0!			
100705	Casa di cura Villa Aurora			#DIV/0!		#DIV/0!			
Totale		0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!			

Note:

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)

(c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddet

(e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(g) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)

RAPPORTI CON IL CONTROLLO ESTERNO

La Regione, deputata a svolgere attività di verifica, monitoraggio ed indirizzo, ha facoltà di effettuare controlli sugli erogatori regionali ed extraregionali avvalendosi anche del personale sanitario addetto a tale attività presso i singoli erogatori.

Al fine di effettuare i controlli stabiliti dalle normative nazionali e regionali è stato istituito il Comitato per il controllo esterno.

Le strutture erogatrici offrono la propria collaborazione alla Regione e alle Aziende acquirenti cui spetta la funzione di controllo esterno ed in particolare:

1. consentono l'accesso del personale addetto al controllo esterno ai registri del controllo interno ed alle altre documentazioni necessarie all'attività di valutazione;
2. partecipano a progetti regionali finalizzati a:
 - uso appropriato dell'ospedale;
 - promozione della qualità clinica dell'assistenza erogata;
 - miglioramento della qualità percepita dal paziente;
3. collaborano seguendo le metodologie indicate dalla Regione, alla rilevazione dei profili di trattamento dei pazienti e dei relativi costi.



10 OTT. 2016
Per copia conforme
L. FUNZIONARIO

