

Allegato al decreto

n. 093 del 10 SET. 2021



REGIONE DEL VENETO

***Linee guida per le attività dei  
Nuclei Aziendali di Controllo***



INDICE

<b>1. I NAC DEL SSR</b>	pag. 3
<b>2. RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI: DALLA CODIFICA CLINICA ALL'INVIO IN REGIONE</b>	pag. 9
<b>3. I CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ CLINICHE</b>	pag. 22
A. Scheda di Dimissione Ospedaliera e tracciabilità del percorso di cura	pag. 22
B. Controlli interni ed esterni	pag. 32
C. Controlli sui ricoveri riabilitativi	pag. 42
D. Controlli dei DRG da innovazione clinico – scientifica	pag. 54
E. DRG ad elevato rischio di inappropriately	pag. 60
F. Temporalità delle cure ospedaliere: liste d'attesa e priorità di accesso, durata della degenza, frammentazione dei percorsi assistenziali	pag. 69
G. Controllo di qualità delle appropriatezze	pag. 79
<b>4. I CONTROLLI SULLA GESTIONE DELLA PRODUZIONE</b>	pag. 83
A. Programma nazionale esiti	pag. 83
B. Controllo dei piani terapeutici per la nota AIFA 74	pag. 83
C. Il Piano annuale dei controlli	pag. 84
<b>5. ASPETTI DI VIGILANZA GIURIDICA, AMMINISTRATIVA ED ECONOMICA</b>	pag. 89
A. Ricadute giuridiche dei controlli	pag. 89
B. Rivalutazione economica dei controlli	pag. 93
C. Ruolo certificatore e Piano Nazionale Anticorruzione	pag. 96
D. Tavolo di monitoraggio del budget degli accreditati	pag. 97
E. Questionario ministeriale LEA	pag. 98
<b>6. REPERTORIO LEGISLATIVO DEI CONTROLLI SANITARI DELLA REGIONE VENETO</b>	pag. 102



REGIONE DEL VENETO

## CAPITOLO 1 - I NAC DEL SSR

### 1. ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEI NUCLEI AZIENDALI DI CONTROLLO (NAC)

I controlli sulle prestazioni erogate dal SSR Veneto sono effettuati in prima istanza dai Nuclei Aziendali di Controllo (ultima normativa: DGR 2022/2018) che svolgono la loro attività in due aree dell'Azienda ULSS di riferimento: in quella interna delle unità gestite direttamente dal SSR e in quella esterna delle strutture private accreditate; inoltre il NAC, su richiesta della propria Azienda ULSS, può attuare controlli in tutte le strutture del SSR esterne alla propria Azienda.

Nella Regione Veneto sono presenti 9 NAC in Aziende ULSS, 2 in Aziende Ospedaliere (Padova e Verona), 1 nell'Istituto Oncologico Veneto; anche le strutture private accreditate e gli erogatori equiparati esercitano i controlli sulle codifiche dei medici clinici con personale interno prima di inviare i rendiconti delle prestazioni al Nucleo Regionale di Controllo (NRC) e all'Unità Operativa Complessa Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie.

La responsabilità dell'effettuazione dei controlli è in capo al Direttore Generale dell'Azienda ULSS, dell'Azienda Ospedaliera, dell'Istituto Oncologico Veneto (IRCCS), del Legale Rappresentante della struttura privata accreditata. Sul piano amministrativo la DGR 1306/2017 prevede che il NAC sia collocato in staff alla Direzione Sanitaria. Le altre relazioni istituzionali del NAC indicate dalle normative vigenti sono con il NRC e con l'Unità Operativa Complessa Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie.

Nella DRG 1306/2017 è previsto che il coordinamento del NAC sia affidato ad un dirigente medico e possa essere associato ad un incarico di alta specialità (in un solo caso il NAC è strutturato come Unità Semplice).

La normativa prevede che nel NAC sia inserita la presenza del Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (DGR 3444/2010 e DGR 212/2010).

Inoltre con la DGR 2174/2016 sono stati introdotti nel sistema dei controlli gli adempimenti correlati al Piano Nazionale Anticorruzione (Delibera ANAC 831/2016). In particolare è stata prevista la nomina da parte del Direttore Generale del Responsabile della Trasparenza dell'Azienda e le indicazioni sulle misure da adottare per la gestione trasparente delle liste di prenotazione e per il governo dei tempi di attesa.

Il lavoro dei NAC si svolge su prestazioni che variano per complessità clinica e assistenziale, per volumi di produzione delle unità del SSR e per il numero di strutture private accreditate da verificare: si va dalla verifica di 5 erogatori presenti nell'area della Azienda ULSS 7 ad 89 strutture private, una Azienda Ospedaliera e un IRCCS nell'area dell'Azienda ULSS 6: per queste condizioni risultano evidenti differenze di numero e di professionalità degli operatori addetti alle attività dei NAC del SSR.

In Tabella 1 è illustrata la composizione dei 12 NAC e la tipologia di strutture esterne che ciascun NAC è tenuto a verificare, relativa all'anno 2019. La maggior parte delle risorse umane è impiegata a tempo parziale e risulta incardinata in altri servizi.



**Tabella 1. Composizione (risorse umane e tipologia di strutture esterne da verificare) dei NAC della Regione Veneto, anno 2019 (dati forniti dal Nucleo Regionale di Controllo).**

ULSS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Medici	3	4	3	1	4	4	3	5	6
Infermieri	3	8	5	2	3	3	3	5	5
Clinici	Previsti	Previsti	Previsti			Previsti			
Coordinatore Proc. Prenotaz.	1	1	1	1	1	3	1	1	1
Amministrativi	1	2	2			2		3	1
Controllo di Gestione	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Direzione Amm. di Ospedale						1			
Servizio Convenzioni						1			
Trasparenza e Anticorruzione	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Str. Ricovero accreditate	1	5	5	1	3	4	0	3	7
Str. Ambulatoriali accreditate	3	19	35	5	5	91	5	22	29
Aziende pubbliche						2			1

ALTRE AZIENDE SANITARIE	AOPD	AOIVR	IOV
Medici	3	3	1
Infermieri	2	1	2
Clinici	Previsti		Previsti
Coordinatore Proc. Prenotaz.	1	1	1
Amministrativi			
Controllo di Gestione	1	1	1
Direzione Amministrativa di Ospedale	1		
Servizio Convenzioni			
Trasparenza e Anticorruzione	1	1	1

In conclusione ai NAC sono assegnate risorse diversificate per numero e professionalità, per la massima parte non dedicate a tempo pieno ma assegnate ad altre unità operative e dedicate parzialmente al lavoro del NAC. Si segnala che il coinvolgimento dei clinici non è diffusamente formalizzato, la partecipazione di operatori provenienti da unità amministrative è variabile per numero ed esperienze, e che non risulta sempre rappresentata la partecipazione anche in consulenza di altri specialisti.



## 2. COMPITI ISTITUZIONALI E FUNZIONAMENTO DEI NAC

L'evoluzione normativa dei controlli sanitari della Regione Veneto si è spostata dall'analisi dei livelli di efficienza organizzativa alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa dell'erogazione e della qualità delle prestazioni.

La normativa iniziale poneva l'attenzione alla valutazione di aspetti principalmente amministrativi (completezza e precisione nella compilazione della SDO, correttezza nell'utilizzo dei codici di diagnosi e procedure/interventi, correttezza della cronologia dei percorsi diagnostici e terapeutici, etc.). Al momento il sistema dei controlli va sviluppando l'interesse per l'appropriatezza dei ricoveri connesso con la cultura dello hospital-sparing e della semplificazione delle cure (ricoveri ordinari vs diurni; ricoveri ordinari con DRG medico e chirurgico con degenza breve: ricoveri diurni riconducibili anche a prestazioni ambulatoriali, etc.). Anche l'appropriatezza delle cure e la sicurezza e i diritti del malato promossi da nuove concezioni sociali hanno influenzato le norme e la pratica dei controlli (PNE, liste di attesa e priorità, trasparenza, durata della degenza, etc.).

Per tali motivi i compiti istituzionali dei NAC negli anni sono aumentati progressivamente e si sono diversificati in ambiti assai differenti della produzione sanitaria:

### **a) Un primo gruppo di controlli riguarda le attività cliniche e comprende:**

- 1) controllo della scheda di dimissione ospedaliera e tracciabilità del percorso di cura;
- 2) controlli interni ed esterni;
- 3) controlli sui ricoveri di riabilitazione;
- 4) innovazione clinico-scientifica;
- 5) DRG a rischio di inappropriatezza e soglie;
- 6) controlli della temporalità delle cure ospedaliere (liste di attesa e di priorità, durata delle degenze);
- 7) controllo di qualità delle appropriatezze.

### **b) Un secondo gruppo di compiti è costituito da controlli sulla gestione della produzione:**

- 1) Piano Nazionale Esiti;
- 2) controlli sui Piani Terapeutici per la nota AIFA 74;
- 3) programma annuale dei controlli.

### **c) Un terzo gruppo di compiti riguarda aspetti di vigilanza giuridica, amministrativa ed economica:**

- 1) ricadute giuridiche dei controlli sanitari;
- 2) rivalorizzazione economica dei controlli;
- 3) ruolo certificatore per il Piano Nazionale anticorruzione;
- 4) tavolo di monitoraggio del budget degli accreditati;
- 5) questionario Ministeriale LEA.

La maggior parte dei compiti, le cui Linee guida sono riportate nelle pagine successive, sono in relazione con la concreta verifica delle codifiche assegnate dai medici clinici ad ogni singola prestazione: la scheda di dimissione ospedaliera e la tracciabilità del percorso clinico costituiscono gli elementi preliminari per la formalizzazione della relazione di cura e degli esiti.



Si tratta di un processo disposto in tutta prossimità alla sede di produzione della cura, performato anche per mezzo di eventuali informazioni dirette relative alla struttura della prestazione e che condiziona le decisioni successive del sistema dei controlli.

Le Linee guida per la registrazione e rendicontazione delle codifiche e per l'invio dei report al NRC sono regolate dalla DGR 2022/2018, riferite in dettaglio più avanti.

Il lavoro del NAC ha numerosi e significativi legami con conoscenze ed esperienze cliniche ed è per tali motivi influenzato dal rinnovamento clinico-scientifico, tecnologico e della domanda di cura, dai modelli organizzativi e dalla transizione epidemiologica. Da un lato le decisioni relative alla validazione delle codifiche sono state rese più facili per la semplificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e della durata delle degenza; dall'altro le prestazioni erogate in ambulatorio, in Day Hospital/Day Surgery e in Week Surgery (che in quasi tutti i paesi occidentali coprono più dell'80% della domanda chirurgica) pongono spesso problemi di scelta del setting e di appropriatezza del ricovero; altre volte l'uso di trattamenti nuovi o soltanto modificati con l'uso di nuovi dispositivi rende difficile la registrazione della codifica appropriata.

Contemporaneamente e su un versante opposto, la multi-morbilità, diventata una presenza costante e numerosa anche negli ospedali, provoca difficoltà di attribuzione di DRG adeguati. Più in generale il modello più conforme che deve essere utilizzato è basato sul sistema delle appropriatezze e sulla temporalità dell'intero processo di cura: attese, priorità, indicazioni e scelta delle cure, gestione del setting, esiti e l'intera struttura clinica condizionano dapprima la decisione del medico e poi la valutazione della codifica e del setting assistenziale.

Questi fenomeni non occasionali indicano il legame difficile tra complessità della clinica e la sua riduzione formale attuata con la codifica, soprattutto se l'operazione è associata ad interessi professionali o finanziari; indicano anche la natura specialistica delle conoscenze necessarie perché il NAC svolga questi compiti e quelli di vigilanza e monitoraggio che la normativa gli assegna. Precisione, completezza, uso di indicatori, registrazione elettronica della totalità delle prestazioni erogate ed il rigoroso rispetto delle norme vigenti sono la guida necessaria per elaborare corrette codifiche: i risultati del lavoro dei NAC influenzano per altre vie l'appropriatezza delle attività cliniche e forniscono strumenti per valutazioni della produzione del sistema sanitario. Il lavoro del NAC per la valutazione, rendicontazione, eventuale rivalutazione e rivalorizzazione delle codifiche e iniziale istruttoria dei contenziosi, formulazione del Programma annuale dei controlli e per gli altri compiti istituzionali è regolato da linee guida disposte nelle pagine successive. Al contrario riesce difficile reperire in Letteratura, Linee-guida, Norme o Regolamenti dedicati alle modalità di funzionamento interno del servizio.

Pertanto è utile delineare anche sommariamente alcuni principi che dovrebbero guidare il lavoro del NAC: conoscenza, comunicazione ed informazione, partecipazione ed integrazione multispecialistica e multiprofessionale con confronto critico, formazione e aggiornamento caratterizzano la produzione di servizi sofisticati nella società attuale.



Queste concezioni, derivate da esperienze aziendali, comportano lo sviluppo di culture ed attività professionali di tipo specialistico di area medica ed infermieristica svolte con continuità di ruolo.

L'integrazione dei NAC con tutte le unità del SSR che partecipano al sistema dei controlli, prima ricordata sul piano delle relazioni istituzionali, è utile anche per quanto attiene aspetti conoscitivi ed esperienziali. La partecipazione frequente di clinici a scambi di informazioni è necessaria e quella di altri specialisti (epidemiologi, informatici, statistici, altri cultori di temi sanitari) può aiutare a risolvere specifici problemi e in generale partecipare ai processi di formazione continua e aggiornamento degli addetti al NAC.

### 3. RELAZIONI DEL NAC CON STRUTTURE INTERNE ALL'AZIENDA

Il NAC ha relazioni interne con le seguenti Unità Operative Aziendali:

1. Controllo di Gestione per:

- estrazione del campione dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali;
- produzione dei report dei controlli;
- rivalorizzazione economica dei controlli;
- analisi epidemiologiche.

2. Formazione per:

- pianificazione dell'attività formativa.

3. Servizio Strutture Accreditate o altro Servizio individuato dall'Azienda per:

- regolarizzazione contabile alle Strutture Private Accreditate.

4. Responsabile del Piano Anticorruzione e Trasparenza per:

- certificazione dei piani di controllo.

5. Responsabile del Registro unico dei ricoveri e delle liste operatorie per:

- verifica delle liste d'attesa.

6. Tavolo di monitoraggio aziendale per i tempi d'attesa per:

- trasmissione di eventuali criticità riscontrate.

### 4. RELAZIONI DEL NAC CON STRUTTURE ESTERNE ALL'AZIENDA

Il NAC ha relazioni esterne con le seguenti Strutture:

1. Nucleo Regionale di Controllo per:

- verifica dei piani aziendali dei controlli interni ed esterni;
- dirimere eventuali contestazioni rimaste irrisolte;
- invio dei report dei controlli.

2. Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie per:

- invio dei report dei controlli;
- richiedere consulenza e supporto nell'attuazione dei controlli interni ed esterni.

3. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie per:

- partecipare agli incontri aziendali sul monitoraggio degli obiettivi regionali.



## 5. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- DGR n. 212 del 03.03.2010 recante: *“DGR n. 3911 del 4 febbraio 2007: attivazione di un progetto formativo per i CUP Manager delle Aziende Sanitarie della Regione Veneto – Definizione della figura professionale, delle attività e competenze del Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali”*
- DGR n. 3444 del 30.12.2010 recante *“Modifica del sistema dei controlli dell’attività sanitaria nella Regione Veneto”*
- DGR n. 2174 del 23.12.2016 recante: *“Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19”*
- DGR n. 1306 del 16.08.2017 recante: *“Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l’approvazione della dotazione di strutture nell’area non ospedaliera, per l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)”*
- DGR n. 2022 del 28.12.2018 recante: *“Aggiornamento del sistema dei controlli dell’attività sanitaria nella Regione Veneto”.*



## CAPITOLO 2 - RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI: DALLA CODIFICA CLINICA ALL'INVIO IN REGIONE

### 1. IL SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI SANITARI

La Regione Veneto esercita il controllo sulle prestazioni erogate dalle Aziende pubbliche, dalle Aziende private accreditate e dagli erogatori equiparati presenti sul territorio, mediante il Nucleo Aziendale di Controllo - NAC, il Nucleo Regionale di Controllo - NRC, l'Unità Operativa Complessa Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie e l'Unità Operativa Complessa Analisi Sanitarie di Azienda Zero.

Il processo si realizza con la predisposizione dei piani annuali di controllo interni ed esterni e con l'invio al NRC, dal Coordinatore NAC aziendale, del report riepilogativo semestrale inerente le attività di verifica espletate, utilizzando gli strumenti predisposti a livello regionale. I report vanno, inoltre, inviati all'Unità Operativa Complessa Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie: copia del report inserito nel portale.

### 2. VERBALE DEI CONTROLLI

Gli esiti dei controlli interni ed esterni sono registrati tramite un verbale, predisposto dal NAC, che riporta i seguenti dati: identificativo della documentazione clinica controllata (numero SDO, numero impegnativa); tipologia di controllo (es. DRG complicato); esito (confermato/modificato); breve descrizione delle eventuali modifiche apportate; eventuali prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo.

Il verbale deve essere redatto in duplice copia e sottoscritto da entrambe le parti. La sottoscrizione del verbale comporta l'accettazione di tutti gli esiti registrati sullo stesso.

In allegato si riporta un esempio di verbale dei controlli delle prestazioni ambulatoriali (Allegato 1) ed uno dei ricoveri (Allegato 2).

### 3. IL PORTALE REGIONALE DEI CONTROLLI (PRC)

#### 3.1 ACCESSO AL PORTALE

L'accesso al PRC è realizzato mediante l'inserimento di credenziali, da richiedere all'indirizzo mail [supporto.sanita@regione.veneto.it](mailto:supporto.sanita@regione.veneto.it) tramite l'apposito modulo (Allegato 3). Con queste credenziali collegandosi al portale salute <https://salute.regione.veneto.it> nella sezione "aree tematiche - controlli attività sanitaria" si accede al sistema.

L'inserimento dei report è disposto per specifici profili:

1. *profilo Coordinatore NAC Struttura pubblica* può vedere, inserire e modificare:

- i report semestrali dei controlli esterni effettuati per ogni struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga prestazioni nel proprio territorio di competenza;
- i report semestrali dei controlli interni effettuati all'interno della propria struttura di appartenenza;



2. profilo referente NAC Struttura Privata Accreditata ed Erogatore equiparato: può vedere, inserire e modificare i controlli interni della propria struttura di appartenenza.

### 3.2 MODALITÀ DI INSERIMENTO DEI REPORT

L'inserimento dei report all'interno del PRC avviene attraverso la compilazione di tabelle precostituite di seguito descritte: A. Controlli dell'attività Specialistica Ambulatoriale; B. Controlli dell'attività di ricovero.

#### A. Inserimento dei controlli attività Specialistica Ambulatoriale

Tabella 1

Campione di prestazioni controllate		Esito dei controlli				
	Campione	Sospetto diagnostico assente	Classe di priorità assente	Sospetto diagnostico e classe di priorità entrambi assenti	Sospetto diagnostico e classe di priorità entrambi presenti	Concordanza prescritto/erogato presente
Branca	N	N	N	N	N	N

**Campione:** va inserito il numero di prestazioni (non di ricette) controllate distinto per branca.

**Sospetto diagnostico assente:** va inserito, per ciascuna branca, il numero di prestazioni con sospetto diagnostico assente.

**Classe di priorità assente:** va inserito, per ciascuna branca, il numero prestazioni con classe di priorità assente.

**Sospetto diagnostico e classe di priorità entrambi assenti:** va inserito, per ciascuna branca, il numero di prestazioni con sospetto diagnostico e classe di priorità contemporaneamente assenti.

**Sospetto diagnostico e classe di priorità entrambi presenti:** va inserito, per ciascuna branca, il numero di prestazioni con sospetto diagnostico e classe di priorità contemporaneamente presenti.

**Concordanza prescritto/erogato presente:** va inserito, per ciascuna branca, il numero di prestazioni con concordanza tra prescritto ed erogato presente.



**Tabella 2**

Campione di ricette controllate con esenzione per patologia	Corretta indicazione delle esenzioni per patologia
N	N

**Campione di ricette controllate con esenzione per patologia:** va inserito il numero di ricette (non di prestazioni) controllate con esenzione per patologia.

**Corretta indicazione delle esenzioni per patologia:** va inserito il numero di ricette controllate con corretta indicazione delle esenzioni per patologia.

**Tabella 3**

Contestazioni o rilievi.

Se SI: cliccare il pulsante a destra e allegare documentazione nelle note

Indicare se vi sono contestazioni o rilievi (SI o NO) nell'ambito del controllo delle prestazioni ambulatoriali. Se la risposta è positiva, va allegata la documentazione.

Per ciascuna voce delle tabelle il sistema provvederà in automatico a calcolare le percentuali rispetto ai dati inseriti.

**B. Inserimento dei controlli attività di Ricovero**

**Tabella 1**

	Esito dei controlli			
	Campione N	DRG modificato N	Codifica modificata N	Setting inappropriato N
Quota 2,5% - DRG a elevato rischio di inapproprietezza				
Quota 10% - Campione casuale (totale) di cui:				
A-Ordinari di tipo urgente				
B-Ordinari con DRG complicato (DGR 2022/2018)				
C-Ordinari a elevato rischio di inapproprietezza (allegato A DGR 4277/2009)				
D-Diurni attribuiti a DRG complicato (DGR 2022/2018)				
E-Diurni privi di procedure di cui al Decreto 40/2012				



F-Diurni per prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale				
G-Ordinari con DRG chirurgici 0-2 notti, unica prestazione da Decreto 40/2012				
H-Ordinari con DRG medici 0-2 notti, senza prestazioni da Decreto 40/2012				
L-Lungodegenza				
P-Psichiatria				
R-Riabilitazione				
Z-Altro (specificare)				
Altro - (specificare nella nota)				
Cartelle COVID-19				
<b>Totale campione cartelle (quota 2,5% + quota 10% + eventualmente Altro)</b>				
<b>Totale cartelle prodotte (incluse di non residenti e di nati vivi sani)</b>				

**Campione:** va inserito per ciascun indicatore (quota 2,5%, quota 10%, altro) il numero di cartelle controllate, suddiviso per quota e tipologia di ricovero, estratto dal totale delle cartelle prodotte nel periodo in esame dalla struttura erogante (nel caso di più controlli sulla stessa cartella, va conteggiata la cartella una sola volta).

**DRG modificato:** va inserito il numero di cartelle cliniche con modifica del DGR rispetto a ciascun indicatore, per la riabilitazione si intende modifica della MDC.

**Codifica modificata:** va inserito il numero di cartelle cliniche con modifica della codifica rispetto a ciascun indicatore, indipendentemente dalla modifica del DRG/MDC.

**Setting inappropriato:** va inserito il numero di cartelle cliniche con setting inappropriato rispetto a ciascun indicatore.

## Tabella 2

### Contestazioni o rilievi.

**Se SI:** cliccare il pulsante a destra e allegare documentazione nelle note

Indicare se vi sono contestazioni o rilievi (SI o NO) nell'ambito del controllo dei ricoveri. Se la risposta è positiva, va allegata la documentazione.

Per ciascuna voce delle tabelle il sistema provvederà in automatico a calcolare le percentuali rispetto ai dati inseriti.

### 3.3 SCADENZE PER L'INSERIMENTO DEI REPORT NEL PORTALE



Le scadenze di inserimento dei report dei controlli nel PRC, per ciascun anno, sono le seguenti:

- controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di ottobre dello stesso anno;
- controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di aprile dell'anno successivo.

La compilazione dei report nel PRC è semestrale nei seguenti periodi:

- primo semestre: dal 1 luglio al 30 ottobre dell'anno di riferimento;
- secondo semestre: dal 1 gennaio al 30 aprile dell'anno successivo.

I report inseriti nel PRC una volta completati vanno validati. Nel caso vi sia la necessità al di fuori del periodo indicato di apportare modifiche, occorrerà fare richiesta all'indirizzo mail del NRC.

#### 4. ANALISI DEI REPORT

A seguito delle verifiche effettuate si possono riscontrare le seguenti criticità:

- anomalie soggette a riflessione interna e risolvibili con la metodologia dell'Audit e la partecipazione dei clinici;
- contestazioni non risolvibili da sottoporre a verifica da parte del NRC.

#### 5. GESTIONE DEI CONTENZIOSI

I contenziosi vanno inviati al NRC dai NAC e riguardano gli esiti dei controlli effettuati dai NAC nelle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IOV, Strutture Private Accreditate in esito ai rilievi effettuati.

I contenziosi vanno inviati al NRC tramite mail all'indirizzo [nrc@regione.veneto.it](mailto:nrc@regione.veneto.it) e devono contenere:

- verbale sottoscritto in occasione del controllo;
- istruttoria necessaria per valutare il caso clinico oggetto di contestazione.

##### 5.1 VERBALE DEI CONTENZIOSI DI PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

###### Codifica, setting ed appropriatezza

Nel verbale deve essere esplicitata la tipologia di prestazioni per le quali non si è raggiunto l'accordo e la loro numerosità. Va indicato se il contenzioso riguarda il setting, la codifica od entrambe. Vanno, inoltre, riportati i riferimenti normativi e/o le linee guida di riferimento.

###### Per il ricovero diurno

Va esplicitato se il ricovero diurno poteva essere ricondotto a livello ambulatoriale e se il numero di accessi non è risultato corretto.

###### Per la riabilitazione

Va indicato se il contenzioso riguarda un ricovero conseguente ad un evento indice o da domicilio. Va inoltre esplicitato se il contenzioso riguarda l'assenza del progetto/programma riabilitativo e/o la durata dei progetti riabilitativi.

###### Per le alte specialità riabilitative



Oltre a quanto detto per la Riabilitazione va esplicitato se non ricorrono i criteri di appropriatezza definiti dalla normativa vigente e quali.

#### **Per la Psichiatria**

Va esplicitato se il contenzioso riguarda la codifica o la scelta del setting assistenziale o l'assenza del progetto/programma riabilitativo.

#### **Altro**

Vanno specificate altre eventuali criticità.

### **5.2 VERBALE DEI CONTENZIOSI DI PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE**

Vanno chiarite le criticità connesse alla verifica sulle prestazioni ambulatoriali dettagliando se si tratta di prestazioni ambulatoriali traccianti, non traccianti, accorpamenti di prestazioni ambulatoriali, pacchetti di Day Service.

### **5.3 ISTRUTTORIA**

Al verbale si aggiungono eventuali istruttorie elaborate dalla Direzione Strategica, cui possono essere aggiunte le istruttorie eventualmente elaborate dalla struttura in cui è emerso il contenzioso, su richiesta della struttura.

### **5.4 VALUTAZIONI DEL NRC**

Il NAC provvede ad inviare al NRC, su richiesta di quest'ultimo, copia della documentazione sanitaria oggetto del contenzioso o di un campione della medesima.

Le decisioni assunte dal NRC in materia di contenziosi sono vincolanti e definitive, nei termini di legge, per tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, con i conseguenti effetti economici stabiliti.

### **6. NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

-Legge n. 133 del 6.8.2008 recante: *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria"*.

-DGR n. 2022 del 28.12.2018 recante: *"Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto"*.



**Allegato 1:**

**ESEMPIO DI VERBALE DEL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Visita di controllo delle prestazioni ambulatoriali del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ semestre anno \_\_\_  
Struttura accreditata verificata ...

NAC ...

Preparato da:	Ruolo:	Data stesura:
Verificato da:	Ruolo:	Descrizione modifica:
Approvato da:	Ruolo:	

**Ordine del giorno**

Verifica delle prestazioni ambulatoriali della settimana dal ... al ... dell'anno ..., come previsto nel piano di controllo del NAC di ..., in attuazione alla DGR 2022/2018.

**Componenti per la verifica**

NAC: ...

Struttura soggetta a verifica: ...

**Durata della verifica**

Giornate di verifica:

**Campione**

- Prestazioni ambulatoriali relative alla settimana dal ... al ... anno ..., come previsto dall'allegato A della DGRV n. 863/2011.
- Va indicato se la verifica avviene sulle prestazioni traccianti oppure sulle prestazioni non traccianti.
- Numero di prestazioni ambulatoriali totali: ...
- Numero di prestazioni ambulatoriali verificate: ...
- Numero di prestazioni ambulatoriali non disponibili: ...

**Esiti del controllo**

Codice branca	Descrizione	Campioni N.	Sospetto diagnostico N.	Classe di priorità assente N.	Sospetto diagnostico e classe di priorità entrambe assenti N.	Sospetto diagnostico e classe di priorità entrambe presenti N.	Concordanz a prescritto/ erogato presenti N.
------------------	-------------	----------------	-------------------------------	--	---	--	---



**REGIONE DEL VENETO**

8	Cardiologia						
9	Chirurgia generale						
12	Chirurgia plastica						
14	Chirurgia vascolare (angiologia)						
19	Endocrinologia						
29	Nefrologia						
30	Neurochirurgia						
32	Neurologia						
34	Oculistica						
35	Odonto/chirurgia maxillo facciale						
36	Ortopedia e traum.						
37	Ostetricia e ginecologia						
38	Otorinolaringoiatria						
40	Psichiatria						
43	Urologia						
52	Dermosifilopatia						
56	Medicina fisica e riabilitazione						
58	Gastroenterologia						
61	Medicina nucleare						
65	Oncologia						
68	Pneumologia						
69	Radiologia diagnostica						
70	Radioterapia						
<b>Prestazioni non traccianti</b>							
<b>Sommatoria di controllo</b>							

Campione di ricette controllate con esenzione per patologia	Corretta indicazione delle esenzioni per patologia
N	N



**Descrizione delle eventuali modifiche apportate**

È necessario allegare la maschera riassuntiva di ciascuna prestazione ambulatoriale verificata che può essere predisposta anche in forma di file allegato, per le prestazioni anomale occorre indicare il dettaglio, ad esempio il motivo della mancata concordanza tra prescritto ed erogato.

**Cartellino ambulatoriale**

Va indicato se vi sono specifiche inerenti il referto ambulatoriale.

**Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali**

Occorre specificare se nella verifica sono stati valutati accorpamenti di prestazioni e quali sono stati gli esiti della verifica.

**Pacchetti di Day Service**

Occorre specificare se nella verifica sono stati valutati pacchetti di Day Service e quali sono stati gli esiti della verifica.

**Eventuali prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo**

Vedi paragrafo dedicato.

**Sottoscrizione del verbale**

Il verbale va sottoscritto sia dal NAC sia dalla struttura sottoposta a controllo.



**Allegato 2**

**ESEMPIO DI VERBALE DEL CONTROLLO DEI RICOVERI**

Visita di controllo dei ricoveri del ... semestre anno ...

Struttura accreditata verificata ...

NAC ...

Preparato da:	Ruolo:	Data stesura:
Verificato da:	Ruolo:	Descrizione modifica:
Approvato da:	Ruolo:	

Ordine del giorno

Verifica delle cartelle cliniche del \_\_/\_\_/\_\_ semestre dell'anno \_\_\_\_, come previsto nel piano di controllo del NAC di ..., in attuazione alla DGR 2022/2018.

Componenti per la verifica

NAC: ...

Struttura soggetta a verifica: ...

Durata della verifica

Giornate di verifica: ...

Campione

- Cartelle cliniche: campione estratto dal Controllo di Gestione, come previsto nel piano di controllo del NAC, in attuazione alla DGR 2022/2018
- Numero di cartelle cliniche totali: ...
- Numero di cartelle verificate: ...
- Numero di cartelle non disponibili: ...

Esiti del controllo

	Esito dei controlli			
	Campione N	DRG modificato N	Codifica modificata N	Setting inappropriato N
Quota 2,5% - DRG a elevato rischio di inappropriatazza				
Quota 10% - Campione casuale (totale) di cui:				
A-Ordinari di tipo urgente				
B-Ordinari con DRG complicato (DGR 2022/2018)				



C-Ordinari a elevato rischio di inappropriatazza (allegato A DGR 4277/2009)				
D-Diurni attribuiti a DRG complicato (DGR 2022/2018)				
E-Diurni privi di procedure di cui al Decreto 40/2012				
F-Diurni per prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale				
G-Ordinari con DRG chirurgici 0-2 notti, unica prestazione da Decreto 40/2012				
H-Ordinari con DRG medici 0-2 notti, senza prestazioni da Decreto 40/2012				
L-Lungodegenza				
P-Psichiatria				
R-Riabilitazione				
Z-Altro (specificare)				
Altro (specificare)				
Totale campione cartelle (quota 2,5% + quota 10% + eventualmente Altro)				
Totale cartelle prodotte (incluse di non residenti e di nati vivi sani)				

**Descrizione delle eventuali modifiche apportate**

È necessario allegare la maschera riassuntiva di ciascuna SDO verificata che può essere predisposta anche in forma di file allegato.

Per le SDO modificate o non confermate va predisposta la maschera anche in forma cartacea che deve riportare:

**a. per le modifiche sulla codifica:**

- se la diagnosi principale non era corretta e con quale codice andava indicata;
- se la diagnosi secondaria era eccedente;
- se la diagnosi secondaria non era corretta e con quale codice andava indicata;
- se la diagnosi secondaria era omessa e con che codice andava indicata;
- se l'intervento principale non era corretto e con quale codice andava indicato;
- se l'intervento secondario era eccedente;
- se l'intervento secondario non era corretto e con quale codice andava indicato;
- se l'intervento secondario era omesso e con che codice andava indicato;
- se le modifiche sopradescritte hanno comportato cambio di DRG/MDC e il nuovo DRG/MDC;



**b. per l'inappropriatezza del setting:**

- se il ricovero andava effettuato in altro regime (ordinario, week surgery, diurno);
- se il ricovero andava effettuato a livello ambulatoriale;
- se il ricovero non era di tipo urgente;
- se il ricovero riabilitativo non era appropriato;

**c. altro:**

- altre specifiche.

**Eventuali prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo**

Vedi paragrafo dedicato.

**Sottoscrizione del verbale**

Il verbale va sottoscritto sia dal NAC sia dalla struttura sottoposta a controllo.



REGIONE DEL VENETO

Allegato 3

Richiesta profilo utente

U. O. Sistema Informativo SSR

Inviare il modulo, compilato o firmato, per email a: [supporto.sanita@regione.veneto.it](mailto:supporto.sanita@regione.veneto.it)

Ente/Organizzazione \*   
Struttura di appartenenza   
Sede

**DATI DEL RICHIEDENTE** [DIRETTORE o RESP. del Reparto / Servizio] (Resp. trattamento dati personali – Legge Privacy)

Nome \*  Cognome \*   
Email \*  Telefono   
In qualità di (inserire la qualifica) \*

**DATI UTENTE DA ABILITARE**

Nuovo Utente  Sì  No

Nome \*  Cognome \*   
Codice Fiscale \*  Email \*   
Recapito Telefonico (Ufficio) \*   
Competenza da richiedere \*

NOTE: Eventuale email dove recapitare l'avvenuta attivazione o account da disabilitare:

\* Campi obbligatori

Trattamento dei dati personali: il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", riportata in calce.

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA del DIRETTORE o RESPONSABILE  
REPARTO / SERVIZIO

Data

Nota: Il modulo dovrebbe essere compilato preferibilmente in modo digitale prima della stampa per la firma.

Informative sul trattamento dei dati personali (ex art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)  
Il D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge tale trattamento sarà improntato al principio di correttezza, lecità e trasparenza tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. L'elenco dei dati che La riguardano ha come finalità l'accoglimento della richiesta in oggetto e la gestione degli aspetti tecnico-amministrativi legati agli accessi relativi. I dati raccolti potranno essere trattati anche per finalità statistiche. La gestione dei dati è informatizzata e automatizzata. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti né diffusi e saranno usati dagli incaricati del Settore Sistema Informativo SSR nell'ambito delle loro competenze. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'attivazione dei servizi. Il titolare del trattamento è Regione Veneto. La competenza i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, Lei potrà, quindi, chiedere al Responsabile del trattamento la correzione e l'aggiornamento dei propri dati e, successivamente gli accessi, la cancellazione o il blocco.



## CAPITOLO 3 - I CONTROLLI SULLE ATTIVITA' CLINICHE

### A. SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA E TRACCIABILITA' DEL PERCORSO DI CURA

#### 1. SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (**SDO**) è parte integrante della cartella clinica, come documento inserito o come frontespizio della cartella clinica.

Secondo il DM 28/12/91 la SDO deve essere firmata dal Medico dimettente (timbro e firma). La SDO va controfirmata dal Responsabile dell'Unità Operativa che si assume la responsabilità della regolare compilazione.

La compilazione della SDO deve essere effettuata nel minore tempo possibile dopo la dimissione.

La SDO va compilata sia nel ricovero ordinario/week surgery sia nel ricovero diurno.

Secondo quanto disposto dall'articolo 2 del DM 27/10/2000 sono compiti del Direttore Sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella SDO.

Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (**flusso SDO**) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio nazionale, tratte da ciascuna SDO. L'ultima normativa di riferimento è il Decreto 49/2017.

Aspetti dei dati della SDO utili ai fini della tracciabilità dei percorsi del malato prima, durante e dopo il ricovero, sono illustrati di seguito con i valori previsti dal decreto.

#### 2. TRACCIABILITA' DEI PERCORSI DEL MALATO PRIMA DEL RICOVERO

##### 2.1 DATA DI PRENOTAZIONE DEL RICOVERO

La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno, in week surgery e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" – ricovero programmato non urgente, oppure "4" – ricovero programmato con preospedalizzazione, oppure "5" - ricovero programmato con preospedalizzazione ammesso in week surgery e dimesso in ordinario).

La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero.

In caso di trasferimenti da altri istituti, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due istituti.

La data di prenotazione non si compila per tipo ricovero "6" – parto non urgente.

***Si ricorda che viene segnalato come possibile errore il ricovero programmato con data di prenotazione del ricovero uguale alla data di ricovero.***



## 2.2 CLASSE DI PRIORITÀ

Per tutti i ricoveri per i quali è inserita la data di prenotazione dovrà essere compilata la classe di priorità secondo il seguente schema:

**A = ricovero entro 30 giorni** per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

**B =ricovero entro 60 giorni** per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

**C =ricovero entro 90 giorni** per i casi clinici che presentano dolore, disfunzioni, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

**D =ricovero entro 180 giorni** per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzioni, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

**E =ricovero senza attesa** per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzioni, o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati **almeno entro 12 mesi**.

## 2.3 PROVENIENZA DEL PAZIENTE

I valori previsti sono:

- 01 Ricovero al momento della nascita
- 02 Ricovero da Pronto Soccorso
- 03 Ricovero per paziente inviato all'Istituto di cura con proposta di un medico
- 04 Ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura
- 05 Ricovero per paziente trasferito da un Istituto di cura pubblico
- 06 Ricovero per paziente trasferito da un Istituto di cura accreditato
- 07 Ricovero per paziente trasferito da un Istituto di cura non accreditato
- 10 Ricovero per paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad es. residenze socioassistenziali, hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/1978)
- 11 Ricovero per paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso
- 12 Ricovero proveniente da OBI
- 13 Ricovero per paziente proveniente dal carcere
- 18 Ricovero per paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nello stesso Istituto di cura
- 19 Ricovero per paziente trasferito da altro regime di ricovero (da ricovero diurno a regime di ricovero ordinario oppure da ricovero diurno a regime di ricovero in week surgery) nello stesso Istituto di cura
- 99 Altro



## 2.4 TIPO DI RICOVERO

I valori previsti sono:

- 1 Ricovero programmato, non urgente
- 2 Ricovero urgente (incluso il ricovero esitato da Osservazione Breve Intensiva)
- 3 Ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
- 4 Ricovero programmato con preospedalizzazione
- 5 Ricovero programmato con preospedalizzazione ammesso in week surgery e dimesso in ordinario
- 6 Parto non urgente

Si raccomanda la corretta scelta del setting assistenziale di ricovero, in quanto non sono ammessi ricoveri diurni (Day Hospital/Day Surgery) con pernottamento, previsto esclusivamente per i ricoveri ordinari o di week surgery.

I ricoveri programmati aperti come week surgery, ma transitati in ordinario per prolungamento della degenza nei giorni festivi, non danno origine ad una dimissione, ma devono essere riclassificati con tipo ricovero "5=ricovero programmato con preospedalizzazione ammesso in week surgery e dimesso in ordinario".

## 2.5 REGIME DI RICOVERO

Il tracciato SDO prevede di utilizzare i codici seguenti:

- 1 = ricovero ordinario
- 2 = ricovero diurno
- 3 = week surgery

Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato;
- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.

## 2.6 TRAUMATISMI E INTOSSICAZIONI

Il campo va compilato per i ricoveri per acuti (non Lungodegenza, Riabilitazione, Neuroriabilitazione o Unità Spinale), sia ricoveri urgenti sia ricoveri programmati, in regime ordinario o Week Surgery (non Day Hospital e Day Surgery).

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- 1 Infortunio sul lavoro
- 2 Infortunio in ambiente domestico
- 3 Incidente stradale
- 4 Violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)
- 5 Autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto)



## 9 Altro tipo di incidente o di intossicazione

Il campo è obbligatorio se in diagnosi principale è presente un codice ICD-9-CM tra 800-904 o 910-995.89.

### 2.7 CLASSE ASA

La compilazione della Classe ASA è un campo **obbligatorio se il DRG è chirurgico**.

## 3. TRACCIABILITA' DEI PERCORSI DEL MALATO DURANTE IL RICOVERO

### 3.1 UNITÀ OPERATIVA DI AMMISSIONE, TRASFERIMENTO E DIMISSIONE

Il tracciato SDO prevede che vengano specificati il reparto di ammissione, trasferimento e dimissione, precisando che gli stessi corrispondono all'unità operativa nella quale il paziente viene ricoverato anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.

Riguardo all'Unità operativa di ammissione viene specificato che: "Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (Nido)".

### 3.2 SPECIALITÀ EFFETTIVA DI AMMISSIONE, TRASFERIMENTO E DIMISSIONE

Identifica la disciplina di effettiva presa in carico del paziente. E' prevista nei casi di:

- reparto multidisciplinare (codice specialità 98 day surgery multidisciplinare o attività in regime di week surgery dimesso da reparto 09 chirurgia generale);
- ricovero che per motivi organizzativi non può essere effettuato in un letto fisicamente posto nel reparto di presa in carico.

I codici di specialità effettiva sono quelli per i quali la struttura eroga ricoveri ovvero quelli che gli sono stati riconosciuti con le schede di dotazione ospedaliera.

Per la specialità effettiva di ammissione viene specificato: "Unità operativa alla quale afferisce il personale medico che sta assistendo il paziente. Coincide con l'unità operativa di ammissione [tranne nei casi già specificati nel tracciato SDO]".

### 3.3 EQUIPE INFERMIERISTICA DI AMMISSIONE, TRASFERIMENTO E DIMISSIONE

L'équipe assistenziale che ha in carico il paziente va identificata con un codice univoco.

### 3.4 NUMERO DI GIORNI DI PERMESSO

La compilazione del numero di giorni di permesso è un campo **obbligatorio**. Si precisa che una giornata di permesso è considerata tale quando la durata del permesso è almeno pari a 12 ore.

La normativa di riferimento per la tariffazione dei ricoveri (ultima normativa: DGR 1805/2011 – DGR 426/2021 e DGR 1026/2021 e DGR 437/2012) prevede che i permessi, che vengono concessi al paziente ricoverato in occasione di giornate festive o per interruzioni del trattamento, devono intendersi, ai fini della definizione del "numero giorni di permesso" nel tracciato del flusso informativo della SDO, della durata minima di 12 ore e non devono oltrepassare le 24 ore.



E' necessario tracciarli correttamente perché per i ricoveri remunerati a giornata di degenza è indicata una valorizzazione al 50% della tariffa giornaliera prevista da applicarsi sia per le giornate di permesso entro il valore soglia della degenza che per quelle oltre il valore soglia. Per i ricoveri per acuti con durata di degenza eccedente la soglia è indicata, invece, una valorizzazione al 50% della tariffa giornaliera prevista per le giornate di permesso, come indicato nella DGR 437/2012.

#### **4. TRACCIABILITA' DEI PERCORSI DEL MALATO DOPO IL RICOVERO**

##### **4.1 MODALITÀ DI DIMISSIONE**

I valori previsti sono:

01 Deceduto

02 Ordinaria al domicilio del paziente

03 Ordinaria presso una struttura residenziale territoriale (es: RSA o Hospice, Ospedale di comunità, URT)

04 Ordinaria al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal D.M. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (da non confondere con l'ADI)

05 Volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato)

06 Trasferimento ad altro Istituto di cura, pubblico o privato, per acuti

07 Trasferimento ad altro regime di ricovero (da ricovero diurno a ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso Istituto di cura

08 Trasferimento ad altro istituto pubblico o privato di riabilitazione

09 Ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI)

Si evidenzia come l'attivazione della dimissione protetta, tesa ad assicurare la continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una Struttura Ospedaliera, deve far parte dei processi assistenziali ed essere attivata il più precocemente possibile. Le modalità che consentono di tracciare la dimissione protetta sono le seguenti: 03, 04 e 09.

#### **5. TRACCIABILITA' DELLA FENOMENOLOGIA CLINICA**

##### **5.1 SCALA DI BARTHEL**

Il Decreto 49/2017 relativo al tracciato SDO prevede per i pazienti ricoverati in regime ordinario e in week surgery (non in regime diurno di Day Hospital o Day Surgery) la compilazione del campo "grado di dipendenza assistenziale" che corrisponde al punteggio assegnato con la Scala di Barthel. Tale campo va compilato per tutti i pazienti di età superiore ai 14 anni dimessi dalle Unità Operative per acuti, di Riabilitazione e di Lungodegenza, ad eccezione delle Unità Operative di Psichiatria e dei neonati sani - DRG 391; il dato non rilevato si compila con 999.

Con nota prot. n. 20119 del 30/05/2018, la Regione ha disposto che la rilevazione del "grado di dipendenza assistenziale" avvenga esclusivamente all'inizio e alla fine del ricovero, eliminando la rilevazione intermedia.



Si evidenzia che tale rilevazione rientra negli indicatori utili per monitorare e valutare gli esiti dell'assistenza infermieristica nei contesti ospedalieri.

### 5.2 RILEVAZIONE DEL DOLORE

Il tracciato SDO prevede che venga indicata se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010, recepita con DGR 2332/2011.

I valori da utilizzare sono: Sì o No

Il campo è obbligatorio per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti.

### 5.3 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA

Il tracciato SDO prevede che venga indicato il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale al momento dell'accesso in Pronto Soccorso o dopo l'ammissione in reparto (nel caso in cui il ricovero non avvenga da PS).

Il campo è obbligatorio se in un qualsiasi campo di diagnosi (principale o secondarie) è riportato il codice dell'infarto miocardico acuto (cod. 410.\_\_ Infarto miocardico acuto ICD-9-CM versione 2007); ciò vale per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti in quanto vengono tracciati sia gli episodi iniziali di assistenza sia gli episodi successivi di assistenza, come da sottostanti specifiche sull'uso della quinta cifra.

La quinta cifra del cod. 410. (410.\_X) distingue l'episodio di assistenza:

-Quinta cifra = 0: episodio di assistenza non specificato (da non utilizzare - in quanto la documentazione clinica dovrebbe sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso e quindi consentire l'utilizzo della quinta cifra 1 o 2 - a meno di assoluta impossibilità ad acquisire l'informazione).

-Quinta cifra = 1: episodio iniziale di assistenza. Nella definizione di episodio iniziale di assistenza sono compresi anche i ricoveri di pazienti provenienti da altre strutture di cura per acuti; questo cod. va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi in cui si sia verificata un'interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2, sempre che il ricovero avvenga entro otto settimane dall'evento iniziale di IMA e che sia ad esso correlato. Nuovi ricoveri, correlabili all'evento iniziale, ma successivi all'ottava settimana, avranno come codice il 414.8 Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica.

-Quinta cifra = 2: episodio successivo di assistenza per lo stesso infarto. Tale carattere va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio di assistenza, se effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto.



Va quindi usato per i pazienti che vengono nuovamente ricoverati per valutazioni, osservazioni o trattamenti relativi ad un infarto miocardico acuto per il quale hanno già avuto un ricovero entro le otto settimane precedenti, e che si sia concluso o con la dimissione o con il trasferimento ad una struttura non per acuti.

#### 5.4 CREATININA SIERICA

Il tracciato SDO prevede che venga inserito il valore di creatinina sierica in milligrammi per decilitro (mg/dL).

Il campo è obbligatorio nei seguenti casi:

- intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD-9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x) sia cardiocirurgico sia di cardiologia interventistica (cod. 35.1\_-35.2\_ ICD-9-CM versione 2007). In tali casi, oltre alla creatinina sierica, è richiesta la compilazione anche della frazione di eiezione. Va indicato il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;
- diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (cod. 820.\_\_ ICD-9-CM versione 2007) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Va indicato il valore della creatinina sierica (mg/dL) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale;
- intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale dell'anca (cod. 81.51, 81.52 ICD-9-CM versione 2007) o riduzione di frattura (79.00 Riduzione incruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata, 79.05 Riduzione incruenta di frattura del femore senza fissazione interna, 79.10 Riduzione incruenta di frattura con fissazione interna, sede non specificata, 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna, 79.20 Riduzione cruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata, 79.25 Riduzione cruenta di frattura del femore, senza fissazione interna, 79.30 Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna in sede non specificata, 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna, 79.40 Riduzione incruenta di epifisiolisi in sede non specificata, 79.45 Riduzione incruenta di epifisiolisi del femore, 79.50 Riduzione cruenta di epifisiolisi in sede non specificata, 79.55 Riduzione cruenta di epifisiolisi del femore ICD-9-CM versione 2007). Va indicato il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dL) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse il valore della creatinina è da riferirsi alla prima sessione operatoria.

#### 5.5 FRAZIONE DI EIEZIONE

Il tracciato SDO prevede che venga indicata la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.



Il campo deve essere compilato solo per gli interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD-9-CM 36.1x) o per quelli sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x).

#### 5.6 DIAGNOSI DI DIMISSIONE PRESENTE AL RICOVERO

Il tracciato SDO prevede che venga indicato se la diagnosi rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero oppure individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione (nel corso del ricovero) ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.

I valori da utilizzare sono: Sì o No

Tale campo è obbligatorio per ciascuna delle diagnosi codificate in SDO (sia diagnosi principale sia diagnosi secondarie) di tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti.

#### 5.7 STADIAZIONE CONDENSATA

Il tracciato SDO prevede di indicare lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione sia principale sia secondaria (cod. 140.0-190.9 e 193-199.1 ICD-9-CM versione 2007).

Vanno impiegati i seguenti codici:

1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine

2 = infiltrazione locale extraorgano

3 = metastasi ai linfonodi regionali

4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali

5 = metastasi a distanza

6 = metastasi ai linfonodi non regionali

7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6

8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4

9 = ignoto

Esempio:

Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali = 4

Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali + metastasi a distanza = 5

Nel caso in cui per lo stesso tumore siano presenti più stadi, va codificato lo stadio più grave.

Il campo è obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione principale e secondarie di neoplasia maligna (come sopra descritto) per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti (Lungodegenza e Riabilitazione).

In presenza di più diagnosi il campo va compilato più volte.

I campi "stadiazione TNM" e "versione TNM" sono facoltativi, previsti nel tracciato SDO; le modalità di compilazione non sono ancora state specificate.



### 5.8 FARMACO ONCOLOGICO

Il tracciato SDO prevede di indicare se durante il ricovero è stato utilizzato un farmaco oncologico ad alto costo come indicato dalla normativa vigente.

I valori ammessi sono:

1 (Sì) indica che il farmaco somministrato è stato rilevato ed addebitato mediante il flusso F

0 (No) non utilizzato farmaco

Tale campo è facoltativo.

### 5.9 LATERALITÀ DELLA DIAGNOSI

Il tracciato SDO prevede di indicare, ove applicabile, se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

I valori da utilizzare sono:

1 = Destra

2 = Sinistra

3 = Bilaterale

Il campo è facoltativo.

### 5.10 INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE

Il tracciato SDO prevede la possibilità di codificare fino a 11 interventi chirurgici/procedure, anche se il supporto informativo per la valorizzazione del ricovero attraverso l'attribuzione del DRG prende in considerazione solo i primi 6 interventi chirurgici/procedure. Per l'ordine gerarchico relativo alla scelta degli interventi chirurgici/procedure da riportare in SDO, occorre attenersi alle indicazioni contenute nelle linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera (ultima normativa di riferimento: DGR 2167/2016).

Oltre all'implementazione nel numero di procedure codificabili, i campi da compilare sono i seguenti:

- unità operativa di intervento, specialità di intervento, équipe infermieristica di intervento;
- sala operatoria;
- data e ora inizio, data e ora fine intervento;
- identificativo del primo chirurgo (responsabile dell'intervento) e dei chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio, fino ad un massimo di 3 identificativi complessivi;
- identificativo dell'anestesista dell'intervento (nei casi in cui l'anestesista non è presente, va inserito l'identificativo del primo chirurgo);
- check list di sala operatoria;
- lateralità dell'intervento.



In presenza di interventi chirurgici/procedure appartenenti all'elenco 4 Procedure terapeutiche maggiori della classificazione AHRQ (ad esempio: interventi chirurgici a cielo aperto, per via artroscopica e laparoscopica) i campi: sala operatoria, identificativo chirurgo A, data e ora inizio e fine intervento sono obbligatori per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery).

Tali campi sono obbligatori anche per le trombolisi sia nelle coronarie che nelle arterie periferiche, embolizzazioni, etc. (codice ICD-9-CM 36.04 e 99.10).

Si pone l'attenzione sul fatto che la maggior parte dei campi inerenti gli interventi chirurgici sono importabili nella Scheda di Dimissione Ospedaliera dai gestionali di sala operatoria aziendali. Per tale motivo, si raccomanda che i verbali di sala operatoria risultino compilati in modo completo, anche nella parte relativa alla codifica (codice e descrizione ICD-9-CM) delle procedure effettuate, in modo da evitare di dover inserire il dato manualmente più volte.

Infine, è previsto un campo specifico per segnalare se l'intervento è stato effettuato in service.

## 6. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

-DM del 28 dicembre 1991 recante *"Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera"*

-DM n. 380 del 27.10.2000 recante *"Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati"*

-DGR n. 1805 del 08.11.2011 recante: *"Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate"*

-DGR n. 2332 del 29.12.2011 recante: *"Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR del 28.10.2010). Progetto sperimentale Ospedale - Territorio senza dolore"*

-DGR n. 437 del 20.03.2012 recante: *"Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 8.11.2011"*

-DGR n. 2167 del 23.12.2016 recante: *"Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i."*

-Decreto n. 49 del 21.12.2017 recante: *"Definizione delle integrazioni al tracciato della scheda di dimissione ospedaliera del decreto n. 118 del 23.12.2016"*

-DGR n. 426 del 06.04.2021 recante: *"Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i."*

Allegato al decreto

n. 093 del 10 SET. 2021



REGIONE DEL VENETO

-DGR n. 1026 del 28.07.2021 recante: "Deliberazione n. 426 del 6 aprile 2021 "Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i.". Adempimenti"



## B. CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI

### 1. CONTROLLI INTERNI

I controlli interni sono obiettivi imprescindibili dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e dei Legali Rappresentanti delle Strutture accreditate e sono effettuati dal Nucleo Aziendale di Controllo (NAC).

Ciascuna Azienda erogatrice sia pubblica che privata deve predisporre il "Piano annuale dei controlli interni" che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell'anno; deve comprendere anche specifiche categorie che siano risultate critiche a livello locale, adeguatamente esplicitate e motivate; da inviare al Nucleo Regionale di Controllo (NRC) entro marzo di ciascun anno.

Nei piani dei controlli interni va riportato il Responsabile del Piano Anticorruzione e Trasparenza cui è affidata la certificazione - "nei tempi e nelle modalità descritte in un successivo documento prodotto dal Coordinamento regionale" - del buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla DGR 863/2011, con particolare riferimento al monitoraggio della messa in atto di tutte le misure richiamate dal PNA di cui alla Delibera della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) 831/2016:

- informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione;
- separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e libero professionale;
- prenotazione a CUP su base Regionale o almeno Provinciale facilmente accessibile, con integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i successivi follow up.

Gli obiettivi della verifica per le **prestazioni di ricovero** sono:

- controllo della codifica delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive regionali in tema di codifica (DGR 2167/2016);
- controllo delle tipologie di prestazioni risultate più critiche a livello aziendale (ad es. indicatori contenuti negli obiettivi regionali annuali, DRG ad alto rischio di inappropriately).

Per quanto riguarda le **liste d'attesa** dei ricoveri programmati sono compiti assegnati al NAC dalla DGR 1191/2016 i seguenti:

- vigilare sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione;
- verificare il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso;
- trasmettere al Tavolo di Monitoraggio Aziendale le eventuali criticità riscontrate.

Gli obiettivi della verifica per le **prestazioni ambulatoriali** sono:

- accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni (di cui all'art. 38 della LR 30/2016);



- verificare l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;
- accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni (DM 329/1999 e DPCM 12 gennaio 2017);
- verificare su un campione di prestazioni appartenenti alle branche specialistiche comprese nell'Allegato A alla DGR 600/2007 delle congruità tra quanto prescritto e quanto erogato, sulla base dell'analisi della documentazione clinica a disposizione.

*Si ricorda che come già richiamato nella DGR n. 479/2019 di recepimento del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), la Regione Veneto, in forza del succitato accordo, non ha recepito l'Allegato C all'accordo stesso, che individua i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e il manuale operativo come uno degli strumenti del Governo delle Liste di Attesa (DGR 1164/2019).*

Semestralmente il NAC predisponde prospetti riepilogativi relativi agli esiti dei controlli effettuati da inviare al NRC e all'UOC Ispesioni Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda zero:

- primo semestre: entro ottobre;
- secondo semestre: entro aprile.

Le eventuali criticità riscontrate vanno trasmesse dal NAC al Tavolo di Monitoraggio Aziendale. Per le modalità di invio e compilazione del report regionale si rimanda al capitolo 2.

## 2. CONTROLLI ESTERNI

Per controlli esterni si intende l'insieme dei controlli disposti dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS sulle prestazioni sanitarie erogate da altre strutture pubbliche e private accreditate della Regione Veneto. Tali controlli sono svolti dal NAC che effettua il controllo sulle prestazioni (ricovero ed ambulatoriale) erogate dalla strutture private accreditate presenti sul proprio territorio e relative ai propri residenti, ai residenti delle altre Aziende ULSS, dandone successiva comunicazione alle Aziende ULSS interessate.

A titolo di esempio, sono controlli esterni quelli effettuati dal NAC dell'Azienda ULSS 2 vs l'Azienda ULSS 6 o l'Azienda ULSS 1; dal NAC dell'Azienda ULSS 2 vs l'Ospedale San Camillo di Treviso.

Il principio che guida lo svolgimento dei controlli esterni è quello dell'omogeneità ed imparzialità. Ciascuna Azienda ULSS deve predisporre il "Piano annuale dei controlli esterni" che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell'anno; deve comprendere anche specifiche categorie che siano risultate critiche a livello locale, adeguatamente esplicitate e motivate; da inviare al NRC (entro marzo di ciascun anno).

Gli obiettivi della verifica per le **prestazioni di ricovero** sono:

- appropriatezza del setting assistenziale di ricovero rispetto ad altre modalità alternative di assistenza;
- rispondenza tra quanto riportato sulla SDO e quanto documentato in cartella clinica;
- correttezza della codifica della SDO.

Gli obiettivi della verifica per le **prestazioni ambulatoriali** sono:



- correttezza di compilazione delle impegnative/DEMA;
- attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni (di cui all'art. 38 della LR 30/2016);
- applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;
- accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni (DM 329/1999 e DPCM 12 gennaio 2017);

-verifica a campione della congruenza ed appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso la verifica delle prescrizioni e della relativa documentazione clinica (referti, cartelle ambulatoriali).

*Come già riportato sopra, si ricorda che come già richiamato nella DGR n. 479/2019 di recepimento del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), la Regione Veneto, in forza del succitato accordo, non ha recepito l'Allegato C all'accordo stesso, che individua i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e il manuale operativo come uno degli strumenti del Governo delle Liste di Attesa (DGR 1164/2019).*

Semestralmente il NAC predisponde prospetti riepilogativi relativi agli esiti dei controlli effettuati da inviare al NRC e all'UOC Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie di Azienda zero:

- primo semestre: entro ottobre;
- secondo semestre: entro aprile.

La normativa prevede le seguenti modalità operative per l'effettuazione dei controlli esterni:

- l'erogatore presso il quale verrà effettuato il controllo deve ricevere comunicazione scritta da parte dell'Azienda ULSS che ha disposto il controllo stesso almeno 15 giorni prima della data prefissata, con allegato l'elenco delle prestazioni oggetto della verifica;
- al momento del controllo devono essere presenti almeno due componenti del NAC e devono avvenire in presenza di almeno un rappresentante della struttura controllata.

I verbali dei controlli esterni devono contenere i seguenti punti:

- identificazione della documentazione clinica controllata (n° SDO, n° impegnativa/DEMA);
- tipologia di controllo (ad es. ricoveri ordinari con DRG complicato);
- esito del controllo (confermato/modificato, concordanza prescritto-erogato, etc.);
- breve descrizione di eventuali modifiche apportate.

Il verbale va redatto in duplice copia e firmato da entrambe le parti. La sottoscrizione del verbale comporta l'accettazione di tutti gli esiti registrati nello stesso.

Nella prassi sviluppatasi nel corso degli anni, le SDO modificate vanno registrate su maschera ed allegate al verbale, al fine di consentire al Controllo di Gestione/Servizio Strutture Accreditate o altro Servizio individuato dall'Azienda di tracciare l'avvenuta modifica del flusso SDO conseguente al controllo. Nelle note vanno inserite informazioni aggiuntive utili per l'eventuale rivalorizzazione del ricovero, ad es. giornate di degenza per riabilitazione, numero di accessi, etc.

Nel verbale del controllo devono essere individuati in modo chiaro ed esplicito le prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo.



Qualora vi siano contestazioni da parte dell'Azienda ULSS, Azienda Ospedaliera, IOV, Struttura privata accreditata relativamente ai rilievi effettuati dal NAC, le contestazioni vanno inviate per un parere finale al NRC corredate da:

- verbale sottoscritto del controllo dal quale si evincono le prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo tra le parti;
- istruttoria necessaria per valutare il caso oggetto di contestazione.

### **3. DETTAGLIO SUGLI INDICATORI DI RICOVERO DA SOTTOPORRE A CONTROLLO**

La normativa vigente prevede la verifica di almeno il 12.5% della produzione di cartelle cliniche (art. 79 della L. 133/2008):

- 2.5% di DRG ad alto rischio di inappropriatazza (DGR 4277/2009);
- 10% campione casuale.

E' prevista una verifica aggiuntiva del 4% per i controlli esterni delle Strutture private accreditate, di cui 1.5% di DRG ad alto rischio di inappropriatazza e 2.5% di campione casuale.

Il campione va calcolato sull'intera produzione di cartelle cliniche.

La normativa è infatti coerente con quanto previsto dalla Tabella Ministeriale LEA inerente i controlli dell'attività sanitaria.

Inoltre, la normativa prevede che nel caso si evidenzi un errore di codifica > 25% delle SDO controllate relativamente a un certo DRG, occorre verificare lo specifico errore sulla produzione dell'intero anno oggetto di controllo per il medesimo DRG.

Gli indicatori contenuti nel campione di cartelle da verificare sono illustrati successivamente. Per l'approfondimento e considerazioni aggiuntive sulla verifica dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza si può consultare il paragrafo E di questo capitolo.

#### **3.1 RICOVERI ORDINARI ATTRIBUITI AD UN DRG COMPLICATO**

Si considerano correttamente attribuiti ad un DRG complicato quei ricoveri in cui la durata della degenza sia superiore di almeno un giorno rispetto alla degenza media (definita dalla Regione) del corrispettivo DRG omologo non complicato, oppure dalla degenza media del medesimo DRG rilevata presso l'erogatore (qualora la sua performance risulti migliore di quella regionale più recente) (DGR 916/2006).

#### **3.2 RICOVERI ORDINARI DI TIPO URGENTE**

Si considerano ricoveri ordinari di tipo urgente quei ricoveri dove il carattere d'urgenza sia evidenziabile e i pazienti siano trasferiti dal Pronto Soccorso, fatto salvo i ricoveri ad accesso diretto.

Deve essere considerata anomala, e pertanto oggetto di maggiori controlli, la procedura con la quale ricoveri urgenti vengono effettuati direttamente dai reparti di degenza; fanno eccezione i percorsi alternativi che ciascuna azienda può organizzare autonomamente al fine di evitare accessi impropri al Pronto Soccorso.



### **3.3 RICOVERI ORDINARI AD ELEVATO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA**

Si considerano ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatazza i ricoveri afferenti all'elenco dei 108 DRG di cui alla DGR 4277/2009 ed in particolare sono da considerarsi potenzialmente inappropriati:

- ricoveri con DRG chirurgico con degenza breve 0-2 notti, con erogata un'unica prestazione contenuta nell'Allegato A, Decreto 40/2012;
- ricoveri con DRG medico con degenza 0-2 notti, privi di procedure di cui al Decreto 40/2012.

### **3.4 RICOVERI DIURNI ATTRIBUITI AD UN DRG COMPLICATO**

I ricoveri diurni attribuiti ad un DRG complicato si configurano come ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, perché gli accessi sono programmati e finalizzati alla procedura/terapia relativa alla patologia descritta in diagnosi principale.

### **3.5 RICOVERI DIURNI AD ELEVATO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA**

Si definiscono ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatazza quei ricoveri privi di procedure di cui all'Allegato A, Decreto 40/2012.

### **3.6 RICOVERI DIURNI EFFETTUATI PER LE PRESTAZIONI RICONDOTTE ANCHE AL REGIME AMBULATORIALE**

I ricoveri diurni effettuati per l'erogazione di prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale rappresentano una tipologia di ricovero a rischio di inappropriatazza relativamente al setting assistenziale.

### **3.7 RICOVERI RIABILITATIVI**

I controlli relativi ai ricoveri nelle Unità Operative con codici 28, 75 e 56 vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR 3913/2007; a tal proposito si può vedere il paragrafo dedicato al focus sulla riabilitazione.

### **3.8 RICOVERI DI LUNGODEGENZA**

I controlli relativi ai ricoveri nelle Unità Operative con codice 60 vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR 839/2008, in particolare per ciò che attiene al trasferimento da reparto per acuti, da cod. 28, 56 o 75 da altro cod. 60 per avvicinamento territoriale.

### **3.9 RICOVERI DI PSICHIATRIA**

Questi controlli sono mirati alla verifica della completezza e comprensibilità della cartella clinica, della congruenza tra quanto rilevabile in cartella clinica e quanto codificato in SDO, della correttezza della codifica della SDO.



### 3.10 CODIFICA DEI RICOVERI PER COVID-19

*Nell'ambito dei controlli interni, coerentemente con le note ministeriali e regionali pervenute, i NAC devono verificare la correttezza della codifica dei ricoveri dei casi di SARS-CoV-2, secondo le indicazioni di codifica contenute nelle medesime note.*

*Vanno controllate tutte le cartelle inerenti i ricoveri dei casi di SARS-CoV-2.*

*Tali controlli sono aggiuntivi.*

*I controlli del Covid-19 andranno inseriti nella riga dedicata del report presente all'interno del Portale Regionale per i Controlli.*

*Il verbale del controllo del Covid-19 andrà invece inserito nel campo "documentazione aziendale" con titolo "cartelle COVID".*

### 3.11 FOCUS SUI RICOVERI CON DRG COMPLICATI

Un problema particolare dei controlli è legato ai DRG associati a multi-morbilità. Con l'espressione DRG complicati si fa riferimento alla più ampia categoria di cosiddetti DRG "omologhi" ovvero raggruppamenti omogenei di diagnosi distinti per la codifica in SDO di una Diagnosi Secondaria (DS), la codifica di tale diagnosi porta infatti alla formazione dello specifico DRG con Complicanze o Comorbidità riconoscibile attraverso le denominazioni "con CC" e "senza CC". Dove per complicanza si definisce una condizione clinica insorta durante il ricovero e Comorbidità una condizione preesistente che abbiano comportato un prolungamento della durata della degenza in almeno il 75% dei casi.

Nell'attuale versione DRG rappresentano il 45% dei raggruppamenti corrispondenti a 243 sul totale dei 538 DRG, di questi 119 sono chirurgici e sono variamente distribuiti all'interno dei diversi MDC; esiste la possibilità di appaiamento a "triplette" di DRG omologhi.

Esiste un ulteriore gruppo di "DRG particolari per diagnosi diversamente complicanti" in cui il determinante per la generazione del DRG risiede nella specificità della diagnosi principale (DP), pertanto verranno generati anche in assenza di diagnosi complicanti in posizione secondaria, si parla in questo caso di DP acuta complessa.

Di converso, tale occorrenza si presenterà anche nel caso di "DRG particolari per la presenza o meno di procedure assistenziali specifiche", DRG in cui la presenza o assenza di una determinata procedura sarà dirimente nella determinazione di due DRG omologhi (Mastrilli F., Nonis M.). È il caso, ad esempio, della procedura 81.75 "artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale senza impianto" che determina la formazione del DRG "Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC". Analogamente, l'utilizzo di alcuni codici di interventi/procedure determina l'assegnazione a DRG particolari per la presenza di procedure assistenziali specifiche (terapia trombolitica, presenza/assenza di cateterismo cardiaco, inserzione di stent).



La proporzione di DRG “con CC” può rappresentare l’elevata complessità della casistica trattata dalla singola struttura e di conseguenza essere un indice di qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può di contro riflettere fenomeni di “sovra-codifica” (Decreto Assessoriale Regione Sicilia n. 734 del 24/04/2018). Si sottolinea pertanto che le DS sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata di degenza comportando un diverso impegno di risorse in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. Tra queste devono essere obbligatoriamente indicate le infezioni riportate nel corso del ricovero.

I controlli ed i controlli analitici rientrano nelle verifiche di congruenza tra la codifica della SDO ed i contenuti della cartella clinica.

Sono distinti in base al setting assistenziale i ricoveri con DRG complicato di tipo diurno ed ordinario (art. 5 DM 380/2000, DGR 2167/2016).

- I ricoveri a ciclo diurno, poiché sempre programmati e finalizzati al trattamento della patologia descritta in DP, non dovrebbero essere attribuiti a un DRG complicato, in quanto la presenza di condizioni complicanti non consentirebbe il trattamento in tale regime. Si dovrà tuttavia tenere in considerazione la specificità sopracitata nella formazione di alcuni DRG con CC (Regione Emilia Romagna, Regione Sicilia).
- I ricoveri ordinari di un giorno (con o senza pernottamento) per caratteristiche sovrapponibili al ricovero in ciclo diurno.

Il controllo su base campionaria per risultare significativo consisterà nell’applicazione di alcuni criteri di esclusione (Provincia Autonoma di Bolzano):

- i ricoveri di pazienti deceduti;
- i ricoveri di pazienti autodimessi;
- i ricoveri di pazienti trasferiti ad altro istituto;
- i ricoveri effettuati nell’unità operativa di psichiatria.

La verifica della congruenza può essere associata ai controlli sull’appropriatezza organizzativa attraverso la formulazione di specifiche check-list che prendano in considerazione i diversi aspetti, a titolo di esempio si riporta la check list dell’Azienda Ospedaliera di Cosenza. Tuttavia, rispetto l’esempio disponibile (figura 1) alcuni criteri della check-list sono passibili di specifiche, come ad esempio il monitoraggio clinico codificabile in SDO (V58.83) per il quale va verificata la durata superiore alle tre ore o nell’ambito della valutazione degli elementi socio-familiari e fragilità indicatori indiretti quali la valutazione delle attività della vita quotidiana (Decreto 40/2012).



Figura 1. Azienda Ospedaliera di Cosenza. Check-list Controllo ricoveri PIM/PAC/Complicati e DH Diagnostici.

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero			
CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI PIM/PAC/COMPLICATI/DH DIAGNOSTICI			
Unità Operativa	Nosografico		
	>55aa	>75aa	>85aa
Età	Progr.	Urg.	
Regime di Ricovero Ordinario	SI	NO	
E' previsto PAC corrispondente	SI	NO	
Regime di Ricovero Diurno	SI	NO	
Cartella clinica disponibile	SI	(specificare il motivo)	
Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	diagnostico terapeutico Day Surgery
Pz trasferito/invato da obli/struttura esterna	SI (specificare)	NO	
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	SI (specificare)	NO	
Si evince dalla cartella clinica una condizione clinica di urgenza	SI (specificare quali)	NO	
Sono presenti comorbidità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa	SI (specificare quali)	NO	
Sono presenti patologie segnalate in diagnosi secondarie che hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero (per i soli DRG complicati)	SI	NO	diabete scompensato scompensa cardiaca EPA IMA ictus patologia psichiatrica patologia oncologica altro:

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri dell'A.O. di Cosenza elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi



#### 4. VERIFICA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DA SOTTOPORRE A CONTROLLO

Un problema particolare dei controlli è legato alla verifica delle prestazioni ambulatoriali.

I controlli interni potranno riguardare, oltre alle tipologie definite annualmente dalla UOC Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie di Azienda Zero di concerto con il Nucleo Regionale di Controllo e dai Piani annuali dei controlli interni, i seguenti indicatori relativi alle modalità di prescrizione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali:

- attribuzione sistematica della classe di priorità e del sospetto diagnostico all'atto della prescrizione;
- verifica del rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione;
- verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e della corretta erogazione delle stesse prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999 e dal DPMC 12 gennaio 2017;
- verifica, su un campione di prestazioni appartenenti alle branche specialistiche comprese nell'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, della congruità tra quanto prescritto e quanto erogato, sulla base dell'analisi della documentazione clinica a disposizione.

I controlli esterni potranno riguardare, oltre alle tipologie definite annualmente dalla UOC Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie di Azienda Zero di concerto con il Nucleo Regionale di Controllo e dal Piano annuale dei controlli esterni, anche le seguenti categorie di prestazioni ambulatoriali:

- verifica a campione della congruenza ed appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso la verifica delle prescrizioni e della relativa documentazione clinica (referti, cartelle ambulatoriali);
- verifica della presenza sulla ricetta della classe di priorità biffata e del sospetto diagnostico;
- verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e della corretta erogazione delle stesse prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. n. 329 del 28 maggio 1999 e dal DPCM 12 gennaio 2017.

Nei Piani annuali e nei verbali di controlli andrà esplicitato sia il tipo di campione di impegnative/DEMA verificate (settimane traccianti, altro, etc.) sia il tipo di prestazioni ambulatoriali (traccianti, non traccianti, pacchetti di day Service, etc.) sia infine i controlli ambulatoriali mirati (RMN nella Sclerosi Multipla, RMN articolari in pazienti oltre 65 anni, altri controlli che verranno definiti a livello regionale).

#### 5. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

-DM n. 329 del 28.06.1999 recante *"Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124"*

-DM n. 380 del 27.10.2000, art. 5 dell'Allegato Tecnico

-DGR n. 916 del 28.03.2006 recante *"Aggiornamento del tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera"*



- DGR n. 600 del 13.03.2007 recante *“Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006–2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano Attuativo Regionale: integrazione D.G.R. n. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.06”*
- DGR n. 3913 del 04.12.2007 recante: *“Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione”*
- DGR n. 839 del 08.04.2008 recante: *“Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Lungodegenza (codice 60)”*
- Legge n. 133 del 6.8.2008 recante: *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”*
- DGR n. 4277 del 29.12.2009 recante *“Diagnosis Related Groups – drg da considerare ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria e da considerare ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti”*
- DGR n. 863 del 21.06.2011 recante *“Recepimento dell'intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla D.G.R. n. 600 del 13.3.2007”*
- Decreto n. 40 del 22.03.2012 recante: *“Decreto n. 123 del 22 dicembre 2009 Attività erogabili in regime di ricovero diurno. DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 Integrazione”*
- DGR n. 1191 del 26.07.2016 recante: *“Registro “unico” dei ricoveri ospedalieri e Registro “unico” delle liste operatorie nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto”*
- Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016 recante *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione”*
- DGR n. 2167 del 23.12.2016 recante: *“Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.”*
- Legge Regionale n. 30 del 30.12.2016 *Collegato alla legge di stabilità regionale 2017*
- DPCM 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*
- DGR n. 2022 del 28.12.2018 recante: *“Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto”*
- DGR n. 479 del 23.04.2019 recante *“Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, del 21 febbraio 2019”*
- DGR n. 569 del 21.05.2019 recante: *“Recepimento Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento “Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione” - approvato il 22 luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR”*



REGIONE DEL VENETO

-DGR n. 1164 del 06.08.2019 recante "Adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) a seguito del recepimento dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 con DGR del 23 aprile n. 479. Determinazione n. 69/CR del 28 giugno 2019".

#### **Bibliografia di riferimento**

-Mastrilli F. *I flussi informativi: la scheda di dimissione ospedaliera ed i Diagnosis Related Group (DRG)*, Edizione 2011. All'interno de "Il governo clinico dell'ospedale. Manuale di sopravvivenza per la direzione ospedaliera". Pagg. 268-70

-M. Nonis e E. Rosati. *Dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera al DRG*. All'interno di "Guida ai DRG. Manuale pratico per il corretto utilizzo della versione 24.0 del sistema CMS-DRG e della corrispondente ICD-9-CM" Pagg. 24-8

#### **Altre fonti normative**

-Regione Siciliana. Allegato Decreto Assessoriale n. 734 del 24/04/2018 "Piano Annuale Controlli Analitici Anno 2018"

-Regione Emilia-Romagna. Determina Direttore - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali 9 maggio 2014 N. 6151, *Piano Annuale dei Controlli (PAC) Ex Delibera di Giunta Regionale n. 354/2012* - anno 2014

-Provincia Autonoma di Bolzano. *Controlli interni ed esterni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri*. Disciplinare tecnico. 2006 Pagg. 32-4

-Azienda Ospedaliera di Cosenza. *Controlli di tipo sanitario sui ricoveri di ospedalieri* - anno 2015



## C. CONTROLLI SUI RICOVERI RIABILITATIVI

### 1. CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI SUI RICOVERI RIABILITATIVI

La DGR n. 2022 del 28.12.2018 rappresenta la normativa vigente in tema di controlli dei ricoveri, che per l'ambito riabilitativo si completa con la DGR n. 3913 del 04.12.2007 recante: "*Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione*". Vi sono, inoltre, altre normative che hanno definito ambiti riabilitativi peculiari come quelli rappresentati dalla riabilitazione nutrizionale - Allegato A alla DGR n. 94 del 31.01.2012 e Allegato A al Decreto n. 99 del 09.07.2012.

La normativa si completa con le indicazioni previste per l'attivazione dei Pacchetti di Day Service Ambulatoriale per gli ambiti riabilitativi - Decreto n. 61 del 17.05.2012 e Decreto n. 68 del 25.05.2012.

Altre indicazioni, infine, sono contenute nelle linee guida per la codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) - DGR n. 2167 del 23.12.2016.

### 2. CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER I RICOVERI RIABILITATIVI

Come detto, per l'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi il riferimento è rappresentato dalla DGR n. 3913/2007. Di seguito si riportano alcuni criteri clinici finalizzati alla valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi.

I ricoveri nei reparti riabilitativi prevedono che venga predisposto e conservato in cartella clinica il "**progetto riabilitativo individuale**", rivolto a definire le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. E' richiesta inoltre la presenza di uno o più programmi riabilitativi per indicare gli specifici interventi assistenziali programmati per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto, erogati da tutte le figure professionali coinvolte.

Per quanto riguarda le **scale di valutazione**, si evidenzia come la FIM o la Barthel sono criterio per l'ammissione al ricovero per la riabilitazione neuromotoria (MCD 1), ortopedica (MCD8) e per l'MDC 23 ove in diagnosi sia presente una codifica riferibile a postumi, patologie ed esiti relativi a malattie del sistema nervoso o dell'apparato osteo-muscolare.

Per tutti gli altri ambiti riabilitativi (cardiovascolare, respiratorio, etc.) in attesa di aggiornamenti normativi, in analogia con lo spirito della DGR 3913/2007, si possono considerare anche altre scale di valutazione, specifiche per ambito riabilitativo, ove esse esprimano esaustivamente e contestualmente il grado di disabilità, il bisogno assistenziale e siano in grado di certificare gli outcome del trattamento, quindi devono essere compilate almeno all'ingresso e alla dimissione.

Non è possibile identificare un "low cut-off" di FIM, Barthel o altre scale in quanto anche punteggi particolarmente bassi non escludono a priori possibilità di recuperi significativi.

Le strutture di secondo livello, collocate all'interno dei presidi ospedalieri per acuti o in strutture riabilitative, erogano attività di riabilitazione intensiva, in regime di ricovero ordinario, per pazienti affetti da menomazioni e disabilità importanti modificabili, di natura ed entità tali da richiedere tutela medica specialistica/riabilitativa, trattamenti terapeutici intensivi ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore, non erogabili in forma



extraospedaliera. Sono possibili ricoveri ordinari per interventi valutativi (ove espressamente precisato codice disciplina 75).

Il ricovero ordinario è erogato, di norma, in continuità con un episodio di ricovero in struttura per acuti. Per i ricoveri riabilitativi in regime ordinario gli **interventi valutativi e terapeutici** devono essere della durata di almeno **3 ore** giornaliere complessive, intensità riabilitativa ed assistenziale con necessità di supporto medico-infermieristico continuativo notturno ed erogati dall'équipe riabilitativa multidisciplinare, documentati in cartella clinica attraverso il progetto e programma riabilitativo individuale. Per i ricoveri riabilitativi in regime diurno gli interventi valutativi e terapeutici devono essere della durata di almeno **2 ore** giornaliere complessive. Il ricovero in regime diurno non deve essere mai alternativo ad un trattamento ambulatoriale, ma ad un ricovero ordinario soprattutto nei casi in cui si preveda una deospedalizzazione graduale del paziente.

I criteri di appropriatezza di ricovero in tali ambiti possono prevedere sostanzialmente due situazioni principali:

1. ricovero successivo ad un evento indice (ictus, trauma, intervento di protesi, etc.) trattato in ricovero per acuti, entro 30 giorni dalla dimissione dallo stesso;
2. ricovero non in relazione ad evento indice o ricovero per acuti. Le maggiori indicazioni sono nella gestione successiva del paziente dopo domiciliatura prevista dal progetto riabilitativo, nella riacutizzazione di patologia non trattabile a domicilio ma senza necessità di un ricovero per acuti, o in casistiche specifiche previste dalla normativa; in tutti i casi l'appropriatezza del ricovero deve essere chiaramente documentata e verificabile in cartella clinica.

### 3. RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

#### 1. *Intervento riabilitativo correlato ad evento indice*

##### Ricovero ordinario

1. pazienti subito dopo un intervento cardiocirurgico, con particolare priorità per i casi complicati o complessi per la presenza di:

-scopenso cardiaco (classe NYHA > II<sup>a</sup> o frazione di eiezione < 40%), aritmie iper o ipocinetiche severe, necessità di terapie infusive, o elevato rischio di recidive ischemiche, altri fattori di instabilità (versamento pleurico, complicanze di tipo respiratorio, disturbi neurocognitivi o neuropsicologici, etc.), severe comorbidità associate, complicanze evento-correlate (ictus, TIA, insufficienza renale, ferite complicate, decubiti, etc.).

In genere il trasferimento dal reparto di cardiocirurgia al centro riabilitativo degenziale può avvenire già tra il 3° e il 7° giorno dopo l'intervento. Il trasferimento può avvenire più tardivamente nei casi in cui vi siano periodi prolungati di degenza in Rianimazione o Terapia Intensiva;

2. pazienti che dopo ricovero per scopenso cardiaco presentano un profilo di rischio medio-alto per:



- classe NYHA III<sup>^</sup>-IV<sup>^</sup>;
  - aritmie cardiache importanti;
  - necessità di terapie infusive e difficoltà allo svezzamento da esse;
  - necessità di terapie da titolare o di ottimizzazione della terapia farmacologica in presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato;
  - necessità di supporto nutrizionale o meccanico;
  - necessità di trattamento riabilitativo intensivo (educazione sanitaria intensiva, training fisico, ricondizionamento fisico);
  - necessità di valutazione per indicazione o mantenimento dell'indicazione al trapianto cardiaco;
3. pazienti con IMA ed alto rischio clinico per:
- scompenso clinico o disfunzione ventricolare sinistra (con frazione di eiezione < 40%);
  - ricovero prolungato in fase acuta o con complicanze e/o comorbidità;
  - pazienti anziani o fragili che presentano un elevato livello di compromissione dell'autonomia;
4. pazienti post-trapianto cardiaco o con necessità di valutazione per porre indicazione all'esecuzione di trapianto cardiaco o per verificare periodicamente la persistenza dell'indicazione;
5. pazienti con cardiopatie inoperabili e comunque a medio-alto rischio nei quali si prevede che l'intervento riabilitativo possa prevenire il deterioramento clinico e la progressione della malattia di base;
6. pazienti portatori di devices di assistenza al circolo;
7. dopo intervento per arteriopatia periferica o dopo un evento vascolare acuto.

#### Ricovero diurno

L'intervento riabilitativo trova indicazione ad essere erogato in regime di ricovero diurno nelle stesse tipologie di pazienti eleggibili per il ricovero ordinario ma con quadro clinico stabilizzato e basso rischio di complicanze e/o associati a programmi di deospedalizzazione progressiva. Tutte le condizioni soprariportate necessitano di adeguata documentazione clinica.

#### **2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice**

La presenza di un evento indice rappresenta il principale elemento di appropriatezza di un ricovero riabilitativo. In casi selezionati vi può essere indicazione ad un percorso riabilitativo in presenza di un documentato aggravamento della condizione disabilitante preesistente, anche dovuto a comorbidità interagenti.

Lontano da un evento indice, l'accesso ad una struttura di riabilitazione cardiovascolare per un intervento riabilitativo (ordinario o diurno), deve essere preceduto da una valutazione clinica specialistica, che evidenzi una variazione peggiorativa del quadro clinico cardiologico per evoluzione/progressione della malattia cardiaca e un aumento del grado di disabilità conseguente alla patologia cardiaca presente, con necessità clinico-assistenziali e riabilitative non erogabili attraverso un percorso ambulatoriale.

Si ribadisce che la documentazione clinica deve consentire la valutazione dei seguenti requisiti: motivazione del ricovero, presenza di progetto e programma riabilitativo e strumento di valutazione della disabilità.



I criteri di appropriatezza clinica indicanti un regime di ricovero ordinario o diurno sono gli stessi previsti per i ricoveri eseguiti in seguito ad un evento indice e in ogni caso vanno sempre accuratamente documentati.

Tali ricoveri possono essere attribuiti a:

- MDC 5, valore soglia in ricovero ordinario 20 giorni, in ricovero diurno 13 giorni
- MDC 23, valore soglia in ricovero ordinario 15 giorni, in ricovero diurno 15 giorni

#### 4. RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

##### 1. *Intervento riabilitativo correlato ad evento indice*

###### Ricovero ordinario

1. pre e post-chirurgia toraco-addominale con compromissione della funzionalità respiratoria;
2. pazienti in svezzamento da procedure ventilatorie (invasive e non invasive);
3. Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva con compromissione della funzionalità respiratoria da moderata a grave;
4. patologie neuromuscolari con prevalente compromissione della funzionalità respiratoria;
5. altre condizioni che possono comportare compromissione della funzionalità respiratoria: bronchiectasie, fibrosi polmonare, asma bronchiale, gravi deformità toraciche.

In questo elenco rientra anche l'ospedalizzazione per riacutizzazione di patologia respiratoria (ad es. BPCO) non completamente stabilizzata ma non necessitante ricovero per acuti.

###### Ricovero diurno

L'intervento riabilitativo trova indicazione ad essere erogato in regime di ricovero diurno nelle stesse tipologie di pazienti eleggibili per il ricovero ordinario ma con quadro clinico stabilizzato e basso rischio di complicanze e/o associati a programmi di deospedalizzazione progressiva. Tutte le condizioni soprariportate necessitano di adeguata documentazione clinica.

##### 2. *Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice*

Il ricovero per RR può trovare indicazione per la riabilitazione della disabilità da patologie con compromissione della funzionalità respiratoria in cui una riacutizzazione o un deterioramento clinico provochino un peggioramento funzionale che trova indicazione ad un trattamento riabilitativo intensivo quale intervento finalizzato a prevenire un probabile ricovero per acuti.

L'accesso ad una struttura di RR per un intervento riabilitativo (ordinario o diurno), deve essere preceduto da una valutazione clinica specialistica, che evidenzi una variazione peggiorativa del quadro clinico respiratorio per evoluzione/progressione della malattia ed un aumento del grado di disabilità conseguente alla patologia stessa, con necessità clinico-assistenziali e riabilitative non erogabili attraverso un percorso ambulatoriale.

Si ribadisce che la documentazione clinica deve consentire la valutazione dei seguenti requisiti: motivazione del ricovero, presenza di progetto e programma riabilitativo e strumento di valutazione della disabilità.



I criteri di appropriatezza clinica indicanti un regime di ricovero ordinario o diurno sono gli stessi previsti per i ricoveri eseguiti in seguito ad un evento indice e in ogni caso vanno sempre accuratamente documentati.

*Tali ricoveri possono essere attribuiti a:*

*-MDC 4, valore soglia in ricovero ordinario 20 giorni, in ricovero diurno 18 giorni*

*-MDC 23, valore soglia in ricovero ordinario 15 giorni, in ricovero diurno 15 giorni*

## 5. RIABILITAZIONE ALCOOLOGICA

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

Per il percorso riabilitativo dei pazienti con problemi alcol correlati, il regime di ricovero ordinario, riservato ai casi più gravi, sottolinea la necessità di garantire per i pazienti un approccio con elevato impegno diagnostico/terapeutico/riabilitativo multiprofessionale. La continuità assistenziale, deve prevedere una presenza infermieristica h24, una presenza medica specialistica mirata agli interventi riabilitativi, quantificabile in non meno di 3 ore al giorno, oltre all'apporto dell'équipe multiprofessionale (psicologo, assistente sociale, educatore professionale, etc.).

In alcuni casi il ricovero ordinario si rende necessario per situazioni socio-economiche di particolare disagio con necessità di allontanare il paziente dall'ambito familiare.

In tutti gli altri casi si prevede il ricovero diurno.

Tutte le motivazioni del ricovero, il progetto e il programma riabilitativo, gli strumenti di valutazione della disabilità e del bisogno assistenziale specifico e degli outcome devono essere rigorosamente documentati. In particolare la disabilità e i bisogni assistenziali devono essere attestati attraverso valutazioni specifiche, lo stesso strumento di rilevazione (scala, etc.), indicato da linee guida validate, deve essere contestualmente utilizzabile e riprodotto anche per la valutazione degli outcome.

Sarebbe consigliabile, per facilitare la verifica, che le modalità di accesso e l'inserimento delle strutture riabilitative nell'ambito della rete assistenziale trovino condivisione in percorsi assistenziali con l'ULSS dove è presente la struttura e l'eventuale ambito territoriale da cui afferiscono i pazienti.

Per i Ricoveri in riabilitazione alcoologica sono previste due situazioni:

**1. Pazienti trasferiti da Unità Operative per acuti;**

**2. Pazienti che provengono da domicilio, con documentazione attestante la necessità del ricovero.**

Scopo dell'intervento riabilitativo:

-disassuefazione dall'alcool;

-valutazione multiprofessionale per una completa individuazione delle problematiche afferenti alle varie aree (ad es: condizioni di salute, attività lavorativa, relazioni interpersonali, etc.);

-valutazione in particolare della presenza di comorbilità psichiatrica;

-modifica dello stile di vita;

-predisposizione di un programma riabilitativo per il momento del ricovero;



-predisposizione di un programma riabilitativo per la fase post dimissione.

## 6. RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

La riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating, altri disturbi dell'alimentazione di gravità clinica) secondo le linee guida attuali e le indicazioni tracciate dai Quaderni della Sanità è intensiva (cod. 56). La riabilitazione intensiva può essere erogata in regime di ricovero diurno, qualora le condizioni generali del paziente lo consentano, oppure in regime di ricovero ordinario.

La Regione Veneto, con l'Allegato B alla DGR n. 94 del 31 gennaio 2012, ha stabilito che la valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è di tipo clinico, non essendo disponibili dati empirici che riconoscano specifici fattori predittivi di successo del trattamento riabilitativo in regime di ricovero. I criteri raccomandati sono descritti nella tabella 1 dell'Allegato B della DGR 94/2012.

Per le linee di indirizzo sulla riabilitazione nutrizionale si rimanda alla DGR 569/2019 relativa al Recepimento dell'Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" - approvato il 22 luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR.

### 6.1 BULIMIA ED ANORESSIA NERVOSA

#### 1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice

L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in reparti internistici e/o pediatrici, per la gestione delle complicanze mediche secondarie alla malnutrizione, oppure in reparti psichiatrici per la gestione delle complicanze psichiatriche acute associate al disturbo dell'alimentazione.

#### 2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nella tabella 1 dell'Allegato B alla DGR 94/2012.

### 6.2 OBESITÀ GRAVE

I criteri di appropriatezza per il ricovero in regime ordinario o diurno di riabilitazione nutrizionale sono il frutto di un consenso di un gruppo di lavoro istituito dalla Regione Veneto e sono stati stabiliti con il Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 99 del 9 luglio 2012. La valutazione dell'appropriatezza del ricovero è eseguita da un medico di reparto in una visita pre-ricovero e si basa sul punteggio ottenuto da una scala di valutazione che prende in considerazione i parametri contenuti nella tabella 2 dell'Allegato A al Decreto 99/2012.

#### 1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice



L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in reparti internistici per la gestione delle complicanze mediche acute associate all'obesità grave.

## 2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nella tabella 2 dell'Allegato A alla Decreto 99/2012.

## 7. UNITÀ SPINALE

### 7.1 CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UNITÀ SPINALE

I criteri di appropriatezza di tali ricoveri sono esplicitati nella DGR 3913/2007.

La presa in carico in Unità Spinale (US) è indicata per i pazienti che presentano lesioni acquisite del midollo spinale o della cauda equina di diversa eziologia (traumatica, vascolare, infettiva, etc.) e a cui conseguono menomazioni disabilitanti di tipo senso-motorio (paraplegia, tetraplegia) e/o viscerale (vescica ed intestino neurologici, insufficienza ventilatoria), afferenti alla MDC 1.

I pazienti presi in carico presso le US possono provenire direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata), o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 ove siano stati ricoverati in attesa di posto letto disponibile oppure dal domicilio se presentano specifiche necessità, indicate nella DGR 3913/2007.

### 7.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA PRESSO LE UNITÀ SPINALI

La presa in carico in regime di ricovero riabilitativo, ordinario o diurno, presso le US ha lo scopo di recuperare e/o mantenere il miglior grado di autonomia e partecipazione sociale consentito dalla/dalle patologia/e disabilitante/i, attraverso interventi assistenziali, terapeutici ed educativo/informativi.

Per la presa in carico in regime di ricovero riabilitativo deve essere redatto un progetto riabilitativo individuale.

*Al fine di completare la presa in carico, il ricovero ordinario di US può essere seguito da un ricovero diurno di US. Il suo scopo è di favorire la graduale deospedalizzazione ed il reinserimento domiciliare e sociale, garantendo nel contempo un'adeguata gestione del paziente sul piano clinico ed assistenziale.*

*Si precisa che non vanno ricoverati in US pazienti che hanno le caratteristiche per il codice disciplina 56 con MDC 1.*

## 8. UDGE E URNA

### 8.1 CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UDGE E URNA

I criteri di appropriatezza di tali ricoveri sono esplicitati nella DGR 3913/2007.

I percorsi clinici che avvengono in Unità per le Gravi Disabilità in Età Evolutiva e Unità di Riabilitazione per le Turbe Neuropsicologiche Acquisite sono suddivisibili in due macroaree.



## 8.2 CRITERI CLINICI

L'Unità per le gravi disabilità dell'età evolutiva (UDGE) è deputata alla presa in carico di pazienti da 0 a 18 anni con disabilità complesse e gravi in esiti di lesione cerebrovascolare pre, peri, o post natali, sindromi genetiche e dismetaboliche, cerebrolesioni acquisite (traumatiche, ipossiche, neoplastiche, infettive e infiammatorie, vascolari), gravi psicopatologie dell'età evolutiva (disturbi dello spettro autistico, psicosi, disturbi affettivi), sindromi epilettiche farmaco-resistenti, malattie neuromuscolari e del tessuto connettivo. Le diagnosi sono afferenti alle MDC 1, 8, 10, 19.

L'età adulta (URNA) si rivolge a disabilità associata a menomazioni di natura neurologica, quali condizioni conseguenti a gravi eventi acuti, patologie neurodegenerative, infiammatorie, neoplastiche caratterizzate da deficit complessi (coesistenza di menomazioni su più di un dominio), patologie rare, gravi deficit neuropsicologici cognitivi o comportamentali acquisiti, su base congenita o geneticamente determinata. Le diagnosi sono afferenti alla MDC 1.

## 8.3 TIPOLOGIA DI PAZIENTI PRESI IN CARICO

I pazienti presi in carico presso le UDGE provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti o dal territorio per specifiche richieste legate a inquadramento diagnostico e riabilitazione intensiva in fase post-acuta.

I pazienti presi in carico presso le URNA provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata) o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 o dal domicilio per documentati bisogni, come da DGR 3913/2007.

## 8.4 CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI

L'Unità per le gravi cerebrolesioni (UGC) è deputata alla presa in carico dei pazienti affetti dagli esiti di gravi traumatismi cranio-encefalici (TCE) ed altre gravi cerebrolesioni acquisite come i comi postanossici e gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari, caratterizzati nella loro evoluzione clinica da stato di coma ( $GCS \leq 8$ ) più o meno protratto (di norma superiore alle 24 ore) e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse. Sono pertanto esclusi, di regola, gli esiti di stroke ischemici (eccetto nei casi in cui l'evento ischemico comporta stato di coma superiore alle 24 ore) e di cerebropatie degenerative.

## 8.5 TIPOLOGIA DI PAZIENTI PRESI IN CARICO PRESSO LE UGC

Le patologie disabilitanti prese in carico presso le UGC rientrano nella MDC 1 e 24.

I pazienti presi in carico presso le UGC provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata), o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 ove siano stati ricoverati in attesa di posto letto disponibile oppure dal domicilio se presentano specifiche necessità, indicate nella DGR 3913/2007.



La presa in carico in regime di degenza presso le strutture di alta specialità riabilitativa UGC ha lo scopo di recuperare e/o mantenere il miglior grado di autonomia e partecipazione sociale consentito dalla/dalle patologia/e disabilitante/i, attraverso interventi assistenziali, terapeutici ed educativo/informativi.

Per la presa in carico in regime di ricovero deve essere redatto un progetto e programma riabilitativo individuale.

*Allo scopo è di favorire la graduale deospedalizzazione ed il reinserimento domiciliare e sociale, garantendo nel contempo un'adeguata gestione del paziente sul piano clinico ed assistenziale, il ricovero ordinario di UGC può essere seguito da un ricovero ordinario con codice disciplina 56 o con codice disciplina 60 o da un ricovero diurno di UGC.*

*Si precisa che non vanno ricoverati in UGC pazienti che hanno le caratteristiche per il codice disciplina 56 con MDC 1.*

#### **9. CRITERI DI VALUTAZIONE DEI RICOVERI RIABILITATIVI**

I controlli relativi ai ricoveri nelle Unità Operative con codici 28, 75 e 56 vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR 3913/2007, che prevedono, in particolare, le seguenti verifiche:

- ricovero ripetuto: entro 180 gg dalla dimissione oppure se la dimissione per ambientazione domiciliare e il rientro sono previsti nel progetto riabilitativo del precedente ricovero con intervallo dimissione ricovero non superiore a 20 giorni;
- giornate di permesso;
- N° di accessi;
- presenza del progetto/programma riabilitativo.



## 10. VALORIZZAZIONE DEI RICOVERI RIABILITATIVI

La valorizzazione economica dei ricoveri riabilitativi è esplicitata nella DGR 1805/2011 – DGR 1026/2021.

RICOVERI ORDINARI PER RIABILITAZIONE O DI LUNGO DEGENZA	Ricoveri ordinari in Unità Operative codice 28 o 28.01	Valorizzazione a Euro 425,01 per giornata di degenza, indipendentemente dalla durata della stessa e dalla MDC di appartenenza del ricovero.	I trasferimenti da U.O. per acuti ad U.O. di riabilitazione o lungodegenza (cod. 28, 75, 56 e 60) o viceversa vanno trattati come nuovo ricovero con contestuale dimissione e chiusura della precedente SDO. Similmente, si devono considerare come nuovi ricoveri i trasferimenti tra le U.O. di riabilitazione (cod. 28, 75, 56) e lungodegenza (cod. 60) e viceversa.
	Ricoveri ordinari in Unità Operative codice 75	Valorizzazione a Euro 396,67 per giornata di degenza, indipendentemente dalla durata della stessa e dalla MDC di appartenenza del ricovero.	
	Ricoveri ordinari in Unità Operative codice 56	Valorizzazione con valore fisso per giornata, secondo l'appartenenza alle seguenti categorie diagnostiche (MDC), per le giornate di degenza fino al valore soglia della degenza: MDC 1 Euro 231,04 MDC 4 Euro 259,52 MDC 5 Euro 258,19 MDC 8 Euro 248,09 Altre MDC Euro 205,50 Valorizzazione per ogni giornata di degenza oltre il valore soglia: MDC 1 Euro 139,98 MDC 4 Euro 123,83 MDC 5 Euro 134,60 MDC 8 Euro 126,51 Altre MDC Euro 107,68	Valore soglia della degenza: MDC 1 60 giorni MDC 4 20 giorni MDC 5 20 giorni MDC 8 25 giorni Altre MDC 15 giorni Il valore soglia della degenza dei ricoveri ordinari dei pazienti con disturbi alimentari nelle unità operative codice 56 è di giorni 90
	Ricoveri ordinari in Unità Operative codice 60	Valorizzazione a Euro 157,58 per ciascuna giornata di degenza fino al valore soglia della degenza; per ogni giornata di degenza oltre il valore soglia valorizzazione a Euro 75,65	Valore soglia della degenza: 40 giorni
RICOVERI DIURNI PER RIABILITAZIONE	Ricoveri diurni per erogazione di prestazioni riabilitative comportanti almeno due ore di attività riabilitativa con le caratteristiche di cui agli indirizzi Day Hospital, erogate da strutture codice 56	Valorizzazione con valore fisso per giornata, secondo l'appartenenza alle seguenti categorie diagnostiche (MDC), per le giornate di degenza fino al valore soglia della degenza: MDC 1 Euro 191,54 MDC 4 Euro 168,87 MDC 5 Euro 165,84 MDC 8 Euro 171,51 Altre MDC Euro 149,12 Per ciascuna giornata di degenza oltre il valore soglia si applica il corrispettivo pari a Euro 124,34	Valore soglia della degenza: MDC 1 21 giorni MDC 4 18 giorni MDC 5 13 giorni MDC 8 10 giorni Altre MDC 15 giorni Il valore soglia della degenza dei ricoveri diurni dei pazienti con disturbi alimentari nelle unità operative codice 56 è di giorni 90
	Ricoveri diurni per erogazione di prestazioni riabilitative comportanti almeno due ore di attività riabilitativa con le caratteristiche di cui agli indirizzi Day Hospital, erogate da strutture codice 28 e 75	Valorizzazione di Euro 233,76 indipendentemente dalla MDC di appartenenza	
GIORNI DI PERMESSO	I permessi, che vengono concessi al paziente ricoverato in occasione di giornate festive o per interruzioni del trattamento, devono inserirsi ai fini della definizione del "numero giorni di permesso" nel tracciato del flusso informativo della SDO, della durata massima di 12 ore e non devono oltrepassare le 24 ore	Per i ricoveri remunerati a giornata di degenza valorizzazione al 50% della tariffa giornaliera prevista da applicarsi sia per le giornate entro il valore soglia della degenza che per quelle oltre il valore soglia Per i ricoveri per acuti con durata di degenza eccedente la soglia: valorizzazione al 50% della tariffa giornaliera prevista	

## 11. ABBATTIMENTO ECONOMICO DEI RICOVERI RIABILITATIVI IN SEGUITO AI CONTROLLI NAC

La vigente normativa (ultima normativa di riferimento: DGR 2022/2018) prevede che:

-i ricoveri ordinari, se riconosciuti inappropriati secondo quanto indicato dalla normativa, sono remunerati con la tariffa prevista per il ricovero diurno;



-i ricoveri diurni, se riconosciuti inappropriati secondo quanto indicato dalla normativa, sono remunerati al 10% della tariffa dello specifico DRG (si intende secondo la remunerazione prevista per MDC, regime, soglia, etc.).

## 12. CONTROLLO SULLA RIABILITAZIONE EX ART. 26

-Deliberazione della Giunta Regionale n. 1600 del 29 ottobre 2019

***Opera Diocesana San Bernardo degli Uberti - Istituto Pio XII onlus di Misurina di Auronzo di Cadore (BL), istituto e centro di riabilitazione ex art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833: assegnazione budget per il triennio 2020-2022 e definizione dei criteri di accesso per l'erogazione delle prestazioni nei confronti di cittadini residenti nel Veneto. Approvazione del percorso del paziente asmatico in età pediatrica ed ulteriori disposizioni operative***

Con la circolare della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA n. 476647 del 06 novembre 2019 la Regione Veneto ha ritenuto opportuno ricomprendere nel sistema regionale dei controlli, di cui alla DGR n. 2022 del 28 dicembre 2018, anche le prestazioni erogate dagli Istituti e Centri di riabilitazione ex art. 26 n. 833/1978 a far data dal 1 gennaio 2020.

I supporti normativi per la valutazione di tali prestazioni sono rappresentati da: L. 833/1978, DPR 14 gennaio 1997, DPCM 12 gennaio 2017, L.R. n. 34 del 14 dicembre 2007.

Si riporta di seguito un esempio di verifiche sulla riabilitazione ex art. 26:

1. Verifica della presenza della cartella clinica ambulatoriale (come previsto dalla L.R. n. 34 del 14 dicembre 2007). La normativa prevede, infatti, che la cartella clinica ambulatoriale venga aperta qualora sia stato individuato un percorso superiore a due incontri programmati (negli altri casi il sanitario è tenuto a rilasciare al paziente un referto scritto sull'attività svolta contenente i dati clinici rilevanti nonché la diagnosi e la terapia eventualmente somministrata).

2. Verifica della presenza dell'impegnativa del medico prescrittore con riportate le prestazioni da erogare (come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017).

3. Corrispondenza delle prestazioni prescritte, erogate e scaricate nel flusso informatico.

Per i controlli sulla riabilitazione ex art. 26 la Regione Veneto dovrà programmare una griglia per i controlli ed un successivo corso di formazione per i componenti del NAC.

## 13. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

-DGR n. 3913 del 04.12.2007 recante: "Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione"

-Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 61 del 17.05.2012 recante: "Attivazione dei pacchetti standardizzati regionali di day service. DDR n. 1079 del 17.04.2007 e DGR n. 2812 del 11.09.2007"



-Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 68 del 25.05.2012 recante: *“Casa di Cura Trieste Centro Medico di Foniatria: attivazione dei pacchetti di day service. DDR n. 1079 del 17.04.2007 e DGR n. 2812 del 11.09.2007”*

-DGR n. 1805 del 08.11.2011 recante: *“Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate”*

-DGR n. 94 del 31.01.2012 recante: *“Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i disturbi del comportamento alimentare tra Centri pubblici e Case di cura convenzionate”*

-DGR n. 437 del 20.03.2012 recante: *“Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 8.11.2011”*

-Decreto n. 61 del 17.05.2012 recante *“Attivazione dei pacchetti standardizzati regionali di day service. DGR n. 1079 del 17 aprile 2007 e DGR n. 2812 del 11 settembre 2007”*

-Decreto n. 68 del 25.05.2012 recante *“Casa di Cura Trieste Centro Medico di Foniatria: attivazione dei pacchetti di day service. DGR n. 1079 del 17 aprile 2007 e DGR n. 2812 del 11 settembre 2007”*

-Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 99 del 09.07.2012 recante: *DGR n. 3436 del 30 dicembre 2010 Aggiornamento delle linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO): Integrazione”*

-DGR n. 2167 del 23.12.2016 recante: *“Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.”*

-DGR n. 2022 del 28.12.2018 recante: *“Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto”*

-DGR n. 569 del 09.05.2019 recante *“Recepimento Accordo Conferenza stato Regioni sul documento Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione – approvato il 22 luglio 2017. Rep. Atti 93/CSR”*

-DGR n. 426 del 06.04.2021 recante: *“Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i.”*

-DGR n. 1026 del 28.07.2021 recante: *“Deliberazione n. 426 del 6 aprile 2021 “Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i.”. Adempimenti”*



## D. CONTROLLI DEI DRG DA INNOVAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

### 1. INNOVAZIONE

I sistemi prospettici di pagamento degli ospedali (DRG) sono un fattore importante che può influire sull'adozione e diffusione dell'innovazione soprattutto quando se ne preveda l'introduzione in regime di ricovero (Schreyogg et al. 2009). In particolare per le nuove tecnologie nel momento in cui sono introdotte nel mercato spesso non sono disponibili informazioni sui costi nella pratica clinica. Ciò è particolarmente vero per i dispositivi medici dal momento che la maggioranza dei trial clinici non indagano gli aspetti relativi al rapporto costo-efficacia (Di Matteo et al. 2005). Fin dalla loro introduzione quale strumento di rimborso per i ricoveri ospedalieri, il dibattito sulla capacità dei DRG di fornire i giusti incentivi per assicurare l'adozione e l'uso di nuove tecnologie è stato acceso (Cutler e McClellan 2001; Shin e Berliner 2008). Infatti quasi sempre l'assenza di una modalità di rilevazione, indipendentemente dall'attivazione di meccanismi di rimborso, impedisce di stimare esiti e impatto economico dell'innovazione introdotta.

Una tariffa forfettaria predeterminata per ciascun caso può portare, peraltro, ad una limitazione dell'introduzione di tecnologie costose: per questo la maggior parte dei Paesi che utilizza i DRG ha sviluppato anche strumenti alternativi di rimborso volti a favorire l'innovazione tecnologica che vengono distinti in meccanismi di breve e lungo periodo (Henschke et al 2011). In particolare sono stati individuati strumenti di breve periodo tra i quali i pagamenti separati (tariffa omnicomprensiva per ricoveri con utilizzo della tecnologia), i pagamenti supplementari (somme aggiuntive alla tariffa del DRG) ed il rimborso outliers per DRG oltre soglia. Parimenti sono stati individuati strumenti di lungo periodo che mirano ad assicurare che l'innovazione tecnologica sia stabilmente incorporata nel sistema di rimborso come ad esempio attraverso la creazione di nuovi DRG o lo splitting di DRG esistenti o delle loro tariffe. Va sottolineato inoltre che, allo stato attuale, non si possiedono evidenze scientifiche dell'efficacia di tali meccanismi (Scheller-Kreinsen et al. 2011).

L'Italia si è dotata, analogamente a Francia, Germania ed Inghilterra, sia di forme separate di rimborso (nuovi DRG come nel caso della colecistectomia laparoscopica con e senza complicanze - DRG 493-494) che di tariffe integrative (peraltro presenti solo per alcune tecnologie ad elevato costo nel sistema tedesco e britannico). Nel valutare il rapporto tra innovazione e DRG nel nostro Paese va premesso che a distanza di 25 anni dall'introduzione del sistema di pagamento prospettico a DRG dei ricoveri abbiamo assistito sul versante della tariffazione all'introduzione di molteplici meccanismi di differenziazione delle tariffe nelle Regioni Italiane con una notevole frammentazione (peraltro già di per sé presente nelle diverse modalità di codifica dei ricoveri).

Dal punto di vista metodologico è importante ricordare che la tariffa associata a ciascun DRG si riferisce al costo medio dell'assistenza per tutti i pazienti attribuiti al gruppo, con l'assunzione implicita che la variabilità interna a ciascun DRG si neutralizzi a livello di singolo DRG o comunque nell'ambito del case-mix dell'intero ospedale che costituisce l'effettiva unità di finanziamento del sottosistema ospedale. Va posta una particolare attenzione al fatto che singole tecnologie/device innovativi e DRG assegnati non sono affatto sinonimi: all'interno del singolo gruppo è necessario



considerare i singoli codici ICD-9-CM e quindi utilizzare correttamente gli items contenuti nella SDO per poterli identificare.

Sarebbe quindi indispensabile conoscere la distribuzione dei codici nella popolazione che è stata presa a riferimento per definire quella media dei costi che vanno ad esempio a comporre la tariffa aggiuntiva di rimborso o la tariffa del nuovo DRG. Volendo esemplificare nell'ambito della cardiologia interventistica i DRG 110 ("Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC") e 111 ("Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC"), sono determinati da 53 specifici interventi su cuore e vasi, con o senza utilizzo di medical devices.

A livello nazionale, negli ultimi 24 anni, gli aggiornamenti dei sistemi di classificazione dei ricoveri hanno riguardato un primo passaggio alla versione 19 del sistema DRG Grouper-CMS del 2005 (DM 21.11.2005) e un ulteriore passaggio alla versione 24 dei CMS-DRG (peraltro sulla 9° revisione ICD9-CM del 2007) col DM 18.12.2008: in pratica stiamo quindi operando con lo stesso sistema di classificazione da ben 12 anni il che rappresenta di per sé stesso un ostacolo alla ricezione dell'innovazione. In attesa pertanto di procedere nell'attuazione di una revisione del sistema di classificazione delle malattie e delle procedure, coordinato dall'ISS (Progetto "It.DRG") che dovrebbe riportarci ad un allineamento Europeo con l'adozione dell'ICD-10 (con 16.746 diagnosi versus 11.481 attuali e 5.408 procedure vs 3.732) e la realizzazione di un Grouper italiano, tra il 2007 ed il 2013 è stata concordata per la compensazione della mobilità interregionali una Tariffa Unica Convenzionale (TUC) che rappresenta la sintesi delle diverse esigenze non contemplate all'interno del tariffario ministeriale. All'interno della TUC sono state modificate quasi tutte le tariffe esistenti nel tariffario nazionale sulla base di liste e condizioni concordate tra le Regioni.

Per l'erogazione di "rimborsi speciali" rispetto alla tariffa base associata al DRG in corrispondenza dell'utilizzo di specifici dispositivi, di protesi o di procedure ad alto costo innovative a livello nazionale ci si è pertanto pragmaticamente orientati all'utilizzo di tre possibili strumenti:

- rimborsi aggiuntivi (ossia rimborsi che si sommano alla tariffa associata ai DRG);
- tariffe sostitutive (ossia tariffe che sostituiscono interamente la tariffa associata ai DRG);
- DRG per i quali esiste una suddivisione - split - che comporta una differenziazione della tariffa.

Questi tipi di rimborso speciale possono essere adottati dalle Regioni in modi diversi o in modo combinato, dando luogo a casi in cui esistono i soli rimborsi aggiuntivi; le sole tariffe sostitutive; o queste due forme insieme; i rimborsi aggiuntivi e i DRG split.

In tale panorama, contraddistinto da una alta variabilità nell'approccio e nella regolarità degli aggiornamenti, senza entrare nelle metodologie di valutazione dei costi in esse applicate, troviamo la valutazione del rimborso per l'innovazione tecnologica mediante strumenti di lungo percorso per facilitare l'adozione di nuove tecnologie quali il DRG Splitting come avviene ad esempio in Lombardia, ovvero attraverso la ripartizione di un DRG in uno o più codici di un determinato DRG. Riguarda ad esempio il DRG 008 «Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC», che nel caso di erogazione della radiochirurgia stereotassica (cod. intervento principale 9231/9232/9233 «radiochirurgia») passa da 1.812 € a 6.596 € sia in ricovero ordinario che diurno.



Sono presenti anche strumenti di breve periodo quali tariffe aggiuntive che coinvolgono 10 Regioni, tra cui il Veneto, per il rimborso ad es. di protesi cocleari, neurostimolatore cerebrale, neurostimolatore vagale, neurostimolatore spinale, protesi d'anca, protesi di ginocchio, valvola aortica trans catetere (TAVI), stent medicato, ombrello settale atriale, etc. Oppure attraverso la definizione di una tariffa forfettaria omnicomprensiva (pagamento separato) come ad es. per l'impianto di TAVI in Campania (24.657 € vs. 22.994 € della TUC).

Nella Tabella 1 seguente vengono riassunte le tariffe aggiuntive della Regione Veneto ed il confronto con la tariffa prevista dalla precedente TUC.

**Tabella 1. Tariffe aggiuntive della Regione Veneto rispetto alla TUC.**

DISPOSITIVO	TUC	REGIONE VENETO
PROTESI COCLEARE (DRG 49)	22.366	25.822,84
STIMOLATORE CEREBRALE (DRG 2)	13.500	16.000
NEUROSTIMOLATORE VAGALE (DRG 7 e 8)	15.377	15.377
NEUROSTIMOLATORE SPINALE (DRG 8)	3.698 (elettrodi) 5.547 (generatore d'impulsi)	7.100 (non ricaricabile) 16.000 (ricaricabile)
POMPE D'INFUSIONE (codice intervento 86.06)	3.500	
OMBRELLINO SETTALE ATRIALE (DRG 518)	5.800	
DISPOSITIVO DI TIPO VAD (DRG 103)	90.000	91.000
CUORE ARTIFICIALE (DRG 103)	90.000	49.967,20
PROTESI AORTA ADDOMINALE (DRG 110)	1.768	4.300
(DRG 111)	736	
PROTESI AORTA TORACICA (DRG 110)	3.784	
(DRG 111)	2752	

Sul versante tariffario l'aggiornamento della TUC nazionale (attiva da luglio 2003) ha registrato una prima revisione nel 2006 lasciando libertà alle Regioni di scelta sul periodo di aggiornamento dei tariffari regionali. Si sono delineati tre scenari che vanno dall'aggiornamento annuale delle tariffe DRG (ad es. Lombardia/Emilia-Romagna), all'aggiornamento ogni 2-3 anni (ad es. Toscana, Sicilia) e ad una frequenza variabile (tra cui anche il Veneto).

Le Aziende Sanitarie/Ospedaliere si trovano pertanto spesso di fronte alla necessità di adottare tariffe insufficienti a coprire il costo delle nuove tecnologie. Le strategie perseguibili per non bloccare il processo di innovazione possono ricomprendere tre scenari dell'adozione a proprie spese (es. dispositivi per la vertebroplastica) i cui costi aggiuntivi vengono sterilizzati nell'ambito dell'utile della produzione aziendale costo-efficacia, della negoziazione con la Regione al fine di ottenere tariffe aggiuntive (es. quanto sta avvenendo per la Risonanza Magnetica ad ultrasuoni



focalizzati ad alta intensità - HIFU per il trattamento del tremore essenziale in Veneto, Lombardia, Abruzzo e Sicilia) ed avvio di progetti sperimentali in attesa di adeguare le tariffe. Indubbiamente tali soluzioni soffrono in generale della difficoltà di identificare una corretta codifica per i ricoveri collegati all'utilizzo dell'innovazione e pertanto anche di definire uno standard di codifica per i relativi controlli (elemento su cui torneremo poco più sotto).

L'utilizzo del rimborso a DRG offre alcuni indubitabili vantaggi a sostegno dell'innovazione tra cui una notevole flessibilità dello strumento stesso se sottoposto a revisione frequente (almeno annuale), uno strumento di controllo dei costi e della appropriatezza delle prestazioni, un freno all'adozione indiscriminata della tecnologia (associato ad HTA) e la possibilità di incentivare l'uso di dispositivi/processi di cura di comprovata efficacia (con effetti sull'aumento dell'appropriatezza clinica).

A questi si aggiungono i vantaggi collegati ai dispositivi che riducono i costi medi di gestione dei pazienti (ad es. riduzione degenza media, riduzione delle complicanze ed aumento della sicurezza dei pazienti e degli operatori) e la possibilità di aggiornare l'utilizzo del dispositivo/tecnologia al processo di budgeting in modo da rispettare le regole del sistema ed il complesso equilibrio economico-finanziario aziendale.

Gli svantaggi peraltro sono rappresentati dal livello di specificità dei codici ICD-9-CM (attualmente in uso) insufficiente a consentire il riconoscimento dell'approccio tecnologico innovativo, la frequenza troppo bassa degli aggiornamenti dei codici stessi e degli aggiornamenti delle tariffe, nonché l'assenza di rimborsi extra tariffa in alcune Regioni.

Va fatta pertanto una riflessione sul fatto che in generale dal punto di vista meramente contabile l'attuale gestione del sistema di rimborso a DRG italiano può rappresentare un freno all'innovazione: tuttavia poiché questo sistema tende a far emergere le cure maggiormente innovative e complesse e con il tempo, tendenzialmente a premiarle, una lettura accorta del sistema può rappresentare uno stimolo all'innovazione tecnologica interpretata alla luce di un rapporto costo/ricavi equilibrato sull'insieme della produzione dell'ospedale, laddove le cure in cui tale rapporto è vantaggioso finiscono col finanziare l'innovazione in altri ambiti.

Come afferma Assobiomedica "il principio alla base del sistema di pagamento prospettico a DRG è quello di definire la tariffa di rimborso associata a un determinato DRG volta a coprire il costo medio dell'assistenza per tutti i ricoveri simili tra loro. L'adozione di questo principio comporta un'assunzione fondamentale: la variabilità interna a ciascun DRG, in termini di costi sostenuti, dovrebbe essere appianata dalla redistribuzione delle risorse economiche interna alla struttura ospedaliera che percepisce il rimborso".

In conclusione, l'introduzione di tecnologie che aumentano la qualità dell'assistenza ma, allo stesso tempo, aumentano significativamente i costi ad essa associati fa emergere l'inadeguatezza del modello di gestione del sistema DRG, costringendo i sotto-sistemi regionali a ricorrere spesso a strumenti di pagamento di breve periodo (in particolare le tariffe aggiuntive) con l'obiettivo di incoraggiare l'adozione e l'uso dell'innovazione in attesa che venga formalmente incorporata nel sistema.



Le principali criticità sono quindi collegate alle attuali modalità di gestione del sistema di rimborso in particolare per la mancata manutenzione regolare del sistema di classificazione e delle tariffe associate.

## 2. CONTROLLI

L'attuale normativa regionale di riferimento (DGR 2022/18) non esplicita direttamente l'esigenza di controlli sull'utilizzo di tecnologie innovative ma li ricomprende implicitamente laddove prevede "il controllo del sistema di codifica ICD-9-CM delle diagnosi e degli interventi/procedure utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive regionali in tema di codifica, oltre alla valutazione di appropriatezza del setting assistenziale".

Nello specifico per le tecnologie e dispositivi già previsti dall'attuale sistema di rimborso aggiuntivo va verificato nell'ambito del campionamento effettuato trimestralmente/semestralmente per i controlli interni ed esterni la "corrispondenza tra quanto riportato in SDO e le codifiche ICD-9-CM delle diagnosi e degli interventi/procedure, nel rispetto delle Linee Guida e note regionali" e "l'appropriatezza del setting assistenziale di erogazione".

A livello di controlli interni, laddove siano previste tariffe aggiuntive può risultare utile un periodico confronto tra i report dei dispositivi impiantati, fornito dalla Farmacia e la codifica dei relativi ricoveri, anche al fine di tempestive correzioni, modalità che può essere utilmente inserita nel Piano Annuale dei controlli interni. E' peraltro buona norma in caso di reperimento di errori ripetuti nella codifica di informare formalmente il NAC dell'Azienda territoriale di riferimento (come avviene nel caso dei controlli esterni) e, attraverso lo specifico campo dell'applicativo regionale (che consente il caricamento di allegati oltre alla tabella delle risultanze dei controlli standard) il Nucleo Regionale di Controllo in occasione del caricamento delle risultanze dei controlli semestrali.

Un ulteriore aspetto relativo ai controlli si riferisce alla necessità, a seguito dell'introduzione di un nuovo dispositivo/tecnologia, di definirne una tracciabilità attraverso una codifica combinata dei codici ICD-9-CM o dei codici più affini, elemento che deve far parte del dossier predisposto per la Regione (comprensivo delle valutazioni dei costi collegati) al fine della richiesta di una tariffazione aggiuntiva a compensazione (dato per assodato che l'introduzione del device/tecnologia sia già stato approvato dalla Regione attraverso uno specifico percorso in CRITE). In attesa del parere regionale sulla tracciabilità della codifica può essere utile concordare con il NAC dei controlli esterni una modalità di codifica condivisa.

Infine per l'elenco delle protesi ed altre procedure per le quali è prevista una tariffa aggiuntiva al DRG (Protesi cocleare, Stimolatore cerebrale, Ombrello atriale settale, Neurostimolatore vagale, Pompe di infusione totalmente impiantabile, Trapianto di cellule staminali limbari, Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico, Sistemi di assistenza cardiaca impiantabile - VAD, Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale - cuore artificiale) e per i DRG per i quali è prevista una tariffa DRG particolare per singolo episodio di ricovero (Gamma knife, Ciber knife, Neurostimolatore spinale o urologico, Impianto o sostituzione di elettrodo, Impianto o sostituzione di generatore di impulsi, Brachiterapia, Termoablazione epatica per via percutanea,



Discolisi con tecnica laser o radiofrequenza od ozono, Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare, Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni) si può fare riferimento all'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria alle pagine 110 e 111.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Cutler D.M., McClellan M. (2001) *Is technological change in medicine worth it?* Health Affairs, 20: 11-29
- Di Matteo L. (2005). *The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: Assessing the impact of income, age distribution and time.* Health Policy, 71: 23-42
- Henschke C., Baumler M., Weid S., et al. (2010). *Extrabudgetary ("NUB") payments: a gateway for introducing new medical devices into the German inpatient reimbursement system?* Journal of Management & Marketing in Healthcare, 3: 119-133.
- Scheller-Kreien D., Quentin W., Busse R. (2011). *DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries.* Value in Health, 14 (8): 1166-1172.
- Schreyogg J., Baumler M., Busse R. (2009). *Balancing adoption and affordability of medical devices in Europe.* Health Policy, 92: 218-22
- Shin C., Berliner E. (2008). *Diffusion of new technology and payment policies: coronary stents.* Health Affairs, 27: 1566-1576.
- DGR n. 2022 del 28.12.2018 recante: "Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto"
- DGR n. 4277 del 29.12.2009 recante "Diagnosis Related Groups – drg da considerare ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria e da considerare ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti"
- DGR n. 281 del 14.03.2017 recante "Aggiornamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG -Diagnosis Related Groups ad alto rischio di non appropriata in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriata in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale"



## E. DRG AD ELEVATO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

### 1. EVOLUZIONE NORMATIVA

Con la formulazione definitiva nel Patto per la salute per gli anni 2010-2012 dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza ed il conseguente recepimento di questi a livello regionale venivano identificati con la DGR n. 4277 del 29 dicembre 2009 i DRG da considerare “ad alto rischio di inappropriatezza” se erogati in regime di degenza ordinaria (108 DRG) e se erogati in regime di degenza diurna (13 DRG). Contestualmente, come da mandato LEA, veniva individuata la metodologia e fissate a livello regionale le soglie di ammissibilità dei DRG basandosi sulla casistica regionale dell’anno 2008 (Allegati B, A e C del DGRV n. 4277 del 29 dicembre 2009).

Con DGR 281 del 14 marzo 2017, in adempimento al DCPM del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”, venivano aggiornate le percentuali/soglie di ammissibilità. Si rinviava nella stessa ad un successivo provvedimento per l’aggiornamento del sistema di calcolo per la verifica della corrispondenza con il valore percentuale/soglia di ammissibilità e degli abbattimenti tariffari da effettuare in caso di superamento del citato valore, nonché dei criteri per la verifica dell’appropriatezza clinica in caso di superamento del medesimo valore. Tale aggiornamento non è stato ancora pubblicato e pertanto vigono attualmente le soglie previste dalla DGR 281/2017 con gli abbattimenti della DRG 4277/2009. In generale la soglia/percentuale di inappropriatezza è stata abbassata rispetto al 2009. Ecco alcuni esempi:

-DRG 008 Interventi su Nervi Periferici e Cranici e altri interventi senza complicanze: per il ricovero ordinario si passa dal 50% al 12% con inserimento della soglia per il ricovero diurno dell’82% (quindi una chiara indicazione a trasferire la prestazione in ricovero diurno, tranne per una piccola quota che trova ancora giustificazione in ordinario);

-DRG 134 Ipertensione passa dall’82% in ricovero ordinario (con esclusione delle urgenze) al 79% senza esclusione delle urgenze (quindi i ricoveri da Pronto Soccorso che spesso giustificavano la degenza ordinaria a priori rientrano adesso nel calcolo della soglia).

Dal 2016 è stato inserito l’Indicatore 17 della griglia LEA 2016 relativo al monitoraggio dei DRG a rischio di inappropriatezza coerentemente con quanto previsto dal Questionario Ministeriale QLEA.

### 2. CONTROLLI

Nell’ambito della metodologia di campionamento prevista dalla DGR n. 2022 del 28 dicembre 2018 per i controlli interni ed esterni oltre ai casi ricompresi nel campione casuale del 10% della produzione totale dei ricoveri ordinari e diurni di ciascuna Azienda è prevista una ulteriore quota, pari al 2,5% del totale dei ricoveri prodotti per controlli su ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato A della DGR n. 4277 del 29 dicembre 2009 e successive integrazioni).

***E’ in corso al NRC una riflessione sulla opportunità di estendere i controlli interni all’interna produzione di cartelle cliniche afferenti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza, da aggiungere ai controlli previsti dalla DGR 2022/2018 per mezzo di strumenti digitali.***

In generale, le tipologie di controllo da applicare sui ricoveri appartenenti ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza comprendono:



-la corrispondenza tra quanto riportato in SDO e le codifiche ICD-9CM delle diagnosi e degli interventi/procedure, nel rispetto delle Linee Guida e note regionali, dei principi di buona pratica clinica e/o linee guida delle società scientifiche;

-appropriatezza del setting assistenziale di erogazione.

Nel contesto di tale tipologia di controlli l'aspetto relativo alla verifica del setting assistenziale, in particolare a fronte di un superamento della soglia di ammissibilità, appare preminente.

Le verifiche possono fornire preziose informazioni per orientare i clinici ad una più attenta valutazione del percorso di cura da proporre ai pazienti nel rispetto di un utilizzo più appropriato della complessità assistenziale tra ricovero ordinario, diurno ed ambulatoriale. Oltre alla possibilità di verificare preventivamente l'andamento del rispetto delle soglie può risultare utile, anche nel contesto dei controlli interni, verificare all'interno di uno specifico gruppo di ricoveri appartenenti a DRG potenzialmente inappropriati quelli per i quali si registri una degenza media significativamente maggiore: il focus dell'analisi della documentazione clinica di tale casistica sarà prioritariamente volto a verificare la correttezza della codifica (ed in particolare la presenza di omissioni di diagnosi e procedure previste dalle attuali Linee Guida per la codifica) che potrebbero determinare l'attribuzione del ricovero ad un DRG non appartenente ai 108. Tale tipologia di controllo può essere introdotta nell'ambito dei controlli aggiuntivi da inserire nel Piano Annuale di Controllo.

Nello specifico dei controlli sui ricoveri ordinari e diurni appartenenti ai 108 DRG a potenziale rischio di inappropriatezza hanno una particolare rilevanza anche la presenza di buone pratiche cliniche o linee guida delle società scientifiche che sostengano la necessità ai fini dell'appropriatezza delle cure (sicurezza, tempestività, efficacia) nella scelta di un setting più complesso. Un esempio è rappresentato dal DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" per pazienti sottoposti a trattamenti che prevedano l'infusione continua di liquidi (anche notturna): è necessario pertanto produrre una relazione clinica da sottoporre al NAC dell'Azienda che opera i controlli esterni.

Infine l'analisi, anche mediante i controlli interni di tale casistica di ricoveri può fornire rilevanti informazioni al fine di verificare i modelli erogativi delle prestazioni in base a criteri di appropriatezza, adottati secondo diverse modalità presso le Unità Operative introducendo elementi di miglioramento che possono ricomprendere:

-la conversione di casi da ricovero ordinario a ricovero diurno/ regime ambulatoriale, in particolare per i ricoveri programmati con dimissione al domicilio del paziente con degenza di 0-1 giorno (brevi);

-miglioramento del processo di appropriatezza erogativa sia per i ricoveri ordinari che diurni, attraverso la promozione di una presa in carico in day service ambulatoriale con effetti sulla riduzione del tasso di ospedalizzazione;

-riqualificazione dell'attività specialistica, attraverso la definizione di linee guida per l'erogazione e protocolli di accesso improntati a criteri di appropriatezza, qualità ed equità e l'implementazione di specifici protocolli diagnostico-terapeutici.



La normativa regionale di riferimento per la valutazione dell'appropriatezza degli interventi effettuati in regime di ricovero ma effettuabili anche in regime ambulatoriale è rappresentata dal Decreto n. 38 del 05.04.2013 e prevede che tutti gli interventi effettuati in anestesia locale siano generalmente eseguibili in regime ambulatoriale. In caso di gravi complicanze post-operatorie/interventistiche è sempre possibile convertire il regime di erogazione, passando da ambulatoriale a ricovero.

I criteri che giustificano l'ammissione al regime di ricovero (ordinario o diurno) sono i seguenti:

Criteri legati all'intervento

- a) Intervento con durata superiore a 90 minuti;
- b) Prevedibile dolore post operatorio severo e/o di difficile gestione a domicilio;
- c) Possibili severe complicanze post-operatorie/interventistiche (in particolare emorragiche e respiratorie).

Criteri clinici

- a) Classe A.S.A.  $\geq 4$ , accompagnata da almeno altri due criteri tra quelli clinici sottoelencati;
- b) Gravi atopie allergiche (in terapia desensibilizzante, cortisonica e antiasmatica);
- c) Asma severo e/o BPCO in trattamento con O2 terapia domiciliare o ventilatoria;
- d) Insufficienza cardiaca con edemi declivi, limitazioni funzionali, dispnea;
- e) Cardiopatia ischemica cronica;
- f) Patologie ematologiche avanzate con rischio emorragico;
- g) Immunodepressione;
- h) Malattie neuromuscolari;
- i) Anamnesi di ipertermia maligna o sindromi neurolettiche maligne o terapia in atto con anti IMAO (in caso di anestesia generale).

Criteri assistenziali (devono essere accompagnati almeno da un criterio legato all'intervento e/o da un criterio clinico).

- a) Pernottamento per distanza dall'ospedale o da altra struttura sanitaria superiore a 60 minuti di viaggio;
- b) Mancanza di assistenza al domicilio da parte di terzi per le prime 24 ore (in particolare la notte successiva all'intervento);
- c) Condizioni ambientali e sociali non idonee (ad esempio: incapacità di osservare le prescrizioni mediche, impossibilità di comunicare telefonicamente con l'ospedale etc.).

***Sono in fase di aggiornamento a livello regionale i criteri di appropriatezza per i ricoveri con prestazioni erogabili anche a livello ambulatoriale.***

### **3. LE SOGLIE DRG PER REGIME DI RICOVERO A SUPPORTO DELLE VERIFICHE DEI LEA**

Come già sopra riportato, la normativa di riferimento per i DRG ad elevato rischio di inappropriata è rappresentata dalla DGR 4277/2009, 1805/2011, 437/2012, 281/2017 e 1026/2021.

I valori percentuali/soglie di ammissibilità che sono calcolati sulla casistica regionale hanno lo scopo di consentire l'evidenziazione di comportamenti "anomali" di alcune aziende, strutture



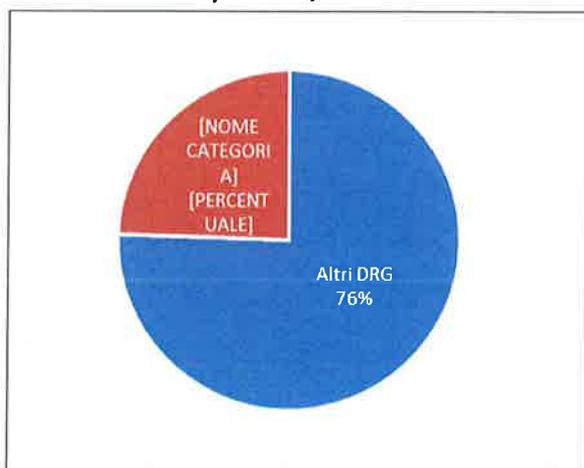
accreditate o unità operative e successivamente di poter incentivare l'utilizzo del più appropriato regime di cura per specifico DRG o per specifica procedura, oltre a disincentivare comportamenti opportunistici dal punto di vista tariffario.

La normativa è, comunque, in evoluzione, infatti la DGR 281/2017 ha rinviato ad un successivo provvedimento l'aggiornamento del sistema di calcolo per la verifica della corrispondenza con il valore percentuale/soglia di ammissibilità e degli abbattimenti tariffari da effettuare in caso di superamento del citato valore, nonché dei criteri per la verifica dell'appropriatezza clinica in caso di superamento del medesimo valore.

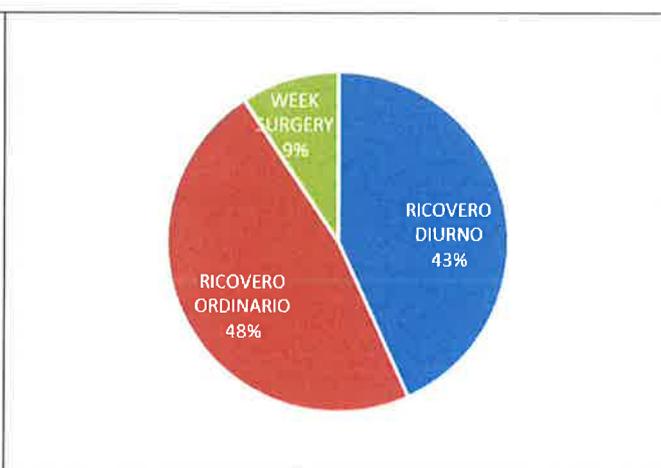
### 3.1 DETERMINAZIONE DELLE SOGLIE

Come rappresentato nel Grafico 1, i DRG a rischio di inappropriata rappresentano il 24% della casistica regionale (strutture pubbliche e private accreditate) dell'anno 2018. Nel Grafico 2 è rappresentata la percentuale di DRG a rischio di inappropriata distinta per regime di ricovero.

**Grafico 1. DRG a rischio di inappropriata:**  
**% complessiva, anno 2018.**



**Grafico 2. DRG a rischio di inappropriata:**  
**% per regime di ricovero, anno 2018.**



Nella Tabella 1 si riporta la numerosità dei ricoveri LEA della Regione dell'anno 2018, mentre nella Tabella 2 è illustrata la rappresentazione dei DRG più frequenti distinti in programmati ed urgenti.

**Tabella 1. Numerosità dei ricoveri LEA, anno 2018.**

Tipologia ricovero	Nr. Ricoveri LEA 2018	%
Non urgenti	113.321	73%
Urgenti	42.852	27%
<b>Totale complessivo</b>	<b>156.173</b>	



**Tabella 2. DRG più frequenti, anno 2018.**

DRG più frequenti	Non urgenti	Urgenti	Totale	%
381. Aborto con Dilatazione e Raschiamento Mediante Aspirazione o Isterotomia	6.208	1.967	8.175	5,2%
266. Trapianti Pelle e/o Sbrigliamento Eccetto Ulcere Pelle/Cellulite no CC	6.665	69	6.734	4,3%
055. Miscellanea Interventi Orecchio, Naso, Bocca e Gola	6.494	82	6.576	4,2%
158. Interventi Su Ano e Stoma no CC	5.353	838	6.191	4,0%
467. Altri Fattori che Influenzano lo Stato di Salute	4.835	714	5.549	3,6%
036. Interventi sulla Retina	4.352	555	4.907	3,1%
139. Aritmia e Alterazioni della Conduzione Cardiaca no CC	3.202	1.261	4.463	2,9%
503. Interventi Ginocchio Senza Diagnosi Principale di Infezione	4.272	75	4.347	2,8%
229. Interventi Mano o Polso, Eccetto Interventi Magg. Articolazioni no CC	3.620	629	4.249	2,7%
183. Esofagite, Gastroenterite e Miscellanea di Malattie Apparato Dirigente, Età >17, senza CC	597	3.401	3.998	2,6%
162. Interventi Per Ernia Inguinale e Femorale, Età >17 no CC	3.183	474	3.657	2,3%
395. Anomalie Dei Globuli Rossi, Età >17	822	2.808	3.630	2,3%
364. Dilatazione e Raschiamento, conizzazione Eccetto Neoplasie Maligne	3.101	527	3.628	2,3%
227. Interventi Sui Tessuti Molli no CC	3.120	416	3.536	2,3%
270. Altri interventi Pelle, Sottocute, Mammella no CC	3.323	143	3.466	2,2%
060. Tonsillectomia e/o Adenoidectomia, Età <18	3.351	4	3.355	2,1%

Il comitato permanente per la revisione del sistema di finanziamento ha stabilito di operare una revisione della casistica registrata effettuando una riallocazione della casistica nei regimi di cura più appropriati secondo il modello sotto riportato. Tale decisione trova ragione nella necessità di ricondurre alcuni ricoveri al regime di cura atteso per lo svolgimento di quella specifica procedura. La Figura 1 fa riferimento alla modalità di classificazione dei ricoveri ordinari; la Figura 2 ai ricoveri diurni.



Figura 1. Flow chart per i ricoveri ordinari.

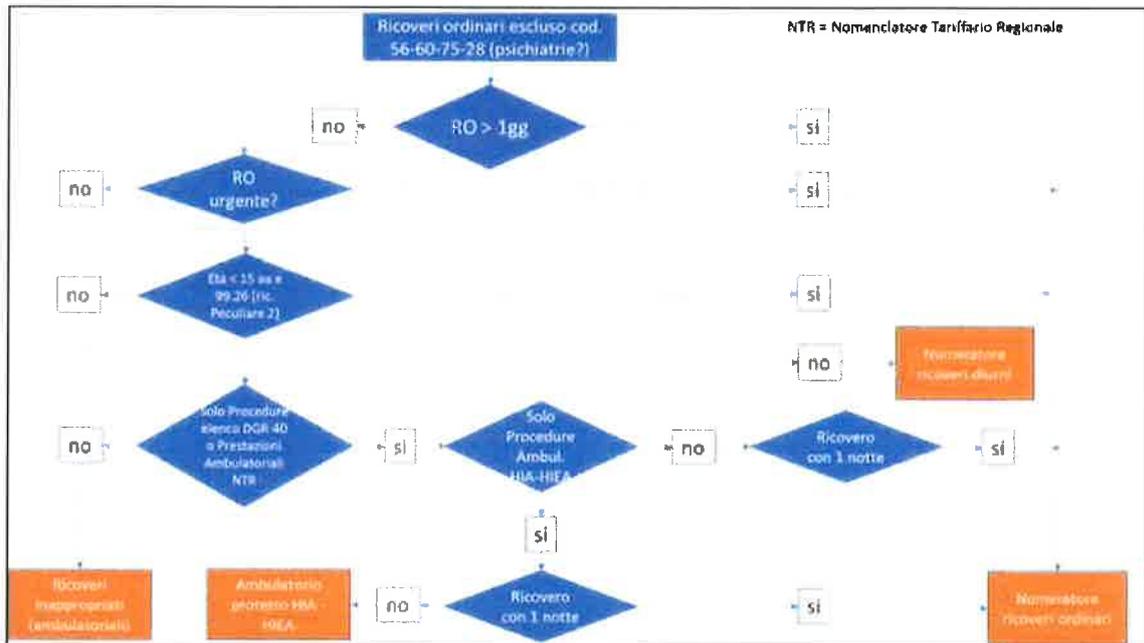
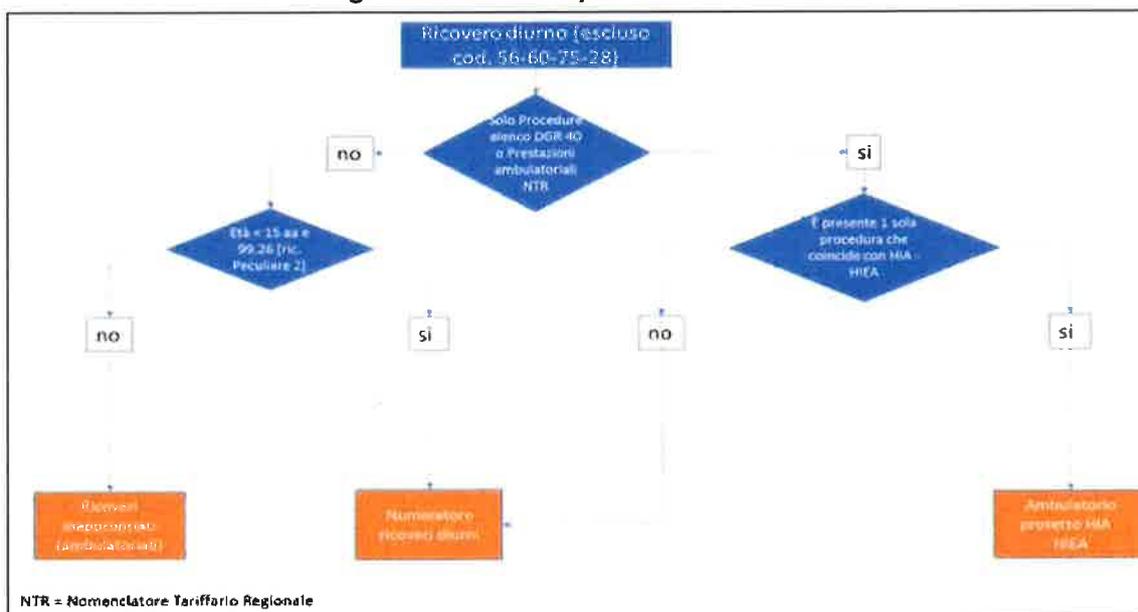




Figura 2. Flow chart per i ricoveri diurni.



Nella Tabella 3 sono rappresentati i DRG che a livello regionale si discostano maggiormente dalla soglia definita dalla DGR 281/2017.

Tabella 3. DRG che si discostano maggiormente dalla soglia definita con DGR 281/2017, anno 2018.

DRG
055. Miscellanea Interventi Orecchio, Naso, Bocca e Gola
158. Interventi Su Ano e Stoma no CC
503. Interventi Ginocchio Senza Diagnosi Principale di Infezione
162. Interventi Per Ernia Inguinale e Femorale, Età >17 no CC
410. Chemioterapia Non Associata A Diagnosi Secondaria di Leucemia Acuta
266. Trapianti Pelle E/O Sbrigliamento Eccetto Ulcere Pelle/Cellulite no CC
381. Aborto con Dilatazione e Raschiamento Mediante Aspirazione o Isterotomia
227. Interventi Sui Tessuti Molli no CC
060. Tonsillectomia E/O Adenoidectomia, Età <18
160. Interventi Per Ernia, Eccetto Inguinale e Femorale, Età >17 no CC
229. Interventi Mano o Polso, Eccetto Interventi Magg. Articolazioni no CC
036. Interventi sulla Retina
059. Tonsillectomia E/O Adenoidectomia, Età >17
323. Calcolosi Urinaria con CC E/O Litotrissia con Ultrasuoni
492. Chemioterapia Associata A Diagnosi Secondaria di Leucemia Acuta o con Uso di Alte Dosi di Agenti Chemioterapici

Il sistema delle soglie potrebbe essere utilizzato come meccanismo di controllo automatico dei DRG a rischio di inappropriata allo scopo di evidenziare le "eccezioni" ossia quei DRG per i quali la



soglia in un certo regime di assistenza non viene rispettata. Su questa casistica potrebbero essere indirizzati controlli specifici volti a verificare l'appropriatezza delle cartelle cliniche sulla base di motivazioni cliniche e/o logistiche associate al paziente.

In questo modo i controlli sarebbero:

- coordinati tra verifica delle soglie e controlli NAC;
- dedicati alla valutazione clinica del caso;
- specifici sugli ambiti dove è evidenziata una "anomalia" e non dispersi all'interno dell'intera casistica aziendale, senza un interesse particolare verso i possibili ambiti critici della struttura in valutazione.

### **3.2 ABBATTIMENTO DEI RICOVERI**

#### **RICOVERI ORDINARI, INCLUSA LA WEEK SURGERY**

##### **DRG medici**

L'abbattimento dei DRG Medici erogati oltre la soglia di ammissibilità in regime ordinario (DRG 281/2017) comporta il riconoscimento per gli oltresoglia della tariffa del regime diurno, quindi, l'abbattimento da recuperare (DGR 4277/2009) è rappresentato dalla differenza con la tariffa del regime ordinario (DGR 1805/2011 – DGR 1026/2021).

Il tariffario dei ricoveri (Allegato A alla DGR 1805/2011 e successive modifiche ed integrazioni avvenute con DGR 1026/2021) prevede per tutti i DRG Medici, ad esclusione delle eccezioni normate dall'Allegato A della DGR 437/2012, nel caso siano erogati in regime ordinario con degenza 0-1 giorno, la stessa tariffa del regime diurno, pertanto, ai fini dell'abbattimento il rispetto delle soglie viene valutato sui soli ricoveri ordinari maggiori di 1 giornata.

##### **DRG chirurgici**

L'abbattimento dei DRG Chirurgici erogati oltre la soglia di ammissibilità in regime ordinario (DRG 281/2017) comporta il recupero del 65% della tariffa (DGR 4277/2009 e DGR 1805/2011 – DGR 1026/2021).

Il tariffario (Allegato A alla DGR 1805/2011 e successive modifiche ed integrazioni avvenute con DGR 1026/2021) prevede per tutti i DRG chirurgici, salvo le eccezioni normate dall'allegato A della DGR 437/2012, la stessa tariffa sia per ricovero ordinario maggiore di 1 giorno che per il ordinario con degenza 0-1 giorno che per il ricovero in regime diurno.

Ai fini dell'abbattimento il rispetto delle soglie è stato valutato su:

- ricoveri ordinari >1 giorno;
- ricoveri ordinari 0-1 giorno privi di procedure erogabili in regime diurno (Decreto 40/2012) con dimissione non coerente.

Si specifica, quindi, che i ricoveri ordinari 0-1 giorno con procedure erogabili in regime diurno non vanno ritenuti tra quelli potenzialmente da abbattere.



## **RICOVERI DIURNI**

Vanno distinti in ricoveri senza procedure da Day Hospital e ricoveri con procedure da Day Hospital; verificata la presenza o meno di procedure da Day Hospital occorre valutare la modalità di dimissione. I ricoveri che presentano procedure da Day Hospital, sia che possiedono modalità di dimissione coerente che non coerente, contribuiscono a determinare la soglia del DRG in regime diurno. I ricoveri che non hanno procedure da Day Hospital e hanno modalità di dimissione coerente contribuiscono a determinare la soglia dei ricoveri diurni; nel caso in cui non abbiano modalità di dimissione coerente non concorrono alla determinazione della soglia né dei ricoveri in regime ordinario né di quelli in regime diurno.

La definizione della soglia dei Day Hospital avviene utilizzando come base di calcolo il numero complessivo dei ricoveri, siano essi ordinari che diurni, e di tutte le prestazioni erogate in regime ambulatoriale, qualora sia già stata autorizzata l'erogazione in quest'ultimo regime.

## **MODALITA' DI DIMISSIONE**

La modalità di dimissione sopracitata può essere:

### **1. coerente:**

- paziente deceduto;
- dimissione volontaria;
- trasferimento ad altro istituto di ricovero e cura pubblico e privato per acuti;
- trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto.

### **2. non coerente:**

- dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
- dimissione ordinaria presso residenza sanitaria assistenziale (RSA);
- dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;
- trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione;
- dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

## **NOTA**

***L'abbattimento economico in caso di superamento della soglia è indipendente dai controlli effettuati dal NAC ed avviene su base statistica.***

## **NOTA**

***Per determinare quali dimissioni sono oltre soglia si utilizza il criterio cronologico (sono oltre soglia i ricoveri con data di dimissione più recente).***

***Tra le dimissioni oltre soglia, l'abbattimento viene applicato alle sole dimissioni relative ai residenti del Veneto.***

## **4. RIFERIMENTI NORMATIVI**

-DGR n. 4277 del 29.12.2009 recante "Diagnosis Related Groups - drg da considerare "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria e da considerare "ad alto



*rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti"*

*-DGR n. 437 del 20.03.2012 recante: "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 8.11.2011"*

*-DGR n. 1805 del 08.11.2011 recante: "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate"*

*-Decreto n. 40 del 22.03.2012 recante: "Decreto n. 123 del 22 dicembre 2009 Attività erogabili in regime di ricovero diurno. DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 Integrazione"*

*-Decreto n. 38 del 05.04.2013 recante: "DGR n° 2715 del 24 dicembre 2012 "Aggiornamento delle linee guida di compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" – Integrazione"*

*-DGR n. 281 del 14 marzo 2017 recante: "Aggiornamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG – Diagnosis Related Groups ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale"*

*-DGR n. 426 del 06.04.2021 recante: "Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i."*

*-DGR n. 1026 del 28.07.2021 recante: "Deliberazione n. 426 del 6 aprile 2021 "Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i.". Adempimenti"*



**F. TEMPORALITÀ DELLE CURE OSPEDALIERE: LISTE D'ATTESA E PRIORITÀ DI ACCESSO, DURATA DELLA DEGENZA, FRAMMENTAZIONE DEL PERCORSI ASSISTENZIALI**

**1. LISTE D'ATTESA E LISTE DI PRIORITÀ**

**1.1 LISTE D'ATTESA**

Con la **DGR 863/2011** - relativa al recepimento del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-12 - la Regione Veneto aveva previsto che le Aziende, avvalendosi delle competenze dei NAC, effettuassero la verifica diretta della congruenza e completezza delle richieste di prestazioni con tempi di attesa critici. L'elenco delle prestazioni critiche di ricovero è stato aggiornato per il triennio 2019-2021 con la DGR 479/2019 ed è di seguito rappresentato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Chemioterapia (1)	99.25	V58.11 diagnosi principale
15	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
16	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
17	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	



PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
18	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Con la **DGR 320/2013** - relativa al governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto - è stato previsto il ruolo del NAC, eventualmente integrato da specialisti aziendali, per operazioni di verifica di appropriatezza prescrittiva, corretta erogazione dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai Percorsi Diagnostico Terapeutici nazionali e regionali. La deliberazione poneva, inoltre, in capo al Direttore Sanitario le responsabilità:

- del coordinamento della redazione dei percorsi assistenziali aziendali e della loro implementazione;
- della verifica della appropriatezza prescrittiva e della corretta erogazione dei percorsi assistenziali presenti nella propria Azienda;
- della promozione delle iniziative di formazione volte a diffondere nell'azienda una adeguata cultura in tema di percorsi assistenziali;
- della diffusione e condivisione dei criteri di attribuzione delle classi di priorità;
- della attivazione e del mantenimento delle forme di teleconsulto.

Per queste attività il Direttore Sanitario si avvaleva del Tavolo di Monitoraggio Aziendale, con il compito di valutare i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa, al rispetto della appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei suddetti percorsi assistenziali e di proporre a livello aziendale le modalità di formazione/informazione da porre in essere da parte di tutti i soggetti prescrittivi al fine di garantire, in ambito aziendale, una effettiva omogeneità prescrittiva.

Con la **DGR 1191/2016** - relativa al registro "unico" dei ricoveri ospedalieri e registro "unico" delle liste operatorie nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto - sono stati previsti i seguenti compiti:

- **per il NAC:**

- a. vigilare sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione;
- b. verificare il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso;
- c. trasmettere al Tavolo di Monitoraggio Aziendale le eventuali criticità riscontrate;

- **per il Tavolo di Monitoraggio Aziendale:**

- a. valutare i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa;
- b. proporre a livello aziendale le soluzioni idonee finalizzate di volta in volta a sanare le eventuali criticità riscontrate dai NAC;
- c. mettere in atto tutte le azioni finalizzate ad impattare sull'offerta e migliorare le relative performance aziendali.

- **per il Responsabile dei Registri:**

- a. garantire la corretta applicazione della normativa di riferimento;



- b. controllare la qualità dei dati contenuti nei due Registri, con particolare riferimento a:
- appropriatezza delle classi di priorità assegnate ai Pazienti in relazione al tipo di ricovero/intervento, al tipo di accesso al Sistema Sanitario Regionale;
  - corretta applicazione dei percorsi assistenziali, ivi compresi i PDTA;
  - rispetto e trasparenza dei tempi di effettiva erogazione degli interventi chirurgici;
- c. formalizzare una procedura generale per la gestione dei due Registri, comprensiva di espliciti criteri per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito;
- d. assicurare attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato dei due Registri; tale attività di vigilanza riguarda, inoltre, le modalità operative in ordine alla gestione quotidiana, all'inserimento dei dati, alla conservazione, alla tutela di accesso e riservatezza.

La responsabilità della gestione e conservazione dei due Registri, nonché del rispetto delle relative procedure, ricade in capo al Direttore della Funzione Ospedaliera o, laddove non sia presente tale figura, al Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e, nel caso di duplicità del ruolo all'interno dell'Azienda, a uno tra i Direttore Medici di Presidio Ospedaliero designato dal Direttore Generale.

## 1.2 PRIORITÀ DI ACCESSO

L'attribuzione della classe di priorità più appropriata, secondo quanto previsto dal PNGLA nazionale e dalla DGR 479/2019 di adozione del PNGLA, favorisce il trattamento della casistica secondo tempistiche rispondenti ai criteri di urgenza richiesti e facilita nel complesso una risposta adeguata alla domanda di prestazioni da parte dell'organizzazione.

A comprova che venga attribuita la corretta classe di priorità alla casistica trattata dalla struttura ospedaliera, a garanzia della corretta risposta al bisogno di salute dell'utenza secondo quanto previsto dalle Linee guida delle Società scientifiche per l'erogazione delle prestazioni secondo massima appropriatezza, si deve accertare che presso le strutture vengano applicate:

- *linee di indirizzo distinte per patologia* ai fini della attribuzione a ciascun caso trattato della classe di priorità necessaria al trattamento in tempo adeguato secondo il bisogno di salute;
- *percorsi di accesso al ricovero e/o all'intervento chirurgico, distinti nell'ambito della stessa patologia*, per tipologia di intervento chirurgico per una ottimale attribuzione del setting assistenziale secondo normativa in materia;
- *i casi con diagnosi di dimissione di neoplasia* cui non venga assegnata la classe A, con riferimento a quanto previsto dal PNGLA vigente e dalla DGR 479 del 7 maggio 2019.

La normativa di riferimento è rappresentata da: DGR n. 2688 del 29 dicembre 2014, DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, DGR n. 437 del 20 marzo 2012, DGR n. 1767 del 28 agosto 2012, Decreto n. 40 del 22 marzo 2012, DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 – DGR 1026/2021, DGR n. 4277 del 29 dicembre 2009.



### 1.3 CONTROLLI SULLE LISTE D'ATTESA

#### FASE PRE NAC

Di seguito si riportano le principali tappe della fase pre NAC:

a. Il medico clinico nel corso della visita ambulatoriale predispose la scheda di prenotazione del ricovero, a titolo di esempio si riporta l'Allegato n. 1. Nella scheda di prenotazione del ricovero il clinico riporta la data di prenotazione del ricovero e la classe di priorità.

La classe di priorità che il clinico assegna deve essere coerente con i contenuti della scheda per i criteri di assegnazione della classe di priorità per l'intervento chirurgico programmato predisposta da ciascuna Unità Operativa Complessa. A titolo di esempio si riporta, in Allegato 2, una scheda di raccolta dei criteri per l'assegnazione delle priorità.

b. Il nominativo e i dati del paziente vanno inseriti nelle agende informatizzate per le liste d'attesa dei ricoveri chirurgici programmati.

c. Nella Scheda di Dimissione Ospedaliera sono presenti sia la data di prenotazione del ricovero sia la classe di priorità assegnata.

#### FASE NAC

Al fine della valutazione delle liste d'attesa il NAC verifica:

- la correttezza della data di prenotazione del ricovero riportata in SDO rispetto alla data riportata nella "scheda di prenotazione del ricovero";
- la correttezza della classe di priorità assegnata in SDO e nella scheda di prenotazione del ricovero rispetto ai "criteri di attribuzione delle classi di priorità" per i ricoveri programmati per intervento chirurgico definiti per ogni specialità a livello locale;
- la presenza dell'impegnativa del ricovero da parte del Medico di Medicina Generale nel caso lo stesso origini da visita non istituzionale.

In allegato si riporta un esempio di verbale dei controlli delle liste d'attesa (Allegato 3).

Come previsto dalla normativa, eventuali criticità emerse nel corso delle verifiche vanno trasmesse dal NAC al Tavolo di Monitoraggio Aziendale.

Per quanto riguarda la funzione del NAC di vigilanza sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione, questa si esercita attraverso l'acquisizione della relazione annuale del Responsabile dei Registri.

### 2. DURATA DELLE DEGENZE

In ordine alla durata delle degenze è necessaria la loro valutazione in rapporto alle diagnosi di dimissione e alle procedure riportate in SDO, al fine di promuovere l'utilizzo appropriato dei setting assistenziali, ambulatoriale e di ricovero e, nell'ambito di quest'ultimo, ai diversi regimi di ricovero. Queste verifiche devono essere previste sia nell'ambito di un controllo interno finalizzato ad un confronto sulla qualità delle prestazioni, sia nell'ambito dei controlli esterni.

Si deve pertanto prevedere il controllo delle tipologie di ricoveri al fine di evidenziare i casi in cui il setting assistenziale possa essere o ricondotto ad un ricovero in Day Hospital – Day Surgery o,



addirittura, l'episodio di cura possa essere erogato in regime ambulatoriale, a parità di qualità delle cure per il paziente a fronte di un impiego efficace delle risorse.

Va prestata attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto - a parità di qualità di prestazione erogata e a parità di standard di sicurezza per il paziente e per l'operatore - va selezionato il regime assistenziale a minore consumo di risorse (DGR n. 4277 del 29 dicembre 2009, n. 1805 del 8 novembre 2011 e n. 437 del 20 marzo 2012, DGR n. 1767 del 28 agosto 2012, Decreto n. 40 del 22 marzo 2012).

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

Va prestata, inoltre, attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto i ricoveri ordinari e diurni a scopo diagnostico risultano tra gli indicatori da monitorare essendo a rischio di non appropriatezza (Decreto n. 40 del 22 marzo 2012).

Devono essere controllate cartelle cliniche e SDO comprensive di codifiche delle diagnosi di dimissione e delle procedure e degli interventi chirurgici di ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatezza afferenti all'elenco dei 108 DRG di cui alla DGR n. 4277/2009:

- attribuiti a DRG chirurgici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), nel corso dei quali sia stata **erogata un'unica prestazione** di quelle previste nel Decreto n. 40 del 22 marzo 2012;

- attribuiti a DRG medici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), **privi di procedure** di cui al Decreto n. 40 del 22 marzo 2012.

Per la durata della degenza occorre prestare attenzione ai ricoveri diurni con DRG complicato - salvo i casi in cui la complicità è insita nel DRG o non annullabile, come nel caso dei pazienti trapiantati, e ai ricoveri ordinari brevi (inferiori alla media) con DRG complicato. Occorre, inoltre, porre attenzione alla coerenza tra la scelta del setting assistenziale e la codifica di un DRG di alta complessità, presupponendo che nella maggior parte della casistica il regime di ricovero sia quello ordinario (e non diurno).

### 3. FRAMMENTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Come premessa alla gestione dei profili assistenziali delle prestazioni mediche, viene espressamente indicato come obiettivo per le Strutture Ospedaliere quello di ottimizzare la continuità assistenziale, evitare la frammentazione del sistema delle cure mediche erogate all'interno delle strutture sanitarie e migliorare l'appropriatezza delle cure unitamente alla potenziale riduzione dei ricoveri ripetuti ed inappropriati.

Come indicato nel "Manuale regionale indicatori-monitoraggio obiettivi DG" versione 7.0 del 1108/2017, tra gli indicatori da sottoporre a verifica vi è l'indicatore n.134 "Ricoveri ripetuti entro 30 giorni - Pubblico", che riporta: "si considerano come ripetuti, in linea generale, i ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso presidio, per i quali



la categoria della diagnosi principale (definita tra le prime tre cifre della codifica ICD-9-CM) del secondo ricovero sia la categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente".

Nello stesso Manuale è presente, inoltre, l'indicatore n.135 "Ricoveri ripetuti entro 30 giorni - Privato" che riporta la medesima definizione valida per il Privato.

Altro aspetto conseguente alla presenza di un ricovero ripetuto è il possibile aumento del tasso di ospedalizzazione, che nel caso di DRG LEA Medici comporta effetti sul calcolo dell'indicatore "C4.8" monitorato dalla Scuola Sant'Anna di Pisa, nel caso di DRG ad alto rischio di inappropriata comporta invece l'abbattimento economico del ricovero qualora venga superata la soglia di ammissibilità (DGR n. 4277/2009, DGR n. 281/2017, vedasi paragrafo specifico).

Infine, aspetto ancora più rilevante, il sistema di tariffa dei ricoveri (DGR n. 1805/2011, DGR n. 437/2012 – DGR 1026/2021) prevede che il calcolo della tariffa del ricovero sia commisurato alla durata della degenza media. Nel caso di frammentazione del ricovero si verrebbero a pagare due tariffe intere per due ricoveri con DRG sottosoglia ovvero inferiori alla durata della degenza media. La frammentazione del percorso assistenziale non si esaurisce con il ricovero ordinario ma riguarda anche gli accessi di ricovero diurno, gli accessi per l'effettuazione del pre-intervento, il passaggio da un regime di ricovero per acuti ad un regime di post-acuzia, etc.

#### 4. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

-DGR n. 600 del 13.03.2007 recante "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano Attuativo Regionale: integrazione D.G.R. n. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.06"

-DGR n. 4277 del 29.12.2009 recante "Diagnosis Related Groups - drg da considerare "ad alto rischio di inappropriata" se erogati in regime di degenza ordinaria e da considerare "ad alto rischio di inappropriata" se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti"

-DGR n. 863 del 21 giugno 2011 "Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla D.G.R. n. 600 del 13.3.2007. Allegato A"

-DGR n. 1805 del 08.11.2011 recante: "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate"

-DGR n. 437 del 20.03.2012 recante: "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 8.11.2011"

-DGR n. 1767 del 28.08.2012 recante "Prestazioni da considerarsi ad alto rischio di non appropriata in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale di cui all'allegato A del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012. Determinazioni"

-Decreto n. 40 del 22.03.2012 recante: "Decreto n. 123 del 22 dicembre 2009 Attività erogabili in regime di ricovero diurno. DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 Integrazione"



- DGR n. 320 del 12 marzo 2013 *"Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto"*.
- DGR n. 2688 del 29.12.2014 recante *"Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013"*
- Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016 recante *"Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione"*
- DGR n. 1191 del 26 luglio 2016 *"Registro "unico" dei ricoveri ospedalieri e Registro "unico" delle liste operatorie nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto: disposizioni applicative"*.
- DGR n. 479 del 23.04.2019 recante *"Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, del 21 febbraio 2019"*
- DGR n. 426 del 06.04.2021 recante: *"Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i."*
- DGR n. 1026 del 28.07.2021 recante: *"Deliberazione n. 426 del 6 aprile 2021 "Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i.". Adempimenti"*



REGIONE DEL VENETO

Allegato 1: Scheda di prenotazione del ricovero

**Dati del paziente**

Cognome  
Nome M  F   
Data di nascita  
Tel  
Nome e tel ev. persona da contattare

U.O. ....  
Direttore .....

Residenza

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Prenotazione Interventi** Ricovero  Day Hospital  Day Surgery  Chirurgia Ambulatoriale

**Paziente proveniente da:** Visita ambulatoriale SSN  accesso al PS  Libera Professione   
Ambulatorio Esterno

**Priorità:**  A entro 30 giorni  B entro 60 giorni  C entro 90 giorni  D entro 180 giorni  
 E entro 1 anno

**Diagnosi:**.....  
.....  
.....

**Intervento programmato:**.....  
.....

**Durata dell'intervento:**.....

**Anestesia:** Locale  Loco Regionale  Spinale  Generale  Sedazione

**Accertamenti pre operatori da programmare:**

- Iter ridotto ( emocromo, tempi di coagulazione, NA,K,Ci,Urea Creat. Glicemia)
- Iter completo (esami ematochimici, ECG, vis. Anestesiologica, RX torace, altro richiesto da Anestesista)

**Esami da eseguire pre - ricovero:**

**Terapia in corso**

NB Campo personalizzato  
in ogni unità operativa

**Sospensione anticoagulante/antiaggregante** si  no

**Patologie associate**

**Note ( segnalazioni particolari e/o importanti)**

Data

Timbro e firma del medico

.....

.....



**Allegato 2: Scheda di raccolta dei criteri per l'assegnazione delle classi di priorità dei ricoveri programmati per intervento chirurgico**

U.O. ...

**Classe A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. Rientrano in questa categoria anche i ricoveri finalizzati al trattamento delle neoplasie maligne, anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

- ...
- ...
- ...

**Classe B:** ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

- ...
- ...
- ...

**Classe C:** ricovero entro 90 giorni per i casi clinici che presentano dolore, disfunzioni, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

- ...
- ...
- ...

**Classe D:** ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzioni, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

- ...
- ...
- ...

**Classe E:** per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzioni, o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.

Le principali patologie affrontate nell'UO afferenti a questa classe sono:

- ...
- ...
- ...

Data e firma del Direttore di U.O.



**Allegato 3:**

**ESEMPIO DI VERBALE DEL CONTROLLO DELLE LISTE D'ATTESA**

Verbale di controllo delle liste d'attesa dei ricoveri programmati per intervento chirurgico del ...  
semestre anno ...

**Ordine del giorno**

Verifica delle liste d'attesa delle cartelle cliniche del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ semestre dell'anno \_\_\_\_\_,  
come previsto nel piano di controllo del NAC.

**Componenti per la verifica**

NAC: ...

Altri componenti: ...

**Campione**

Specificare se il controllo avviene per le cartelle estratte dal controllo di gestione nell'ambito dei controlli interni del NAC del 1° e 2° semestre (verifica delle cartelle cliniche estratte con ricovero programmato ed intervento chirurgico) oppure se il controllo avviene su un campione mirato di cartelle (ad esempio verifica dei ricoveri programmati prodotti da una specialità chirurgica).

**Campione**

Numero di cartelle cliniche totali verificate: ...

**Esiti del controllo**

N° SDO	Provenienza da:	Presenza dell'impegnativa rossa (se richiesta) (SI o NO)	Data di prenotazione e del ricovero: corrisponde tra SDO e scheda di prenotazione e (SI o NO)	Tipo di intervento principale	Classe di priorità assegnata in SDO (A, B, C, D, E)	Classe di priorità prevista nei criteri di attribuzione (A, B, C, D, E)	Note
	1. Visita ambulatoriale SSN						
	2. Accesso al PS						
	3. Libera professione						
	4. Ambulatorio esterno (privato, convenzionato)						

Allegato <sup>A</sup> al decreto  
n. 093 del 10 SET. 2021



REGIONE DEL VENETO

**Sottoscrizione del verbale**

Il verbale va sottoscritto dai componenti del NAC che hanno effettuato la verifica.



## G. CONTROLLO DI QUALITÀ DELLE APPROPRIATEZZE

### 1. INQUADRAMENTO

L'appropriatezza costituisce una delle dimensioni della qualità, e solo all'interno di tale ambito concettuale può mantenere il proprio valore, multidimensionale e complessità. Secondo il Ministero della Salute "L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi". Il termine appropriatezza implica aspetti diretti e indiretti, legati alla procedura "corretta", la persona "giusta", al momento "opportuno" e nel contesto più "adatto", muovendosi quindi tra il gli estremi di una possibilità per alcuni pazienti, del mancato godimento di cure necessarie e, per altri, il rischio di sottoporsi a procedure inutili.

L'appropriatezza non si riduce al mero grado di utilità di una prestazione erogata all'interno di un determinato contesto in risposta a criteri di efficacia e costo-efficacia; si riferisce infatti alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili al momento dell'erogazione. Per l'insistere nella definizione di appropriatezza di aspetti di gradazione e valutazione, l'immediata conseguenza è l'individuazione di metodologie di misurazione, verifica e controllo oltre allo sviluppo delle conseguenti architetture organizzative.

Partendo dalla definizione sopracitata diverse sono le declinazioni operative e profili di appropriatezza:

- **CLINICA:** si riferisce all'ambito medico-tecnico di specifici interventi o procedure o cure mediche ed a interventi di comprovata efficacia terapeutica con un favorevole rapporto tra rischio e beneficio nello specifico paziente. Corrisponde quindi al grado in cui l'assistenza sanitaria erogata è adeguata ai bisogni clinici attuali del paziente, rispetto alle conoscenze scientifiche disponibili.
- **ORGANIZZATIVA:** si riferisce alla scelta delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie più idonee, al fine di massimizzare la sicurezza/benessere del paziente ed ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse. L'appropriatezza organizzativa riguarda dunque il livello di assistenza (setting assistenziale) come proxy di efficienza operativa. Come dimensione della performance: il livello di qualità con cui il sistema assolve alla propria funzione secondo il rapporto tra le prestazioni erogate ed i determinanti connessi alla qualità organizzativa, come, ad esempio, le risorse strutturali impiegate.

L'appropriatezza può trovare compimento su due diversi piani:

- **INDIVIDUALE:** una determinata prestazione va adeguata al caso concreto, al singolo destinatario del trattamento e alle sue specifiche condizioni, ed alla adeguata valutazione delle esigenze di cura;
- **TEMPORALE:** in relazione ai tempi di erogazione compatibili con l'efficacia del servizio e allo stato di malattia del soggetto, in particolare in relazione all'evoluitività del quadro clinico e alla conseguente variazione del rapporto rischio beneficio. Va da sé che non si



esaurisce nella tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma va calata nel percorso di cura del cittadino/paziente al centro della rete di offerta dei servizi e secondo le evidenze scientifiche disponibili.

Ulteriore estrinsecazione del concetto di appropriatezza si realizza a livello istituzionale, trovando espressione in negativo, nelle cosiddette variazioni ingiustificate nell'utilizzo dell'assistenza sanitaria. Tali variazioni "non spiegabili sulla base delle malattie e delle preferenze dei pazienti, come anche dei bisogni della popolazione, ma legate maggiormente alle differenze nelle caratteristiche del sistema di servizi, in particolare all'offerta locale di strutture/servizi/professionisti e al comportamento dei singoli professionisti" richiedono una rimodulazione dell'offerta dei servizi sanitari e a livello più elevato della rete di offerta per garantire equità di accesso al sistema sanitario e cure appropriate nel singolo paziente.

## 2. CONTROLLI

Lo sviluppo di sistemi di misurazione e verifica dell'appropriatezza rappresenta una naturale evoluzione degli elementi di graduazione e valutazione insiti nella definizione di appropriatezza. Il sistema dei controlli sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie è oggi connaturato al Servizio Sanitario Nazionale divenendone elemento inscindibile a partire dal processo di aziendalizzazione con l'introduzione dell'accreditamento istituzionale; infatti si introducono già all'articolo 8 del 502/92 (cc. 3 e 4) principi e criteri dei controlli. Si prefiggeva infatti la verifica su l'avvenuta erogazione delle prestazioni, la rispondenza alle attività effettivamente svolte; la necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, l'appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza (D. Lgs 502/92).

Si definisce quindi il ruolo di Regioni, Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere nell'assicurare un'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse, la realizzazione di interventi di formazione degli operatori regionali e locali dedicati all'attività di controllo esterno e l'impiego di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai ricoveri ospedalieri; si dispone quindi un controllo di almeno l'1% dei ricoveri e dalla spesa complessiva (L. 449/1997, L. 448/1998). Dettagliando progressivamente le caratteristiche dei campionamenti sulla produzione dei ricoveri con aumento della quota di ricoveri da controllare al 2% della produzione si introducono elementi fondanti quali l'introduzione del campionamento casuale, e la possibilità di abbattimenti sugli erogatori in riferimento a standard stabiliti sulla frequenze di ricoveri inappropriati (L. 388/2000).

L'attività di controllo e con essa la declinazione operativa del concetto di appropriatezza si sostanziano nell'ambito dei ricoveri ospedalieri, mostrando dunque come per il legislatore risultassero centrali gli aspetti organizzativi e tariffari conseguenti.

Con la riforma Bis dell'SSN nascono, oltre che i principi, anche l'ambiente concettuale e operativo per l'attività di verifica ossia il sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri DRG (Diagnosis Related Group) e la successiva definizione del concetto Salute attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza e l'individuazione dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza. Grazie al progetto mattoni "1.2 Analisi appropriatezza organizzativa" si identifica il gruppo di 108 DRG ad alto rischio



di inappropriately superando il primo gruppo di 43; l'utilizzo del sistema DRG ha permesso di fare da ponte tra le caratteristiche cliniche dei casi trattati e il profilo di appropriatezza organizzativa con la necessità di trattare queste casistiche in setting a minor complessità rispetto al ricovero ospedaliero ordinario. Si prescrive che l'entità del controllo casuale si realizzi su campione pari al 10% della produzione oltre allo specifico controllo sui DRG ad alto rischio di inappropriately pari al 2,5% dei ricoveri complessivi erogati dalla regione (DPCM 2001, L. 133/2008, DM 2009).

L'introduzione di metodologie basate sull'analisi del flusso SDO ha quindi consentito di sviluppare un'attenzione non più solo limitata alla valutazione del singolo ricovero, peraltro ulteriormente intensificata, ma rivolta all'insieme dei ricoveri aziendali o regionali, aprendo così la porta a programmi di monitoraggio di tipo analitico dell'appropriatezza e della performance aziendale fondamentali oggi nel governo del sistema.

Si da infatti la possibilità di un controllo sui 108 DRG in caso di scostamento, rispetto al riferimento regionale, su volume di ricoveri, valorizzazione tariffaria, soglie di ammissibilità e numero di Day Hospital a finalità diagnostica. Ponendo in carico alle Regioni l'attività di controllo diverse sono state le esperienze regionali nello sviluppo di tali sistemi, ad es. l'"Atlante dell'appropriatezza organizzativa 2001-2004" della Regione Emilia Romagna basata sull'utilizzo del disease staging per la valutazione della gravità clinica o l'APPRO della Regione Lazio derivante dall'applicazione dell'APR-DRG. L'attività di controllo ha un'articolazione comune in due livelli, un livello interno espletata dai singoli erogatori sulla propria produzione sulla base di un piano annuale e un'attività di controllo esterno operato dall'ASL anch'esso strutturato secondo un piano annuale dei controlli esterni cui si inserisce l'attività di coordinamento e vigilanza regionale.

### 3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

-Ministero della Salute. Glossario: appropriatezza. Disponibile a: [www.salute.gov.it /portale /temi/p2](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2)

-Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Art. 8-octies "Controlli"

-Legge n. 449 del 27.12.1997 recante: "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica". Titolo II "Disposizioni in materia di spesa". Capo I "Sanità" Art. 32, c. 9 "Interventi di razionalizzazione della spesa"

-Legge n. 448 del 23.12.1998 recante: "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo". Art. 72, c. 3 "Disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria"

-Legge n. 388 del 23.12.2000 recante: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" Art. 88 "Disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria"

-Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" Allegato 2C "DRG ad elevato rischio di inappropriately"

-Legge 133 del 2008 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria" Capo IV "Spesa sanitaria e per invalidità" Art. 79. Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria c. 1-septies



- Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 10 dicembre 2009  
"Controlli sulle cartelle cliniche"
- DGR n. 4277 del 29.12.2009 recante "Diagnosis Related Groups - drg da considerare "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria e da considerare "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti"
- DGR n. 437 del 20.03.2012 recante: "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 8.11.2011"
- DGR n. 1805 del 08.11.2011 recante: "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate"
- DGR n. 281 del 14 marzo 2017 recante: "Aggiornamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG – Diagnosis Related Groups ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale"
- DGR n. 426 del 06.04.2021 recante: "Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i."
- DGR n. 1026 del 28.07.2021 recante: "Deliberazione n. 426 del 6 aprile 2021 "Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con dgr n. 1805 dell'8 novembre 2011 e s.m.i.". Adempimenti"



## CAPITOLO 4 - I CONTROLLI SULLA GESTIONE DELLA PRODUZIONE

### A. PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

Con il Decreto 4/2017 la Regione Veneto ha istituito il Gruppo di lavoro audit PNE, finalizzato a consentire una disamina delle variabili e delle criticità emerse dalla valutazione degli indicatori PNE per perseguire omogeneità di valutazione e condivisione dei risultati.

A tale gruppo di lavoro partecipano tre Coordinatori dei Nuclei Aziendali di Controllo delle Aziende ULSS, Ospedaliere e IOV della Regione Veneto. I Coordinatori partecipano agli incontri che si tengono presso le sedi aziendali e in modo collegiale alla valutazione delle relazioni, in particolare:

- audit esterni sugli indicatori risultati difformi rispetto agli standard Nazionali/Regionali;
- tavolo di monitoraggio regionale audit PNE per favorire una disamina critica delle variabili e delle criticità emerse nel monitoraggio degli indicatori del Piano Nazionale.

Agli incontri esterni organizzati dal Gruppo di lavoro partecipano anche i Coordinatori dei NAC di ciascuna area territoriale di riferimento al fine della verifica dell'andamento degli indicatori e della valutazione di eventuali criticità.

### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 2174 del 23 dicembre 2016 *“Organizzazione del sistema dei controlli dell’attività sanitaria nella Regione del Veneto ALLEGATO O”*
- Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 4 del 23 maggio 2017 *“Istituzione del Gruppo di lavoro audit PNE (Programma Nazionale Esiti)”*
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 248 del 08 marzo 2019 *“Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019”*

### B. CONTROLLO DEI PIANI TERAPEUTICI PER LA NOTA AIFA 74

La normativa vigente prevede che i Servizi Farmaceutici Territoriali delle Aziende Sanitarie, di concerto con i Nuclei Aziendali di Controllo, effettuino l’attività periodica di controllo sui Piani Terapeutici, al fine della verifica del rispetto delle regole di prescrivibilità ed appropriatezza del trattamento con i farmaci in nota AIFA 74. Inoltre, prevede che tramite il NAC venga controllato il rispetto delle liste d’attesa per la Procreazione Medicalmente Assistita.

### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1451 del 08 ottobre 2018 *“Elenco dei Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico: aggiornamento e ricognizione - anno 2018. Centri privati autorizzati all’applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA): rinnovo delle autorizzazioni alla prescrizione di farmaci della Nota AIFA 74”*
- Deliberazione della Giunta Regionale n.904 del 28 giugno 2019 *“DPCM del 12 gennaio 2017. Procreazione Medicalmente Assistita omologa ed eterologa: indicazioni operative”*



### C. PIANO ANNUALE DI CONTROLLO

Ogni anno il NAC di ciascuna Azienda Pubblica, Privata Accreditata ed Erogatore equiparato deve predisporre un proprio "Piano annuale dei controlli interni" che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell'anno; il Piano deve comprendere specifiche categorie che siano risultate critiche a livello locale, adeguatamente esplicitate e motivate.

Il NAC delle Aziende Sanitarie deve predisporre anche il "Piano annuale dei controlli esterni", da effettuarsi presso le strutture private accreditate situate nel territorio, presso le Aziende Ospedaliere/IOV presenti nel territorio di competenza ed eventualmente presso altre strutture sanitarie pubbliche del Veneto.

I Piani vanno inviati, entro il mese di marzo, al NRC per il giudizio definitivo.

I Piani dei controlli interni ed esterni dovranno recepire le indicazioni pervenute dal Coordinamento NAC o da altri organi regionali.

In allegato si riporta un esempio di piano dei controlli interni (Allegato 1) ed uno dei controlli esterni (Allegato 1).



Allegato 1

ESEMPIO DI PIANO DEI CONTROLLI INTERNI

Piano dei controlli interni anno ...

NAC ...

DGR n. 2022 del 28 dicembre 2018

<b>Redatto da:</b> ... ... ... ...	<b>Ruolo:</b> Coordinatore NAC Componente NAC Cup Manager ...	<b>Data stesura:</b>
<b>Verificato da:</b> ... ...	<b>Ruolo:</b> Responsabile della trasparenza ed anticorruzione	
<b>Approvato da:</b>	<b>Ruolo:</b>	

**A. RICOVERI**

**Campione da verificare:** va indicata la percentuale di cartelle cliniche che verranno sottoposte al controllo.

**Composizione del campione da controllare e tipologie di verifiche:** vanno definite le specifiche categorie che sono risultate critiche a livello locale. In particolare vanno indicati i principali indicatori che verranno sottoposti a verifica sulla base degli esiti dei controlli degli anni precedenti inerenti:

- aspetti di codifica: vanno specificati gli aspetti critici inerenti la codifica da sottoporre a controlli, quali codifiche difformi rispetto alle indicazioni contenute nelle linee guida, codifiche connesse all'introduzione di nuove procedure/innovazione clinico-tecnologica, etc.;
- aspetti sulla scelta del setting assistenziale: vanno specificati gli ambiti critici da sottoporre a controllo;
- aspetti inerenti la valutazione del percorso assistenziale.

**Programma Nazionale Esiti (PNE):** vanno indicate le tipologie di indicatori del PNE/Treemap che verranno sottoposte a controllo.

**Liste d'attesa:** vanno specificate le modalità di verifica dei ricoveri programmati in merito alle priorità assegnate.



**Controlli ricoveri SARS-CoV-2:** vedasi paragrafo dedicato.

**Altro:** vanno specificate eventuale altre tipologie e modalità di controllo.

**Composizione del NAC:** vanno specificati il coordinatore ed i componenti del NAC.

**Risultanze dei controlli:** vanno specificate le modalità di condivisione delle risultanze dei controlli interni con i clinici, audit interni e formazione del personale.

**Trasparenza ed Anticorruzione:** vanno specificate le azioni da intraprendere.

#### **B. AMBULATORIALE**

**Campione da verificare:** va indicato il campione di prestazioni ambulatoriali che verranno sottoposte al controllo.

**Composizione del campione da controllare e tipologie di verifiche:** va specificato se verranno controllate prestazioni traccianti, prestazioni non traccianti, accorpamenti di prestazioni ambulatoriali, pacchetti di Day Service.

**Altro:** vanno specificate eventuale altre tipologie e modalità di controllo.

**Composizione del NAC:** vanno specificati il coordinatore, i componenti del NAC e il Cup Manager.

**Risultanze dei controlli:** vanno specificate le modalità di condivisione delle risultanze dei controlli interni con i clinici, audit interni e formazione del personale.

**Trasparenza ed Anticorruzione:** vanno specificate le azioni da intraprendere.



Allegato 2

ESEMPIO DI PIANO DEI CONTROLLI ESTERNI

Piano dei controlli esterni anno ...

NAC ...

DGR n. 2022 del 28 dicembre 2018

<b>Redatto da:</b> ... ... ... ...	<b>Ruolo:</b> Coordinatore NAC Componente NAC Cup Manager ...	<b>Data stesura:</b>
<b>Verificato da:</b> ... ...	<b>Ruolo:</b> Responsabile della trasparenza ed anticorruzione	
<b>Approvato da:</b>	<b>Ruolo:</b>	

**A. RICOVERI**

**Campione da verificare:** va indicata la percentuale di cartelle cliniche che verranno sottoposte al controllo.

**Composizione del campione da controllare e tipologie di verifiche:** vanno definite le tipologie di verifiche che verranno effettuate.

**Altro:** vanno specificate eventuale altre tipologie e modalità di controllo.

**Composizione del NAC:** vanno specificati il coordinatore ed i componenti del NAC.

**Strutture da verificare:** vanno elencate le strutture che verranno sottoposte a controllo.

**Trasparenza ed Anticorruzione:** vanno specificate le azioni da intraprendere.

**B. AMBULATORIALE**

**Campione da verificare:** va indicato il campione di prestazioni ambulatoriali che verranno sottoposte al controllo.

**Composizione del campione da controllare e tipologie di verifiche:** va specificato se verranno controllate prestazioni traccianti, prestazioni non traccianti, accorpamenti di prestazioni ambulatoriali, pacchetti di Day Service.

Allegato al decreto  
n. 93 del 10 SET. 2021



REGIONE DEL VENETO



**Altro:** vanno specificate eventuale altre tipologie e modalità di controllo.

**Composizione del NAC:** vanno specificati il coordinatore, i componenti del NAC e il Cup Manager.

**Strutture da verificare:** vanno elencate le strutture che verranno sottoposte a controllo.

**Trasparenza ed Anticorruzione:** vanno specificate le azioni da intraprendere.



## CAPITOLO 5 - ASPETTI DI VIGILANZA GIURIDICA, AMMINISTRATIVA ED ECONOMICA

### A. RICADUTE GIURIDICHE DEI CONTROLLI

Fino al 1995 l'attività ospedaliera si analizzava in riferimento ai volumi di ricoveri e alle giornate di degenza erogate e veniva remunerata in base ad una presa d'atto dei costi sostenuti, secondo la cosiddetta modalità a "piè di lista".

Questo sistema è stato rivisto dalla legge finanziaria 724/1994 (decorrenza 1° gennaio 1995) che ha introdotto un tariffario ricomprensivo l'insieme delle prestazioni erogabili per tipologia di ricovero (*Diagnosis Related Groups - DRG*): per far fronte a ciò le prestazioni sanitarie sono state codificate e valorizzate secondo sistemi di classificazione in considerazione dei costi e applicate quali strumenti metodologici, organizzativi, informativi e formativi.

Tale riforma ha generato un sistema di monitoraggio e controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero e ambulatoriale, sostanzialmente articolata su due livelli:

- 1) **controlli interni** delle attività di Aziende Sanitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e Strutture private accreditate finalizzati:
  - a) al controllo del sistema di verifica ICD-9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzati dai clinici e del rispetto delle direttive regionali in tema di codifica;
  - b) al controllo delle tipologie di prestazioni sanitarie risultate critiche a livello aziendale e alla corretta gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati;

2) **controlli esterni** disposti dal Direttore Generale dell'Azienda Ulss sulle prestazioni erogate ai propri assistiti da altre strutture pubbliche, private accreditate della Regione o di altre Regioni. L'attività di controllo è affidata al Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) cui spettano le verifiche sanitarie che si sostanziano nel controllo e raffronto tra quanto annotato nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) – le quali, istituite con il DM Sanità 28.12.1991, rappresentano lo strumento ordinario di raccolta delle informazioni relative ai pazienti dimessi - e le cartelle cliniche, anche in ordine all'appropriatezza del setting assistenziale di ricovero e alla corretta codifica delle SDO.

Il controllore esterno svolge compiti istituzionali obbligatori, previsti per legge, è un pubblico ufficiale ma non un ufficiale di polizia giudiziaria; in tal senso, nella verifica del rispetto delle regole, il controllore:

- individua i fenomeni opportunistici correlati alla manipolazione del sistema DRG, la frammentazione delle cure tramite ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la scorretta compilazione della SDO;
- riduce le quote di inappropriata organizzativa migliorando il corretto utilizzo dell'ospedale, rilevando i ricoveri impropri rispetto all'alternativa di altri regimi assistenziali (ricoveri a ciclo diurno, day service/PACC, ambulatoriale);



- individua sistematicamente le prestazioni inappropriate rispetto all'ottica LEA;
- promuove la qualità della documentazione clinica;
- migliora ed uniforma la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- promuove, progetta, organizza, realizza e valuta iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di codifica, vigilanza e controllo delle attività sanitarie in funzione dell'evolversi della normativa di riferimento e del contesto operativo;
- monitora gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese, con azioni sistematiche di audit e verifica sui dati trasmessi.

La scheda di dimissione ospedaliera - base informativa del sistema finanziamento SSN, a valenza anche epidemiologica ed organizzativa - è, a norma dell'art. 3 del DM Sanità 261 del 7.12.2016, parte integrante della cartella clinica assumendone medesima valenza medico-legale.

La corretta compilazione della SDO (DM 380/2000 art. 2, comma 3) spetta al medico responsabile della dimissione, individuato dal Direttore della UO sul quale, comunque, grava la responsabilità in vigilando circa la corretta compilazione delle SDO e la tenuta della documentazione clinica.

La compilazione della "Cartella clinica", invece, essendo uno strumento eminentemente sanitario - che documenta il decorso clinico del degente, le decisioni assunte, gli interventi effettuati e quindi le condotte tenute dalla struttura ospedaliera - spetta al personale sanitario individuato dal Direttore Sanitario dell'istituto di cura; a quest'ultimo spetta la verifica della completezza e della congruità di informazioni nelle cartelle cliniche.

Sia SDO che cartella clinica rientrano nella tipologia degli atti pubblici (art. 2699 c.c.), ovvero di quei documenti redatti con particolari formalità richieste dalla legge, da notaio o altro pubblico ufficiale a ciò espressamente e tassativamente previsto dalla legge, il quale attribuisce pubblica fede circa il luogo dove l'atto è formato e dei fatti in esso raccolti.

Per quanto rileva in questo ambito, è pubblico ufficiale il Direttore dell'Unità Operativa di riferimento cui compete la regolare compilazione della cartella, dei registri nosologici e della loro conservazione; parimenti, nell'ambito della sanità privata "*... il medico di un privato accreditato, in virtù di un rapporto di natura privatistica, è un pubblico ufficiale, in quanto partecipa delle pubbliche funzioni che l'U.S.L. svolge per il tramite della struttura privata mediante la convenzione e agisce così per la pubblica amministrazione, concorrendo a formare ed a manifestarne la volontà in materia di pubblica assistenza sanitaria, nonché esercitando in sua vece poteri autoritativi nonché poteri certificativi*" (Cass. Sez. Un., 27.3.1992, Delogu e altro, ivi, n. 191174).

Nella redazione e controllo della cartella clinica e della SDO intervengono:

- il Direttore dell'Unità Operativa di riferimento del paziente;
- il Medico responsabile della dimissione, quale delegato del Direttore;
- il Direttore Sanitario;
- altro personale, delegato dal Direttore Sanitario, per la codifica delle informazioni sanitarie.

E', pertanto, nella condotta di detti soggetti, eventualmente in concorso tra di loro, che può essere inquadrata quella condotta, commissiva od omissiva, dalla quale possono derivare diversi profili di responsabilità:



- civile: se la condotta arreca danno economico a terzi o alla P.A.;
- penale: se alla condotta tenuta corrisponde una fattispecie penale cui si collega la pretesa punitiva dello Stato in ragione del bene offeso;
- erariale se la condotta tenuta ha inciso sulle casse dello stato e/o creato danno di immagine alla P.A. (cd. Responsabilità amministrativo-contabile);
- disciplinare se la condotta tenuta ha violato norme del CCNL di appartenenza del soggetto agente o codice di comportamento.

Deve ricordarsi che una condotta *contra legem* può integrare anche più di una fattispecie di responsabilità sopra illustrate.

Nel dettaglio, il fondamento giuridico della responsabilità civile va ritrovato nell'art. 2043 codice civile a norma del quale *"qualunque fatto doloso o colposo, che cagioni ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che l'ha commesso a risarcirlo"* ove siano provati la colpevolezza e il nesso causale tra condotta ed evento lesivo. Va, tuttavia, ricordato che, l'art. 2049 c.c. estende ai "padroni e committenti" (cioè al datore di lavoro) la responsabilità per fatto illecito dei danni cagionati dei loro preposti nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti, mentre la legge 231/2001 attribuisce alle persone giuridiche le conseguenze per illecito amministrativo commesso dai propri dipendenti dal quale sia derivato un ingiusto vantaggio alla persona giuridica.

La responsabilità di funzionari e dipendenti pubblici per il fatto derivante dalle condotte assunte in violazione di leggi penali, civili e amministrative, inoltre, è estesa agli enti di appartenenza in virtù dell'art. 28 Costituzione e del DPR n. 3 del 1957.

E' personale, invece, la responsabilità penale.

Con riferimento a quest'ultimo tipo di responsabilità, si osserva che, nell'ambito della verifica del corretto utilizzo del sistema di codifica sopra descritto le principali fattispecie penali che più di frequente possono essere riscontrate sono:

- art. 476 c.p. Falso materiale (da p.u. in atto pubblico): si forma un atto falso;
- art. 479 c.p. Falso ideologico (da p.u. in atto pubblico): si attesta falsamente un fatto;
- art. 640 c.p. Truffa: artifici e raggiri che, inducendo taluno in errore, procurano ingiusto profitto.

e si concretizzano, ad esempio, quando nella SDO:

1. vengono indicate prestazioni effettuate in regime di ricovero, che avrebbero invece dovuto essere erogate in regime ambulatoriale (es: relativamente ad asportazioni di cisti e lipomi);
2. vengono indicati falsamente codici relativi a patologie non riscontrate, che generano un DRG più "redditizio";
3. vengono indicati falsamente codici relativi a patologie non rimborsabili, in quanto escluse dai servizi garantiti dal servizio sanitario nazionale (es: richiesta di rimborso per interventi che, contrariamente a quanto indicato nella SDO, avrebbero avuto una finalità estetica e, quindi esclusi dal rimborso).

Si configura, pertanto, il reato di truffa aggravata (art. 640, comma 2, n.1, c.p.) quando *"... attraverso artifici e raggiri, consistiti nella falsa rappresentazione delle patologie e delle conseguenti prestazioni sanitarie che sottendevano le richieste di rimborso, attuate con*



*l'indicazione di codici di DRG con valorizzazioni superiori a quelle corrette, si è indotta in errore l'A.s.l. circa la regolarità dei pagamenti richiesti, con ciò procurando agli imputati un ingiusto profitto".*

Si configura il reato di falsità ideologica (art. 479 c.p.) quando *"trae in inganno l'ente pubblico che eroga un rimborso maggiore rispetto a quello dovuto, ovvero non affatto dovuto"*.

Per quanto attiene alla responsabilità erariale, l'accertamento viene affidato, ex L. 20/1994, all'azione di responsabilità amministrativa-contabile promossa dal procuratore regionale sulla base della *notizia danni* che gli provenga dalla stessa P.A., da cittadini, dalla stampa o dai siti web. L'azione si riferisce a attività, connaturata da dolo o colpa grave di dipendenti o agenti pubblici in senso lato (rapporto impiego/ufficio o stabilmente inseriti nell'apparato organizzativo) che rispondono delle loro condotte ex art. 28 Costituzione ed è finalizzata al ripristino del equilibrio patrimoniale pubblico e a dissuadere i terzi.

Merita al riguardo segnalarsi che, all'eventuale danno erariale, si applica la compensazione pregiudizio/lucro o, se del caso, l'azione di riduzione dell'addebito economico a carico del soggetto condannato in ragione di particolari difficoltà tecniche o organizzative, ritenute concause che hanno determinato la condotta.

Per completezza d'informazione va, infine, ricordato che il Legislatore ha ampliato l'ambito di applicabilità delle misure straordinarie previste dall'articolo 32 del d.l. n. 90/2014 (come modificato dal D.L. 179/2015 e dall'art. 1, comma 704, lett. g, L. 208/2015) consentendo al presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), a fronte di gravissime condotte illecite poste in essere dagli amministratori e/o gestori pro tempore della struttura ospedaliera (qualunque sia la forma giuridica dell'ente che esercita attività sanitaria per conto del Servizio sanitario nazionale, incluse Fondazioni e Associazioni), di scongiurare la revoca dell'Accreditamento e/o del regime convenzionale della struttura stessa (provvedimento che ingenererebbe riflessi sotto il profilo occupazionale e della gestione delle prestazioni sanitarie sospese) di informare il Procuratore della Repubblica e di proporre al Prefetto alternativamente:

- di ordinare la rinnovazione degli organi sociali;
- di provvedere alla straordinaria e temporanea gestione dell'impresa;
- la misura del sostegno e del monitoraggio dell'impresa.

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

##### **In tema di cartella clinica e SDO:**

-DM sanità 28.12.1991 istituzione della schede di dimissione ospedaliera, successive integrazioni e modificazioni, DM sanità 27 .10.2000 n. 380, DM sanità 7.12.2016, n. 261;

##### **In tema di responsabilità persone fisiche:**

-Costituzione, art. 28, DPR n. 3 del 1957, L 20/1994, codice civile e penale;

##### **In tema di responsabilità persone giuridiche:**

-legge 231/2001.



## **B. RIVALORIZZAZIONE ECONOMICA DEI CONTROLLI**

### **1 INTRODUZIONE**

In seguito all'effettuazione dei controlli da parte del NAC è prevista la rivalorizzazione dei medesimi secondo i giudizi presenti nei verbali dei controlli relativi alla valutazione della codifica e all'appropriatezza di scelta del setting assistenziale.

E', pertanto, indicato che vi sia una procedura aziendale che espliciti le fasi operative e le funzioni aziendali coinvolte nell'attività di recupero economico delle risultanze dei controlli dell'attività sanitaria di ricovero in applicazione alle note regionali 513878/2008 e n° 529610 del 10 dicembre 2014 e alla DGR 2174/2016, 1306/2017 e 2022/2018. In particolare, con nota Regionale n° prot. 529610 del 10 dicembre 2014 la Regione del Veneto aveva fornito alle Aziende Sanitarie Regionali le indicazioni operative per la gestione dei saldi economici dei controlli sulle Schede di Dimissione Ospedaliera e la loro corretta indicazione nel Bilancio d'Esercizio.

### **2. GESTIONE ECONOMICA RISULTANZE CONTROLLI TRA AZIENDE PUBBLICHE**

Il controllo sull'attività sanitaria di ricovero erogata dagli Ospedali direttamente gestiti dall'Azienda ULSS di riferimento è effettuato con cadenza semestrale e gestito nelle diverse sedi dal personale del NAC. Gli esiti dei controlli e le relative modifiche da apportare alle SDO vengono direttamente effettuate nel flusso direttamente dai componenti del NAC. A completamento il Controllo di Gestione elabora un file contenente il dettaglio delle variazioni economiche per singola scheda. Tale file, allineato con il verbale NAC, deve contenere almeno i seguenti campi: codice e descrizione Azienda ULSS residenza; codice e descrizione ospedale erogante; regime di ricovero, numero progressivo/identificativo SDO; data di dimissione; DRG ante modifica; DRG post modifica; importo ante modifica; importo post modifica; esito controllo; note.

Come indicato nella nota regionale prot. n° 529610/14, per le SDO modificate e corrette entro la fase 13 (febbraio dell'anno successivo a quello di competenza), la gestione del recupero del credito/debito risultante dai controlli sanitari sull'attività di Ricovero, avviene automaticamente con il flusso di Mobilità Sanitaria Intraregionale.

Se la modifica delle SDO viene effettuato dopo la fase 13, i saldi economici (credito/debito), nel caso di ricoveri effettuati a favore di cittadini veneti residenti fuori ULSS, sono compensati tramite Poste R. Il calcolo è effettuato dal Controllo di Gestione che ne dà comunicazione all'Azienda sanitaria interessata. Il Controllo di Gestione, nel caso in cui i controlli sanitari abbiano generato un Ricavo, all'atto della redazione del CECT/CEPA trimestrale ne dà comunicazione al Bilancio imputandolo al relativo conto.

### **2.1 GESTIONE DEGLI ESITI DEI CONTROLLI ESTERNI SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO EROGATA DALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE SITUATE NEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO**

Il controllo sull'attività sanitaria di Ricovero erogata dalle strutture private accreditate è effettuato con cadenza semestrale dal NAC. Gli esiti dei controlli e le eventuali modifiche da apportare alle SDO risultano negli appositi verbali del NAC conservati agli atti e consegnati alle strutture accreditate durante i controlli.



Il report di dettaglio deve riportare il numero nosologico di ciascuna SDO da rettificare, con le informazioni funzionali alle modifiche da apportare all'interno dei gestionali aziendali, e/o l'indicazione delle schede con setting assistenziale inappropriato, secondo la casistica di cui all'allegato B della DGR n. 2022/2018. Uno strumento che può essere utilizzato per la rivalorizzazione dei ricoveri è lo specifico software messo a disposizione dalla Regione oppure idonei software che le aziende hanno autonomamente implementato.

Le strutture accreditate generalmente apportano le modifiche nel primo mese utile dopo il controllo. Il Servizio Strutture Accreditate o altro Servizio individuato dall'Azienda verifica che le modifiche indicate siano state effettivamente inserite nel flusso SDO da parte delle strutture accreditate; effettua il ricalcolo economico delle schede modificate e calcola, nei casi di inappropriatazza dei ricoveri gli abbattimenti dei DRG, eventualmente supportata nelle operazioni descritte dal Controllo di gestione.

Il Servizio Strutture Accreditate o altro Servizio individuato dall'Azienda procede alla regolarizzazione contabile come di seguito indicato:

- comunica alla struttura accreditata l'importo risultante dal ricalcolo delle SDO modificate, cui consegue l'aggiornamento, di pari ammontare, del "consumo" del budget assegnato alla struttura nell'anno di riferimento;

- l'importo relativo agli abbattimenti conseguenti all'inappropriatazza del setting assistenziale che lascia invariato il "consumo" del budget;

Gli importi a debito/credito dell'Azienda vengono regolarizzati contabilmente richiedendo alla struttura accreditata l'emissione della relativa nota di accredito/addebito.

Nel caso in cui le modifiche riguardino prestazioni erogate a pazienti veneti residenti fuori ULSS si applica l'iter contenuto nel paragrafo 2.2.

## **2.2 GESTIONE DEGLI ESITI DEI CONTROLLI ESTERNI SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO EROGATA DALLO IOV E DALLE AZIENDE OSPEDALIERE**

Il Controllo sull'attività di ricovero erogata dalle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e dallo IOV è effettuato con cadenza semestrale dal NAC, sulla base del piano dei controlli esterni annualmente deliberato. Gli esiti dei controlli e le relative modifiche da apportare alle SDO risultano da apposito verbale del NAC. Anche per i controlli presso queste strutture valgono le premesse indicate in precedenza.

Per le modifiche SDO effettuata entro la fase 13 (fine febbraio dell'anno successivo a quello di competenza) la regolarizzazione economica avviene direttamente tramite il flusso SDO, a seguito delle modifiche effettuate dall'azienda erogante, come indicato nella nota regionale prot. n. 529610/14. Il Controllo di Gestione delle ULSS 6 e 9 verificherà l'avvenuta modifica delle SDO riportate nei verbali.

Se la modifica delle SDO viene effettuata dopo la fase 13, i saldi economici (credito/debito) sono compensati tramite Poste R. Il calcolo è effettuato dal Controllo di Gestione. Determinato l'importo delle poste R, il Controllo di Gestione ne dà comunicazione all'Azienda sanitaria interessata, fornendo il verbale NAC e il file con il calcolo del credito/debito da compensare. Il



Controllo di Gestione, nel caso i controlli sanitari abbiano generato un Ricavo, all'atto della redazione del CECT/CEPA trimestrale ne dà comunicazione UOC Bilancio imputandolo imputandolo al relativo conto.

Nel caso in cui le modifiche riguardino prestazioni erogate a cittadini veneti non residenti nell'ULSS deputata ai controlli, i verbali dei NAC con il file contenente il dettaglio delle variazioni economiche per singola scheda devono essere inviati all'ULSS di residenza. Il file deve contenere almeno i seguenti campi: codice e descrizione Azienda ULSS residenza; codice e descrizione Ospedale erogante; regime di ricovero, numero progressivo/identificativo SDO; data di dimissione; DRG ante modifica; DRG post modifica. In questo modo l'ULSS di residenza potrà procedere all'eventuale recupero economico nei confronti delle Aziende Ospedaliere e dello IOV.

### **2.3 GESTIONE DEGLI ESITI DEI CONTROLLI ESTERNI SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO EROGATA DALLE ALTRE AZIENDE ULSS DEL VENETO A PROPRI RESIDENTI**

Il controllo sull'attività di ricovero erogata ai propri residenti dalle altre Aziende ULSS del Veneto (escluse le Aziende Ospedaliere e lo IOV) può essere eventualmente effettuato con cadenza semestrale dal NAC, sulla base del piano dei controlli esterni annuale. La regolarizzazione dei rapporti economici segue l'iter descritto al punto precedente.

### **3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

-DGR n. 2174 del 23.12.2016 recante: *"Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19"*

-DGR n. 1306 del 16 agosto 2017 recante: *"Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)"*

-DGR n. 2022 del 28.12.2018 recante: *"Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto"*

Allegato al decreto

n. 093 del 10 SET. 2021



REGIONE DEL VENETO

### C. RUOLO CERTIFICATORE E PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Nei piani dei controlli interni del NAC va riportato il Responsabile del Piano Anticorruzione e Trasparenza (PNA).

L'Allegato O alla DGR 2174/2016 prevede che il Responsabile dell'Anticorruzione e Trasparenza certifichi il buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla DGR n. 863 del 21 giugno 2011, con particolare riferimento al monitoraggio della messa in atto di tutte le misure richiamate dal PNA: informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie; separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale; unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, etc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi.

### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

-Deliberazione della Giunta Regionale n. 2174 del 23 dicembre 2016 "*Organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione del Veneto ALLEGATO O*"



#### D. TAVOLO DI MONITORAGGIO DEL BUDGET DEGLI ACCREDITATI

Con la DGR 248/2019 relativa alla determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale, la Regione Veneto ha individuato le aree funzionali e i relativi obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi. In tale contesto il NAC partecipa al monitoraggio degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le aziende e istituti del servizio sanitario regionale in particolare per:

- Programma Nazionale Esiti;
- Progetto Bersaglio;
- Flusso Scheda Dimissione Ospedaliera;
- Tempi di Attesa;
- Miglioramento appropriatezza.

Con la DGR 597/2017 relativa ai criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, la Regione ha aggiornato lo schema tipo di accordo contrattuale che dovrà essere sottoscritto dall'erogatore e dall'Azienda ULSS di ubicazione territoriale. La circolare della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA n. 152462 del 16.04.2019, richiamando la DGR 597/2017, specifica che: "Spetta all'Azienda ULSS effettuare le attività di verifica e controllo sull'applicazione dell'accordo contrattuale sottoscritto tramite il proprio Nucleo di Controllo Aziendale". Ciò richiede un lavoro sinergico tra NAC, CUP Manager, Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, Controllo di Gestione, Servizio Strutture Accreditate o altro Servizio individuato dall'Azienda, in quanto il solo NAC non possiede gli strumenti necessari per la valutazione del rispetto degli accordi contrattuali.

#### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 597 del 28 aprile 2017 *"Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale. D.Lgs n. 502/1992, art. 8 quinquies e sexies, L.R. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3"*
- Deliberazione della Giunta Regionale n.248 del 08 marzo 2019 *"Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019"*



REGIONE DEL VENETO

#### E. COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MINISTERIALE LEA

Parallelamente alla compilazione del report dei controlli, il NAC deve fornire, entro fine aprile, i dati per la compilazione del Questionario Ministeriale LEA (riportato di seguito) relativo alle verifiche delle cartelle cliniche. Tale questionario va compilato dalle Aziende ULSS, riportando i controlli interni ed i controlli esterni delle Strutture Accreditate, Aziende Ospedaliere, Istituto Oncologico Veneto.

La compilazione del questionario prevede un lavoro sinergico tra Direzione Sanitaria/NAC e Direzione Amministrativa/Controllo di Gestione. Infatti, le colonne del questionario relative a "erogatore" e "controlli cartelle cliniche" vanno compilati a cura del Controllo di Gestione, quelle relative ai "risultati" sono in carico al NAC; quelle inerenti le misure adottate al Controllo di Gestione/ Servizio Strutture Accreditate o altro Servizio individuato dall'Azienda.

I dati relativi ai controlli svolti verranno consegnati tramite la compilazione delle due tabelle: la prima riguarda i controlli casuali su almeno il 10% delle cartelle cliniche e la seconda riguarda i controlli su almeno il 2,5% delle cartelle cliniche esitanti in DRG a rischio di inappropriatezza.

I controlli dei ricoveri SARS-CoV-2 andranno inseriti nei controlli casuali, salvo ulteriori indicazioni ministeriali.

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

Erogatore <sup>(a)</sup>	Controlli Cartelle Cliniche				Risultati <sup>(b)</sup>		Misure adottate <sup>(b)</sup>			
	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate <sup>(d)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici	Abbattimenti tariffari <sup>(e)</sup>	% sul Budget <sup>(f)</sup>	Altro <sup>(g)</sup>
Totale										

**Note:**

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

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

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

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

(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)

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

Erogatore <sup>(a)</sup>	Prestazioni ad alto rischio inappropriatezza (identificate dalla Regione in riferimento a quanto previsto dall'art. 2 del D.M. del 10.12.2009)													
	Riconfermi DH medici a carattere diagnostico*	Parti Cesaree <sup>^</sup>		Prestazione ...		Prestazione...		Totale complessivo					Misure adottate	
		Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Num CC tot	Num CC totale struttura erogatrice <sup>(e)</sup>	% CC prestazioni inappropriate <sup>(f)</sup>	Σ Num CC non confermate <sup>(g)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate <sup>(h)</sup>	Abbattimenti tariffari <sup>(i)</sup>	% sul Budget <sup>(l)</sup>	Altro <sup>(m)</sup>
Codice SIS <sup>(b)</sup>	Denominazione struttura erogante													
Totale														

**Note:**

CC = cartelle cliniche

Prestazione...= per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriatezza rilevata riportare la descrizione e compilare le 2 colonne con i risultati dei controlli; inserire nella tabella le colonne necessarie

\* riportare solo se identificati dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatezza in relazione ad elevati volumi (rif. art.2 comma 2 lett.b DM 10.12.2009)

- ^ (rif. art.2 comma 3 DM 10.12.2009)
- (a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11
  - (b) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11
  - (c) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti
  - (d) Somma del numero cartelle cliniche ( $\sum$  Num CC tot) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza
  - (e) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice
  - (f) = (d)/(e)
  - (g) Somma del numero cartelle cliniche non confermate ( $\sum$  Num CC non confermate) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza
  - (h) = (g)/(d)
  - (i) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)
  - (l) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati
  - (m) Ulteriori misure adottate dalla Regione (non ad impatto economico/finanziario)



## CAPITOLO 6 - REPERTORIO LEGISLATIVO DEI CONTROLLI SANITARI

### a) NUCLEO AZIENDALE DI CONTROLLO

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2022 del 28 DICEMBRE 2018</b></p> <p>Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto.</p>	<p>Si procede ad aggiornare il sistema dei controlli dell'attività sanitaria di ricovero ed ambulatoriale nella Regione Veneto alla luce delle funzioni assegnate ad Azienda Zero.</p>

### b) LISTE DI ATTESA

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 863 DEL 21 GIUGNO 2011</b></p> <p>Recepimento dell'intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla D.G.R. n. 600 del 13.3.2007. Allegato A.</p>	<p>Viene recepita l'intesa tra lo stato, le regioni e le province autonome sul piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 e adottato il piano attuativo regionale.</p> <p>Il responsabile NAC coordinandosi con il responsabile delle liste di attesa trasmette semestralmente al NRC assieme agli esiti dei controlli interni anche una relazione sui tempi di attesa per le prestazioni previste all'allegato a della delibera in parola.</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 320 del 12 marzo 2013</b></p> <p>Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.</p>	<p>Con questo provvedimento si ha inteso porre l'attenzione sulle principali azioni da realizzare al fine di ottenere un efficace governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto, ribadendo alcune importanti indicazioni in relazione alle più recenti criticità intervenute in tale ambito.</p> <p>Attività di verifica e controllo: Nucleo Aziendale di Controllo, eventualmente integrato da specialisti aziendali, per operazioni di verifica di appropriatezza</p>



	prescrittiva, corretta erogazione dei Percorsi Assistenziali con particolare riferimento ai Percorsi Diagnostico Terapeutici previsti dalla normativa nazionale e regionale.
<b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1191 del 26 luglio 2016</b> Registro "unico" dei ricoveri ospedalieri e Registro "unico" delle liste operatorie nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto: disposizioni applicative.	Con il provvedimento si è inteso porre l'attenzione sulle principali azioni da realizzare al fine di implementare un sempre maggior controllo della trasparenza nel governo delle liste di attesa dei pazienti in attesa di un intervento chirurgico nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto. Compiti assegnati al NAC: <ul style="list-style-type: none"><li>• vigilare sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione;</li><li>• verificare il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso;</li><li>• trasmettere al Tavolo di Monitoraggio Aziendale le eventuali criticità riscontrate.</li></ul>
<b>LEGGE REGIONALE N. 30 del 30 dicembre 2016</b> Collegato alla legge di stabilità regionale 2017. Art. 38 "Interventi per il governo delle liste d'attesa."	Con il provvedimento vengono richiamati i principi di norma in materia di buon governo delle liste d'attesa, nonché vengono aggiornati i tempi di attesa per alcune classi di priorità.
<b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 479 del 23 aprile 2019</b> Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, del 21 febbraio 2019.	Con il provvedimento si recepisce l'accordo pattizio tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento del 21 febbraio 2019 n. 28/CSR del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.
<b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1164 del 06 agosto 2019</b>	In attuazione al Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa, viene adottato il Piano



**REGIONE DEL VENETO**

<p>Adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) a seguito del recepimento dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021 con DGR del 23 aprile 2019 n. 479. Deliberazione n. 69/CR del 28 giugno 2019.</p>	<p>Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).</p>
--	--

**c) NAC: RUOLO CERTIFICATORE E PNA (PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE)**

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2174 del 23 dicembre 2016 Allegato O</b> Organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione del Veneto.</p>	<p>I Responsabili dell'effettuazione dell'attività di controllo, oltre a quanto già disposto dalla DGR n. 3444 del 30 dicembre 2010, certificano al Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente - nei tempi e nelle modalità descritte in un successivo documento prodotto dal Coordinamento stesso - il buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla DGR n. 863 del 21 giugno 2011, con particolare riferimento al monitoraggio della messa in atto di tutte le misure recentemente richiamate dal PNA.</p>



**PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI)**

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DECRETO DEL DIRETTORE DELLA DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA N. 4 del 23 maggio 2017</b> Istituzione del Gruppo di lavoro audit PNE (Programma Nazionale Esiti).</p>	<p>Con il provvedimento si è inteso istituire il Gruppo di lavoro audit PNE, finalizzato a consentire una disamina delle variabili e delle criticità emerse dalla valutazione degli indicatori PNE ai fini di omogeneità di valutazione e condivisione dei risultati.</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 248 del 08 marzo 2019</b> Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.</p>	<p>Il provvedimento ha individuato le aree funzionali e i relativi obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2019, con i relativi pesi, assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR, di cui all'allegato A: "obiettivo O.T.3 Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE".</p>

**d) APPROPRIATEZZA**

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 3913 del 04 dicembre 2007</b> Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione.</p>	<p>La Delibera ha stabilito i criteri di appropriatezza dei ricoveri effettuati nelle Unità Operative di Riabilitazione delle strutture pubbliche e private preaccreditate (Allegato A); ha stabilito che il documento rappresenta le Linee di indirizzo per l'attuazione dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali di Controllo delle Aziende ULSS di cui alla DGR n° 2609 del 07/08/2007, nelle Strutture di Riabilitazione pubbliche e private preaccreditate, a far data dal 1° gennaio 2008.</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 839 del 08 aprile 2008</b> Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Lungodegenza (codice 60).</p>	<p>La delibera ha approvato l'allegato documento tecnico relativo ai criteri di appropriatezza dei ricoveri ordinari presso le Unità Operative di Lungodegenza (codice 60) (Allegato A); ha stabilito che il documento rappresenta le linee guida per l'attuazione</p>



	dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali delle Aziende ULSS di cui alla DGR n° 2609 del 07/08/2007, nelle Unità Operative di Lungodegenza.
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 94 del 31 gennaio 2012</b></p> <p>Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): Indirizzi alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i disturbi del comportamento alimentare tra Centri pubblici e Case di cura convenzionate.</p>	Il documento ha rappresentato gli indirizzi per le Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare, di cui all'Allegato A, che fa parte integrante e sostanziale del provvedimento; il documento ha approvato il Protocollo di collaborazione per i disturbi del comportamento alimentare tra Centri pubblici e Case di cura convenzionale, di cui all'Allegato B, che fa parte integrante e sostanziale del provvedimento.
<p><b>DECRETO DEL DIRETTORE DELLA DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA N. 38 del 5 aprile 2013</b></p> <p>Aggiornamento delle linee guida di compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO): integrazione.</p>	Vengono definiti i criteri che consentono di valutare l'appropriatezza degli interventi eseguiti in regime ambulatoriale così come riportato nell'Allegato A del provvedimento.
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2688 del 29 dicembre 2014</b></p> <p>Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013.</p>	Vengono approvati gli indirizzi operativi per l'attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve) e l'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti in tale attività.
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 281 del 14 marzo 2017</b></p> <p>Aggiornamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG – Diagnosis Related Groups ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale.</p>	Vengono aggiornati i valori percentuali/soglie di ammissibilità dei DRG – Diagnosis Related Groups ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale.
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N.</b></p>	Si è proceduto ad aggiornare il sistema dei



<p><b>2022 del 28 dicembre 2018</b> Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto.</p>	<p>controlli dell'attività sanitaria di ricovero e ambulatoriale nella Regione Veneto alla luce delle funzioni assegnate ad Azienda Zero.</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 569 del 09 maggio 2019</b> Recepimento Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" - approvato il 22 luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR.</p>	<p>La Delibera ha recepito l'Accordo Conferenza Stato Regioni sul documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" – approvato il 22 luglio 2017 Rep. Atti 93/CSR., di cui all'Allegato A; ha approvato l'Allegato B nel quale sono riportate le indicazioni e le raccomandazioni del Tavolo Tecnico regionale nel recepimento delle Linee di indirizzo nazionali, in conformità con i provvedimenti assunti in tale ambito.</p>

**e) TAVOLO MONITORAGGIO BUDGET**

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 597 del 28 aprile 2017</b> Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale. D.Lgs n. 502/1992, art. 8 quinquies e sexies, L.R. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3.</p>	<p>Vengono determinati i tetti di spesa ed il volume di attività degli erogatori ospedalieri privati accreditati per gli anni 2017, 2018 e 2019 e viene aggiornato lo schema tipo di accordo contrattuale che dovrà essere sottoscritto dall'erogatore e dall'Azienda Ulss di ubicazione territoriale</p> <p>«Spetta all'Azienda ULSS effettuare le attività di verifica e controllo sull'applicazione dell'accordo contrattuale sottoscritto tramite il proprio Nucleo di Controllo Aziendale».</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 248 del 08 marzo 2019</b> Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.</p>	<p>Il provvedimento ha individuato le aree funzionali e i relativi obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2019, con i relativi pesi, assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR. Il NAC coadiuva ai monitoraggi.</p>



**f) CONTROLLO SUI PIANI TERAPEUTICI DELLA NOTA AIFA 74**

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1451 del 08 ottobre 2018</b></p> <p>Elenco dei Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico: aggiornamento e ricognizione - anno 2018. Centri privati autorizzati all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA): rinnovo delle autorizzazioni alla prescrizione di farmaci della Nota AIFA 74.</p>	<p>Si è aggiornata e si è operata la ricognizione biennale dei Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico già contenuta nella DGR n.1121 del 29.6.2016. Si è approvato il rinnovo delle autorizzazioni alla prescrizione di farmaci della Nota AIFA 74 da parte dei centri privati autorizzati all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA).</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 904 del 28 giugno 2019</b></p> <p>DPCM del 12 gennaio 2017. Procreazione Medicalmente Assistita omologa ed eterologa: indicazioni operative.</p>	<p>Con il provvedimento vengono fornite le indicazioni operative concernenti l'erogazione delle prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita - PMA omologa ed eterologa.</p>

**g) TARIFFE**

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1805 del 08 novembre 2011</b></p> <p>Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate.</p>	<p>Vengono indicate le nuove tariffe dei ricoveri ospedalieri e le regole per la loro remunerazione. L'atto ha rideterminato: le tariffe, i valori soglia della degenza ed i pesi delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, con decorrenza dal 1° gennaio 2012.</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 437 del 20 marzo 2012</b></p> <p>Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 8.11.2011.</p>	<p>Vengono apportate alcune modifiche al sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e viene posticipato il termine di decorrenza dell'applicazione degli abbattimenti tariffari per i ricoveri i cui DRG sono considerati "a rischio di inappropriata" se erogati oltre il valore soglia.</p>



<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2310 del 09 dicembre 2014</b></p> <p>Adeguamento delle tariffe dei ricoveri ordinari per acuti con utilizzo di robot nell'atto chirurgico e con impianto di dispositivi di assistenza ventricolare (VAD). Conferma, per gli anni 2014 e 2015, delle tariffe venete di cui alla DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e successive modifiche ed integrazioni per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera.</p>	<p>Vengono adeguate le tariffe dei ricoveri ordinari per acuti con utilizzo di robot nell'atto chirurgico e dei ricoveri per acuti con impianto di dispositivi di assistenza ventricolare. Vengono, inoltre, confermate, per gli anni 2014 e 2015, le tariffe venete vigenti per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera.</p>
<p><b>NOTA REGIONALE N° PROT. 529610 del 10 dicembre 2014</b></p> <p>Gestione delle risultanze del sistema dei controlli dell'attività sanitaria - flusso SDO - Mobilità</p>	<p>La Regione del Veneto ha fornito alle Aziende Sanitarie Regionali le indicazioni operative per la gestione dei saldi economici dei controlli sulle Schede di Dimissione</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2022 del 28 dicembre 2018</b></p> <p>Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto.</p>	<p>Nell'Allegato B della Delibera vengono riportate le ricadute economiche in caso di non corretta applicazione della normativa vigente in tema di appropriatezza e codifica.</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 426 del 06 aprile 2021</b></p> <p>Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate.</p>	<p>La Regione Veneto ha modificato le tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con DGR n. 1805/2011.</p>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1026 del 28 luglio 2021</b></p> <p>Adempimenti DGR 426/2021.</p>	<p>La Regione Veneto ha approvato le tariffe, i valori soglia della degenze ed i pesi delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate (Allegato A) e le tariffe relative ai ricoveri per riabilitazione e lungodegenza e ai ricoveri in particolari strutture psichiatriche, confermando le regole e di remunerazione di cui alla DGR 1805/2011 (Allegato B).</p>



**h) FORMAZIONE E LINEE GUIDA CODIFICA**

<b>NORMATIVA DI RIFERIMENTO</b>	<b>TRATTATO</b>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2167 del 23 dicembre 2016</b> Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n: 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.</p>	<p>Vengono proposte alcune modifiche ed integrazioni alle linee guida che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, già approvate con la deliberazione n. 1169/2016 e s.m.i. con contestuale modifica della remunerazione dei ricoveri per impianto di neurostimolatori spinali.</p>

**i) TRACCIABILITA' DELLA FENOMENOLOGIA CLINICA**

<b>NORMATIVA DI RIFERIMENTO</b>	<b>TRATTATO</b>
<p><b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2332 del 29 dicembre 2011</b> Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore".</p>	<p>Rilevazione Dolore.</p>
<p><b>NOTA PROT. N. 20119 DEL 30/05/2018</b></p>	<p>Rilevazione Scala di Barthel.</p>
<p><b>DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AREA SANITA' E SOCIALE N. 49 del 21 dicembre 2017</b> Definizione delle integrazioni al tracciato della Scheda di Dimissione Ospedaliera del Decreto 118 del 23 dicembre 2016.</p>	<p>Integrazione al Decreto 118 del 23 dicembre 2016 "Aggiornamento della disciplina del flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera" e dei tracciati record.</p>

**k) ISPEZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE**

<b>NORMATIVA DI RIFERIMENTO</b>	<b>TRATTATO</b>
<p><b>DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE DI AZIENDA ZERO N. 341 del 19 luglio 2019</b> Modifica dell'Atto Aziendale approvato con Decreto Commissariale n. 107/2017 e successivamente modificato con Decreto Commissariale n. 115/2018 con</p>	<p>Modifica dell'Atto Aziendale approvato con Decreto Commissariale n. 107/2017 e successivamente modificato con Decreto Commissariale n. 115/2018 in cui è definito il ruolo dell'UOC Ispezioni sanitarie e socio</p>



## REGIONE DEL VENETO

il presente provvedimento si approvano alcune modifiche all'Atto Aziendale	sanitarie
<b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2022 del 28 dicembre 2018</b> Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto	A far data dal 01/01/2018 Trasferimento all'UOC Ispezioni sanitarie e socio sanitarie di Azienda Zero delle funzioni del soppresso Coordinamento regionale per i controlli sanitari di cui alla DGR n. 3444 del 30 dicembre 2010.

### I) NUCLEO REGIONALE DI CONTROLLO

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	TRATTATO
<b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 2022 del 28 dicembre 2018</b> Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto.	Sostituisce la DGR n. 3444 del 30 dicembre 2010 e definisce le funzioni del Nucleo Regionale di Controllo.



**Organizzazione e redazione generale a cura di:**

C. Cordiano - R. Cacco – S. Tardivo – D.G. Boemo – E. Zilli

Hanno partecipato alla stesura delle Linee guida:

Dr.ssa Patrizia Benini	Già Azienda ULSS 6 Euganea, attuale IOV
Dr. Deris Gianni Boemo	Azienda Ospedaliera Università Padova
Dr.ssa Rosaria Cacco	Azienda Zero
Prof. Claudio Cordiano	Università Verona
Dr. Alberto Carli	Azienda Ospedaliera Università Verona
Dr.ssa Milvia Marchiori	Azienda ULSS 7 Pedemontana
Ing. Gabriele Nube	Già Azienda Zero
Prof. Stefano Tardivo	Azienda Ospedaliera Università Verona
Avv. Giacomo Vigato	Azienda Zero
Dr.ssa Emanuela Zilli	Azienda ULSS 6 Euganea

Coordinamento del progetto:

Prof. Claudio Cordiano – Professore Emerito Università degli Studi di Verona