

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 281 del 14 marzo 2017

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.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

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.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" definisce "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Il medesimo provvedimento individua quindi un elenco (n. 43) di *DRG Diagnosis Related Groups* "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza ordinaria.

Alle Regioni, sulla base delle rilevazioni regionali, spetta il compito di indicare un valore percentuale/soglia di ammissibilità oltre al quale l'erogazione dei *DRG* riportati nel DPCM viene considerata inappropriata. Le Regioni possono, inoltre, individuare ulteriori *DRG* "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza ordinaria.

La Regione del Veneto, con deliberazione n. 2227 del 9 agosto 2002, ha approvato il valore percentuale/soglia di ammissibilità dei 43 *DRG* e di altri n. 9 dalla stessa individuati, come previsto dal citato DPCM.

Il Patto per la salute per gli anni 2010-2012, approvato con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, interviene nell'individuazione delle prestazioni a rischio di non appropriatezza approvando, ad integrazione di quanto già contenuto nel DPCM del 2001, un elenco di n. 24 prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale (elenco A) ed un elenco di n. 108 *DRG* ad alto rischio di non appropriatezza erogati in regime di degenza ordinaria (elenco B).

Con le deliberazioni n. 4277 del 29 dicembre 2009, n. 1805 del 8 novembre 2011 e n. 1767 del 28 agosto 2012, tra l'altro, sono stati determinati i valori percentuali/soglie di ammissibilità dei *DRG* e delle prestazioni di cui ai citati elenchi A e B e sono state dettate le disposizioni operative. Giova qui ricordare che con la deliberazione n. 4277/2009, cui si fa rinvio, sono stati approvati i criteri generali ed oggettivi da utilizzare al fine di indicare il valore percentuale/soglia di ammissibilità così come riportato nell'allegato B del medesimo provvedimento.

Considerato l'arco temporale intercorso (2009-2017) e considerato che il nuovo DPCM di revisione dei Livelli essenziali di assistenza, in corso di formalizzazione, riconferma, negli allegati 6 e 6A, i *DRG* e le prestazioni indicati nel Patto per la Salute 2010-2012, con il presente provvedimento si propone di aggiornare i valori percentuali/soglie di ammissibilità dei *DRG* ad alto rischio di non appropriatezza erogati in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale, così come riportato nell'**Allegato A** parte integrante del presente atto e nell'**Allegato B**, anch'esso parte integrante del presente atto, dove viene indicata la correlazione tra il codice della prestazione ed il *DRG*.

Si evidenzia che per la individuazione dei valori percentuali/soglie di ammissibilità sono stati utilizzati i criteri generali ed oggettivi approvati con la deliberazione n. 4277/2009.

Si rinvia 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.

Si confermano le disposizioni dei precedenti atti giuntali per le parti non in contrasto con quanto disposto con il presente atto.

Si incarica il Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale di procedere con proprio decreto alla correzione degli **allegati A e B** dovuti ad eventuali errori materiali.

Si dà atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

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

VISTO il Patto per la salute per gli anni 2010-2012, approvato con atto rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la deliberazione n. 2227 del 9 agosto 2002 ed i successivi atti modificativi e integrativi;

VISTA la deliberazione n. 4277 del 29 dicembre 2009;

VISTA la deliberazione n. 1805 del 8 novembre 2011;

VISTA la deliberazione n. 1767 del 28 agosto 2012;

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di aggiornare i valori percentuali/soglie di ammissibilità dei *DRG - Diagnosis Related Groups* ad alto rischio di non appropriatezza erogati in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale, così come riportato nell'**Allegato A** parte integrante del presente atto e nell'**Allegato B**, anch'esso parte integrante del presente atto, dove vengono indicate le correlazioni tra il codice della prestazione ed il *DRG*;
2. di rinviare 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. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
4. di dare atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. la Direzione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.