

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

oooooooooooooooooooooooooooo

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 10 LUG. 2001

=====

ADDI' **10 LUG. 2001** NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	GARGANO	Giulio	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLI	Antonello	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.
.....OMISSIS

ASSENTI: ARACRI-

DELIBERAZIONE N° 996

OGGETTO: LINEE GUIDA PER I
CONTROLLI ESTERNI DELL'ATTIVITA'
DI RICOVERO

Oggetto: Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

Visto il D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, che prevede l'attivazione da parte delle Regioni e delle aziende Unità sanitarie Locali di un sistema di monitoraggio e di controllo sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni;

~~_____~~ *RS*

Vista la legge n. 449 del 27/12/1997 concernente le misure per la stabilizzazione della Finanza Pubblica, che, all'art. 32 comma 9 stabilisce che le Regioni e le ASL assicurano l'azione di controllo della attività ospedaliera finalizzata alla valutazione della qualità, appropriatezza ed economicità;

Vista la normativa che disciplina la scheda di dimissione ospedaliera; e, per ultimo, il D.M. 27/10/2000 n. 380;

Rilevato che la funzione di controllo dell'attività ospedaliera rappresenta una componente essenziale della gestione del sistema di finanziamento a prestazione;

Che l'esercizio di tale funzione deve tendere ad assicurare che la distribuzione delle risorse disponibili avvenga equamente tra i soggetti erogatori e, nel contempo, che la ricerca dell'efficienza non si realizzi a scapito dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni, concorrendo, in tal modo, alla tutela della salute della popolazione;



SEGRETERIA REGIONALE

Che il controllo delle prestazioni è finalizzato anche a prevenire eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori;

Ritenuto di individuare, in base alle norme predette, le ASL quali titolari della funzione di controllo dell'attività ospedaliera, che ha come oggetto il complesso dell'attività erogata a carico del SSR da tutte le strutture ospedaliere operanti nel Lazio, siano esse pubbliche o private accreditate;

Ritenuto necessario definire, con apposite linee guida, le caratteristiche del sistema dei controlli sull'attività ospedaliera da attivare sistematicamente all'interno del SSR del Lazio, fornire indicazioni metodologiche relativamente ai controlli da effettuare a partire dall'anno 2001 e individuare il conseguente fabbisogno di risorse;

Visto il documento contenente le "Linee Guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero" che forma parte integrante del presente provvedimento;

Rilevata l'esigenza e l'urgenza di un rapido avvio del sistema dei controlli in modo coordinato ed omogeneo sull'intero territorio regionale;

Ritenuto a tale scopo di dover affidare detto compito, nella prima fase e per un periodo non superiore a due anni, all'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio che potrà avvalersi anche di collaborazioni esterne e che dovrà assicurare anche la formazione del personale delle ASL per consentire a queste ultime di assumere, a regime, la funzione di controllo;

DELIBERA



Per le motivazioni indicate in premessa,

- di approvare le "Linee Guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero" contenute nell'allegato documento che forma parte integrante della presente deliberazione;
- di affidare nella prima fase e per un periodo non superiore a due anni all'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio – che potrà avvalersi anche di collaborazioni esterne- il controllo

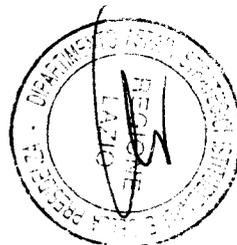
sull'attività ospedaliera e la formazione del personale delle ASL affinché le stesse possano assicurare a regime la funzione di che trattasi;

- di assegnare all'ASP per lo svolgimento delle funzioni di controllo un finanziamento annuo a valere sul FSR degli anni 2001 e 2002 che sarà quantificato dal Dipartimento SSR in relazione a documentate richieste dell'ASP.

Il presente atto non è soggetto a controllo ai sensi della L. 127/97

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Saverio GUCCIONE

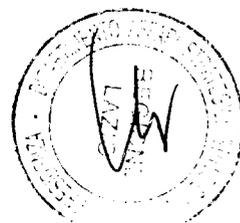


12 LUG. 2001

ALLEG. alla DELIB. N. 996
DEL 10 LUG. 2001

cur

**LINEE GUIDA PER I CONTROLLI ESTERNI
DELL'ATTIVITÀ DI RICOVERO**



h
Ma

INDICE

LISTA DEGLI ACRONIMI.....	PAG. 3
1. INTRODUZIONE.....	PAG. 4
2. FINALITÀ.....	PAG. 4
3. ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI.....	PAG. 5
4. AMBITO E RESPONSABILITÀ.....	PAG. 5
5. OBBLIGATORietà, PERIODICITÀ ED EFFICACIA.....	PAG. 7
6. CONTROLLI ANALITICI DI CONGRUITÀ E APPROPRIATEZZA- RICOVERI PER ACUTI.....	PAG. 7
7. CONTROLLI ANALITICI DI CONGRUITÀ E DI APPROPRIATEZZA IN RIABILITAZIONE.....	PAG. 10
8. CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA SUGLI ARCHIVI – RICOVERI PER ACUTI.....	PAG. 11
9. PERSONALE ADDETTO AI CONTROLLI	PAG. 13
10. MODALITÀ OPERATIVE.....	PAG. 13

LISTA DEGLI ACRONIMI

AO	Aziende Ospedaliere
APR-DRG	All Patient Refined DRG
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Agenzia di Sanità Pubblica
AU	Azienda Universitaria
CdC	Casa di Cura
DH	Day Hospital
ICD-9-CM	Classificazione Internazionale della Malattie - 9° revisione - Modificazione Clinica
DRG	Diagnosis Related Groups (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi)
IRCCS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
MDC	Categoria Diagnostica Principale
RAD	Rapporto Accettazione Dimissione (Scheda di Dimissione Ospedaliera)
REPDIM	Reparto di dimissione
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SSR	Servizio Sanitario Regionale



1. INTRODUZIONE

La funzione di controllo dell'attività ospedaliera rappresenta una componente essenziale della gestione del sistema di finanziamento a prestazione e di regolazione dei suoi incentivi.

Costituisce un elemento critico per assicurare che la distribuzione delle risorse disponibili avvenga equamente tra i soggetti erogatori e, nel contempo, che la ricerca dell'efficienza non si realizzi a scapito dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni. Da questo punto di vista, la funzione di controllo concorre alla tutela della salute della popolazione.

La funzione di controllo si svolge nell'ambito degli indirizzi indicati dalle leggi nazionali (Linee guida n.1/95 di applicazione del D.M. 14/12/1994; Legge n.449 - 27/12/1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica; Piano Sanitario Nazionale 1998-2000; D.Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni), con riferimento alla scheda di dimissione ospedaliera come prevista dalla vigente normativa, per ultimo dal D.M. 27/10/2000 n. 380.

Le presenti linee guida intendono definire le principali caratteristiche del sistema dei controlli sull'attività ospedaliera da attivare sistematicamente all'interno del SSR del Lazio, al fine di integrare adeguatamente il sistema di remunerazione delle strutture erogatrici pubbliche e private; intendono, inoltre, fornire indicazioni metodologiche relativamente ai controlli da effettuare a partire dal 2001.

2. FINALITÀ

Gli obiettivi principali del sistema dei controlli sull'attività ospedaliera sono così individuati:

1. favorire il miglioramento della qualità delle prestazioni ospedaliere erogate nell'ambito del SSR;
2. garantire il rispetto delle regole fissate nell'ambito degli accordi contrattuali esistenti tra soggetti erogatori, ASL e Regione;
3. ridurre il ricorso ai ricoveri non necessari o inappropriati;
4. definire e prevenire eventuali comportamenti opportunistici da parte dei soggetti erogatori;
5. promuovere la qualità della documentazione sui ricoveri ospedalieri.

Il sistema dei controlli è basato su criteri di trasparenza e celerità dei procedimenti amministrativi e prevede:

- la dichiarazione preventiva della tipologia degli episodi di ricovero sottoposti a controllo,
- la dichiarazione dei criteri di selezione del campione SDO (RAD) sottoposte al controllo, degli indicatori e dei valori di riferimento utilizzati;
- la comunicazione preventiva alla struttura controllata della quantità e della tipologia degli episodi di ricovero sottoposti a controllo;
- la diffusione delle informazioni sui risultati dei controlli.

3. ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI

L'articolazione del sistema dei controlli esterni dell'attività ospedaliera prevede due livelli di intervento sistematico:

- a) *il monitoraggio* dell'attività ospedaliera, attraverso l'analisi degli archivi informatici relativi alle dimissioni. Questo primo livello di controllo produce, altresì, le informazioni necessarie per l'attivazione degli altri livelli di controllo, in termini di indicatori specifici e di relativi valori soglia regionali;
- b) *i controlli analitici*, intesi come verifiche obbligatoriamente effettuate sulla documentazione clinica di campioni rappresentativi di dimessi da tutti gli ospedali.

I controlli si distinguono in due categorie principali: *i controlli di appropriatezza generica e i controlli di congruità*.

3.1 *I controlli di appropriatezza generica* dell'uso dell'ospedale sono eseguiti esclusivamente sugli archivi informatici. Fanno riferimento all'impiego appropriato delle risorse e si basano sulla verifica della frequenza di DRG o procedure predefinite "ad alto rischio di inappropriatazza" e di episodi di ricovero caratterizzati da un basso livello di consumo di risorse in pazienti con severità di malattia minima.

3.2 *I controlli di congruità* sono effettuati mediante il monitoraggio costante di appositi indicatori e il confronto tra schede RAD e cartelle cliniche. Fanno riferimento a due diversi fenomeni. Da un lato, deve essere valutata la *correttezza della compilazione della scheda di dimissione*, ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e riportato nella documentazione clinica (cartella clinica, registro di sala operatoria, etc) e quanto segnalato e codificato sulla scheda RAD. Dall'altro, deve essere verificata l'eventuale presenza ed entità di *comportamenti opportunistici* da parte degli istituti di ricovero, tramite controlli campionari analitici delle schede RAD e delle cartelle cliniche.

4. AMBITO E RESPONSABILITÀ

4.1 *Ambito*

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata a carico del SSR da tutte le strutture ospedaliere operanti nel Lazio, siano esse pubbliche o private accreditate. Il sistema dei controlli opera secondo criteri di imparzialità e di neutralità.

Il monitoraggio e i controlli analitici dell'attività ospedaliera riguardano la totalità delle dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti e riabilitazione), dal regime di ricovero (ordinario, day-hospital) e dal luogo (ASL, regione, stato) di residenza delle persone ricoverate.



4.2 Responsabilità

I soggetti responsabili della effettuazione dei controlli analitici sull'attività ospedaliera, compresa la scelta delle cartelle cliniche da sottoporre a verifica, sono individuati nelle ASL, in considerazione della funzione di tutela nei confronti delle popolazioni che generano la domanda soddisfatta dagli istituti di ricovero, pubblici e privati, ubicati sul proprio territorio. Peraltro, al fine di evitare che le ASL eseguano i controlli nei propri presidi a gestione diretta, si predispongono controlli incrociati degli ospedali di ASL secondo il seguente schema:

<i>la ASL</i>	<i>esegue il controllo sui presidi a gestione diretta della ASL:</i>
RM A	RM C
RM B	RM D
RM C	RM E
RM D	RM A
RM E	RM B
RM F	RM G
RM G	RIETI
RM H	LATINA
Rieti	VITERBO
Viterbo	RM F
Frosinone	RM H
Latina	Frosinone

Pertanto, ciascuna ASL esegue i controlli nei confronti degli ospedali classificati e delle case di cura private accreditate ubicate sul territorio di propria competenza; esegue i controlli sui presidi a gestione diretta ubicati nella ASL, come riportato nella precedente tabella; esegue i controlli negli istituti aziendalizzati (AO, AU, IRCCS) ubicati sul territorio di propria competenza.

All'ASP è affidata la responsabilità in materia di monitoraggio dell'attività ospedaliera, analisi e diffusione periodiche degli indicatori sull'andamento dell'attività stessa.

L'ASP contribuisce, inoltre, alla produzione di criteri, analisi, indicazioni e linee guida:

- definendo l'aggiornamento annuale degli eventi da sottoporre a controllo di congruità e di appropriatezza;
- svolgendo un ruolo di supporto, coordinamento e formazione del personale ASL dedicato ai controlli;
- valutando annualmente gli effetti delle attività svolte ed eventualmente proponendo all'Assessorato alla Sanità adeguamenti della normativa.
- analizzando l'andamento del sistema e proponendo all'Assessorato alla Sanità gli adeguamenti tariffari;

Inoltre, su indicazioni della Regione, nei casi di esigenze conoscitive urgenti, l'ASP costituisce appositi gruppi per i controlli analitici sulle cartelle cliniche.

5. OBBLIGATORIETÀ, PERIODICITÀ ED EFFICACIA

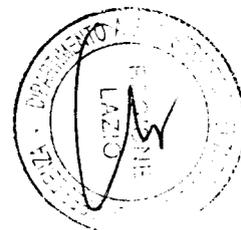
I controlli analitici di congruità sono effettuati dalle ASL su base campionaria, con periodicità almeno annuale. Nel complesso, in accordo con le disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria contenute nell'art.88 della Legge Finanziaria 2001, ciascuna ASL deve controllare ogni anno un campione di cartelle cliniche pari ad almeno il 2% dell'insieme dei dimessi dagli istituti ubicati sul proprio territorio.

6. CONTROLLI ANALITICI DI CONGRUITÀ E APPROPRIATEZZA - RICOVERI PER ACUTI

I controlli di congruità delle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera vengono eseguiti semestralmente per mezzo del controllo analitico di almeno il 2% delle dimissioni avvenute su base annuale.

6.1 Controlli mirati di congruità

Sono oggetto di controllo mirato sulle cartelle cliniche gli eventi di seguito riportati, qualora il valore degli appositi indicatori risulti superiore alle soglie stabilite:



6.1.1 DRG incoerenti (DRG 468, 477, 476)

- Per gli episodi di ricovero attribuiti a detti DRG è necessario un controllo approfondito della casistica e si procederà al controllo analitico di almeno il 50% degli stessi.
- Il controllo su tali episodi di ricovero è subordinato ad una analisi complessiva dell'andamento regionale in termini quantitativi e di variazioni spazio-temporali.

6.1.2 DRG complicati

- Una alta proporzione di DRG complicati è indice di una elevata complessità della casistica trattata e/o di una buona qualità della codifica, ma può anche sottendere un comportamento opportunistico perseguito segnalando diagnosi secondarie per condizioni che non hanno assorbito risorse assistenziali durante il ricovero.
- I controlli analitici di congruità sugli episodi di ricovero assegnati ai DRG complicati sono effettuati in quegli istituti per i quali il rapporto tra i DRG complicati e il totale delle coppie dei DRG omologhi, come totale o per MDC, superi il valore medio della

h
JW

distribuzione regionale per tipologia amministrativa di istituto (presidi ASL, AO, AU, IRCCS, CdC accreditate).

6.1.3 *Onnicomprensività della tariffa*

- Il controllo dei ricoveri in DH medico seguiti entro 30 giorni da un ricovero con DRG chirurgico serve a verificare che le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, da remunerare con tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero - come segnalato nel comma 18, art.1, del collegato alla Legge n.449 del 27/12/1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - non siano invece surrettiziamente oggetto di un indipendente ricovero in DH medico.
- I controlli analitici vengono eseguiti negli istituti che presentano un valore del relativo indicatore superiore al 75° percentile della distribuzione regionale.

6.1.4 *Ricoveri ripetuti per chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, con diagnosi principale di neoplasia*

- Come raccomandato sia nelle “Linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera” elaborate nel Lazio, sia nelle analoghe raccomandazioni definite dal Ministero della Sanità, i ricoveri per neoplasia successivi a quello diagnostico eseguiti per eseguire chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, devono essere codificati per mezzo degli appositi codici V, evitando di segnalare la neoplasia in diagnosi principale.
- I controlli analitici sono effettuati in presenza di più di 3 casi di ricovero ripetuto, avvenuto entro 60 giorni dal ricovero indice nello stesso istituto, con degenza inferiore ai 4 giorni, assegnato ad un DRG di neoplasia, escludendo i deceduti e i trasferiti ad altro istituto.

6.1.5 *Ricoveri per trauma cranico minore*

- Episodi di ricovero breve per osservazione clinica dopo traumatismo superficiale del capo continuano ad essere impropriamente segnalati ricorrendo ai codici delle categorie 850-854 (traumatismi intracranici).
- Sono oggetto di controllo analitico almeno le dimissioni con diagnosi principale compresa nelle categorie 850-854 e durata della degenza inferiore a 4 giorni (esclusi i trasferiti in altri istituti di ricovero).

6.1.6 *Ricoveri per fimosi e circoncisione assegnati al DRG 341*

- Come raccomandato nelle “Linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera” elaborate nel Lazio, qualsiasi procedura chirurgica sul prepuzio eseguita per il trattamento della fimosi va codificata con il codice 640 (circoncisione) quale procedura principale, evitando l’uso opportunistico del codice 6493 (liberazione di sinechie peniene) quando non appropriato.
- Sono oggetto di controllo analitico almeno il 10% delle dimissioni con diagnosi principale di fimosi assegnate al DRG 341 (“Interventi sul pene”).

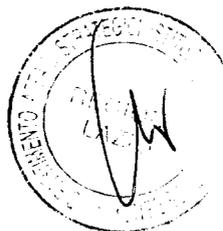
6.1.7 Dimissioni di neonati patologici (DRG 389 e 390) dagli istituti in cui si è svolto il parto, con degenza < 6 gg

- Nel Lazio è stata osservata una ingiustificatamente alta proporzione di dimissioni di neonati, dimessi dagli istituti in cui si è svolto il parto, assegnati al DRG 389 (“Neonati a termine con affezioni maggiori”) e al DRG 390 (“Neonati con altre affezioni significative”).
- Viene sottoposto a controllo analitico il 10% degli episodi di ricovero assegnati ai DRG 389 e 390, dimessi dagli stessi istituti in cui si è svolto il parto, con degenza inferiore a 6 giorni, esclusi i trasferiti ad altri istituti, negli istituti in cui la proporzione di questi DRG rispetto al totale delle dimissioni neonatali è superiore al 75° percentile della distribuzione regionale.

La ASP calcola e diffonde semestralmente, attraverso il sito www.oer.org, i valori degli indicatori medi regionali necessari per identificare gli istituti dove eseguire i controlli analitici per l’eccesso di DRG complicati, per l’eccesso di ricoveri chirurgici preceduti entro 30 giorni da un ricovero in Day Hospital medico e per i neonati patologici assegnati ai DRG 389 e 390 dimessi dallo stesso istituto in cui è avvenuto il parto.

6.2 Controlli campionari non mirati e controlli liberi

Almeno una quota pari allo 0,3% degli episodi di ricovero viene utilizzata per eseguire controlli campionari casuali sulla documentazione degli interventi chirurgici o procedure invasive (foglio operatorio, referto con descrizione dell’atto) che determinano l’attribuzione ad un DRG chirurgico, oppure altri controlli “liberi” di eventi individuati sulla base di priorità locali.



4 *[Handwritten signature]*

7. CONTROLLI DI CONGRUITÀ E DI APPROPRIATEZZA IN RIABILITAZIONE

7.1 Ricoveri prolungati

- Si definiscono tali gli episodi di ricovero ordinario per riabilitazione di durata superiore a 90 giorni, se non attribuiti ad un DRG relativo a postumi di sindrome comatosa (DRG 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35) o di lesione midollare (DRG 9). E' necessario eseguire il controllo analitico delle cartelle cliniche di tutti questi episodi per verificare i motivi che hanno comportato un prolungamento della degenza.
- Sulla base del controllo analitico della documentazione clinica e del contraddittorio con i medici curanti, ne consegue la trasformazione dei giorni di degenza non giustificati dalla tariffa del DRG di riabilitazione a quella di lungodegenza postacuzie.
- Nel corso della verifica e del contraddittorio, dovranno essere analizzati e discussi, quando disponibili, gli strumenti di valutazione (scale, test o questionari) utilizzati durante il ricovero. Tali strumenti permettono di valutare obiettivamente se un paziente abbia o meno raggiunto il massimo recupero delle disabilità acquisite e possa quindi essere dimesso per proseguire la terapia di mantenimento a domicilio o presso strutture territoriali. Tale verifica non è applicabile ai pazienti affetti da patologie cronicodegenerative (quali in particolare Sclerosi Multipla, Sclerosi laterale amiotrofica, paraplegia, morbo di Parkinson) in cui il mantenimento dello stesso grado di disabilità (pari punteggio alle scale di valutazione), può giustificare il ricovero in ambiente riabilitativo.

7.2 Ricoveri in Day Hospital

- Il ricovero in DH per riabilitazione deve rispondere a necessità assistenziali multiprofessionali e plurispecialistiche, (come definito dall'art. 1 comma 2 del DPR 20/10/1992). Si individua nel numero minimo di 3 prestazioni differenti e nella durata complessiva non inferiore a 3 ore, la soglia al di sotto della quale può risultare impropria la giornata di ricovero in DH.
- I controlli verranno effettuati su un campione del 10% dei DH del singolo istituto di ricovero qualora il numero dei dimessi del trimestre sia inferiore o uguale a 100, e su un campione di almeno 25 cartelle nei casi in cui il numero dei dimessi sia superiore a 100.
- Le prestazioni erogate in regime di DH non rispondenti alle caratteristiche sopra definite, verranno remunerate con la tariffa ambulatoriale della prestazione erogata.

7.3 Ricoveri ripetuti

- E' di frequente riscontro che i pazienti ricoverati in ambiente riabilitativo sono costretti a "migrazioni" tra diverse strutture che spesso effettuano dimissioni entro la 60° giornata di ricovero, anche se la degenza in riabilitazione può risultare pienamente efficace soltanto se non interrotta durante la fase di recupero del paziente.

- Verranno sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche di pazienti ricoverati in regime ordinario in un intervallo inferiore a 180 giorni in reparti/strutture di riabilitazione (branche 28, 56 e 75) senza che sia intercorso un ricovero in reparti per acuti.
- Fanno eccezione a quanto previsto nel comma precedente i ricoveri ordinari successivi al primo, anche nella stessa struttura di:
 - pazienti che hanno subito amputazioni di arti (DRG 113, 114, 213, 249, 256, 285) per i quali, dopo aver addestrato il paziente all'uso di una protesi provvisoria, è necessario che si stabilizzi il moncone di amputazione per adattare la protesi definitiva dopo circa 4-6 mesi.
 - pazienti affetti da patologie cronico-degenerative del sistema nervoso centrale quali ad esempio:
 - Sclerosi Multipla (DRG 13)
 - Sclerosi laterale amiotrofica (DRG 12)
 - Morbo di Parkinson (codici ICD-9-CM 332.0, 332.1)
 - pazienti affetti da sindrome comatosa (DRG 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35)
 - pazienti affetti da lesione midollare (DRG 9).

8. CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA SUGLI ARCHIVI – RICOVERI PER ACUTI

Oggetto di questa modalità di controllo è l'appropriatezza generica, verificata in relazione al livello di erogazione degli interventi sanitari, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti. La valutazione di appropriatezza è volta a identificare ricoveri ordinari, di durata standard e gravità minima, per prestazioni/procedure che possono essere efficacemente erogate in regime di DH o di ordinario breve (0-1 giorno), ivi inclusi day-surgery e one day-surgery. Finalità del controllo non è l'individuazione di *singoli* episodi di ricovero ma la definizione di *quantità* di ricoveri inappropriati rispetto al valore medio regionale assunto come soglia di riferimento. L'azione di controllo ha l'obiettivo di orientare il sistema sanitario verso un uso più appropriato dell'ospedale, promuovendo le scelte organizzative e strutturali in grado di assicurare livelli di cura più adeguati ed efficaci.

L'azione di controllo relativa all'appropriatezza compete all'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio, che la esercita in accordo con le indicazioni contenute nel presente documento.

8.1 Ambiti e modalità dell'azione di controllo

Vengono di seguito definiti gli ambiti e le modalità dell'azione di controllo, in particolare individuando:

1. i DRG e le procedure a bassa complessità assistenziale;
2. i criteri per l'identificazione di ricoveri di gravità minima;
3. modalità di individuazione dei ricoveri ordinari inappropriati a livello dei singoli soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati;



h J

L'attività di controllo riguarda i ricoveri per acuti effettuati presso istituti di cura pubblici e privati accreditati, operanti sul territorio regionale, indipendentemente dall'area o regione di residenza dei ricoverati.

8.1.1 DRG/procedure a bassa complessità assistenziale

L'ambito di attività è definito da un elenco di DRG oggetto di controllo, presentato annualmente dall'ASP, sulla base dei seguenti criteri:

- basso peso del DRG, esperienze riportate da altre regioni, evidenze locali, numerosità della casistica regionale annua (superiore a 1000 ricoveri per anno). Per alcuni DRG, il controllo può essere limitato a specifiche procedure considerate particolarmente a rischio di inappropriatazza.

8.1.3 Modalità per l'individuazione dei ricoveri ordinari inappropriati

Il probabile livello di inappropriatazza si definisce su base statistica come eccesso di ricoveri ordinari giudicati non appropriati rispetto dei criteri soglia. Sarà poi la verifica della cartella a definirne l'eventuale inappropriatazza..

Il procedimento si articola in 3 fasi:

- I. Per ciascuno dei DRG/procedure individuati viene determinata una soglia di riferimento regionale, come percentuale di ricoveri in regime ordinario con degenza ≥ 2 giorni sul totale di ricoveri (ordinari e DH), calcolati su base regionale nell'anno precedente a quello oggetto della valutazione:

$$\text{Valore soglia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di ricoveri ordinari di gravità minima con degenza } \geq 2 \text{ giorni}}{\text{N}^\circ \text{ totale di ricoveri di gravità minima in regime ordinario e di DH}} \times 100$$

I valori delle soglie di riferimento per ciascun DRG/procedura oggetto di controllo resi disponibili sul sito Web dell'ASP (www.oer.org) con tempestività, in modo tale da consentire ai soggetti erogatori di programmare adeguatamente le modalità di erogazione dell'attività assistenziale.

- II. Analogamente, per ciascun soggetto erogatore viene calcolata, per ciascun DRG/procedura oggetto di controllo, la percentuale di ricoveri in regime ordinario con degenza ≥ 2 giorni sul totale di ricoveri (ordinari e di DH):

$$\text{Percentuale osservata} = \frac{\text{N}^\circ \text{ di ricoveri ordinari di gravità minima con degenza } \geq 2 \text{ giorni}}{\text{N}^\circ \text{ totale di ricoveri di gravità minima in regime ordinario e di DH}} \times 100$$

- III. La quota di dimissioni giudicata presumibilmente inappropriata per singolo DRG è determinata a livello di ciascun soggetto erogatore come segue:

$$\text{Quota eccedente \%} = \text{Percentuale osservata} - \text{Valore soglia}$$

Il numero di ricoveri inappropriati per soggetto erogatore e per DRG è pari a:

N° di ricoveri inappropriati = Quota eccedente % x N° totale di ricoveri ordinari e di DH

Nei casi in cui un congruo numero di ricoveri (oltre il 40% della casistica regionale per singolo DRG) risulti appannaggio di un singolo istituto erogatore e il suo valore osservato sia superiore al valore medio regionale, il calcolo del valore soglia viene effettuato senza tenere conto dell'istituto in questione.

8.1.4 *Provvedimenti conseguenti all'azione di controllo*

I ricoveri risultati non appropriati attraverso l'azione di controllo analitico, sono remunerati sulla base della corretta valorizzazione del DRG e della corretta procedura di erogazione della prestazione.

9. PERSONALE ADDETTO AI CONTROLLI

I medici addetti alla funzione di controllo saranno selezionati nelle ASL preferibilmente nell'ambito dei servizi che svolgono istituzionalmente attività di vigilanza e controllo sui ricoveri. Il personale medico addetto ai controlli dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti:

- esperienza clinica
- esperienza di codifica delle schede di dimissione ospedaliera
- assenza di conflitto di interessi
- attitudine ad attività di supervisione.

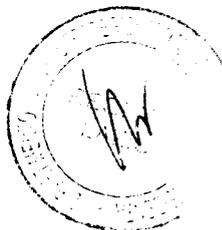
E' inoltre da prevedere il coinvolgimento del personale infermieristico e del personale amministrativo sia nella fase di preparazione al controllo che nella fase di controllo della cartella clinica.

Le ASL segnalano all'ASP i nominativi dei medici di controllo da sottoporre ad attività di formazione accreditante. I corsi di formazione sono organizzati dall'ASP, orientando il personale alla conoscenza della logica e degli incentivi del sistema di pagamento a prestazione e ai principi e ai metodi dell'attività di controllo esterno dell'attività ospedaliera.

10. MODALITÀ OPERATIVE

Il sistema informativo ospedaliero rappresenta la base operativa per i controlli di congruità, e permette, attraverso il calcolo degli appositi indicatori, di individuare istituti e aree di attività da sottoporre a controllo analitico. Ne consegue che l'unità operativa SIO di azienda coopera con i medici addetti al controllo per identificare le cartelle cliniche su cui effettuare i controlli analitici.

Questo livello di controllo produce le informazioni necessarie per l'attivazione del successivo livello di controllo analitico e di congruità sulle cartelle cliniche.



I controlli analitici di congruità e di appropriatezza nelle strutture erogatrici vengono eseguiti presso l'istituto di ricovero dai medici delle ASL competenti secondo quanto indicato nel paragrafo 4.2. Ogni ASL è tenuta a fornire gli archivi informatici relativi alle dimissioni dai presidi a gestione diretta alla ASL competente, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili.

I controlli devono essere effettuati, con un preavviso di almeno 48 ore, alla presenza ed in contraddittorio con il rappresentante legale della struttura o suo delegato con il coinvolgimento, ove occorra, dei medici responsabili dell'assistenza e della compilazione e codifica delle schede RAD e del responsabile del sistema informativo ospedaliero (SIO).

Per soddisfare le esigenze di trasparenza del controllo, il campione selezionato può essere accompagnato da una relazione sintetica in cui sono esplicitati i criteri utilizzati per la sua specifica selezione.

Le operazioni di controllo possono durare anche più di un giorno, consistono nella revisione analitica di tutta la documentazione del ricovero e/o dell'episodio di assistenza (scheda RAD, cartella clinica, registri di sala operatoria e sala parto, movimento infermi, registro delle prestazioni ambulatoriali, registro di accettazione e/o pronto soccorso, ecc.) e devono essere improntate alla comprensione del "processo", alla individuazione delle criticità e alla identificazione delle opportunità per il miglioramento. L'approccio deve quindi essere, pur nel riscontro puntuale delle situazioni sospette e dei loro determinanti, improntato alla logica della supervisione.

Al termine delle operazioni, di revisione, deve essere redatto un verbale del controllo, controfirmato sia dal legale rappresentante che dai medici revisori della struttura controllata, al quale vengono accluse le schede di revisione. Il verbale delle operazioni di controllo viene redatto in due copie, di cui una viene depositata agli atti della struttura e l'altra agli atti della ASL, presso i servizi di vigilanza e controllo sui ricoveri.

Nel corso del controllo la struttura ha facoltà di accettare i rilievi effettuati e sinteticamente motivati oppure, sempre sottoscrivendo il verbale, di non accettarli. In caso di non accettazione, su richiesta dei medici revisori, deve essere rilasciata copia fotostatica della cartella clinica con le indicazioni delle controdeduzioni da parte della struttura.

Nel caso di non accettazione, le prestazioni non definite saranno poste all'attenzione di un collegio di saggi, costituito all'uopo, che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 giorni dall'affidamento del mandato. Il collegio dei saggi sarà composto da tre esperti di cui uno nominato dal Direttore Generale dell'ASL che ha eseguito il controllo, uno dal Direttore Generale dell'ASP, uno dalla struttura erogatrice.

Il funzionamento del Collegio sarà disciplinato con apposito regolamento adottato dal Dipartimento S.S.R. che provvederà a predisporre anche lo schema tipo del verbale del controllo.

Il parere obbligatoriamente reso dal collegio sarà trasmesso a cura del Direttore Generale della ASL, insieme a copia del verbale, a tutte le parti in causa.

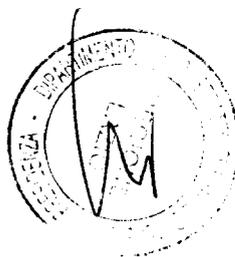
Dai controlli analitici sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero può derivare una diversa codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e quindi una diversa classificazione delle prestazioni erogate e una diversa valorizzazione economica.

In tutti i casi in cui non si apre alcun contenzioso, le eventuali detrazioni, dalla remunerazione riconosciuta alle strutture, degli importi che scaturiscono dalla riclassificazione dei ricoveri oggetto del controllo, vengono definite tempestivamente ed effettuate annualmente, al momento del saldo o del conguaglio.

La decurtazione viene applicata sul ricavo che la struttura erogatrice avrebbe percepito in assenza dell'intervento di controllo. Gli importi da decurtare saranno oggetto di apposito provvedimento che verrà adottato dal Direttore Generale dell'ASL o, nel caso degli istituti aziendalizzati, dagli uffici dell'Assessorato responsabili della gestione economica del sistema di finanziamento e della liquidazione delle fatture dei vari soggetti erogatori.

Il parere del Collegio dei saggi deve essere recepito con atto formale dal Direttore del Dipartimento S.S.R.. Il parere del comitato non è comunque vincolante, l'organo regionale competente per l'adozione del provvedimento finale può discostarsene motivando adeguatamente le ragioni della decisione.

Annualmente le ASL predispongono la relazione sulle attività di controllo svolte, che viene trasmessa entro il 31 dicembre all'ASP. L'ASP prepara a sua volta un rapporto riepilogativo su tutte le attività di controllo svolte nella regione che rappresenta anche la base per la valutazione di efficacia delle attività di controllo svolte e per la programmazione delle attività per l'anno successivo.



Handwritten signature and initials.