



*Cosulich*

# Regione Umbria

Giunta Regionale

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 945 DEL 28/07/2014

**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 2014.

Marini Catuscia	Presidente della Giunta	PRESENZE
Casciari Carla	Vice Presidente della Giunta	Presente
Bracco Fabrizio Felice	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Assente
Paparelli Fabio	Componente della Giunta	Presente
Riommi Vincenzo	Componente della Giunta	Presente
Rometti Silvano	Componente della Giunta	Presente
Vinti Stefano	Componente della Giunta	Presente

Presidente: Catuscia Marini

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Efficace dal 22 AGO. 2014

Il funzionario:

*E. Bertinelli*

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta della Presidente Catiuscia Marini

**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) della dichiarazione del Dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale;
- d) 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 successive modifiche;

**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;

**Richiamata** l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 10.07.2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

**Vista** la Legge Regionale n. 18/2012 e s.m.i. relativa all'ordinamento del Servizio Sanitario Regionale;

**Visto** il Decreto Ministeriale 18 ottobre 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'*;

**Richiamato** l'art. 8-quinquies, comma 1, del 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** l'art. 8-sexies del Decreto Legislativo n. 502/1992 che definisce i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

**Richiamato** in particolare il comma 1-bis, del citato art. 8-sexies che prevede che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato;

**Richiamato** l'art. 15, commi 1-3 del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge n. 135/2012, che prevede, dal 2013, la rideterminazione del tetto di spesa della farmaceutica territoriale a carico del SSN all'11,35 per cento;

**Richiamato** l'art. 15, comma 4 del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge n. 135/2012, che prevede, a decorrere dall'anno 2013, la rideterminazione del tetto di spesa della farmaceutica ospedaliera al 3,5 per cento;

**Richiamato** l'art. 15, comma 14, del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge n. 135/2012, che prevede una riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera pari, per l'anno 2014, al 2% rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011;

**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'* concernente il protocollo d'Intesa tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia;

**Richiamata** la DGR n. 463 del 20.05.2013 in ordine al Protocollo generale d'Intesa fra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia;

**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. 914 del 21.07.2014 con oggetto: 'Linee di indirizzo per la gestione della malnutrizione';  
**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;  
**Vista** la legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13;  
**Vista** la l.r. n. 6 del 04/04/2014 recante: "Bilancio di previsione annuale per l'esercizio finanziario 2014 e bilancio pluriennale 2014-2016";  
**Vista** la D.G.R. n. 389 del 07/04/2014 avente ad oggetto: "Approvazione Bilancio di Direzione per l'esercizio finanziario 2014, art. 50, L.R. 28/02/2000, n. 13";  
**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;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

### DELIBERA

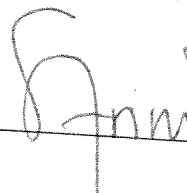
- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta della Presidente, corredati dei pareri prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare gli indirizzi e i criteri per la stipula, per l'anno 2014, 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 individuare, per l'anno 2014, i tetti relativi alla spesa farmaceutica riportati nel suddetto Allegato n.1 e determinati secondo quanto previsto dalla sopra richiamata L. n. 135/2012;
- 4) di impegnare i Direttori Generali a stipulare accordi, 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. 463/2013;
  - c. protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell'area materno-infantile, in applicazione alla D.G.R. n. 1344/2013;
- 5) di dare mandato al Dirigente del Servizio "Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie" della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale di coordinare l'attività di contrattazione e 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 Salute e Coesione Sociale, 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".

**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 2014.**

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

L'art. 8 quinquies dello stesso Decreto affida alla Regione il compito di definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali nonchè di individuare i soggetti interessati e stabilisce gli elementi che devono essere oggetto di contrattazione. Inoltre, l'art. 8-sexies definisce i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

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 riparto del Fondo Sanitario Regionale in base 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.

In particolare, la Legge n. 135/2012 inserisce il comma 1-bis al citato art. 8-sexies e 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.

Inoltre, l'art. 15, commi 1-3 del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge n. 135/2012, prevede, dal 2013, la rideterminazione del tetto di spesa della farmaceutica territoriale a carico del SSN all'11,35 per cento. La nuova normativa prevede, inoltre, che la spesa territoriale sia calcolata al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. 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. In caso di sfioramento del tetto della farmaceutica territoriale continuano ad applicarsi le vigenti disposizioni in materia di ripiano di cui all' articolo 5 della legge n.222/2007, vale a dire viene confermato il meccanismo di ripiano totalmente a carico della filiera farmaceutica (aziende, grossisti, farmacisti) anche se, a decorrere dal 2013, il pay-back sarà erogato dalle aziende farmaceutiche per il 25% alle sole regioni che hanno superato il tetto e per il restante 75% a tutte le regioni, secondo la percentuale del riparto del fabbisogno indistinto del SSN.

L'art. 15, comma 4 del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge n. 135/2012, prevede, a decorrere dall'anno 2013, la rideterminazione del tetto di spesa della farmaceutica ospedaliera al 3,5 per cento.

Infine, l'art. 15, comma 14, del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge n. 135/2012, prevede una riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera pari, per l'anno 2014, al 2% rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011.

Considerata la necessità di 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.

Infine, con riferimento all'erogazione diretta dei farmaci da parte di Aziende e Presidi Ospedalieri, si ritiene opportuno introdurre ulteriori fattori che confermino 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 intraregionale includono, per l'anno 2014, il valore economico del c.d. 'File F' distribuito dalle strutture erogatrici nell'esercizio precedente.

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 2014, 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 individuare, per l'anno 2014, i tetti relativi alla spesa farmaceutica riportati nel suddetto Allegato n.1 e determinati secondo quanto previsto dalla sopra richiamata L. n. 135/2012;
- 3) di impegnare i Direttori Generali a stipulare accordi, 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. 463/2013;
  - c. protocolli operativi integrati relativi alla riorganizzazione dell'area materno-infantile, in applicazione alla D.G.R. n. 1344/2013;
- 4) di dare mandato al Dirigente del Servizio "Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie" della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale di coordinare l'attività di contrattazione e di apportare le eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie nel corso della definizione degli accordi stessi;

5) di disporre che, in relazione all'esigenza di monitoraggio delle attività di contrattazione da parte della Direzione Salute e Coesione Sociale, 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".

Perugia, li 24/07/2014

L'istruttore  
Milena Tomassini

*Milena Tomassini*

**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 24.07.2014

Il responsabile del procedimento  
Milena Tomassini

*Milena Tomassini*

**PARERE DI LEGITTIMITÀ**

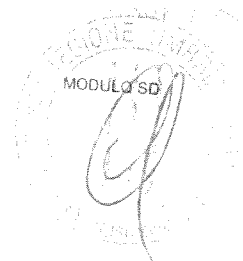
Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;  
Visto il documento istruttorio;  
Atteso che sull'atto è stato espresso:  
- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento.

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto e si dichiara che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale.

Perugia li 24.07.2014

Il dirigente di Servizio  
Paola Casucci

*Paola Casucci*



# Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE

**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 2014.

## 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 24/07/2014

IL DIRETTORE  
EMILIO DUCA





## Regione Umbria

Giunta Regionale

Assessorato regionale "Program.ne strategica generale, controllo strategico e coor.to delle Pol.che Comunitarie. Rapp.ti con il Governo e con le Istituzioni dell'UE. Intese Istit.li di programma e accordi di progr.ma quadro. Riforme Istituzionali e coord.to politiche del federalismo. Coor.to delle Politiche per l'Innovazione, la Green Economy e l'internaz.ne. Coor.to per gli interventi per la sicurezza dei cittadini. Rapporti con le Università e i Centri di Ricerca. Agenzie regionali. Relazioni intern.li, coop.ne allo sviluppo, politiche per la pace. Politiche di parità genere e antidiscrim.ne. Prot.ne civile, programmi di ricostruzione e svil.po aree colpite dagli eventi sismici. Prog.ne ed organiz.ne delle risorse finanz.. Affari istituzionali e semplificazione della P.A. Tutela della salute. Programmazione ed organizzazione sanitaria ivi compresa la gestione e valoriz.ne patrimonio sanitario, sicurezza dei luoghi di lavoro, sicurezza alimentare"

**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 2014.

### PROPOSTA ASSESSORE

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

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, li 25/07/2014

Presidente Catuscia Marini

Si dichiara il presente atto urgente

Perugia, li

L'Assessore



**Allegato n. 1**

**LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI  
ANNO 2014**

## 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.

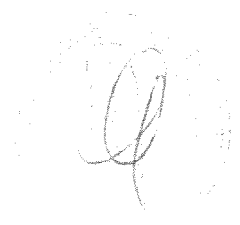
Le presenti linee guida fissano gli indirizzi e i criteri per la definizione degli accordi tra le Aziende U.S.L. e le strutture pubbliche e per la stipula dei contratti tra le medesime e le strutture private.

## 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 2014.

### **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 stipula degli accordi contrattuali e la successiva gestione è coordinata dalla Direzione regionale Salute e Coesione Sociale.

Per il 2014 si riconferma 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. 15, comma 13, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, al fine di razionalizzare le risorse e di conseguire una riduzione della spesa, prevede per le Regioni, a modifica degli standard precedentemente fissati dall'Intesa del 23 marzo 2005, uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiori a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie; prevede inoltre come riferimento, un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni. A tale scopo e 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 2013**

Aziende Sanitarie	Popolazione al 1/1/2013 ISTAT	Residenti Dimessi anno 2013	Tasso di Osped. grezzo 2013	Tasso di Osped. Standard. 2013
Az. USL 101	501.351	78.600	156,8	151,36
Az. USL 102	384.888	64.222	166,9	157,35
<b>Totale</b>	<b>886.239</b>	<b>142.822</b>	<b>161,2</b>	<b>153,89</b>

L'elaborazione è stata effettuata sul file dei dimessi del 2013 integrato con quello della mobilità passiva dello stesso anno.

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 sulla popolazione italiana del censimento 2011 è quello elaborato per gli indicatori del MES. Per il calcolo del tasso grezzo è stata utilizzata la popolazione ISTA 1-1-2013

(NB: Tasso grezzo mobilità passiva effettiva, Tasso standardizzato ricavato da MES passiva dell'anno precedente)

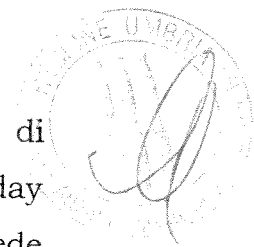
Se confrontati con l'anno precedente i valori del tasso di ospedalizzazione risultano superiori a quelli dell'anno precedente, nonostante la riduzione dei ricoveri. Ciò è dovuto alle criticità prodotte dal censimento 2011 che ha visto la popolazione nazionale ridursi di circa il 3%. Il tasso standardizzato, calcolato come sopra descritto, risulta comunque inferiore al valore del 160 x mille auspicato.

Nella successiva tabella 2 viene indicata l'attività di ricovero effettuata nel 2013 dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

**TAB. 2 ANDAMENTO RICOVERI - ANNO 2013**

AZIENDE SANITARIE	TOTALE RICOVERI	RICOVERI PER PAZIENTI EXTRAREGIONE	RICOVERI UMBRI IN UMBRIA
Azienda USL Umbria 1	32.622	3.443	29.179
Azienda USL Umbria 2	37.153	5.465	31.688
Az. Osp. Perugia	38.866	3.589	35.277
Az. Osp. Terni	29.226	5.707	23.519
Case di cura private	8.626	5.163	3.463
<b>Totale</b>	<b>146.493</b>	<b>23.367</b>	<b>123.126</b>

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 2013**

AZIENDE SANITARIE	POPOLAZ. ISTAT AL 1-1-2013	TASSO TOTALE	TASSO ACUTI ORDINARI	TASSO ACUTI DH			TASSO POST ACUZIE
				Medici	Chirurgici	Totale	
<b>Az. USL Umbria 1</b>	501.351	151,36	117,93	9,10	18,09	28,21	5,22
<b>Az. USL Umbria 2</b>	384.888	157,35	118,54	17,46	12,96	33,86	4,96
<b>Totale</b>	<b>886.239</b>	<b>153,89</b>	<b>118,13</b>	<b>12,72</b>	<b>15,84</b>	<b>30,66</b>	<b>5,10</b>

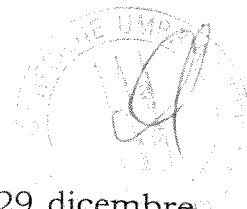
Alla luce del citato Decreto Legge n. 95/2012, l'Umbria si trova in buona posizione dal punto di vista quantitativo, avendo ottenuto un tasso di ospedalizzazione inferiore al 160 x mille in tutte le aziende del territorio regionale; è perciò opportuno rivolgere l'attenzione all'aspetto qualitativo privilegiando 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 (riportate nell'allegato 2 della presente linea guida) sono state individuate rispettando le indicazioni riportate nell'Allegato B del citato Patto per la Salute con l'aggiunta di non considerare inappropriati i casi chirurgici con degenza di un giorno, riferibili ad attività di one-day surgery.



#### 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.

Di seguito si riportano le percentuali di ammissibilità in degenza (sia ordinaria che DS) individuate in base alle caratteristiche storiche degli archivi ipotizzando che la casistica trattata negli anni passati in DS o in ordinario di un giorno possa essere trasferita in attività ambulatoriale senza problemi per il paziente.

Non vengono riportate nella tabella i DRG del Tunnel Carpale e della Vitrectomia passati già da tempo al setting ambulatoriale.

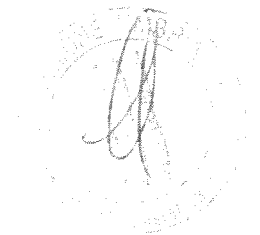
<b>Descrizione intervento specialistica ambulatoriale</b>	<b>codice intervento specialistica</b>	<b>DRG</b>	<b>% ammissibilità per DRG</b>
ricostruzione palpebra	08.72	40	casistica non presente
amputazione dita piede	84.11	114	91
riparazione monolaterale di ernia ombelicale con protesi	53.41	160	78
riparazione 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
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
amputazione e disarticolazione dita mano/pollice	84.01	441	50

Si ribadisce la necessità di modificare il setting assistenziale di tali interventi, a tal fine è stato costituito un gruppo tecnico per stilare le linee guida per la riorganizzazione della chirurgia ambulatoriale.

#### ***4.2.3 Miglioramento indicatori proposti nel Patto per la Salute 2010-2012***

La Regione Umbria aderisce al network di regioni che partecipano alla "Valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali" sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per la valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali.

Alcuni degli indicatori proposti sono stati costruiti sulla base di quelli riportati nel Patto per la Salute 2010-2012. Se ne propongono di seguito alcuni al fine di permettere il confronto tra Aziende sia all'interno della Regione che extra regionali, nell'intento di favorire azioni di miglioramento dell'appropriatezza valutabili con il miglioramento degli indicatori.





**1.1 Indicatore C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg**

Questo indicatore è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa e misura la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento. Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione; gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale, prima del ricovero. L'analisi è ristretta ai soli reparti chirurgici, in modo da escludere i pazienti afferenti a reparti medici, ma che durante la degenza hanno effettuato procedure chirurgiche correlate al trattamento o diagnosi della loro patologia; in questi casi, infatti, la procedura chirurgica non risulta essere il motivo principale del ricovero e può, quindi, essere effettuata nei giorni seguenti l'ammissione.

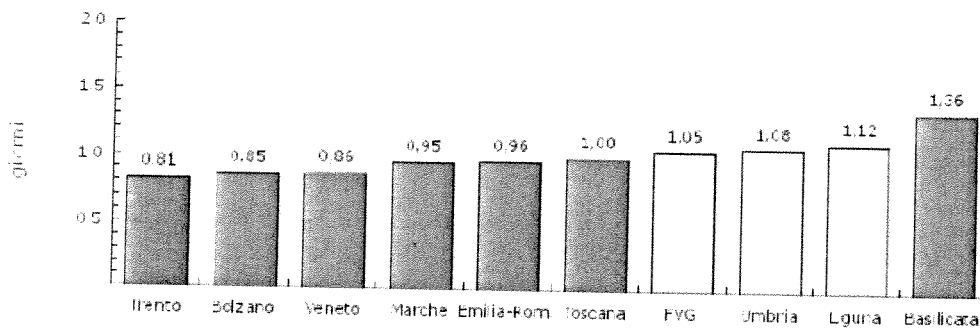
- C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg [di valutazione]

**Fasce di valutazione**

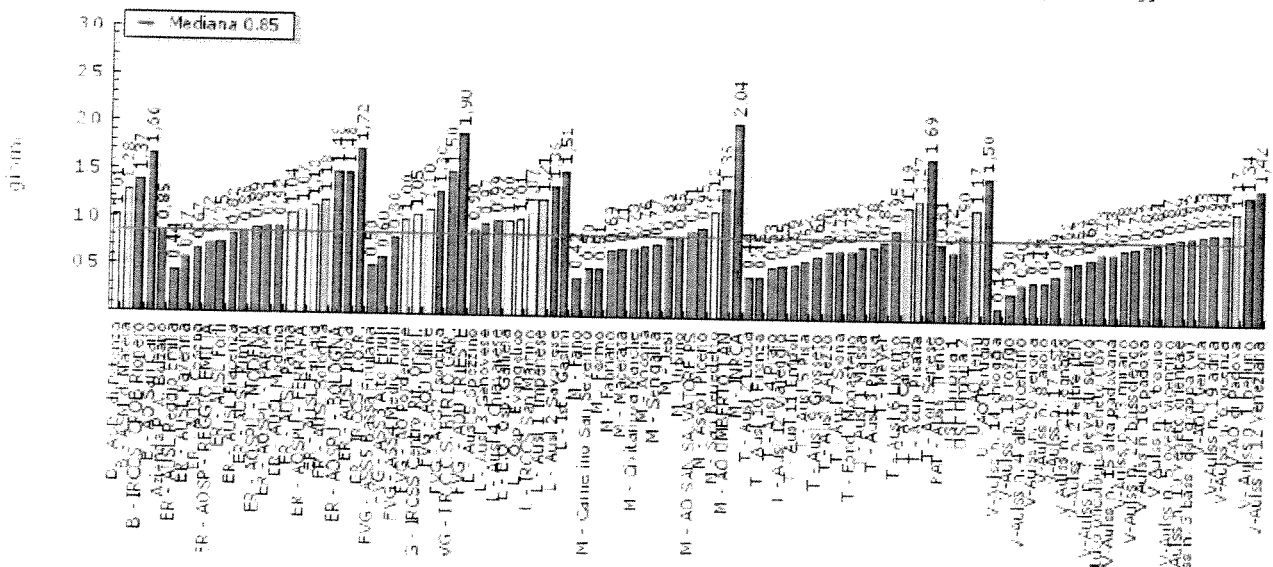
- Valutazione pessima > 1.30 ■
- Valutazione scarsa 1.30 - 1.15] ■
- Valutazione media 1.15 - 1.00] ■
- Valutazione buona 1.00 - 0.85] ■
- Valutazione ottima < 0.85 ■



**C3 - Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg**



**C3 - Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg**













17 Indicatore C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

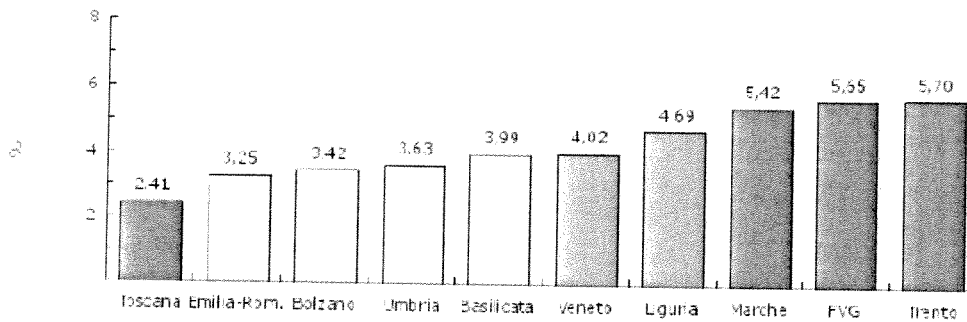
Questo indicatore identifica i ricoveri di pazienti che rimangono in ospedale più a lungo di quanto ci si aspetterebbe per motivi clinici. Una degenza troppo lunga può essere dovuta ad inefficienza sia da parte dell'ospedale che da parte del territorio, manchevole di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare o, comunque, ad una scarsa integrazione tra ospedale e territorio (cfr Patto per la salute 2010-2012). Il valore soglia di un DRG indica la durata massima che ci si aspetta per quel ricovero; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Il ricorso ai ricoveri medici oltre soglia è particolarmente accentuato nella popolazione di età superiore a 64 anni, pertanto vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.

Fasce di valutazione

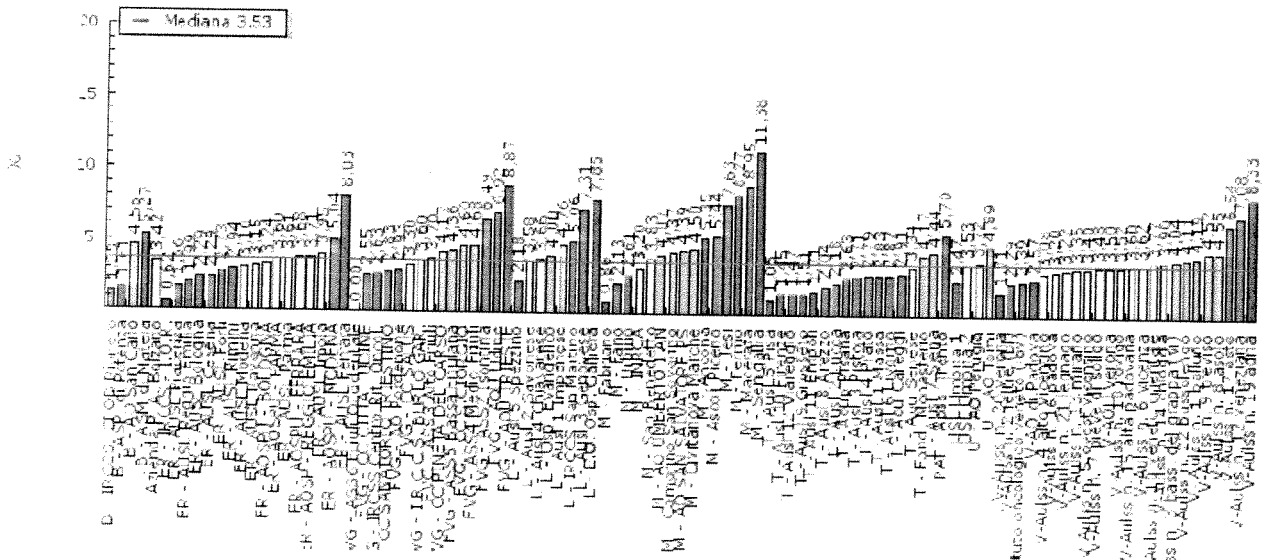
- Valutazione pessima > 5,00 ■
- Valutazione scarsa 5,00 - 4,00] ■
- Valutazione media 4,00 - 3,00] ■
- Valutazione buona 3,00 - 2,00] ■
- Valutazione ottima < 2,00 ■



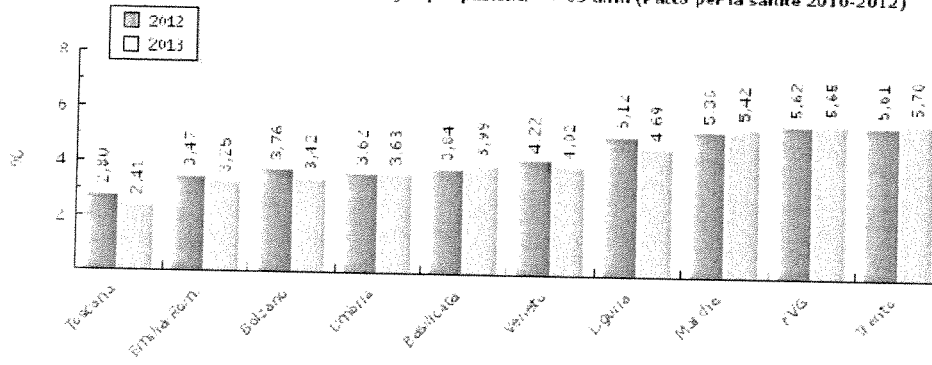
C14.4 - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)



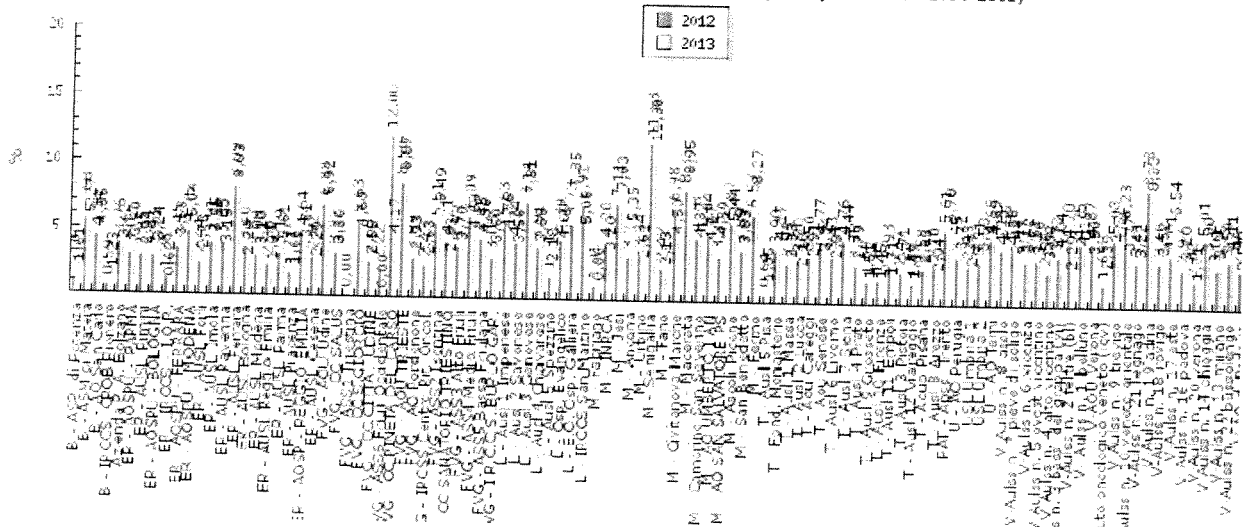
C14.4 - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)



C14.4 % Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)



C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)





## 1.8 Indicatore C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici

L'indicatore mette in luce gli aspetti relativi all'inappropriatezza organizzativa risultante dalla dimissione di un paziente da un reparto chirurgico, senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo letto di un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è auspicabile ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali casi, per contenere una dispersione di risorse.

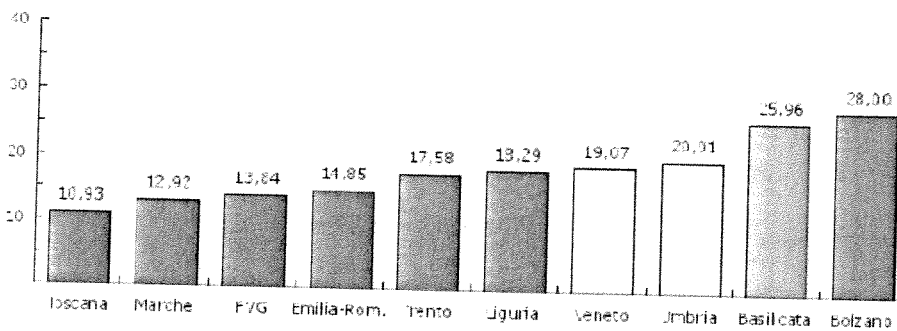
Secondo le stime, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici tendenzialmente non dovrebbe superare il 20%. L'indicatore prevede due sottoindicatori, C4.1.1 e C4.1.2, rispettivamente relativi ai ricoveri ordinari ed ai ricoveri in day hospital; questa scelta è legata all'evidenza che, all'interno di ogni azienda, il dato ha andamenti molto diversi nei due regimi di ricovero, senza alcuna evidente correlazione.

Fasce di valutazione

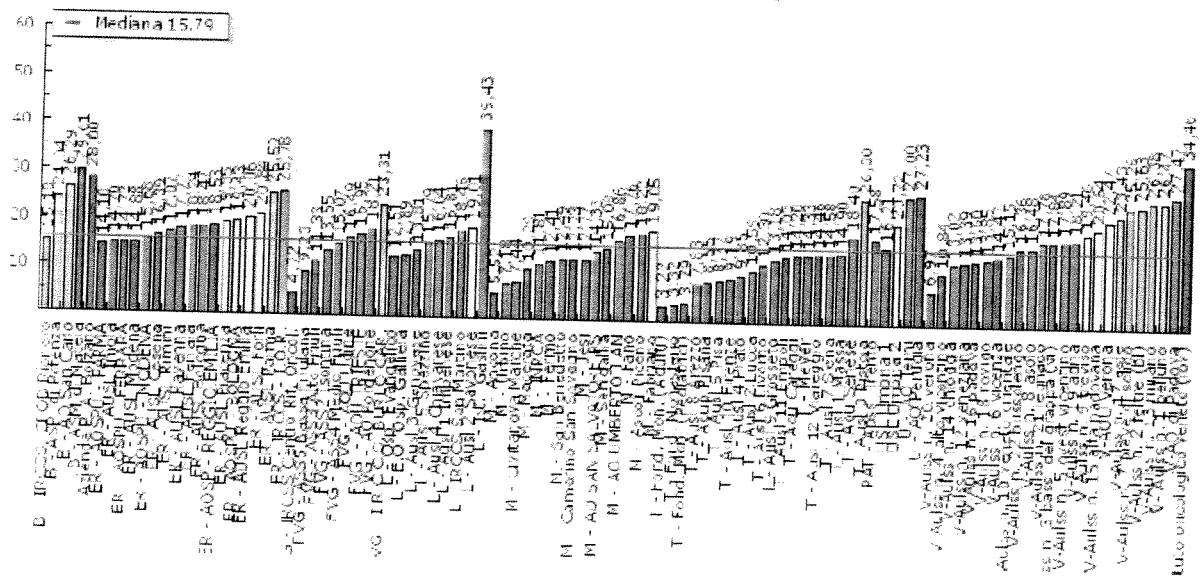
Valutazione pessima	> 27,00
Valutazione scarsa	27,00 - 23,00
Valutazione media	23,00 - 19,00
Valutazione buona	19,00 - 15,00
Valutazione ottima	< 15,00



C4.1 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici



C4.1 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici





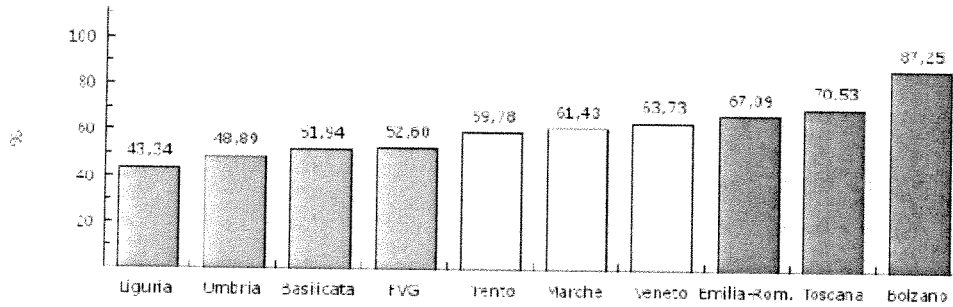
2.4 Indicatore C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute 2010-2012)

La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale. Un indebito allungamento dei tempi di attesa e il primo sintomo, dunque, di qualità insoddisfacente della prestazione. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica, le fratture del femore comportano, pertanto, una gestione articolata e complessa degli eventi.

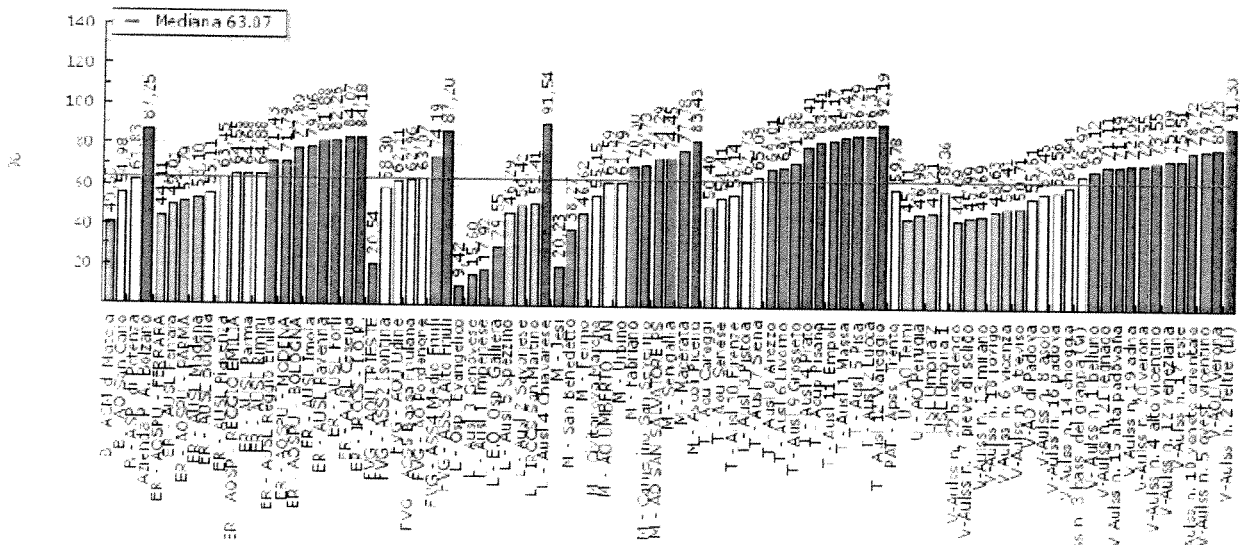
- Valutazione pessima < 41,00
- Valutazione scarsa 41,00 - 54,00
- Valutazione media 54,00 - 67,00
- Valutazione buona 67,00 - 80,00
- Valutazione ottima > 80,00

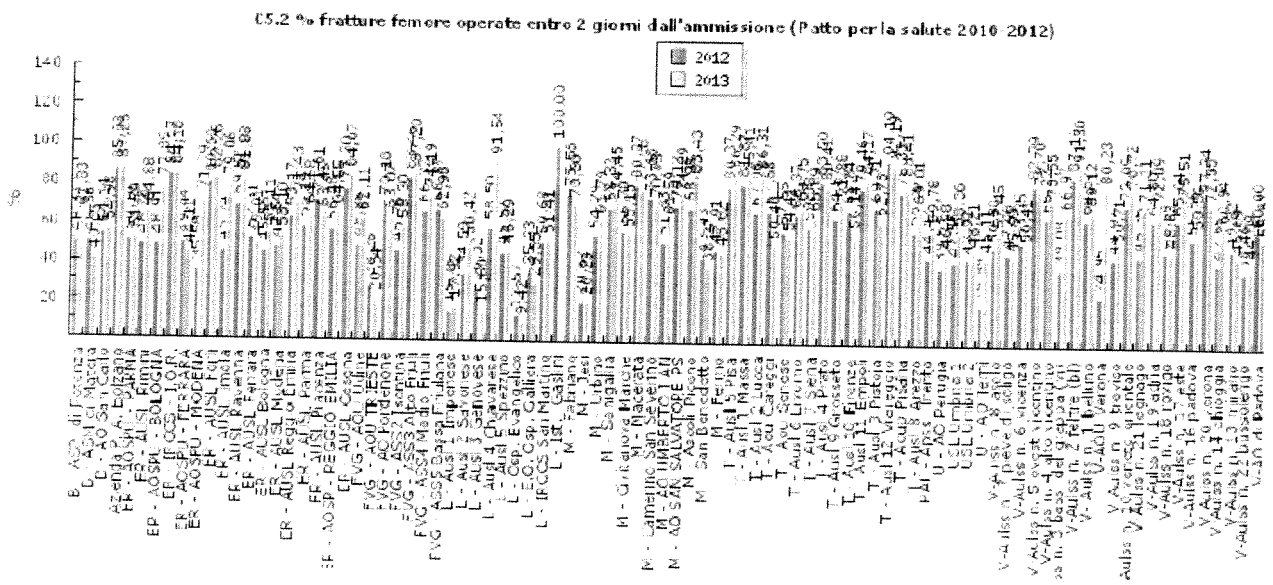
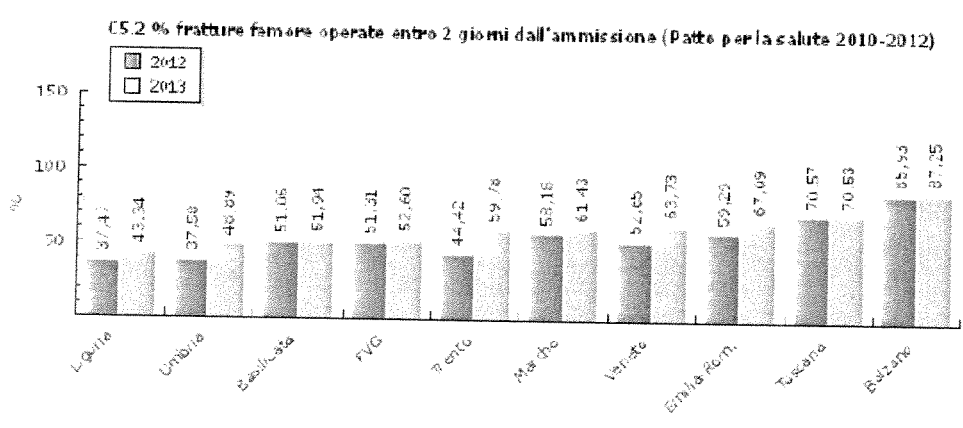
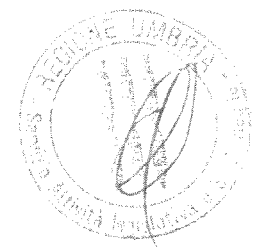


C5.2 - % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute 2010-2012)



C5.2 - % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute 2010-2012)





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.

Il Ministero della Salute, sulla base dell'analisi demografica ed epidemiologica della popolazione femminile italiana e dei relativi comportamenti riproduttivi, ha raccomandato di non superare la soglia del 20% di parti cesarei.

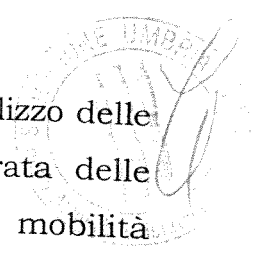
Le Aziende si dovranno adeguare al suddetto valore soglia e nel caso in cui dovesse essere superato, la casistica in eccedenza verrà tariffata con la tariffa del parto semplice.

La percentuale di cesarei nella nostra Regione è al di sopra del suddetto standard, di seguito si riporta l'indicatore calcolato secondo le schede del MES mettendo a confronto gli ultimi due anni.





Ospedaliera 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.

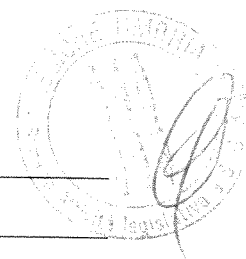


La Regione, nell'ottica di contenere il fenomeno della mobilità passiva ha stipulato accordi bilaterali con le Regioni Toscana, Marche ed Emilia Romagna nonché con strutture di alta specializzazione quali l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze. Tali accordi 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**

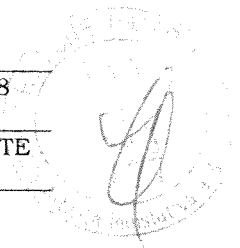
Come in passato, alle strutture erogatrici, per tutte le prestazioni effettuate, vengono applicate le tariffe piene secondo il tariffario vigente fino al raggiungimento dei volumi stabiliti nella tabella 8, che, come imposto dal comma 171 della Legge n. 311/04, fissa un unico criterio di remunerazione per pazienti intra ed extraregionali. Oltre tale limite devono essere effettuati gli abbattimenti previsti al paragrafo 4.8. Tenuto conto che le tariffe regionali sono mediamente più remunerative rispetto alla TUC, nell'atto di ripartizione delle risorse fra le Aziende è stato previsto un opportuno accantonamento con il quale coprire la differenza fra fatturato regionale e fatturato TUC.

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 ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC
7	194	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE 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
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
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 2014**

Aziende di ricovero	Azienda di residenza			Extraregione
	USL Umbria 1	USL Umbria 2	Totale	
<b>Az. Osp. Perugia</b>	37.651.270	8.589.982	<b>46.241.252</b>	<b>8.902.338</b>
<b>Az. Osp. Terni</b>	1.848.012	18.564.606	<b>20.412.618</b>	<b>6.504.013</b>
<b>Totale</b>	<b>39.499.282</b>	<b>27.154.588</b>	<b>66.653.870</b>	<b>15.406.351</b>

#### ***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.



## TAB. N. 6 MOBILITA' INTRAREGIONALE 2014 - VOLUMI FINANZIARI

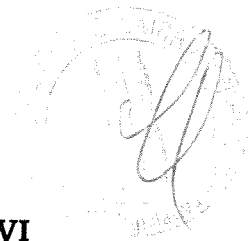
I valori riportati nelle successive Tabelle n. 6, n. 7 e n. 7 bis, rappresentano i volumi finanziari massimi relativi alla mobilità intraregionale ed extraregionale.

<b>AZIENDE ADDEBITANTI</b>	<b>Az. USL Umbria 1</b>	<b>Az. USL Umbria 2</b>	<b>Totale</b>	<b>Saldo 2014</b>
Azienda USL Umbria 1		4.904.682	<b>4.904.682</b>	<b>-199.393.545</b>
Azienda USL Umbria 2	15.931.549		<b>15.931.549</b>	<b>-106.946.568</b>
Azienda Ospedaliera di Perugia	171.347.528	20.255.949	<b>191.603.477</b>	<b>191.603.477</b>
Azienda Ospedaliera di Terni	5.401.251	94.993.148	<b>100.394.399</b>	<b>100.394.399</b>
Case di Cura private	11.617.899	2.724.338	<b>14.342.237</b>	<b>14.342.237</b>
<b>Totale</b>	<b>204.298.227</b>	<b>122.878.117</b>	<b>327.176.344</b>	<b>0</b>

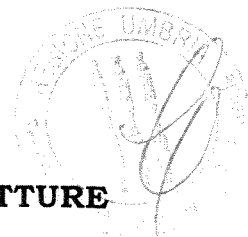
I Direttori Generali sono impegnati a stipulare accordi, prevedendo, soprattutto tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento, che, oltre ai volumi di attività previsti, vengano definiti programmi interaziendali di appropriatezza clinica e organizzativa, anche in attuazione della D.G.R. n. 970/2012.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

Infine, i Direttori Generali dovranno sviluppare ogni azione utile all'implementazione delle attività a valenza inter-aziendale, attuativa della D.G.R. n. 463/2013.

**TAB. N. 7 - VOLUMI FINANZIARI MASSIMI COMPLESSIVI  
ANNO 2014**



<b>Aziende di ricovero</b>	<b>Mobilità intraregionale 2014</b>	<b>Mobilità extraregionale 2014</b>	<b>Totale</b>
<b>Az. USL 201</b>	4.904.682	15.096.860	<b>20.001.542</b>
<b>Az. USL 202</b>	15.931.549	18.836.170	<b>34.767.719</b>
<b>Az. Osp. di Perugia</b>	191.603.477	27.770.060	<b>219.373.537</b>
<b>Az. Osp. di Terni</b>	100.394.399	23.179.605	<b>123.574.004</b>
<b>Case di Cura private</b>	14.342.237	19.306.933	<b>33.649.170</b>
<b>Totale</b>	<b>327.176.344</b>	<b>104.189.628</b>	<b>431.365.972</b>



**TAB N. 7 BIS - VOLUMI FINANZIARI MASSIMI ANNO 2014- STRUTTURE PRIVATE**

<b>CASA DI CURA</b>	<b>Mobilità intraregionale 2014</b>	<b>Mobilità extraregionale 2014</b>	<b>TOTALE</b>
VILLA FIORITA	1.053.724	2.779.836	<b>3.833.560</b>
PORTA SOLE	4.389.362	5.244.975	<b>9.634.337</b>
SAGISC	3.674.404	4.416.268	<b>8.090.672</b>
LIOTTI	4.051.894	5.325.615	<b>9.377.509</b>
VILLA AURORA	1.172.853	1.540.239	<b>2.713.092</b>
<b>TOTALE</b>	<b>14.342.237</b>	<b>19.306.933</b>	<b>33.649.170</b>

Il volume finanziario massimo evidenziato nella tabella sopra riportata si intende quale limite invalicabile ed è rappresentato dalla somma dell'attività intraregionale 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 le Direzioni ritengano di voler rimodulare l'offerta.

#### **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 dell'attuale Patto per la Salute 2014-2016, le Regioni sono tenute a 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, Marche ed Emilia Romagna nonchè con strutture di alta specializzazione quali l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze.

#### **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 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 2013). 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 (da stipularsi entro settembre c.a.) e oggetto di regolazione diretta da parte delle strutture. Comunque, qualora tale ipotesi non dovesse essere regolata a causa della mancata stipula degli accordi, si prevede che le eventuali eccedenze debbano essere addebitate applicando una maggiorazione del 5%.



#### 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, anche se non presenti nella tabella, corrispondenti ai codici AIC indicati nella tabella stessa, conseguenti all'immissione in commercio di nuove confezioni o nuovi dosaggi.

<b>Codice ATC</b>	<b>Descrizione Principio attivo</b>
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

### **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:

<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
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

<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
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 intravitteale 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.

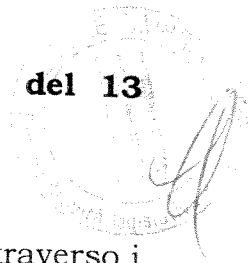
**c) Dispensazione diretta da parte delle Aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento del paziente domiciliare, residenziale e semiresidenziale (D.G.R. n. 291 del 13 marzo 2002)**

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 ( es. carbapenemi, glicopeptidi);
- ciclo terapeutico completo con sostanze ad azione immunosoppressiva (es. ciclosporina, acido micofenolico, leflunomide);
- ciclo terapeutico completo con antibiotici ed antisecretivi per l'eradicazione dell'*Helicobacter pylori*;
- ciclo terapeutico completo con farmaci antiemetici (es. ondansetron, granisetron, tropisetron, dolasetron);
- ciclo terapeutico completo con antiandrogeni (es. bicalutamide) e inibitori enzimatici (es. anastrozolo, letrozolo, exemestan);
- 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 (es. sodio polistirensulfonato).

**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

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 2014**

AZIENDA SANITARIA REGIONALE	SPESA FARM. CONV. 2014 (PROIEZ. DATI GENN.-MAGGIO 2014)	DD e DPC CLASSE A (FLUSSO NSIS GENNAIO-APRILE 2014)	QUOTA DD CLASSE A AZ. OSP. SOTTRATTA DAL TETTO ASL IN BASE QUOTA UTILIZZO	TOTALE	POP. PES.	PRO CAPITE	OBIETTIVO O PRO-CAPITE (SECONDO POPOLAZIONE PESATA)	OBIETTIVO 2014 secondo i criteri previsti dalla L. 135/2012
Azienda U.S.L. Umbria 1	73.798.998	22.668.933	4.001.785	100.469.715	492.941	203,82	202,92	100.026.068
Azienda U.S.L. Umbria 2	61.002.208	21.408.042	2.234.892	84.645.142	402.364	210,37	208,77	84.001.360
Az. Ospedaliera PERUGIA		4.357.827	- 4.357.827	-				
Az. Ospedaliera TERNI		1.878.849	- 1.878.849	-				
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>134.801.206</b>	<b>50.313.651</b>	<b>-</b>	<b>185.114.857</b>	<b>895.305</b>	<b>206,76</b>	<b>205,55</b>	<b>184.027.428</b>

**TAB. 9 SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA - ANNO 2014**

Azienda Sanitaria Regionale	COSTO 2014 da MOD. CE CONSUNTIVO 2013 [PROD. FARMACEUTICI VOCE BA0030 + FILE 'F' VOCE BA0960 SOLO PER AZ. USL] [A]	DD e DPC CLASSE A (FLUSSO NSIS GENNAIO - APRILE 2014) [B]	QUOTA DISTRIBUZIONE DIRETTA CLASSE A AZ. OSP. SOTTRATTA DAL TETTO ASL IN BASE QUOTA UTILIZZO (FLUSSO NSIS GENNAIO - APRILE 2014) [C]	TOTALE PROIEZIONE 2014 [E=A-B-C]	LIMITE 2014 secondo i criteri previsti dalla L. 135/2012
Azienda U.S.L. Umbria 1	66.239.000	22.668.933	4.001.784	39.568.283	18.030.247
Azienda U.S.L. Umbria 2	55.389.000	21.408.042	2.234.892	31.746.066	14.465.864
Az. Ospedaliera PERUGIA	39.322.000	4.357.827	-4.357.827	39.322.000	17.918.022
Az. Ospedaliera TERNI	17.421.000	1.878.849	-1.878.849	17.421.000	7.938.301
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>178.371.000</b>	<b>50.313.651</b>	<b>0</b>	<b>128.057.349</b>	<b>58.352.433</b>

#### **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 debtrici 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.

#### **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, Coesione Sociale e Società della Conoscenza 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;

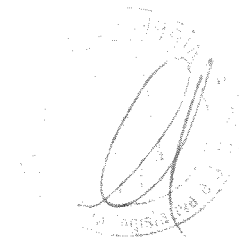
4) i DRG medici o chirurgici potenzialmente inappropriati riportati nel Patto per la Salute 2010-2012 da trattare preferibilmente in DH e DS.

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.







**Allegato n. 2**

**LINEE GUIDA PER I CONTROLLI DEI RICOVERI OSPEDALIERI  
ANNO 2014**



## **LA FUNZIONE DI CONTROLLO INTERNO**

Le strutture erogatrici dovranno assicurare la funzione di controllo interno conformemente a quanto indicato di seguito. Il calcolo degli indicatori elencati dovrà essere effettuato sull'archivio dei dimessi nell'anno in esame comprendendo tutta la casistica sia intra che extraregionale.

### **A.1.**

Controllo della qualità e della completezza delle informazioni previste nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) mediante controlli automatici secondo le specifiche dei singoli campi.

Tra i controlli automatici è compresa l'individuazione dei DRG maldefiniti o anomali (DRG\_M); oltre ai DRG 470 e 469, che non devono essere presenti nell'archivio, sono stati inoltre individuati come mal definiti o errati i seguenti DRG per i quali è opportuno un riscontro con la cartella clinica:

- 424 Interventi chirurgici di qualsiasi tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale;
- 468 Intervento chirurgico esteso non correlato alla diagnosi di dimissione principale;
- 476 Prostatectomia non correlata alla diagnosi di dimissione;
- 477 Intervento chirurgico non esteso, non correlato alla diagnosi di dimissione.

I DRG 424, 468, 476 e 477 (interventi chirurgici maggiori o minori non correlati con la diagnosi di dimissione) possono nascondere errori nella scelta della diagnosi principale, errori nella codifica, e solo in piccola percentuale risultano corretti.

### **A.2.**

Controllo della corrispondenza fra quanto registrato nella SDO e quanto riportato in cartella clinica. Vanno effettuati controlli random riguardanti almeno il 10% delle schede dei dimessi.

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 di priorità su cui intervenire per migliorare la qualità dei dati. Il controllo SDO/Cartella clinica viene inoltre effettuato in tutte le Cartelle estratte alla ricerca di possibile inappropriatazza.

### **A.3.**

Controllo della codifica da effettuare contestualmente al controllo della cartella clinica.

### **A.4.**

Controllo dell'esistenza e della consistenza di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe attraverso la verifica dei seguenti elementi:

#### **⇒ 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 (RR<sub>0-1</sub>)

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

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 (RR<sub>2-3</sub>)

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

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

D= Totale dimissioni

- Percentuale di ricoveri ripetuti 4 -7 giorni (RR<sub>4-7</sub>)

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

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 (RR<sub>0-3</sub>)

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

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 (RR<sub>4-30</sub>)

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

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

D= Totale dimissioni



⇒ **Omnicomprendività 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  $\leq 15$  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,

nel caso si riscontrino valori percentuali sostanzialmente superiori al valore regionale, si effettueranno controlli per verificare l'appropriatezza dei ricoveri stessi.



Per gli altri casi, indipendentemente dall'esito dei controlli, i ricoveri addebitati per la mobilità verranno fatturati solo una volta:

- ricoveri ripetuti 0-1 giorno (RR 0-1) per qualsiasi DRG:  
i due ricoveri individuati vengono considerati come un unico ricovero e la tariffa applicata è la maggiore tra le due.
- ricoveri ripetuti 0-3 giorno (RR 2-3) per lo stesso DRG:  
i due ricoveri individuati vengono considerati come un unico ricovero e la tariffa applicata è la maggiore tra le due.
- omnicomprensività della tariffa:  
i due ricoveri vengono trattati come unico episodio di cura e la tariffa applicata è quella del DRG chirurgico.

I controlli che comportano un abbattimento delle tariffe vanno effettuati nell'ordine sotto riportato e l'individuazione del caso comporta l'automatica esclusione dello stesso dai controlli successivi:

- 1) tariffa omnicomprensiva ;
- 2) ricoveri ripetuti con diverso DRG finestra di 0-1 giorno ;
- 3) ricoveri ripetuti con lo stesso DRG finestra di 0-3 giorni.

⇒ **DRG Complicati (DRG\_CC)**

$$DRG\_CC = (C/O) \times 100$$

C = totale dimissioni attribuite a DRG "Complicati"

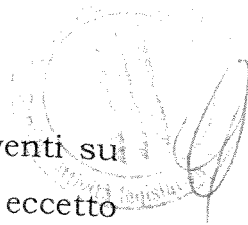
O = totale dimissioni attribuite a DRG "Omologhi"

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

Confronto con la percentuale regionale e controllo del numero di casi pari all'eccedenza.

Si precisa che la coppia DRG 223 e 224 non è una coppia di omologhi in quanto raggruppa casistica diversa e non la stessa casistica con o senza

complicazioni (223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC, 224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC).



⇒ **DRG a rischio di inapproprietezza**

L'art. 6, comma 5, del Patto per la Salute 2010-2012 integra la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inapproprietezza, 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 con l'aggiunta di non considerare inappropriati i casi chirurgici con degenza di un giorno, riferibili ad attività di one-day surgery.

Per l'anno 2014 sono state riproposte le percentuali di ammissibilità dello scorso anno.

Nell'individuazione delle percentuali sono stati esclusi i casi trattati dai reparti per post acuzie (codici 28-56-60-75); inoltre il valore medio regionale, preso come soglia di accettabilità, è stato pesato sulla casistica di pazienti acuti di ogni Azienda o Casa di cura.

Si riporta di seguito la Tabella con l'elenco dei 107 DRG potenzialmente inappropriati (Nel Patto per la salute si citano 108 DRG comprendendo anche il DRG 351 "Sterilizzazione maschile" che però non viene trattato e non è tariffato).





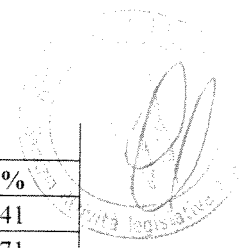
**Percentuali di ammissibilità in degenza ordinaria dei DRG LEA**  
**Patto per la salute 2010-2011**

**DRG chirurgici**

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	6	Decompressione del tunnel carpale	1
1	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	30
2	36	Interventi sulla retina	38
2	38	Interventi primari sull'iride	34
2	39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	10
2	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	8
2	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	5
2	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino ( <i>eccetto trapianti di cornea</i> )(*)	16
3	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	37
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	30
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	31
3	62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1
5	119	Legatura e stripping di vene	6
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	34
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC ( <i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i> )	66
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC ( <i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i> )	20
6	163	Interventi per ernia, età < 18 anni ( <i>eccetto ricoveri 0-1 giorno</i> )	23
3	168	Interventi sulla bocca con CC	48
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	17
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	21
8	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	24
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	6
8	232	Artroscopia	13
9	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne ( <i>codici intervento 85,20 e 85,21</i> )	8
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	13
9	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	38
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	8
12	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	25
12	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	24
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	3
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	7
12	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	50
13	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	32
13	362	Occlusione endoscopica delle tube	45
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	9
14	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	19
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	5
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	19

## DRG medici

MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
1	13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	44
1	19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	75
2	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	56
3	65	Alterazioni dell'equilibrio ( <i>eccetto urgenze</i> )	3
3	70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	86
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	79
3	74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	83
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	93
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	26
5	133	Aterosclerosi senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	12
5	134	Ipertensione ( <i>eccetto urgenze</i> )	9
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	80
5	142	Sincope e collasso senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	9
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	84
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni ( <i>eccetto urgenze</i> )	2
3	187	Estrazioni e riparazioni dentali	12
6	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	66
7	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	48
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	17
8	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	52
8	243	Affezioni mediche del dorso ( <i>eccetto urgenze</i> )	14
8	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	64
8	248	Tendinite, miosite e borsite	77
8	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	75
8	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	83
8	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	85
8	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	94
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	62
9	276	Patologie non maligne della mammella	55
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	7
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	64
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	45
10	294	Diabete, età > 35 anni ( <i>eccetto urgenze</i> )	4
10	295	Diabete, età < 36 anni	73
10	299	Difetti congeniti del metabolismo	28
10	301	Malattie endocrine senza CC	38
11	317	Ricovero per dialisi renale	44
11	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	43
11	324	Calcolosi urinaria senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	17
11	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	7
11	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	41



			DRG medici
MDC	DRG	DESCRIZIONE	%
11	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	41
11	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	71
11	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	58
12	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	28
12	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	45
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	70
14	384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	57
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni ( <i>eccetto urgenze</i> )	7
16	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	56
16	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	33
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	34
17	409	Radioterapia	16
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	35
17	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	33
17	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	31
19	426	Nevrosi depressive ( <i>eccetto urgenze</i> )	8
19	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive ( <i>eccetto urgenze</i> )	8
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	73
23	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	21
23	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	33
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute ( <i>eccetto urgenze</i> )	32
25	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	37
1	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	91
1	564	Cefalea, età > 17 anni	80

(\*) In grassetto sono riportate le clausole presenti nel Patto per la salute.

Per la casistica chirurgica sono stati esclusi dal calcolo della inappropriatezza tutti i dimessi con degenza un giorno

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



## ⇒ DRG di elevata complessità

I ricoveri per i DRG di elevata complessità, di cui si riporta l'elenco, trattati in DH o con durata della degenza di due o tre giorni devono essere controllati e motivati.

### 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)

MDC	DRG	Tipo	Descrizione
11	302	C	TRAPIANTO RENALE
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	IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
1	529	C	INTERVENTI VASCOLARI INTRACRANICI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI EMORRAGIA



MDC	DRG	Tipo	Descrizione
1	531	C	INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE CON CC
1	532	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC
5	535	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC
5	536	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
17	539	C	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
Pre	541	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI CON CC
Pre	542	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
1	543	C	TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE
8	545	C	CRANIOTOMIA CON IMPIANTO DI DISPOSITIVO MAGGIORE O DIAGNOSI PRINCIPALE DI PATOLOGIA ACUTA COMPLESSA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
8	546	C	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO
5	547	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA
5	548	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	549	C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	550	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	553	C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
5	555	C	ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
1	560	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
4	565	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA ≥ 96 ORE
6	567	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA ≥ 96 ORE
6	568	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	569	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
6	570	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON 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



⇒ **DH medici diagnostici**

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

⇒ **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.

*Il controllo, relativo alla casistica che risulta potenzialmente inappropriata, effettuato anche sulla base dei confronti con il dato medio regionale o sulla base di evidenze individuate localmente o segnalate dalla Regione dovrà comprendere almeno il 2,5 % delle cartelle prodotte.*

**A.5.**

Controllo dell'appropriatezza del ricorso all'uso degli istituti accreditati attraverso l'esecuzione annuale del Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale denominato PRUO.

**A.6.**

Controllo di accettabilità della Cartella clinica

Dal 2012 è stato introdotto tra i controlli quello sull'accettabilità della Cartella clinica. Le Aziende e Case di cura già effettuano tale controllo ed hanno personalizzato la scheda di rilevazione. Si riporta di seguito la scheda base che viene utilizzata anche dal Comitato per il Controllo esterno (Tab.1).

**Tab. 1**



COMITATO PER I CONTROLLI ESTERNI  
Valutazione requisiti accettabilità

Regione Umbria

Ospedale di \_\_\_\_\_ CARTELLA CLINICA N° \_\_\_\_\_

Data dimissione: \_\_\_\_\_ gg degenza: \_\_\_\_\_ Pz trasferito: si no Ammissione: \_\_\_\_\_  
urg prog

**REQUISITI ACCETTABILITÀ**

	applicabile	soddisfa il requisito			
01 La cartella clinica è disponibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 Nel verbale operatorio è indicato il primo operatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 La SDO è firmata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Il verbale operatorio è indicata la data completa intervento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 E' indicato il motivo del ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 Nel verbale operatorio è indicato l'intervento eseguito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Anamnesi pat. prossima presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 Lettera di dimissione/trasferimento presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Anamnesi pat. prossima leggibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 Lettera di dimissione/trasferimento datata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Esame obiettivo datato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Lettera di dimissione/trasferimento con redattore identificabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Esame obiettivo firmato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Lettera di dimissione/trasferimento con sintesi descrittiva del decorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Esame obiettivo leggibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
09 Esame obiettivo completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10 Diario medico presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11 Diario medico con annotazioni in tutte le giornate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12 Ogni annotazione è datata e firmata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13 Diario infermieristico presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14 Diario infermieristico con annotazioni in ogni turno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15 Ogni annotazione è datata e firmata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sono effettuate procedure invasive per cui è richiesto il consenso scritto	<input type="checkbox"/>	n° procedure: _____			
16 presente firma paziente + medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17 presente data di acquisizione del consenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sono effettuate procedure in anestesia generale/locoregionale	<input type="checkbox"/>	n° procedure: _____			
18 La documentazione anestesiologicala è presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19 E' indicato il monitoraggio intraoperatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<b>Totale</b>	_____	_____

**Cartella clinica accettabile**

**Cartella clinica non accettabile**





## **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.

Come noto, 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. 2.

La suddetta Tabella dovrà essere trasmessa al Servizio Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale contestualmente alla trasmissione dei riepiloghi che accompagnano il 'File A' dei dimessi, una copia delle tabelle dei controlli dovrà essere inviata all'indirizzo di posta elettronica [galessandrini@regione.umbria.it](mailto:galessandrini@regione.umbria.it)

TAB. 2 - MODULO RIEPILOGATIVO DEI CONTROLLI

LOGO Azienda o Casa di Cura

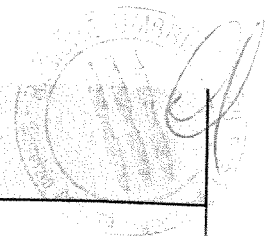
PRESIDIO OSPEDALIERO o Casa di Cura

(devono essere  
riportati i dati del  
PRESIDIO  
OSPEDALIERO )

ANNO \_\_\_\_\_

**RIEPILOGO CONTROLLI EFFETTUATI nel ..... trimestre**  
**Totale dimessi del periodo**

codice controlli	Tipo controlli	Numero SDO segnalate	Numero SDO che sono risultate errate	Numero SDO per le quali è stato possibile effettuare correzioni
A1	CONTROLLI AUTOMATICI	numero SDO segnalate dai controlli automatici	numero totale di SDO che dopo la verifica risultano effettivamente errate	numero di schede che è stato possibile correggere
		<b>Numero SDO /Cartelle sottoposte a controllo</b>	<b>Numero SDO che sono risultate errate</b>	<b>Numero SDO per le quali è stato possibile effettuare correzioni</b>
A2 (1) (2)	CORRISPONDENZA TRA SDO E CARTELLA	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	numero di schede che è stato possibile correggere
A3 (1)	CONTROLLO CODIFICA			
		<b>Numero schede sottoposte a controllo</b>	<b>Numero SDO che sono risultate inappropriate o errate</b>	<b>Numero SDO per le quali è stato possibile effettuare correzioni</b>
A4(3)(4)	APPROPRIATEZZA RICOVERI RIPETUTI			
A4(3)	APPROPRIATEZZA DRG complicati			
A4(3)	APPROPRIATEZZA DRG LEA			
A4(3)	APPROPRIATEZZA RICOVERI BREVI di alta complessità			



<b>A4(3)(4)</b>	APPROPRIATEZZA <b>DH medici diagnostici</b>			
<b>A4(3)</b>	APPROPRIATEZZA <b>Altro specificare</b>			
<b>A4(3)</b>	APPROPRIATEZZA <b>Altro specificare</b>			
		<b>Numero schede sottoposte a controllo</b>	<b>% Ammissione appropriata</b>	<b>% Degenza appropriata</b>
<b>A5</b>	PRUO	numero cartelle estratte secondo il metodo scelto		
		<b>Numero schede sottoposte a controllo</b>	<b>Numero Cartelle Cliniche accettabili</b>	
<b>A6</b>	<b>ACCETTABILITA' della Cartella Clinica</b>	numero cartelle estratte secondo il metodo scelto		

(1) Quando i controlli A2 e A3 sono sovrapponibili compilare solo A2.

(2) I controlli A2 ricomprendono tutti i controlli A4 in quanto la ricerca della inappropriata presuppone la verifica di concordanza SDO /Cartella clinica, il totale dei casi controllati pertanto deve raggiungere nel riepilogo annuale almeno il **12,5%**

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

(4) Non è quasi mai possibile segnalare delle correzioni, negli altri casi A4 la correzione di errori di codifica può modificare l'inappropriatazza

### Cartelle controllate distribuite per tipo di ricovero

Tipo di ricovero		Numero cartelle esaminate	
Acuti	Ordinari		
	Day Hospital		
Riabilitazione	Ordinari		<b>totale</b>
	Day Hospital		0

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

Riportare una o più delle azioni esemplificate di seguito

Es. 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**



# RAPPORTI CON IL CONTROLLO ESTERNO

Dal 2012 il Ministero della Salute richiede dei report annuali riepilogativi (che di seguito vengono riportati) dell'attività di controllo svolta dalle strutture preposte.

Tabella 2. Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 - Anno di verifica 2012

Struttura <sup>1)</sup>		Prestazioni ad alto rischio inappropriatazza individuate dalla Regione in riferimento a quanto previsto dall'art. 2 del D.M. del 10.12.2009													
		Prestazioni DM medico a carattere di urgenza <sup>2)</sup>		Prestazioni DM <sup>3)</sup>		Prestazione... <sup>4)</sup>		Prestazione... <sup>5)</sup>		Totale complessivo					
		Num. CC. non confermate <sup>6)</sup>	Num. CC. totali <sup>7)</sup>	Num. CC. non confermate <sup>6)</sup>	Num. CC. totali <sup>7)</sup>	Num. CC. totali <sup>7)</sup>	Num. CC. non confermate <sup>6)</sup>	Num. CC. totali <sup>7)</sup>	Num. CC. totali <sup>7)</sup>	Num. CC. non confermate <sup>6)</sup>	Misure adottate				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
100801	Presidio ospedaliero di Città di Castello - Umbertide														
100810	Presidio ospedaliero di Branca														
100803	Presidio ospedaliero unificato di Perugia														
100809	Presidio ospedaliero di Foligno														
100805	Presidio ospedaliero di Spoleto														
100808	Presidio ospedaliero di Orvieto														
100807	Presidio ospedaliero di Narni - Amelia														
100901	Azienda Ospedaliera di Perugia														
100902	Azienda Ospedaliera di Terni														
100701	Casa di cura Villa Fiorita														
100702	Casa di cura Porta Sole														
100703	Casa di cura Lami														
100704	Casa di cura Uccini														
100705	Casa di cura Villa Aurora														
Totale															

**Nota:**  
 1) CC = cartelle cliniche  
 2) Prestazione... per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriatazza rilevata riportare la descrizione e compilare le 2 colonne con i risultati dei controlli; inserire nella tabella le colonne necessarie  
 3) riportare solo se identificati dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatazza in relazione ad elevati volumi (inf. art. 2 comma 2 lett. b) DM 10.12.2009)  
 4) inf. art. 1 comma 1 DM 10.12.2009  
 5) struttura di ricovero presente nelle anagrafiche IASPI  
 6) il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli IASPI  
 7) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. Allegare documentazione riguardante la definizione dei criteri suddetti  
 8) Somma del numero cartelle cliniche (1) Num. CC. totali delle prestazioni ad alto rischio inappropriatazza  
 9) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice  
 10) IASPI  
 11) Somma del numero cartelle cliniche non confermate (2) Num. CC. non confermate delle prestazioni ad alto rischio inappropriatazza  
 12) IASPI  
 13) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatazza (in euro)  
 14) Accoglimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati  
 15) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)

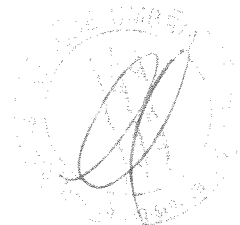


Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art.79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica 2012

Erogatore <sup>(a)</sup>		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati <sup>(b)</sup>		Misure adottate <sup>(c)</sup>		
Codice HSP <sup>(d)</sup>	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate <sup>(e)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economico		Altre <sup>(g)</sup>
							Abbattimento tariffario <sup>(f)</sup>	% sul Budget <sup>(g)</sup>	
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. 8 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)

La Regione, deputata a svolgere attività di verifica, monitoraggio ed indirizzo, ha facoltà di effettuare controlli su gli 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.

22 AGO. 2014  
Perugia, il .....

Per copia conforme  
all'originale.



IL FUNZIONARIO