

**PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI DI  
APPROPRIATEZZA E DI CONGRUITA' DEI  
RICOVERI NEGLI OSPEDALI PUBBLICI E PRIVATI**

(DGR n. 4/60 del 16/02/2023)

## INDICE

### DEFINIZIONI

2

### PREMESSA

### CONTROLLI INTERNI (PUBBLICO)

### MODALITA' OPERATIVE DEI CONTROLLI INTERNI

### CONTROLLI ESTERNI (PRIVATO ACCREDITATO)

### MODALITA' OPERATIVE DEI CONTROLLI ESTERNI

### REVISIONE DEI RICOVERI PER ACUTI

### COLLEGIO MEDICO PER IL PRIVATO ACCREDITATO

### REVISIONE PIANO ANNUALE DI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E DI CONGRUITÀ DEI RICOVERI

### PERSONALE MEDICO ADDETTO AI CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI

### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

---

#### **Azienda Regionale della Salute (ARES)**

Sede Legale Selargius, Via Piero della Francesca  
1 CAP 09047  
C.F.: 03990570925 P.IVA: 03990570925  
Sito internet [www.aressardegna.it](http://www.aressardegna.it)  
PEC: [protocollo@pec.aressardegna.it](mailto:protocollo@pec.aressardegna.it)

#### **Dipartimento per il Governo del Privato**

**Accreditato e l'Appropriatezza**  
Via Tigellio 21/A -09123 – Cagliari  
Tel. 0706093628

#### **S.C. Servizio per i Controlli di appropriatezza**

Via Tigellio 21/A - 09123 – Cagliari  
Tel 070 6093655  
mail: [committenza.controlli@aressardegna.it](mailto:committenza.controlli@aressardegna.it)  
pec: [committenza.controlli@pec.aressardegna.it](mailto:committenza.controlli@pec.aressardegna.it)

---

## Definizioni

- “AIOP”: *Associazione Italiana Ospedalità Privata.*
- “AISSP”: *Associazione Italiana Strutture Sanitarie Private*
- “DH” *Day Hospital-Ricovero Giornaliero.*
- “DO”: *Degenza Ordinaria.*
- “DPCM”: *Decreto Presidente Consiglio dei Ministri.*
- “D.G.R.”: *Deliberazione della Giunta Regionale*
- “DRG”: *Diagnosis-related group –Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi.*
- “DS”: *DAY SURGERY-Ricovero Chirurgico Giornaliero.*
- “LEA”: *Livelli Essenziali di Assistenza*
- “MDC”: *major diagnostic Category-Categoria Diagnostica principale*
- “P.R.U.O.” *Protocollo per la Revisione dell’uso dell’Ospedale*
- “RAS”: *Regione Autonoma della Sardegna*
- “RO”: *Ricovero Ordinario*
- “SDO”: *Scheda di Dimissione Ospedaliera*
- “SIDI”: *Sistema Integrato per il Debito Informativo*
- “SiSar”: *Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale*
- “SSN”: *Sistema Sanitario Nazionale*
- “SSR”: *Sistema Sanitario Regionale;*

---

## Premessa

A seguito della riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale con l'istituzione dell'ARES e delle Aziende sanitarie locali (legge regionale 24/2020) la gestione della Committenza da privato accreditato è stata centralizzata a livello regionale ed assegnata come competenza all'ARES (il processo di centralizzazione era già iniziato con l'Istituzione dell'ATS Sardegna nel 2016).

A seguito dell'attivazione del nuovo Atto Aziendale ARES e della conseguente riorganizzazione dei Servizi (deliberazione ARES n.30/2023) la gestione della Committenza è stata incardinata presso il Dipartimento per il Governo del Privato Accreditato e l'Appropriatezza.

Tra le diverse funzioni, quella relativa ai controlli di appropriatezza è stata assegnata alla Struttura Complessa "Controlli di Appropriatezza".

Con la DGR 67/16 del 29.12.2015 la RAS ha disciplinato il Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero attraverso l'indicazione di indirizzi strategici sul controllo dell'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Tali indirizzi strategici costituiscono indicazioni vincolanti per tutte le Strutture di ricovero regionali, pubbliche e private finalizzati alla valutazione della performance dei sistemi sanitari con particolare attenzione alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, all'appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure (già con la delibera ATS 514 del 2019, era stata recepita la DGR 67/16 del 29.12.2015)

Il presente Piano, sviluppato secondo quanto previsto dalle deliberazioni sopra richiamate, stabilisce le modalità di controllo sull'attività di ricovero delle Strutture private e delle Strutture pubbliche. I controlli verranno effettuati su una casistica selezionata indipendentemente dalla residenza dei pazienti, prendendo in esame i soli casi con oneri a carico del SSR, con esclusione quindi dei ricoveri con onere 4, 9, N e S.

I controlli sono volti preminentemente alla valutazione dell'appropriatezza del ricovero, quindi della corretta codifica dei ricoveri e del setting assistenziale di erogazione e verranno condotti secondo le indicazioni nazionali e regionali.

I controlli delle Strutture private accreditate ricadono nell'ambito di responsabilità esclusivo di ARES e sono rivolti alle strutture private accreditate che insistono nel territorio della Regione Sardegna.

Oltre a rispondere ai principi ed alle finalità di carattere generale, i controlli esterni sono finalizzati a consentire l'attività di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori; l'attività di controllo comporta la rideterminazione della remunerazione, o il mancato riconoscimento della stessa, nei casi risultati non appropriati a seguito della verifica sulla documentazione clinica.

Il controllo sulle prestazioni erogate dalle strutture private potrà interessare anche i ricoveri per residenti di altre Regioni, come previsto dall'accordo AIOF Regione e dagli accordi contrattuali ARES/Case di Cura.

Il controllo esterno che interessa l'attività svolta dalle Case di Cura, sarà effettuato con periodicità almeno bimestrale, in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata ed alla presenza di un contraddittorio medico idoneo, al termine del quale verrà redatto apposito verbale sottoscritto dalle parti.

I controlli delle Strutture pubbliche, verranno effettuati in accordo con i Nuclei di Controllo di Appropriatezza, se istituiti, appartenenti alle Direzioni Mediche di Presidio dei Presidi Ospedalieri Pubblici, così come previsto dalla DGR 4/60 del 16/02/2023. Le attività di controllo delle Strutture Pubbliche seguiranno la medesima metodologia utilizzata per i controlli delle Strutture private.

## **CONTROLLI ESTERNI (PRIVATO ACCREDITATO)**

Il File A delle Case di Cura, conforme a quanto previsto dal Disciplinare dei Flussi informativi RAS in vigore, non è caricato nel SiSaR, ma viene consegnato su supporto informatico unitamente alla fatturazione mensile. Al fine di disporre di un tracciato SDO corretto e congruente con la fattura, al momento della ricezione della documentazione contabile verrà effettuato un controllo logico formale tramite l'applicativo SIDI reso disponibile dalla RAS e verranno accettati unicamente i tracciati esenti da errori di primo livello, con corretta attribuzione del DRG e degli importi ed assenza di DRG anomali (468/469/470/477); in caso di pazienti stranieri con onere della degenza 7, 8, A, dovrà essere consegnata la copia della comunicazione al competente ufficio ASL, per consentire il recupero dei crediti dovuti

## **MODALITA' OPERATIVE DEI CONTROLLI ESTERNI**

### **CONTROLLI DI TIPO SANITARIO**

I controlli sulla documentazione clinica sono volti a verificare:

- a)** il corretto utilizzo delle variabili cliniche secondo le regole di codifica vigenti, ministeriali e regionali; la congruenza, quindi, tra quanto registrato nella documentazione clinica e quanto codificato nella SDO;
- b)** l'appropriatezza del setting assistenziale (ricorso al ricovero ospedaliero ordinario versus diurno/ambulatoriale) in rapporto alle direttive nazionali e regionali e secondo i criteri del PRUO;
- c)** il rispetto del regime e della disciplina specialistica accreditata;
- d)** la presenza della proposta di ricovero SSN con l'indicazione posta dal curante;

- e) la valutazione su base semestrale del tasso di occupazione dei posti letto per disciplina in base all'assetto accreditato.

## **TIPOLOGIA DEI CONTROLLI**

In analogia ai controlli esterni, il campione oggetto di controllo sarà costituito da:

- **CAMPIONE CASUALE:** 10% della produzione dei ricoveri totali annui;
- **CAMPIONE MIRATO:** pari ad almeno il 2.5% della produzione dei ricoveri totali: ricoveri afferenti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza come indicato nella DGR 67/16 del 29/12/2015.

## **SELEZIONE DEL CAMPIONE DA ESAMINARE**

La selezione verrà effettuata con modalità sia casuale che mirata; con riferimento agli indicatori di cui all'allegato 2 alla DGR 67/16, non verrà selezionato l'indicatore n. 7 "ricoveri urgenti brevi", in quanto le case di cura effettuano solamente ricoveri programmati per cui non è rappresentata tale casistica di ricovero; per quanto riguarda l'indicatore n.9 "dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico" si osserva che questo assume rilevanza soprattutto nel controllo interno, in quanto attiene principalmente ad utilizzo ottimale della risorse assegnate al reparto, per cui i casi afferenti a questa tipologia potranno essere selezionati per altre motivazioni.

## **CAMPIONAMENTO CASUALE**

Il 10 % della casistica verrà selezionata con campionamento casuale.

## **CAMPIONAMENTO MIRATO**

Per la selezione mirata si prenderanno come riferimento gli indicatori di cui alla DGR 67/16 del 29/12/2015 di seguito elencati:

- a) casistica con errori di codifica che impattano sulla corretta attribuzione del DRG;
- b) ricoveri sopra soglia;
- c) ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria (DO);
- d) DRG complicati sul totale di DRG omologhi.

Inoltre la selezione verrà condotta su ulteriori fattispecie previste dalla normativa nazionale regionale e sulla base di evidenze locali, secondo la sequenza di seguito indicata.

## **RICOVERI RIPETUTI**

- a) Escludere il DRG 410 "chemioterapia" (da analizzare separatamente);

- 7
- b) la selezione interesserà anche ricoveri ripetuti ordinario–diurno per valutare se trattasi di completamento diagnostico terapeutico (pre o post ricovero) da ricondurre agli effetti economici e clinici del DRG del ricovero principale;
  - c) pur non rientrando nella categoria dei ricoveri ripetuti, verranno selezionati in quest'ambito i ricoveri in post acuti conseguenti ad un episodio di ricovero per acuti nella stessa struttura, dovrà essere valutato il ricovero in post acuti con particolare riguardo alla tempistica del trasferimento e alla presenza di procedure da effettuare in acuti.

### SELEZIONE ATTIVITÀ PER ACUTI

Su tutta la casistica per acuti verranno selezionati i ricoveri esitati in DRG:

- a) maldefiniti;
- b) complicati (se effettuati in ricovero diurno verranno riclassificati nell'omologo non complicato, in quanto le condizioni complicanti rappresentano fattori che di norma non consentono il trattamento in regime diurno; per quanto attiene ai DRG di tipo medico selezionare quelli con degenza  $\leq$  a 10 giorni);
- c) oltre soglia;
- d) prestazioni effettuabili in day service;
- e) trasferiti entro la 2° giornata presso strutture pubbliche per acuti.

### SELEZIONE RICOVERI DIURNI

- a) **Casistica in DH medico:** selezionare tutti i casi con esclusione del DRG 467 con trasfusione; per i DRG 410 verrà controllata la casistica con numero di accessi elevati (mediamente  $>$  di 4 al mese); se presenti escludere quelli con la tariffa DRG al 10%; selezionare il 10% dei ricoveri misti, al 10 % e tariffa intera, per verificare il farmaco utilizzato;
- b) **Casistica trattata in Day Surgery e/o ricovero ordinario 1 giorno,** verranno selezionati:
  - 1) DRG alta complessità;
  - 2) 108 DRG a rischio di inappropriatezza se in RO: nel caso di ricovero diurno dovranno essere selezionati i casi potenzialmente effettuabili in regime ambulatoriale. Sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli anni precedenti sono particolarmente interessati i seguenti DRG:

<b>LISTA DRG</b>
227 (con esclusione della diagnosi di spalla e di gomito)
266
268
270
360
364

8

- c) per le rimanenti classi di DRG in Day Surgery e/o ordinario di 1 giorno, in base agli esiti delle attività di controllo svolte negli anni precedenti, si individua la seguente lista di DRG da sottoporre a controllo, con selezione dei soli casi che dall'analisi del flusso SDO risultano essere potenzialmente inappropriati per la presenza di codici di intervento riconducibili a prestazioni effettuabili in regime ambulatoriale:

<b>LISTA DRG</b>
262
264
359
408

## **SELEZIONE DEI RICOVERI ORDINARI MEDICI**

- a) **ricoveri ordinari medici** < 3 giorni (con modalità di dimissione diversa da "01" paziente deceduto);
- b) **ricoveri a rischio di inappropriatezza in Regime Ordinario (RO)** (108 DRG allegato B patto salute 2010-2012), DRG medici con degenza ≤ 7 giorni, sulla base dei dati di attività e revisione degli anni precedenti.



---

## SELEZIONE DEI RICOVERI ORDINARI CHIRURGICI

- a) ricoveri della durata di 2 giorni, ed esecuzione della procedura in seconda giornata, ai fini della verifica dell'appropriatezza della giornata di ingresso;
- b) i ricoveri ad alto rischio di inappropriata in RO (108 DRG allegato B patto salute 2010-2012) con prestazioni potenzialmente effettuabili ad un livello assistenziale inferiore: in particolare per i nuovi DRG LEA chirurgici che, a differenza di quelli di cui all'allegato 2 C del DPCM 2001, presentano tariffe differenti nei due regimi, si dovrà valutare anche il possibile ricorso al day surgery.

Ulteriori DRG con possibile incongruenza tra diagnosi – interventi – DRG – durata di degenza.

## SELEZIONE POST ACUTI

a) **Riabilitazione** (codice disciplina 56): selezionare la casistica con durata di degenza significativamente diversa dalla tempistica standard, al fine di evidenziare eventuali degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace o degenze troppo lunghe rispetto ad una durata attesa; in caso di trasferimento interno valutare l'intervallo temporale che intercorre tra l'intervento principale nel ricovero per

b) acuti e la data di trasferimento, al fine di evidenziare i casi di dimissione anticipata dal reparto per acuti con immediato trasferimento nel reparto post acuti e ottimizzazione del valore del ricovero. Si presterà particolare attenzione all'età del paziente (< 60 anni) e sussistenza delle condizioni di ospedalizzazione.

Selezionare inoltre i casi nei quali siano valorizzate eventuali prestazioni di emodialisi effettuate con tariffa aggiuntiva.

Verificare la corretta attribuzione del MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORY (MDC), l'appropriatezza organizzativa con riferimento al livello di complessità assistenziale e la correttezza della tenuta della documentazione sanitaria.

c) **Lungodegenza** (codice disciplina 60): si rimanda alla selezione dei ricoveri ripetuti.

## REVISIONE DEI RICOVERI PER ACUTI

### 1) Ricoveri ripetuti:

a. **unica remunerazione:** le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero, sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero. Pertanto ricoveri finalizzati al completamento diagnostico/terapeutico (procedure effettuate 30 giorni pre o post ricovero).

**b. remunerazione al 30% del DRG con peso più basso:** per ricoveri ripetuti in un arco temporale di 30 giorni, in cui risulti non giustificata la ripetizione del ricovero. Ovvero il ricorso

all'ospedalizzazione può essere giustificato, per esempio per insorgenza di complicanze trattabili solo in regime di ricovero, ma il caso si sarebbe potuto/dovuto gestire nell'arco di un solo di ricovero (come per esempio in caso di riacutizzazione della patologia legata alla qualità del precedente trattamento, a dimissioni anticipate o altro).

**2) Ricoveri remunerati ad accessi**

Ricoveri in DH in cui risultino accessi non documentati o inappropriati ai sensi della DGR 37/9 del 25.9.2007. Non saranno remunerati gli accessi valutati inappropriati.

**3) Ricoveri ordinari > 24 ore effettuabili in una giornata di ricovero**

Attribuzione della tariffa di DS e/o 1gg RO.

**4) Ricoveri erogabili in regime di ciclo diurno (non giustificato il ricovero ordinario)**

Remunerare le sole giornate di degenza in cui sono state effettuate prestazioni erogabili in DH, secondo le tariffe previste per il DRG appropriato.

**5) Prestazioni erogabili in regime ambulatoriale/day service**

Le prestazioni **codificate** nella SDO saranno remunerate secondo le corrispondenti tariffe previste dal nomenclatore tariffario ambulatoriale; nel caso in cui non vi sia esatta rispondenza tra codici

SDO/Nomenclatore tariffario assistenza specialistica ambulatoriale, il medico dovrà riportare la transcodifica nel verbale.

**6) Ricoveri attribuiti ad un DRG complicato**

Qualora la codifica delle diagnosi complicanti non risulti confermata, secondo le regole generali di codifica delle diagnosi secondarie, il DRG sarà remunerato con la tariffa dell'omologo non complicato.

**7) Ricoveri anomali per durata di degenza**

Nel caso in cui non risulti giustificato, del tutto o in parte, il superamento del valore soglia specifico del DRG, non sarà remunerato l'incremento tariffario *pro die* per le giornate non giustificate.

**8) Errata codifica**

Qualora a seguito della verifica risultasse un DRG differente da quello originale per errata selezione della diagnosi e/o intervento verrà attribuita la tariffa prevista per DRG corretto.

**9) DH con farmaci ad alto costo**

Da tariffare al 10% del DRG se errata tariffazione (tariffa piena)

## 10) Nessuna Remunerazione

Sarà possibile procedere all'annullamento della remunerazione del ricovero nei casi di:

- a) di riscontro di gravi carenze documentali rispetto ai requisiti previsti dalla normativa vigente, o evidenti e gravi incongruenze;
- b) di ricovero improprio in cui non risulta giustificata la necessità di trattamenti o non sia stata effettuata nessuna prestazione utile;
- c) di intervento non eseguito per scelta del paziente;
- d) di intervento non eseguito per controindicazione temporanea; per cui l'intervento verrà effettuato nell'arco di validità degli esami di pre ospedalizzazione (di norma 30 giorni);
- e) di prestazioni non incluse nei LEA (chirurgia estetica, ecc);
- f) di cartelle non disponibili o non documentate;
- g) di branca specialistica non accreditata e non contrattata;
- h) di trasferimenti acuto/acuto tra reparti della stessa struttura di ricovero.

11

### REVISIONE RICOVERI POST ACUTI (remunerati a diaria giornaliera)

Controlli di Congruità ed Appropriatezza	Effetti Economici dei controlli
la durata del ricovero per acuti è corretta in rapporto alle condizioni cliniche al momento del trasferimento.	in caso di trasferimento interno ridefinizione della durata del ricovero per acuti
le condizioni cliniche del paziente sono tali da permettere di tollerare e/o avvantaggiarsi del trattamento riabilitativo intensivo in termini di complessità dell'intervento e di durata.	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico estensiva codice 60 o in caso di trasferimento interno ridefinizione della durata del ricovero per acuti
il tempo intercorrente tra l'evento acuto e l'inizio del trattamento riabilitativo rientra nel periodo in cui la disabilità è maggiormente modificabile e l'intervento riabilitativo può maggiormente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero di disabilità importanti, contenendo e riducendo l'entità della menomazione (la tempistica del trasferimento è corretta)	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico estensiva codice 60
tempestività della presa in carico riabilitativa a cura dell'equipe del reparto (di norma entro del 24 ore dall'accettazione in post acuzie) per trasferimenti esterni	Se oltre le 24 ore la remunerazione intensiva decorre dalla data della presa in carico riabilitativa
tempestività della presa in carico riabilitativa a cura dell'equipe del reparto per trasferimenti interni	La remunerazione decorre dalla presa in carico riabilitativa

<b>Controlli di Congruità ed Appropriatezza</b>	<b>Effetti Economici dei controlli</b>
il progetto e i programmi riabilitativi sono adeguati rispetto alla disabilità documentata e alla prognosi effettuata	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico estensiva codice 60 se compatibile con la necessità di ricovero post acuzie;
i trattamenti effettivamente erogati rispettano i programmi riabilitativi	
la durata del trattamento giornaliero è congruente con il livello assistenziale	
la composizione del team riabilitativo è adeguata al trattamento delle disabilità documentate	
assenza del trattamento riabilitativo intensivo ancorché motivata e giustificata	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico assistenziale codice 60
gli obiettivi proposti sono stati raggiunti nei tempi previsti, in caso contrario, se è giustificabile l'eventuale richiesta di proroga del trattamento riabilitativo intensivo in ambito ospedaliero	se proroghe non congrue attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico assistenziale codice 60
la documentazione clinico riabilitativa intensiva consente una corretta valutazione degli interventi effettuati	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico assistenziale codice 60 nessuna remunerazione per le giornate prive riscontro documentale
Permanenza in reparto per motivi socio assistenziali (deve essere documentato l'interessamento tempestivo dei Servizi Sociali/ UVT)	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico assistenziale codice 60
Riabilitazione estensiva/ lungodegenza assistenziale	nessuna remunerazione per le giornate prive riscontro documentale
L'MDC è corretto rispetto alle condizioni cliniche documentate	ricondere all'MDC appropriato

Per tutti i ricoveri non si procederà alla correzione della codifica delle SDO "sotto codificate" (con remunerazione erroneamente inferiore), in quanto la rappresentazione delle risorse assorbite desumibile dalla SDO prodotta, è esclusivamente in capo al soggetto erogatore delle prestazioni che a tal fine deve avvalersi anche del controllo interno; tale onere non può quindi gravare sulla struttura pubblica alla quale la normativa demanda l'obbligo di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici, con conseguente recupero delle risorse erroneamente richieste.

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli sulle prestazioni erogate, esse potranno essere risolte secondo quanto previsto dall'art 6 dell'Accordo AIOP/AISSP- RAS 2022/2024.

---

## COLLEGIO MEDICO PER IL PRIVATO ACCREDITATO

Ai sensi dell'Accordo AIOP-AISSP-RAS 2022/2024, Allegato alla D.G.R. n. 19/33 del 21.6.2022, dovrà essere istituito il Collegio Medico con lo scopo di dirimere le controversie conseguenti ai controlli sulle prestazioni di ricovero svolti dai medici revisori di prima istanza dell'ARES.

13

Il Collegio Medico viene attivato nel caso in cui vi siano contestazioni da parte degli erogatori privati relativamente ai rilievi effettuati dai medici revisori di prima istanza. Le istanze di attivazione del Collegio Medico da parte delle Strutture private devono essere inviate via PEC, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di emissione della nota di credito, alla Struttura Complessa, Servizio per i Controlli di Appropriatezza di ARES.

Il Collegio Medico viene attivato dalla Struttura Complessa, Servizio per i Controlli di Appropriatezza e si pronuncia entro 45 giorni dalla richiesta di attivazione.

E' importante precisare che se a seguito della prima istanza vi sarà l'accettazione da parte del Privato accreditato delle contestazioni notificate, sottoscritte da apposito verbale firmato da entrambe le parti, non sarà possibile ricorrere al Collegio Medico di seconda istanza. Non saranno inoltre prese in considerazione le istanze di attivazione pervenute dopo 30 giorni dal ricevimento da parte degli erogatori privati della richiesta di emissione della nota di credito.

## CONTROLLI INTERNI (PUBBLICO)

le attività relative ai controlli delle Strutture Pubbliche seguiranno la medesima metodologia dei controlli sopra descritti per i privati accreditati e verranno svolte dai Nuclei di Controllo di Appropriatezza appartenenti alle Direzioni Mediche di Presidio dei Presidi Ospedalieri Pubblici, come previsto dalla DGR 4/60 del 16/02/2023, in accordo con il Dipartimento per il Governo del Privato Accreditato e l'appropriatezza.

## MONITORAGGIO

In applicazione del presente Piano, con cadenza semestrale, il Direttore Generale di Ares invierà alla Direzione Generale della Sanità i dati relativi dei controlli effettuati dal Dipartimento per il Governo del Privato Accreditato e l'Appropriatezza e dai Nuclei di Controllo di Appropriatezza appartenenti alle Direzioni Mediche di Presidio dei Presidi Ospedalieri Pubblici.

## **PERSONALE MEDICO ADDETTO AI CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI**

Il progressivo impoverimento dell'organico, dovuto ai pensionamenti, dei medici dedicati ai controlli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri ha ultimamente creato notevoli difficoltà nelle attività di sorveglianza. Risulta evidente, data la complessità delle attività da svolgere, che al presente Piano Annuale dei Controlli di Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri pubblici e privati sia associato un adeguamento dell'organico dei Servizi di Committenza ARES che possa creare le condizioni ottimali per lo sviluppo delle attività previste.

## **REVISIONE PIANO ANNUALE DI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E DI CONGRUITÀ DEI RICOVERI**

Il presente Piano sarà revisionato/integrato ogni qualvolta intervenga una nuova normativa specifica in materia e periodicamente sulla base della valutazione della casistica esaminata nonché per particolari esigenze che dovessero insorgere durante le attività istituzionali e comunque almeno una volta all'anno.

## **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- D.lgs n.502/92 e ss.mm.ii.
- L.R. 17/2016 "Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS)" e ss.mm.
- L.R.10/2006 "Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n.5"
- D.lgs 19/1999 n.229 "norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"
- Patto per la Salute 2010-2012;
- Accordo AIOP-Regione Sardegna 2022/2024
- D.P.M.C. 29/11/2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- Dgr 37/9 del 25.9.2007 "Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri";
- Dgr 67/16 del 29.12.2015. "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero";
- Dgr n.19/6 del 28.04.1998. "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nell'ambito del Servizio sanitario regionale";