

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**  
**Atti amministrativi**  
**GIUNTA REGIONALE**  
Atto del Dirigente DETERMINAZIONE  
Num. 9629 del 21/05/2025 BOLOGNA

**Proposta:** DPG/2025/9707 del 19/05/2025

**Struttura proponente:** SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA  
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Oggetto:** PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI (PAC) DI CUI ALLA DELIBERA DELLA  
GIUNTA REGIONALE N. 354/2012 - ANNO 2025

**Autorità emanante:** IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E  
WELFARE

**Firmatario:** LORENZO BROCCOLI in qualità di Direttore generale

**Responsabile del  
procedimento:** Elisa Sangiorgi

Firmato digitalmente

## IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- l'art. 8-octies del D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni che:
  - al comma 1, pone in capo alla Regione e alle Aziende Sanitarie l'attivazione, tra l'altro, di un sistema di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dai produttori accreditati, privati e pubblici;
  - al comma 3, stabilisce che la Regione deve assicurare la funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni;
  - al comma 4, stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- l'art.79, comma 1-septies del D.L.112/2008 convertito con la legge n. 133/2008, che modifica sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall'art. 88, comma 2 della Legge 388/2000;

Richiamata la deliberazione della Giunta Regionale n. 354 del 26 marzo 2012, con la quale sono state definite le linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna, la quale prevede, tra l'altro, la costituzione del Nucleo regionale di controllo (NCR), tra le cui funzioni rientra la predisposizione del Piano Annuale dei Controlli (PAC), dando mandato al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di determinarne l'adozione con atto successivo (punto 4 del dispositivo);

Dato atto che con precedenti proprie determinazioni si è provveduto periodicamente ad approvare il Piano Annuale dei Controlli (PAC) ai sensi della sopracitata deliberazione della Giunta Regionale n. 354/2012, sulla base dei documenti elaborati dai Gruppi di Lavoro regionali formalmente costituiti nel corso degli anni e aventi funzioni di Nucleo regionale di controllo (NCR), in ultima la determinazione n.

335 del 12 gennaio 2022 che ha adottato il Piano Annuale dei Controlli (PAC) valido per l'anno 2022 e che ha costituito il riferimento fino al primo semestre dell'anno 2025;

Ritenuto che risulta necessario aggiornare e riformulare il Piano Annuale dei Controlli (PAC) in relazione ai cambiamenti e all'evoluzione dei setting assistenziali appropriati;

Considerato che il Gruppo di Lavoro regionale Codifiche SDO e Controlli Sanitari (GRCC), costituito con propria determinazione dirigenziale n. 17023 del 23 agosto 2024, avente la funzione di Nucleo Regionale Controllo prevista dalla deliberazione n. 354/2012, ha predisposto il documento relativo al nuovo il "Piano Annuale dei Controlli (PAC) 2025", da applicarsi a partire dal secondo semestre dell'anno 2025, il quale in particolare indica:

- gli obiettivi da perseguire in termini di contenuto e modalità organizzative dei controlli ed esplicita le azioni generali e specifiche da intraprendere per l'ottimizzazione della pianificazione e dell'esecuzione dell'attività di controllo;
- l'ambito, i volumi, le casistiche, le modalità e la tempistica dei controlli che rappresentano la parte minima obbligatoria dell'attività di controllo da realizzare;

Valutata la coerenza del nuovo "Piano Annuale dei Controlli (PAC) 2025", predisposto dal sopracitato Gruppo di lavoro regionale, con le linee di indirizzo regionali stabilite dalla deliberazione della Giunta regionale n. 354/2012 e gli obiettivi di pianificazione e programmazione regionali;

Ritenuto pertanto di adottare il "Piano Annuale dei Controlli (PAC) 2025", come da documento prodotto dal Gruppo di lavoro regionale sopramenzionato, da applicarsi a partire dal 1° luglio 2025, in allegato alla presente determinazione quale sua parte integrante e sostanziale;

Visti e richiamati, per gli aspetti amministrativi di natura organizzativa:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e successive modifiche;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modifiche;
- il D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

Viste le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni;

Richiamate altresì le deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- n. 2077 del 27 novembre 2023, recante "Nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza";
- n. 2319 del 22 dicembre 2023, recante "Modifica degli assetti organizzativi della Giunta regionale. Provvedimenti di potenziamento per fare fronte alla ricostruzione post alluvione e indirizzi operativi";
- n. 876 del 20 maggio 2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta Regionale";
- n. 1639 del 08 luglio 2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta Regionale";
- n. 2376 del 23 dicembre 2024 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1°gennaio 2025";
- n. 110 del 27 gennaio 2025, recante "PIAO 2025. Adeguamento del PIAO 2024/2026 in regime di esercizio provvisorio";
- n. 279 del 27 febbraio 2025 "Conferimento incarico di Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare a dirigente regionale";

Richiamate inoltre le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 09 febbraio 2022, recante "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022";
- n. 6229 del 31 marzo 2022, recante "Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali";
- n. 7162 del 15 aprile 2022, recante "Ridefinizione dell'assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie";
- n. 2035 del 2 febbraio 2024, recante "Modifica dell'assetto delle Aree della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare";
- n. 2590 del 07 febbraio 2025 "Conferimento di incarichi ad interim nell'ambito della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";
- n. 8102 del 29 aprile 2025 "Proroga incarichi ad interim nell'ambito della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestato che il sottoscritto dirigente non si trova in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

#### **DETERMINA**

1. di adottare il "Piano Annuale dei Controlli (PAC) 2025" ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 354 del 26 marzo 2012, in allegato parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
2. di stabilire che il Piano Annuale dei Controlli di cui al punto 1. ha validità a decorrere dal 1° luglio 2025 fino a successivo formale suo aggiornamento;
3. di dare mandato alle Aziende USL di portare a conoscenza del presente provvedimento le strutture private accreditate del proprio territorio di competenza;

4. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi dell'art. 7 bis, comma 3, del D.lgs. n. 33/2013, così come riportato dalle previsioni normative e amministrative richiamate in premessa.

Lorenzo Broccoli

## **PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI ANNO 2025 (PAC)**

### **PREMESSA**

L'attività di controllo interno ed esterno dei ricoveri ospedalieri, come previsto dalle disposizioni dettate dalla legge 133/2008, fatte proprie dalla regione Emilia-Romagna attraverso la DGR 354/2012, ha avuto negli anni una fisiologica evoluzione.

L'ultima versione del PAC (DGR 335/2022), oggi in vigore, ha raggiunto un livello di applicazione e di efficacia tale per cui si ritiene che possa essere nel suo complesso ancora valida, fatti salvi alcuni aggiustamenti dettati dal superamento del periodo pandemico da SARS-Cov2.

La presente versione 2025, pertanto, si presenta in continuità con la precedente, applicando alcune modifiche relative all'attuale contingenza.

### **OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI**

Il sistema di controllo regionale, al fine di ottimizzare la pianificazione e l'esecuzione dell'attività di controllo sanitario interno ed esterno dei ricoveri ospedalieri, intende perseguire i seguenti obiettivi, comprensivi delle azioni generali e specifiche da realizzare:

- assolvere gli obblighi istituzionali previsti dalla normativa vigente in materia di controlli sanitari sui ricoveri ospedalieri;
- verificare e garantire l'aderenza dell'offerta di prestazioni di ricovero alle indicazioni regionali, valutando il rispetto dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA – DPCM 12 gennaio 2017), degli standard forniti dal Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n° 70 e dalla DGR 2040/2015, e gli eventuali disallineamenti evidenziati attraverso gli indicatori presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e nel Programma Nazionale Esiti (PNE) per prestazioni risultate critiche;
- garantire la trasparenza e l'omogeneità del sistema di controllo sanitario regionale attraverso la realizzazione di un processo istituzionale strutturato, garantito dall'impegno di operatori sanitari formati e competenti del settore pubblico e privato accreditato;
- fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo antieconomico od opportunistico delle risorse assegnate alle strutture accreditate pubbliche e private regionali;

- concentrare l'attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa, finalizzandoli al miglioramento continuo della corretta descrizione e classificazione dei processi assistenziali e clinici e alla fruizione da parte regionale di strumenti pianificatori e programmati sempre più orientati ai reali bisogni dei pazienti e dei cittadini;
- offrire spunti e suggerimenti in tema di miglioramento e di affinamento dei sistemi informativi regionali;
- introdurre nuove modalità organizzative ed operative per la definizione, esecuzione e valutazione dell'attività di controllo;
- avviare un confronto coordinato tra i servizi di committenza delle Aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private che insistono sul relativo territorio.

## **COMMITTENZA**

È opportuno che l'attività di controllo esterno definito dal PAC sia ricompreso e definito nell'ambito degli accordi di fornitura nell'ambito dell'attività di committenza.

Quanto esula dal PAC dovrà essere descritto in apposito accordo fra le parti.

L'accordo/contratto deve contenere:

- una chiara esplicitazione delle principali tipologie di prestazione/servizio comprese nel contratto,
- una chiara esplicitazione dei volumi per ogni tipologia e l'individuazione del margine di variabilità ammesso per volumi specifici e complessivi,
- la tipologia di prestazioni/servizi può essere espressa secondo diverse modalità, dalla loro individuazione puntuale (prestazioni ambulatoriali come da nomenclatore tariffario, ricoveri come da classificazione DRG o classificazione degli interventi/procedure) alla quantificazione complessiva di tipologie di servizio garantito o tipologia di paziente o patologia gestita (percorsi paziente, programmi): in ogni realtà potrà essere adottata la scelta ritenuta più adeguata a rispondere alle necessità locali, e alla generale necessità di rendere semplice e significativa la gestione degli accordi/contratti.

Devono essere espresse le modalità di valorizzazione economica delle prestazioni/ servizi scambiati, evidenziando il rapporto fra le valorizzazioni individuate e le tariffe di riferimento regionali.

## **CONTROLLI SANITARI E NUCLEI AZIENDALI DI CONTROLLO (NAC)**

Il controllo sanitario consiste in una verifica “ex post” di specifiche tipologie di fenomeni presenti durante un ricovero ospedaliero, così come emerge dalla banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Tale verifica si riferisce al singolo episodio di cura e deve essere effettuata da personale formato di ruolo sanitario, eventualmente coadiuvato da personale di ruolo amministrativo.

Il suddetto personale dovrà essere identificato ed assegnato formalmente al Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) previa determina o delibera nel caso di Aziende pubbliche oppure attraverso formale assunzione di incarico da parte della Direzione Sanitaria nel caso di strutture private accreditate.

L'esperienza maturata nell'ambito del controllo, da parte dei diversi team regionali, pone in evidenza l'importanza che l'attività di analisi della documentazione e le valutazioni di appropriatezza organizzativa e di codifica si basino su criteri condivisi; tale obiettivo può essere raggiunto solo attraverso un confronto tra professionisti di unità operative o strutture diverse, sia pubbliche che private, permettendo di limitare l'autoreferenzialità dell'analisi e contribuendo a ridurre al minimo la possibilità di insorgenza di contenziosi tra controllore e controllato.

In tale percorso, così come suggerito dalla normativa vigente, i controlli interni ed esterni assumono pari dignità e l'azienda committente potrà pertanto assumerli come propri, grazie alla condivisione dei criteri utilizzati e all'avvenuta valutazione incrociata.

È evidente che la titolarità della funzione di controllo esterno rimane istituzionalmente di pertinenza esclusiva dell'Azienda Sanitaria territoriale competente e che tale attività viene svolta attraverso la direzione del NAC e mediante i propri operatori.

Il NAC svolge così un ruolo di governance dell'intero sistema di controllo aziendale dei ricoveri mirato a garantire:

- la corrispondenza dei controlli sanitari con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli e con quanto previsto negli accordi di fornitura locali;
- il rispetto delle procedure operative previste dalla 354/2012 e successive modifiche ed integrazioni;
- la rilevazione di fenomeni ritenuti critici o comunque suscettibili di interventi di monitoraggio e valutazione;
- la valutazione della coerenza degli esiti rispetto alle attese;

- la condivisione degli esiti e dei fenomeni con il Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC) e con gli altri NAC regionali;
- l'attività di formazione.

Il modello proposto, caratterizzato dalla forte integrazione tra le funzioni di committenza e di controllo interno ed esterno, risulta indispensabile per garantire una migliore pianificazione e programmazione delle attività di controllo e per offrire univoche valutazioni delle prestazioni erogate concordate; conseguentemente, è opportuno che gli accordi di fornitura comprendano un apposito capitolo dedicato alle attività di controllo sanitario che espliciti, auspicabilmente, la tipologia e la quantità dei fenomeni da controllare, le modalità di conduzione dei controlli, i criteri di valutazione e gli esiti pattuiti, nonché i parametri concordati tra le parti per la definizione dell'appropriatezza.

Il Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC) verificherà, attraverso incontri periodici pianificati con i rappresentanti dei NAC e dei produttori privati, l'esistenza di criteri di verifica omogenei sul territorio regionale e gli eventuali disallineamenti rispetto agli obiettivi posti.

## **MODALITA' DI REALIZZAZIONE DEI CONTROLLI SANITARI**

L'oggetto del controllo del ricovero ospedaliero è la cartella clinica. Per ciascuna cartella controllata, anche nel caso di casistiche omogenee, deve essere redatto verbale a seconda della tipologia qualitativa del controllo stesso, riguardante la qualità documentale oppure l'appropriatezza organizzativa e di codifica.

Il verbale deve essere compilato anche in caso di controllo interno e deve contenere almeno i seguenti elementi (requisiti formali):

- data del controllo;
- sede di svolgimento;
- tipologia di controllo definita dal PAC;
- anno e trimestre di riferimento (data di dimissione del paziente);
- identificativo univoco della SDO;
- esito del controllo, comprese eventuali osservazioni riguardanti la qualità di compilazione della cartella clinica in caso di carenze determinanti che non permettano un'adeguata valutazione;

- note esplicative delle condizioni oggetto di contestazione ed eventuali proposte per la ricodifica della SDO;
- firma di un componente del NAC e del rappresentante designato dalla struttura accreditata oggetto di controllo; nel caso dei controlli interni è sufficiente la sottoscrizione del solo rappresentante del NAC.

I verbali sia per i controlli interni che esterni possono essere compilati e conservati in modalità digitale, secondo quanto definito dalle vigenti disposizioni di legge.

Per i controlli esterni, qualora il verbale sia cartaceo, copia del verbale deve essere lasciata alla struttura controllata, mentre il verbale in originale deve essere trattenuto e conservato a cura dell'equipe che ha condotto la verifica.

Le SDO esitate da controlli esterni che siano state concordate dalle parti e per le quali sia stato redatto un verbale, non potranno essere oggetto di ulteriori modifiche.

Il controllo sanitario si riferisce ai criteri di appropriatezza generica; eventuali rilievi in merito all'appropriatezza clinica, in relazione alla rilevanza a loro attribuita, potranno divenire oggetto di segnalazione per le rispettive direzioni sanitarie aziendali e stimolare l'organizzazione di specifiche attività di audit clinico strutturato da attuarsi attraverso le aree aziendali deputate al governo clinico. In ogni caso, considerando l'eterogeneità della casistica passibile di controllo, non sarà possibile riferirsi in modo aprioristico alla appropriatezza suggerita da indicazioni o linee guida di particolari società scientifiche o di altre associazioni professionali non prioritariamente definite e condivise tra committente e produttore.

Risulta anche evidente l'opportunità che eventuali modifiche significative della casistica prodotta, quali ad esempio l'introduzione di procedure innovative o la variazione programmata dei volumi produttivi, siano il frutto di un processo di condivisione e di affinamento dell'offerta tra committenza e produttore e siano finalizzate alla realizzazione di risposte sempre più efficaci in ambito di Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel Box 1 vengono ribadite, in quanto ancora attuali, alcune tipologie di inappropriatezza organizzativa che nel passato recente sono risultate oggetto di contenzioso e che allo stato attuale presentano elementi di difficile sostenibilità da parte del produttore, riguardanti sia la durata di degenza che la scelta del corretto setting assistenziale.

## BOX 1 – ELEMENTI DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DEI RICOVERI

Fenomeno	Oggetto di analisi	Rischio potenziale	Possibile effetto del controllo
<b>Degenza preoperatoria diversa da zero, in caso di ricovero programmato per intervento in elezione.</b>	Giornate di degenza preoperatorie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- senza evidenza di procedure di rilievo</li> <li>- e/o non motivate da specifiche condizioni del paziente.</li> </ul> Non rilevano le indagini preoperatorie.	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza.	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate preoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
<b>Degenza postoperatoria.</b>	Giornate di degenza successive ad intervento chirurgico <i>semplice</i> (classificabile, in linea di massima, come AHRQ 3) senza evidenza in cartella clinica di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- esecuzione di procedure di rilievo, e/o</li> <li>- condizioni cliniche che abbisognino di monitoraggio clinico, medico o infermieristico</li> </ul>	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza.	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate postoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
<b>Durata della degenza in LPA (Lungodegenza Post-Acuzie).</b>	Durata complessiva dell'episodio di cura che può caratterizzarsi per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ricovero di breve durata in un reparto per acuti concluso con trasferimento del paziente in LPA e</li> <li>- ricovero breve in LPA (in linea di massima inferiore a 10 giorni) concluso con dimissione al domicilio del paziente</li> </ul>	Utilizzo improprio del setting in LPA determinante un aumento artificioso sia della tariffa che del tasso di ospedalizzazione.	Rivalutazione delle singole giornate di degenza trascorse in LPA; quelle che, in relazione al processo assistenziale certificato in cartella, si configurano come dimissione precoce dal reparto per acuti, non entreranno nel conteggio dei giorni di ricovero in LPA.
<b>Esecuzione prestazione nel corretto setting assistenziale (downgrading)</b>	Ricoveri eseguiti per prestazioni che potrebbero essere erogate in un setting assistenziale a minore tariffa rispetto a quello effettivamente utilizzato (esecuzione in DH di prestazione erogabile in regime ambulatoriale, degenza ordinaria per ricoveri eseguibili in DH, ...)	Variazione tariffaria correlata all'improprio uso del setting di ricovero	Ricalcolo della tariffa secondo le regole del corretto setting assistenziale

Nel Box 2 che segue vengono rappresentati i criteri di appropriatezza riguardanti alcuni requisiti organizzativi ed erogativi che caratterizzano prestazioni generalmente fornite in regime ambulatoriale, ma prestate in setting di ricovero diurno

<b>BOX 2. CONDIZIONI CHE GIUSTIFICANO IL SETTING DI RICOVERO DIURNO PER PRESTAZIONI GENERALMENTE EROGABILI IN REGIME AMBULATORIALE</b>	
	Paziente con deterioramento cognitivo significativo e documentato (es. Invalidità civile del 100%, assegno di accompagnamento, valutazione multidimensionale geriatrica di base, referto geriatrico ...)
	Paziente non collaborante, mancante di assistenza familiare o sociale, necessitante di assistenza dedicata (minori o grandi anziani non autosufficienti)
	Anestesia spinale o generale
	Necessità di monitoraggio del paziente superiore alle 3 ore.
	La prestazione richiede multidisciplinarità-multiprofessionalità da parte degli operatori.
	Tempo chirurgico effettivo in sala operatoria >40 minuti
	Grading chirurgico adeguato (a mero titolo di esempio): <ul style="list-style-type: none"><li>• Lesione cutanea capo/collo/orbita francamente benigna &gt; 2 cm</li><li>• Lesione cutanea sospetta capo/collo/orbita &gt; 1 cm (presenza es. istologico)</li><li>• Lesione cutanea altre sedi francamente benigna &gt; 5 cm</li><li>• Lesione cutanea sospetta di altre sedi &gt; 2 cm (presenza es. istologico)</li><li>• Asportazione di lesioni cutanee multiple &gt; 3</li></ul>

NOTA: gli elementi determinanti l'appropriatezza del regime erogativo devono essere rilevabili dalla cartella clinica e devono essere documentati nel verbale di verifica.

L'applicazione degli elementi presenti nel Box 2 non dovrà mai compromettere né la sicurezza del singolo paziente, né l'efficacia della specifica prestazione erogata; la scelta di attivare un percorso di ricovero diurno in presenza di almeno uno dei criteri descritti deve trovare adeguata descrizione delle motivazioni all'interno della cartella clinica ad opera del professionista responsabile del caso in esame.

Per le prestazioni chirurgiche non presenti nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, comunque erogabili in tale regime, che risultino significative per rilevanza e opportunità (es. coblazione dei turbinati, polipectomia delle corde vocali con fonochirurgia di Rossi, ...) viene suggerita l'opportunità di redigere "a priori" un accordo preliminare tra le parti fondato sulla condivisione delle tariffe da applicarsi; la prestazione potrà così essere fornita al paziente in regime diurno mediante il riconoscimento della tariffa concordata. Analogi approccio può essere utilizzato per concordare congiuntamente una tariffa per alcune prestazioni erogabili in regime ambulatoriale, in quanto presenti nel nomenclatore tariffario della specialistica

ambulatoriale, ma eseguite in regime di day hospital. Per queste specifiche tipologie di prestazione, in assenza di accordi di committenza preliminari, risulta infatti discutibile e fonte di sicuri conflitti futuri proporre a posteriori penalizzazioni tariffarie stabilite arbitrariamente.

A fronte dell'eventuale giudizio di inappropriatezza espresso nei confronti di ricoveri finalizzati al trattamento di condizioni trattabili in regime ambulatoriale, verificata la mancata sussistenza di criteri che possano giustificare la scelta di setting di ricovero, le prestazioni erogate vanno comunque riconosciute attraverso la corresponsione della sommatoria delle corrispondenti tariffe ambulatoriali, se di importo inferiore al corrispettivo DRG, oppure della vigente tariffa prevista per l'Osservazione Breve Intensiva (in caso di impossibile ricostruzione tariffaria delle risorse utilizzate).

Al fine di rafforzare l'obiettivo prioritario di ridurre al minimo le potenzialità di conflitto in sede di verifica, si suggerisce, in sede di realizzazione degli accordi locali di fornitura e in tema di prestazioni storicamente risultate oggetto di contenzioso, la opportuna definizione a priori dei volumi prestazionali previsti, della corretta codifica e del setting assistenziale appropriato.

Come disposto dalla legislazione vigente per ciascun produttore dovrà essere garantito il controllo annuale di una soglia minima di cartelle pari al 10% della produzione complessiva, cui dovrà aggiungersi la quota prevista dal D.M. 10 dicembre 2009 relativa alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza tra cui DH medici a carattere diagnostico, DRG potenzialmente inappropriati (Allegato 6/A del DPCM LEA 12/01/2017) e prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalla Regione e segnalate alle aziende tramite specifico file in quanto peculiari o di particolare rilevanza per alti volumi o alti costi; al raggiungimento della casistica complessiva contribuiscono sia i controlli interni che i controlli esterni, compresi quelli relativi al controllo della qualità delle cartelle cliniche.

Il PAC viene aggiornato periodicamente e fa riferimento ad ogni eventuale direttiva nazionale e regionale contenente nuove indicazioni riguardanti l'esercizio dell'attività di controllo. Il GRCC, nell'eventualità di cui sopra, provvede ad informare compiutamente in merito i NAC aziendali fornendo, in occasione di appositi incontri mirati, i suggerimenti e le direttive per le future valutazioni sul campo.

### BOX 3 – TIPOLOGIE DI CONTROLLO SANITARIO INTERNO ED ESTERNO

CONTROLLI OBBLIGATORI:	DIMENSIONE CONTROLLO:
01) DRG Maldefiniti	Tutti i casi
02) DRG Chirurgico CC in DH	Tutti i casi
03) DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg con dimissioni al domicilio (mod dim =2)	Tutti i casi
Controlli sulla qualità di compilazione delle cartelle cliniche	Selezione campionaria del 5% della produzione complessiva
CONTROLLI A CAMPIONE: (fino al raggiungimento del 10% richiesto)	DIMENSIONE CONTROLLO:
04) DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media trasmessa del DRG omologo con dimissioni al domicilio (mod dim =2)	Selezione campionaria
05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsi	Selezione campionaria
06) RO programmati con deg 2-3 gg con dimissioni al domicilio	Selezione campionaria
07) Outliers con dimissioni al domicilio (mod dim =2) (esclusi codici disciplina 28- 40-56-60-75)	Selezione campionaria
11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità).	Selezione campionaria
12) Congruenza SDO-Cartella Clinica	Selezione campionaria
15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali	Selezione secondo fabbisogni locali
CONTROLLI OBBLIGATORI OLTRE IL 10%: (non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008))	DIMENSIONE CONTROLLO:
08) DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati con dimissioni al domicilio (mod dim =2) (esclusi codici disciplina 28-56-60-75)	100% dei casi per controlli interni.
09) DRG ordinari > 1g (esclusi DRG 088 e 429) programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 con dimissioni al domicilio (mod dim =2) (esclusi codici disciplina 28-56-60-75)	Selezione campionaria del 10%
10) DH diagnostici (escluso DRG 124-125)	Selezione campionaria del 10%
CONTROLLI CONSIGLIATI, NON OBBLIGATORI:	DIMENSIONE CONTROLLO:
13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)	Campione inviato
14) Audit clinici locali	Selezione secondo fabbisogni locali
17) Controlli appropriatezza e codifica discipline riabilitative (DM165/2023)	Selezione facoltativa
99) Altri controlli	Selezione secondo fabbisogni locali

**CONFEZIONAMENTO CAMPIONE MINIMO OBBLIGATORIO AI FINI DEL RAGGIUNGIMENTO DEL 10%**  
selezionare TUTTI i casi con codice tipologia: 01, 02 e 03.

- integrare la differenza per arrivare al 5% con la selezione campionaria dei controlli con codice tipologia: 04, 05, 06, 07, 11, 12 e 15 a seconda delle proprie peculiarità.
- raggiunto il campione del 5%, integrarlo con l'aggiunta del 5% dei controlli relativi alla corretta tenuta della documentazione sanitaria (ex DGR 1706/2009).
- al campione del 10% così ottenuto vanno aggiunti i controlli con tipologia 08, 09 e 10.

NOTA: I controlli con codice 13, 14, 17 e 99 non possono essere utilizzati per il completamento del campione minimo richiesto, né possono sostituire quelli obbligatori, anche se possono completare il campione controllato, sempre oltre il 10%.

## **TEMPISTICA DEI CONTROLLI**

Per quanto riguarda le tempistiche dei controlli esterni e la realizzazione del processo di contestazione/controdeduzione fanno fede le disposizioni contenute nella DGR 354/2012, ormai consolidate e dimostratesi adeguate al completamento efficace dell'intero percorso:

- Il controllo è sistematico e viene effettuato con cadenza almeno trimestrale.
- Entro 90 giorni dalla validazione trimestrale, il controllo deve essere concluso con redazione e notifica del verbale.
- Entro 30 giorni dalla notifica del verbale, la struttura controllata invia le proprie controdeduzioni; dopo tale termine le contestazioni si ritengono accettate.
- Le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile, in ogni caso non oltre i 30 giorni dalla ricezione oltre i quali la controdeduzione si ritiene accolta.

## **RUOLO DEL GRUPPO REGIONALE CODIFICHE E CONTROLLI (GRCC)**

Nel processo di gestione delle eventuali contestazioni rimaste irrisolte il Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC), costituito ai sensi della DGR 354/2012, espleta la sua attività favorendo un ulteriore momento di confronto tra le parti nel tentativo di dirimerle e non elevandosi al ruolo di decisore finale del conflitto; tale funzione di mediazione, attivata su richiesta formale di entrambe le parti, è finalizzata al raggiungimento di una soluzione condivisa e non si attua attraverso la valutazione delle cartelle cliniche o delle SDO, né si realizza attraverso valutazioni di appropriatezza clinica che prevedano analisi di documentazione sanitaria, bensì valutando le istanze e le analisi a supporto prodotte dalle parti. Ai sensi delle disposizioni vigenti rimane peraltro ferma l'opportunità, in caso di controversia pubblico-privato, di poter adire all'istituto dell'arbitrato.

Allo stesso modo il GRCC non risulta titolare della funzione di organizzazione e coordinamento di audit clinici strutturati finalizzati alla valutazione dell'appropriatezza clinica.

## **CAMPIONAMENTO E RITORNO INFORMATIVO**

I casi da sottoporre a controllo sono quelli a carico totale o parziale SSN (con onere degenza pari a 1,2,5,6).

Per ogni singolo ricovero oggetto di verifica si conteggia una sola tipologia di controllo; la rendicontazione dei controlli effettuati pertanto non potrà comprendere la sommatoria di diverse tipologie di controllo eseguite sulla singola cartella, con unica eccezione la valutazione della qualità di compilazione della cartella stessa.

La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile ed i dati registrati devono essere leggibili. Una carente qualità e incompletezza di informazioni delle cartelle cliniche può, infatti, limitare una corretta analisi in sede di controllo. Ogni produttore pubblico e privato è tenuto a verificare la documentazione clinica con l'utilizzo delle indicazioni, degli strumenti e delle metodologie previste dalla DGR 1706/2009. I controlli sulla qualità della compilazione della documentazione devono riguardare il 5% almeno della documentazione prodotta da ciascuna unità operativa e contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo complessivo del 10%.

Così come per il PAC precedente, al fine di facilitare il campionamento delle cartelle da sottoporre a controllo, a far data dai dimessi del secondo semestre 2025. Il Sistema Informativo regionale renderà disponibile - con il ritorno informativo mensile alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS e alle Case di Cura accreditate - un file contenente la casistica afferente alle differenti tipologie di controllo obbligatorio descritte. In particolare:

- il file predisposto per le attività di controllo interno, specifico per ciascun produttore, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri individuati nel PAC, indipendentemente dalla residenza del paziente;
- il file predisposto per i controlli esterni, reso disponibile alle singole Aziende USL, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri definiti dal PAC, relative ai dimessi da tutte le strutture pubbliche e private insistenti all'interno del territorio di competenza.

Unitamente alla casistica selezionata in relazione ai criteri previsti dal PAC, sono trasmessi anche i DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo il DPCM 12 gennaio 2017 all. 6A (con le relative esclusioni, cfr. art 39) per i quali si considera l'attività svolta nelle discipline caratterizzate da ricovero in regime ordinario e in acuzie. Il ritorno informativo fornito contiene una casistica specifica estratta per stabilimento e per tipologia di controllo. Su questa base dati deve essere effettuata l'estrazione delle cartelle da controllare per ciascun erogatore secondo le modalità riportate nel BOX 3 (totalità dei casi; selezione campionaria; etc), salvo diverse specificazioni.

Per le fattispecie non espressamente previste dal presente PAC o indicate nel Box 3 come controlli facoltativi, il campionamento va effettuato dal controllore su base casuale o in relazione a particolari criticità o percorsi specifici.

Le eventuali attività di verifica richieste in ambito PNE o LEA, attuate in risposta a specifiche indicazioni regionali (Settore Assistenza Ospedaliera) o di istituzioni nazionali (Ministero della Salute, ISS o AGENAS), potranno contribuire al raggiungimento della quota minima richiesta del 10 per cento qualora riferibili all'anno in corso.