

DECRETO 13 marzo 2013.

Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge regionale 6 gennaio 1981, n. 6

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Vista la legge regionale 12 maggio 2010, n. 12;

Visto l'art. 8 del d.lgs n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni con il quale:

- al comma 1 viene stabilito l'obbligo da parte della Regione e delle aziende sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dai soggetti produttori pubblici e privati;
- al comma 3, si attribuisce alla Regione la definizione delle regole per l'esercizio della 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, si 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;

Visto l'art. 79, comma 1-septies, del DL n. 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 n. 388/2000;

Visto il decreto 15 giugno 2009 "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale. Procedure e modalità di controllo gestionale" e in particolare l'allegato 1 "Criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri" e l'allegato 2 "Regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo";

Considerati i risultati e l'esperienza maturata nell'ambito del "programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO" approvato con D.A. n. 1321 n. del 21 maggio 2010;

Considerato il D.A. n. 2545 del 5 dicembre 2011, che ha istituito un sistema informatizzato e centralizzato per la rilevazione della qualità percepita e la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO che è risultato utile ed efficace per la gestione dei dati;

Considerata l'esigenza di uniformare e rendere omogenei i controlli effettuati dalle ASP, in qualità di committenti, nei confronti degli erogatori pubblici e privati accreditati;

Considerata la necessità di rendere più tempestivi i controlli analitici sulle cartelle cliniche rispetto alla produzione erogata;

Decreta:

Art. 1

Sono approvate le linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale, allegate al presente decreto che ne costituiscono parte integrante.

Art. 2

È adottato il Piano annuale controlli analitici (PACA) anno 2012-2013, che costituisce parte integrante del presente decreto e che avrà efficacia sulla produzione erogata nell'anno 2012 e 2013.

Art. 3

Ogni struttura ospedaliera pubblica e privata accreditata, in qualità di committente o erogatore, è tenuta ad attuare le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo di cui all'art. 1 e nel PACA di cui all'art. 2.

Art. 4

È istituito il Comitato regionale controlli appropriatezza, con il compito di supportare l'Assessorato della salute nelle seguenti funzioni:

- definizione del piano annuale dei controlli;
- definizione e aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo di congruità e di appropriatezza;
- definizione dei DRG/procedure "ad alto rischio di inappropriately";
- fissazione dei valori-soglia per gli indicatori significativi ai fini del controllo, oltre i quali i singoli istituti sono soggetti a controlli analitici ed eventualmente a sanzioni;
- formazione del personale delle aziende sanitarie dedicato ai controlli;
- monitoraggio e valutazione annuale delle attività di controllo analitico svolto dagli erogatori;
- supporto e consulenza ai nuclei di controllo aziendali.

Art. 5

Il Comitato regionale controlli appropriatezza, di cui all'art. 4, è così composto:

- dirigente servizio 5, DASOE con funzione di coordinamento
- dirigente area 4, DASOE
- Antonino Quaceci, UO SDO, AOU Policlinico Vittorio Emanuele Catania
- Antonino Drago, UO informatica medica, AOU Policlinico Vittorio Emanuele Catania
- Sabrina Arnone, sistema informativo, ARNAS Civico Palermo
- Antonio Capodicasa, qualità e rischio clinico, ARNAS Civico Palermo
- Giuseppe Longo, dipartimento attività ospedaliere ASP Catania
- Danilo Greco, UOC ospedalità pubblica e privata ASP Caltanissetta
- Mariagiuliana Fazio, UOC ospedalità privata ASP Messina
- Rosa Mangeli, dipartimento attività ospedaliere, ASP Palermo
- Franco Ingala, UOC ospedalità, ASP Siracusa
- coordinatore controlli analitici per l'appropriatezza, ASP Enna
- coordinatore controlli analitici per l'appropriatezza, ASP Ragusa
- coordinatore controlli analitici per l'appropriatezza, ASP Agrigento
- coordinatore controlli analitici per l'appropriatezza, ASP Trapani
- presidente regionale AIOP o suo delegato.

Art. 6

Per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli, vengono appositamente istituiti i "tavoli tecnici per la risoluzione delle controversie" rispettivamente di livello provinciale e regionale, secondo le modalità operative indicate nelle linee di indirizzo di cui all'art. 1.

Art. 7

Sono approvate

- la scheda "antibiotico profilassi", contenuta nell'allegato 1 delle linee di indirizzo di cui all'art. 1, che dovrà essere accuratamente compilata per tutti gli interventi chirurgici e che sarà oggetto di controllo analitico, così come indicato nel PACA 2012-2013.
- Il formato scheda "Programmazione interventi/procedure diagnostiche" contenuto nell'allegato 2 delle linee di indirizzo e che, in via sperimentale, sarà oggetto dei controlli interni in costanza di ricovero, così come indicato nel PACA 2012-2013.

Art. 8

Il presente decreto verrà inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione in parte prima, comprensiva degli allegati.

Art. 9

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.

Palermo, 13 marzo 2013.

BORSELLINO

Allegati

**LINEE DI INDIRIZZO
PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO ANALITICO
DELLE CARTELLE CLINICHE
NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**

1. Premessa

Relativamente al tema dei controlli analitici per l'appropriatezza, nella nostra regione si rende necessaria la predisposizione di nuove linee di indirizzo al fine di rendere più efficace ed efficiente il sistema complessivo nella sua capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il quadro regionale, infatti, si caratterizza per la sovrapposizione di diversi sistemi di controllo, che pur avendo le medesime finalità, operano parallelamente in modo non integrato e disomogeneo.

Il primo sistema denominato "Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO" è direttamente coordinato a livello regionale, ed ha avuto come obiettivo generale quello di costruire un nuovo modello regionale di controlli sulle cartelle cliniche e sulle SDO. Tale modello è inserito nel programma operativo 2010-2012, nell'ambito del quale l'Assessorato ha istituito i NOC aziendali, implementato un programma di formazione sullo svolgimento dei controlli analitici, avviato i controlli a partire dal 2010, inserendo gli stessi tra gli obiettivi dei direttori generali; entro il 31/1/2013, come previsto dallo stesso programma operativo, dovranno essere, altresì, regolamentati i controlli di tipo esterno e definiti gli esiti dei controlli, che dovranno prevedere effetti economici e programmatori.

Il secondo sistema è direttamente coordinato dalle Aziende sanitarie provinciali (ASP) che ogni anno effettuano controlli analitici sull'attività erogata al fine di migliorarne l'appropriatezza, di verificare la congruità della compilazione delle SDO e la qualità della documentazione sanitaria, di prevenire e sanzionare gli eventuali comportamenti opportunistici. Tali controlli sono scollegati da quelli del primo sistema, pur avendo il medesimo obiettivo. Costituisce eccezione l'ASP di Catania che, già a partire dal 2011, ha provveduto ad integrare i due tipi di controllo centralizzandoli in un'unica funzione.

L'esito dei controlli delle ASP incide sulla relativa remunerazione dei produttori, in termini di eventuali abbattimenti in esito alle risultanze dei controlli, ma dai risultati dei controlli effettuati sulle cartelle del 2010 e del 2011 (tabella sottostante) emerge una forte disomogeneità sul territorio regionale relativamente alla quantità di controlli, ai criteri utilizzati per selezionare le cartelle cliniche da parte delle ASP, alle modalità di svolgimento dei controlli, alle percentuali di cartelle cliniche contestate e alle sanzioni applicate.

Tale disomogeneità contribuisce ad alimentare un eccessivo clima di conflittualità tra soggetti committenti e produttori di prestazioni, poco utile al miglioramento continuo della qualità, che richiede la necessaria ed urgente predisposizione di soluzioni correttive e la definizione di alcuni principi fondamentali, nonché regole di funzionamento.

Tabella. Controlli analitici effettuati dalle diverse Aziende sanitarie provinciali.

(controlli esterni effettuati nel 2010 nei confronti di case di cura private e aziende ospedaliere)

Dati anno 2010	N. cartelle controllate	N. cartelle contestate	Valore importo addebitato in euro
Caltanissetta	5024	340	€ 386.883,88
Catania	5799	692	€ 1.033.409,65
Siracusa	15515	654	€ 939.027,45
Trapani	10792	2306	€ 1.264.491,00
Messina	27319	1410	€ 2.692.935,61
Ragusa	0	0	€ 0,00
Agrigento	715	0	€ 0,00
Enna	157	37	€ 387.371,17
Palermo	33.310	18.090	€ 20.008.708,44
Totale	96563	23201	€ 26.712.827,20

Poiché appare evidente che l'attuale duplicazione e sovrapposizione di diversi sistemi di controlli analitici risulti poco conveniente sia dal punto di vista dell'efficienza che da quello dell'efficacia, il presente documento persegue prioritariamente le seguenti finalità:

- definire principi e modalità omogenee di controllo analitico sui comportamenti dei soggetti erogatori pubblici e privati
- integrare i diversi tipi di controllo analitico in un unico sistema complessivo, pur garantendo la centralità del livello aziendale nella sua operatività dei controlli
- facilitare il raggiungimento degli adempimenti regionali previsti dalla normativa nazionale
- diminuire il clima di conflittualità intercorrente tra committenti e produttori di prestazioni
- aumentare la responsabilizzazione tra i diversi attori del sistema
- aumentare il coinvolgimento dei professionisti, anche tramite percorsi formativi loro dedicati.

2. Principi generali da applicare al sistema regionale dei controlli

Il sistema regionale dei controlli opera secondo i seguenti principi:

- Trasparenza:** il sistema regionale dei controlli analitici prevede la comunicazione trasparente, esplicita e preventiva, dei fenomeni oggetto del controllo, e il ritorno informativo delle risultanze dei controlli.
- Omogeneità:** le regole, gli strumenti e la metodologia applicata per lo svolgimento dei controlli deve essere uniforme, omogenea ed unica su tutto il territorio regionale.
- Imparzialità:** deve essere garantita la neutralità nello svolgimento dei controlli
- Oggettività:** devono essere ridotti al minimo gli elementi di discrezionalità nella metodologia e nello svolgimento dei controlli.
- Legalità:** certezza delle "regole del gioco" e degli esiti legati a determinati eventi, e dunque anche come pari trattamento.
- Responsabilità:** deve essere prevista la responsabilizzazione dei diversi attori del sistema, in qualità di committenti o di produttori. Relativamente agli erogatori, la responsabilizzazione deve riguardare amministratori e professionisti sanitari.

3. Sistema regionale per i controlli analitici: Pianificazione, responsabilità, ambiti, contenuti e volumi dei controlli

Il sistema regionale dei controlli analitici, per soddisfare i principi sopra descritti, opera seguendo una metodologia omogenea di pianificazione e svolgimento dei controlli.

3.1 Piano Annuale dei Controlli Analitici (PACA)

La Regione emana entro il 30 ottobre di ogni anno il Piano Annuale dei Controlli Analitici (PACA).

Il PACA viene predisposto sulla base dei risultati delle analisi effettuate, sugli archivi SDO della banca dati regionale, e sulla base dell'esperienza e delle risultanze dei controlli analitici effettuati nell'anno precedente, nonché di quanto previsto dalla normativa nazionale.

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del PACA, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Il PACA è unico e vale allo stesso modo per tutti i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati accreditati.

Ogni singola azienda sanitaria pubblica o privata, sulla base dell'analisi dei dati derivanti dai propri flussi informativi e dell'evidenziazione di fenomeni rilevanti può integrare, ampliandoli, ambiti, volumi e contenuti dei controlli in relazione alle proprie caratteristiche, alla propria specifica casistica, o alle prestazioni in committenza. Tali integrazioni, qualora previste dalla ASP per le prestazioni in committenza, dovranno essere comunicate alle aziende da controllare, agli uffici competenti dell'Assessorato della salute e al Comitato regionale controlli appropriatezza.

3.2 Ambito di applicazione

L'ambito di applicazione del sistema dei controlli per l'appropriatezza comprende il complesso dell'attività erogata da tutte le strutture ospedaliere operanti in Regione Sicilia, sia pubbliche che private accreditate.

Costituiscono oggetto di controllo analitico dell'attività le dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti, lungodegenza e riabilitazione), dal regime di ricovero (ordinario, day-hospital) e dal luogo di residenza dei pazienti ricoverati.

3.3 Contenuto dei controlli

Il Sistema regionale per i controlli analitici comprende controlli interni ed esterni, a seconda che siano rivolti alla propria produzione o all'attività in committenza.

Il contenuto dei controlli è identico sia nei controlli interni che esterni e sarà specificato nel PACA annuale.

Nella tabella sottostante si sintetizzano, a titolo esemplificativo, contenuti e fenomeni oggetto di controllo che saranno specificati e modificati periodicamente nel PACA.

Tipologie controlli	Contenuti
Documentazione sanitaria	Qualità della compilazione della cartella clinica
Codifica della SDO	Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica
Appropriatezza Organizzativa	• Appropriatezza del livello di assistenza • Protocollo Controllo Appropriatezza Giornata di Ricovero • Appropriatezza in Lungodegenza e riabilitazione • Scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche • Appropriatezza Ricoveri Ripetuti stessa U.O e MDC • Omnicomprensività della tariffa • Appropriatezza per Ricoveri urgenti
Appropriatezza Clinica	• Antibiotico profilassi • valutazione del rischio di tromboembolismo venoso • Rilevazione e misurazione del dolore • Appropriatezza per esecuzione Parto Cesareo • Rischio caduta • Scheda Unica di terapia

3.4 Volumi di controlli da effettuare

Deve essere garantito quanto previsto dal decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27 maggio 2010):

- un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche, ai sensi dell'art.79 della legge 6 agosto 2008, n.133,

sulla base dei protocolli esplicitati nelle presenti linee di indirizzo o su specifiche richieste da parte dell'Assessorato;

- un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatezza, in base ai parametri definiti nel decreto di cui sopra, e che deve essere effettuato in misura aggiuntiva al 10% del punto precedente, per almeno il 2,5% dei ricoveri.
- Al raggiungimento della percentuale del 12,5% di controlli analitici annui concorrono sia i controlli interni che esterni;
- Una quota dei controlli interni, pari almeno all'1 % dei ricoveri (calcolata sui ricoveri dell'anno precedente), sarà effettuata dalle aziende produttrici in costanza di ricovero secondo le indicazioni contenute nel presente documento.

3.4.1 Campionamento

Il campionamento dovrà intercettare i fenomeni da sottoporre a controllo analitico indicati nel PACA e deve essere stratificato per presidio e per tipologia di fenomeni da sottoporre a controllo analitico indicati nel PACA. Sono escluse dal campionamento le cartelle cliniche relative a pazienti dimessi dalle terapie intensive (cod.49,73,50).

Per l'anno 2013 l'1% delle cartelle cliniche da analizzare in costanza di ricovero sarà campionato dalle singole aziende con criteri definiti dalle direzioni strategiche aziendali.

3.5 Responsabilità

3.5.1 Livello Regionale

Il livello regionale ha la responsabilità della pianificazione, della definizione di oggetti, metodi e strumenti del controllo, della vigilanza sulla funzione di controllo svolta dal livello aziendale e degli effetti programmati e correttivi derivanti dagli esiti dei controlli, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche al fine di prevenire il perpetuarsi di situazioni anomale da parte del livello aziendale.

Presso l'Assessorato della salute operano i servizi competenti che a vario titolo sono coinvolti nel sistema regionale dei controlli. In particolare vengono fissati gli ambiti di responsabilità dei seguenti servizi:

DASOE – Servizio 5 – Coordinamento delle attività del Sistema regionale controlli

Il servizio 5 svolge le seguenti funzioni:

- coordina le attività di progettazione e realizzazione dei controlli analitici per l'appropriatezza svolte in ambito regionale;
- coordina e riunisce il Comitato regionale controlli appropriatezza;
- fornisce il ritorno informativo agli attori del sistema e agli organismi nazionali a cui la Regione deve rendere conto (Ministero salute, Comitato LEA etc...) tramite la predisposizione dei relativi report.

DPS - Area 4 – Sistemi informativi - Statistiche - Monitoraggi

L'Assessorato della salute, tramite l'area interdepartimentale 4 "Sistemi informativi - Statistiche - Monitoraggi", effettuerà periodicamente e sistematicamente il controllo e l'analisi sugli archivi SDO della banca dati regionale relativamente all'appropriatezza delle prestazioni di ricovero al fine di fornire la relativa reportistica, che dovrà contenere i dati e le informazioni necessarie per evidenziare i fenomeni a rischio di non appropriatezza e da sottoporre a controllo.

Il campionamento delle cartelle cliniche da analizzare, sia per i controlli esterni che per quelli interni (con l'eccezione dei controlli in costanza di ricovero), è a carico dell'area interdepartimentale 4 dell'Assessorato della salute che, con cadenza trimestrale (entro 30 giorni la chiusura del trimestre), fornirà agli interessati l'elenco delle cartelle cliniche da analizzare, campionate sui flussi trasmessi dalle aziende tra quelli con onere della degenza a totale e parziale carico del SSN.

La percentuale di cartelle campionate dall'area 4 è pari all'11,5% dei ricoveri (12,5% solo per l'anno 2012); il campionamento dell'ultimo trimestre deve tener conto dell'attività complessiva dell'anno in corso con particolare riferimento ai ricoveri ripetuti, quelli in day hospital e quelli non trasmessi entro le scadenze trimestrali.

Comitato Regionale Controlli Appropriatezza

Il Comitato regionale controlli appropriatezza supporta l'Assessorato della salute nelle seguenti funzioni:

- Definizione del piano annuale dei controlli;
- definizione e aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo di congruità e di appropriatezza;
- definizione delle prestazioni "ad alto rischio di inappropriatezza";

- fissazione dei valori-soglia per gli indicatori significativi ai fini del controllo, oltre i quali i singoli istituti sono soggetti a controlli analitici ed eventualmente a sanzioni;
- formazione del personale delle aziende sanitarie dedicato ai controlli;
- monitoraggio e valutazione annuale delle attività di controllo analitico svolto dagli erogatori;
- supporto e consulenza ai nuclei di controllo aziendali.

3.5.2 Livello aziendale

Il livello aziendale costituisce il perno centrale del sistema dei controlli: ne è il soggetto operativo, ma anche il primo regolatore.

Aziende sanitarie provinciali

Le ASP sono responsabili a) del controllo esterno nei confronti degli erogatori pubblici e privati accreditati che afferiscono al proprio ambito di competenza, b) del controllo interno verso i presidi a gestione diretta dell'ambito di propria competenza.

Controlli esterni ed interni devono essere effettuati secondo le indicazioni riportate nel presente documento.

Una quota dei controlli interni deve essere effettuata in costanza di ricovero su almeno l'1% dei ricoveri come riportato, di seguito, nel presente documento.

In ogni caso dovrà essere garantita la percentuale del 12,5% dei controlli annuali per singolo soggetto erogatore secondo i parametri previsti dalla normativa nazionale.

Le ASP devono trasmettere le risultanze dei propri controlli interni e esterni all'Assessorato della salute tramite gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Regione. I risultati dei controlli esterni dovranno essere resi disponibili agli erogatori verificati.

I controlli analitici interni dei presidi a gestione diretta ed esterni sono da considerarsi obiettivi vincolanti delle aziende. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale.

Aziende Sanitarie

Tutte le aziende, pubbliche e private, produttrici di prestazioni sanitarie (Aziende ospedaliere, Policlinici universitari, Ospedali classificati, IRCCS, Sperimentazioni gestionali, Case di cura private accreditate) devono obbligatoriamente effettuare i controlli interni raggiungendo complessivamente almeno la percentuale indicata nel PACA annuale.

Una quota di controlli deve essere effettuata in costanza di ricovero su almeno l'1% dei ricoveri come riportato, di seguito, nel presente documento.

I controlli interni sono da considerarsi obiettivi vincolanti delle aziende e delle strutture private accreditate. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale e del legale rappresentante delle strutture private accreditate.

4. Sistema regionale per i controlli analitici: Controlli Interni

L'autovalutazione rappresenta un elemento importante per il governo dei processi sanitari all'interno dell'organizzazione e contribuisce a responsabilizzare manager e professionisti dell'azienda a comprendere meglio i fenomeni che contribuiscono all'inappropriatezza.

I controlli interni, pertanto, vengono effettuati da parte delle stesse strutture erogatrici che, sulla base dell'esperienza dei primi due anni di attività svolta nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza, continueranno ad utilizzare la metodologia, con alcune modifiche, sulla base delle indicazioni contenute nel PACA regionale.

L'effetto atteso è quello di indurre nel tempo un effettivo miglioramento delle procedure di ricovero nelle strutture di degenza, di disincentivare comportamenti opportunistici e di incentivare il perseguimento dell'appropriatezza e degli obiettivi di programmazione sanitaria aziendale e regionale.

I controlli interni effettuati devono essere visualizzabili, tramite l'apposito software, in termini di quantità e tipologia, al controllore esterno, il quale è comunque libero di integrarli in termini quantitativi e qualitativi anche in misura maggiore.

I controlli interni saranno effettuati sulle cartelle cliniche post-dimissione e in costanza di ricovero.

Entro il 30 aprile dovrà essere prodotto e trasmesso all'Assessorato della salute, tramite il sistema informatico messo a disposizione dalla Regione, il report annuale sulle attività di controllo effettuate ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente.

Deve essere mantenuta traccia delle attività di controllo interno

in modo che sia possibile dare evidenza ad eventuali controllori esterni (ad es. ASP, nuclei anti sofisticazione, controllori esterni provenienti da altre regioni, nuclei di controllo ministeriali, nuclei regionali) delle attività svolte.

4.1 Controlli Interni post dimissione

Il campionamento delle cartelle cliniche da controllare sarà effettuato e trasmesso dall'area interdepartimentale 4 dell'Assessorato della salute alle ASP, alle aziende ospedaliere e a quelle private accreditate.

Deve essere garantito un volume totale di controlli analitici interni così come indicato nel PACA regionale.

I controlli analitici interni devono essere effettuati attraverso la revisione delle cartelle cliniche e relative SDO dei dimessi dalla struttura di appartenenza.

I controlli interni sono da considerarsi obiettivi vincolanti delle aziende e delle strutture private accreditate. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale e del legale rappresentante delle strutture private accreditate.

La funzione di controllo deve essere svolta dai NOC aziendali, personale sanitario con formazione ed esperienza maturata in questo ambito, con particolare riferimento alla valutazione delle cartelle cliniche, conoscenza del sistema dei DRG, esperienza di codifica delle SDO, conoscenza dei percorsi assistenziali, conoscenza del sistema PRUO; tale funzione dovrà essere dimensionata sulla base dei volumi di controlli analitici richiesti. A tal fine anche le case di cura private devono istituire con atto formale, da trasmettere alle ASP ed all'Assessorato della salute, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, i propri Nuclei operativi di controllo (NOC).

I controlli interni devono prescindere dalla residenza del paziente, in quanto si tratta di verifiche legate al "modus operandi" della struttura.

I dati relativi ai controlli interni devono essere inseriti tramite gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Regione, già utilizzati nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza disponibili all'indirizzo web <http://www.qualitasiciliassr.it/>.

4.2 Controlli Interni in costanza di ricovero

Nell'ambito dei controlli sopra descritti le aziende sanitarie dovranno effettuare controlli analitici in costanza di ricovero in misura non inferiore all'1% dei ricoveri (percentuale calcolata sulla base dei dati dell'anno precedente). I controlli dovranno essere disposti dalla direzione sanitaria in giornate indice specifiche ed eseguiti in costanza di ricovero.

Devono essere effettuate tutte le tipologie di controllo previste dal PACA, fatta eccezione per quelli che prevedono l'analisi di dati consolidati solo dopo la dimissione del paziente (es. DRG attribuito).

5. Sistema regionale per i controlli analitici: Controlli Esterni

I controlli analitici esterni vengono effettuati da parte delle aziende sanitarie provinciali sulle aziende sanitarie accreditate che insistono sul proprio territorio. Con successivo atto sarà istituito un ulteriore livello regionale di controllo rivolto ai presidi a gestione diretta delle ASP e alla corretta modalità di svolgimento dei controlli interni ed esterni da parte delle aziende erogatrici pubbliche e private accreditate.

ASP Palermo	ARNAS Civico AOU Policlinico Palermo O.R. Villa Sofia Cervello O.C. Buccheri La Ferla ISMETT San Raffaele Rizzoli Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Catania	AOU Policlinico Vittorio Emanuele ARNAS Garibaldi AO Cannizzaro Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Messina	AO Papardo Piemonte AOU Policlinico Messina IRCCS Bonino Puleio Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Caltanissetta	Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta

ASP Trapani	Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Agrigento	Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Enna	Oasi di Troina P.O. a gestione diretta
ASP Ragusa	Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta
ASP Siracusa	Case di Cura private accreditate P.O. a gestione diretta

La finalità dei controlli esterni è quella di verificare la corretta attuazione delle attività previste sia come forma di tutela verso inadempienze nel controllo interno sia verso eventuali comportamenti opportunistici, evidenziati dall'analisi degli archivi SDO.

L'effetto atteso è quello di indurre nel tempo un effettivo miglioramento delle procedure di ricovero nelle strutture di degenza, di disincentivare comportamenti opportunistici e di incentivare il perseguimento dell'appropriatezza e degli obiettivi di programmazione sanitaria aziendale e regionale.

I controlli esterni rispondono anche alla necessità di verificare la correttezza della valorizzazione delle attività erogate e, pertanto, rivestono anche il ruolo di verifica del corretto uso delle risorse regionali a fronte del pagamento delle prestazioni sanitarie.

Nelle aziende sanitarie provinciali deve essere garantita una attività di coordinamento tra tutti i controlli analitici effettuati nei confronti delle strutture erogatrici che insistono nel proprio ambito territoriale, ivi compresi i presidi a gestione diretta, e l'attività di controllo dovrà essere dimensionata sulla base dei volumi di controlli analitici richiesti. La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione e del raggiungimento dei risultati dei piani aziendali dei controlli è del direttore generale.

Le attività di controllo esterno potranno avere ricadute economico-finanziarie sulle strutture erogatrici.

Entro il 30 aprile dovrà essere prodotto e trasmesso, tramite gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Regione, il report annuale sulle attività di controllo effettuate ed i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente.

Deve, comunque, essere mantenuta memoria scritta delle attività di controllo esterno in modo che sia possibile dare evidenza ad eventuali controllori esterni (ad es. nuclei anti sofisticazione, controllori esterni provenienti da altre regioni, nuclei di controllo ministeriali, nuclei regionali) delle attività svolte.

6. Regolamento sulle modalità di esecuzione dei controlli esterni

I controlli esterni vengono effettuati da parte dell'ASP, sulle strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di ricovero nell'ambito territoriale di propria competenza.

L'esecuzione dei controlli deve prevedere le seguenti modalità operative:

1. Gli accessi di controllo devono essere effettuati dopo opportuno preavviso alla struttura sanitaria (almeno 7 giorni lavorativi), in modo che sia assicurata la presenza del direttore sanitario della struttura stessa o di un suo delegato e di un referente della compilazione e codifica della SDO.
2. La comunicazione deve essere scritta, con allegato l'elenco delle cartelle cliniche oggetto della
 1. verifica e notificata a mezzo fax, PEC o altra forma di trasmissione concordata.
 2. Le risultanze dell'attività di controllo devono essere registrate su apposito verbale che riporti
3. almeno i seguenti dati essenziali:
 - a. numero identificativo della cartella clinica
 - b. tipologia di controllo
 - c. esito (confermato/modificato/sospeso)
 - d. descrizione delle eventuali modifiche apportate
 - e. eventuali osservazioni della struttura controllata
4. Copia del verbale sottoscritto da ambedue le parti deve essere rilasciato alla struttura alla fine della verifica.
5. La struttura può accettare le non conformità rilevate al momento della verifica oppure riservarsi di proporre controdeduzioni entro e non oltre i successivi 15 giorni lavorativi dalla data della verifica.
6. Relativamente al controllo sulla qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica, le risultanze ove non evidenziate nel verbale di verifica, verranno comunicate successivamente entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data della verifica.
7. Sulle risultanze delle verifiche la struttura può proporre eventuali controdeduzioni entro 15 giorni lavorativi succes-

sivi alla data del verbale o alla ricevuta della comunicazione del controllo, di cui al punto precedente.

8. Ove le controdeduzioni non fossero ritenute esimenti da parte degli uffici controllori la problematica, entro 30 giorni, potrà essere riportata al tavolo tecnico provinciale per la risoluzione delle controversie, secondo le modalità indicate nel paragrafo 7.
9. Per le contestazioni non concordate si intendono sospesi gli effetti economici delle contestazioni.
10. È obbligatorio estendere la verifica a tutta la casistica considerata, quando emergano evidenze non occasionali ma costanti, che comportano un inequivocabile vantaggio economico per l'erogatore, correlate ad una codifica non conforme alla regole regionali o a modalità di erogazione diverse da quelle condivise a livello regionale. In tali casi le scadenze temporali indicate dal regolamento per l'esecuzione dei controlli non sono vincolanti; è anzi opportuno che venga approfondito, di concerto con l'assessorato, il fenomeno in esame, analizzando schede e cartelle pregresse anche di anni precedenti, sia per rendere effettivamente incisivo il controllo, sia per verificare se vi possano essere gli estremi per adire all'autorità giudiziaria.
11. Le ASP trasmettono, tramite gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Regione, all'Assessorato della salute un report esplicativo delle risultanze dei controlli entro il 30 aprile dell'anno successivo. La reportistica dovrà essere presentata secondo uno schema standard che sarà comunicato dall'Assessorato della salute.

7. Risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli in ambito ospedaliero vengono istituiti due livelli progressivi di ulteriore verifica:

I Livello provinciale: Le ASP entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento devono istituire, con atto formale da trasmettere all'Assessorato, il tavolo tecnico provinciale per la risoluzione delle controversie che dovrà essere composto dai diversi attori del sistema pubblico e privato accreditato. In particolare il tavolo sarà composto dalle seguenti figure, esperte nell'applicazione della metodologia valutativa: un rappresentante dell'ASP con funzione di coordinatore, un rappresentante per ogni azienda ospedaliera (ove presente), un rappresentante dei presidi a gestione diretta dell'ASP, un rappresentante dell'AIOP, un rappresentante per ciascuna delle due parti oggetto della controversia.

Il tavolo tecnico svolgerà le seguenti funzioni:

- valutare, su richiesta di una delle parti, eventuali criticità, dirimere controversie conseguenti ai controlli effettuati ai sensi del presente regolamento e formulare i relativi giudizi;
- formulare pareri su eventuali dubbi interpretativi sulla codifica delle prestazioni su richiesta da parte di soggetti interessati;
- fornire il ritorno informativo sulle risultanze delle attività svolte utilizzando l'applicativo web dedicato, al fine di assicurare lo scambio delle esperienze, la loro condivisione e l'unità di forma in ambito regionale.

Il tavolo potrà essere integrato da esperti della disciplina oggetto della controversia rappresentativi dei vari attori del sistema e con funzione di consulenza. Esso dovrà riunirsi entro 15 giorni dalla richiesta di una delle parti e formulare il parere entro i 15 successivi giorni. Entro i successivi 10 giorni dalla formulazione del parere, su richiesta di una delle parti, si potrà ricorrere al tavolo regionale.

II Livello regionale: Per la risoluzione delle discordanze sull'esito dei controlli non risolte dal tavolo provinciale viene istituito il "Tavolo tecnico regionale per la risoluzione delle controversie" composto da un rappresentante dell'Assessorato della salute e almeno due esperti in materia di controlli nominati dallo stesso Assessorato, tra soggetti non direttamente coinvolti nelle procedure di controllo oggetto di contestazione ed eventualmente esperti nella disciplina.

Nell'ambito di tale procedimento, l'ASP che ha eseguito il controllo dovrà trasmettere al dirigente generale del DASOE dell'Assessorato della salute l'istruttoria contenente l'oggetto del contenzioso con le proprie valutazioni, copia dei verbali di verifica delle operazioni di controllo oggetto di contestazione, le schede analitiche di revisione, le fotocopie delle cartelle cliniche aventi il requisito di "copia conforme all'originale" e le controdeduzioni trasmesse all'ente dalla struttura erogatrice non concordante.

La direzione regionale predispone la convocazione del tavolo tecnico, dopo aver provveduto alla nomina dei componenti.

Il tavolo si pronuncia entro 30 giorni dall'affidamento del mandato, e basa le sue conclusioni esclusivamente sulla normativa nazionale e regionale relativa ai controlli, sulle linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera

oltre che dei protocolli di revisione dell'uso dell'ospedale ufficialmente adottati.

Il tavolo regionale invierà formalmente le conclusioni di tale attività all'Assessorato della salute e all'ASP che ha eseguito i controlli per procedere, ciascuna per le parti di propria competenza, al calcolo definitivo di eventuali recuperi e/o sanzioni per le strutture che hanno attivato il contenzioso. Sarà cura dell'Assessorato fornire ampia informazione di tali esiti a tutti gli attori interessati tramite applicativo web dedicato.

Poichè al momento non è possibile valutare l'impatto e il carico di lavoro conseguenti all'applicazione a regime delle nuove procedure di controllo, le modalità operative del tavolo regionale saranno definite con successivo provvedimento.

8. Esito dei controlli

Gli effetti delle attività di controllo potranno essere di tipo

- a) economico: rideterminazione del valore della prestazione erogata, mancato riconoscimento o recupero di somme non dovute.
- b) programmatiche: predisposizione di provvedimenti, raccomandazioni di carattere regionale o aziendale, azioni correttive volte alla prevenzione dei comportamenti opportunistici o adeguamento di situazioni anomale nelle strutture interessate, revisione accordi contrattuali, miglioramento dell'ap-

proprietà, individuazione di fabbisogni formativi, miglioramento del metodo e degli strumenti per la pianificazione e l'esecuzione delle stesse attività di controllo analitico.

9. Formazione

La formazione rappresenta un presupposto fondamentale per il sistema regionale dei controlli analitici, per la prevenzione dei comportamenti opportunistici e per il miglioramento dell'appropriatezza erogativa.

La Regione pianificherà le attività formative rivolte agli operatori interessati ai controlli.

Le aziende sanitarie, tramite le UU.OO. di formazione, devono inserire prioritariamente nei piani formativi aziendali il tema dell'appropriatezza, della qualità della documentazione sanitaria e dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Gli obiettivi formativi dovranno riguardare prioritariamente gli strumenti e metodi adottati per i controlli analitici, i fenomeni oggetto dei controlli, le prestazioni a rischio di inappropriatezza e la prevenzione dei comportamenti opportunistici.

La formazione, possibilmente con meccanismo a cascata, dovrà essere rivolta a tutti gli operatori sanitari e ai diversi livelli di responsabilità: management, responsabili di U.O., dirigenti medici e infermieri.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Allegato 1: Scheda Antibioticoprofilassi

UNITÀ OPERATIVA

DATI PAZIENTE

COGNOME NOME NATO IL

Ricoverato il

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Classe ASA	1	☐	Classe intervento	Pulito	☐	Impianto protesico	SI	☐	NO	☐
	2	☐								
	3	☐		Pulito-contaminato	☐	Degenza prima dell'intervento > 48h	SI	☐	NO	☐
	4	☐								
	5	☐		Contaminato	☐					

DATA DELL'INTERVENTO/...../..... ORA INIZIO*/..... ORA FINE*/.....

INTERVENTO

*dell'intervento

MODALITÀ ESECUZIONE PROFILASSI ANTIBIOTICA

Ora somministrazione antibiotico						
Antibiotico somministrato						
Dose aggiuntiva	SI	☐	NO	☐	Se SI per	☐ Emodiluizione > 15 ml/Kg
						☐ Perdite ematiche > 1.500 ml
						☐ Durata intervento > 3 h
						☐ ASA ≥ 2
						☐ impianto di protesi

FIRMA

.....

Allegato 2: Scheda Programmazione Interventi / procedure diagnostiche

Nome Cognome

Cartella Clinica n.

U.O.

data ricovero

gg degenza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Data (giorno/mese)												
Radiodiagnostica basale												
...												
...												
...												
...												
...												
...												
...												
Radiodiagnostica avanzata												
TC ...												
RMN ...												
...												
...												
...												
Consulenze specialistiche												
...												
...												
...												
...												
...												
Es. strumentali												
EGDS												
Colonscopia												
Ecocardio												
Ultrasonologia												
...												
...												
...												
Procedure chirurgiche												
...												
...												
Previsione della dimissibilità o trasferimento*												

per ogni prestazione indicare con una "X" la giornata di richiesta; con un "O" la data di erogazione

* Trasferimento in caso di terapie intensive o subintensive

Ringraziamenti

La presente Raccomandazione è stata elaborata da un gruppo di lavoro formato da:

- Giuseppe Murolo, Assessorato della Salute
- Giovanni De Luca, Assessorato della Salute
- Giuseppe Virga, Assessorato della Salute
- Sergio Buffa, Assessorato della Salute
- Antonino Quaceci, responsabile UO SDO, AOU Policlinico Vittorio Emanuele Catania
- Antonino Drago, responsabile UO Informatica medica, AOU Policlinico Vittorio Emanuele Catania
- Sabrina Arnone, responsabile Sistema Informativo, ARNAS Civico Palermo
- Antonio Capodicasa, responsabile Qualità e rischio clinico, ARNAS Civico Palermo
- Giuseppe Longo, Responsabile Dipartimento Attività Ospedaliere ASP Catania
- Danilo Greco, Responsabile UOC Ospedalità Pubblica e Privata ASP Caltanissetta
- Mariagiuliana Fazio, responsabile UOC Ospedalità privata ASP Messina
- Maria Rosa Mangeli, responsabile Dipartimento Attività Ospedaliere, ASP Palermo
- Serafino Garda, responsabile UOC Ospedalità privata, ASP Palermo

Si ringraziano inoltre per la collaborazione

- Agostino Massimo Geraci (ARNAS Civico Palermo), Maria Teresa Nisi (ASP Catania), Salvatore Piparo (ASP Catania), Ada Giordano (ASP Catania), Rosaria Spina (ASP Catania), Stefano Brigandi (ASP Messina), Santi Mangano (ASP Messina), Mario Scaltrito (ASP Messina), Beniamino Riggio (ASP Caltanissetta), Biaggio Damerino (ASP Caltanissetta).

Si ringrazia inoltre l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP).

PIANO ANNUALE CONTROLLI ANALITICI ANNO 2012-2013

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del PACA, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Relativamente ai controlli post dimissione dell'anno 2012 e 2013 il campione selezionato dalla Regione è fatto pervenire alle ASP, alle aziende ospedaliere e alle strutture private accreditate, tenendo conto che le Asp effettueranno in modalità esterna non meno del 50% del campione totale delle cartelle cliniche che concorrono all'obiettivo regionale.

Una quota aggiuntiva non inferiore all'1% dei controlli interni (calcolata sui ricoveri dell'anno precedente) dovrà essere effettuata in costanza di ricovero a partire dall'anno 2013. Questi controlli concorrono al raggiungimento dell'obiettivo nazionale del 12,5%.

Comunque ogni singola azienda sanitaria pubblica o privata, sulla base dell'analisi dei dati derivanti dai propri flussi informativi e dell'evidenziazione di fenomeni rilevanti può integrare, ampliandoli, ambiti, volumi e contenuti dei controlli in relazione alle proprie caratteristiche, alla propria specifica casistica, o alle prestazioni in committenza, comprendendovi anche verifiche sulle cartelle cliniche già sottoposte a controlli interni. Tali integrazioni, qualora previste, dovranno utilizzare gli stessi strumenti previsti dal PACA ed essere comunicate alle aziende da controllare o alle aziende di controllo secondo le modalità previste nel documento "linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale". Anche questi controlli concorrono al raggiungimento dell'obiettivo nazionale.

Esclusivamente per i ricoveri dell'anno 2012 il campionamento verrà fatto per l'intero anno e reso disponibile alle ASP entro il 31 marzo 2013 per consentire lo svolgimento dei controlli che dovranno essere ultimati entro il 31 agosto 2013. Il campionamento terrà conto delle attività di controllo comunque già svolte prima dell'entrata in vigore del presente piano, che dovranno essere comunicate alla Regione entro il 15 marzo 2013.

1. Tipologie di controllo analitico

Di seguito vengono riportate le diverse tipologie di controllo, sintetizzate nella tabella sottostante

Tipologie controlli	Contenuti
Documentazione sanitaria	Qualità della compilazione della cartella clinica
Codifica della SDO	Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica
Appropriatezza Organizzativa	• Appropriatezza del livello di assistenza • Protocollo Controllo Appropriatezza Giornata di Ricovero • Appropriatezza in Lungodegenza e riabilitazione • Scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche • Appropriatezza Ricoveri Ripetuti stessa U.O e MDC • Omnicomprensività della tariffa • Appropriatezza per Ricoveri urgenti
Appropriatezza Clinica	• Antibiotico profilassi • valutazione del rischio di tromboembolismo venoso • Rilevazione e misurazione del dolore • Appropriatezza per esecuzione Parto Cesareo • Rischio caduta • Scheda Unica di terapia

Per ogni tipologia di controllo verrà utilizzata una scheda di rilevazione come indicato al punto 4 "Schede da utilizzare per le varie tipologie di controlli".

2. Effetto dell'esito dei controlli analitici

Per tutte le schede dei controlli che prevedono valutazioni proporzionali (che saranno esplicitamente indicate), si determinerà, tra-

mite il punteggio attribuito ad ogni aspetto valutato secondo quanto indicato al punto 4, un risultato totale per mezzo del quale si procederà ad una decurtazione proporzionale della valorizzazione attribuita; questa decurtazione sarà comunque uguale al 70% del valore della tariffa al raggiungimento del punteggio soglia di 70 o per valori superiori.

Per tutti i ricoveri analizzati, qualora per effetto dei controlli sulla qualità di compilazione della SDO e sulla sua congruenza con la documentazione clinica, si pervenga ad una ricodifica con conseguente riattribuzione del DRG, si procederà alla attribuzione e valorizzazione di tale DRG ancorché diverso da quello originariamente attribuito.

Per quanto riguarda eventuali altri effetti specifici delle attività di controllo, questi sono indicati per ogni fenomeno sottoposto a controllo nel punto 3 "Fenomeni da sottoporre a controllo analitico".

In sede di prima applicazione, nonostante i controlli siano rivolti all'evidenziazione di fenomeni e comportamenti già da tempo considerati da evitare secondo indicazioni di legge e di linee guida comportamentali, si intende tenere conto della necessità di concedere un periodo di tempo per un adeguamento organizzativo e di formazione sulle nuove regole da parte dei soggetti interessati; va inoltre salvaguardata l'attività e la coerenza dei controlli analitici già svolti fino alla pubblicazione di questo documento e rispettato il principio della non applicabilità retroattiva dei controlli sulla Appropriatezza Clinica che vengono di fatto regolamentati solo dal presente documento.

Pertanto, per gli anni 2012 e 2013, gli effetti sui controlli si intendono così determinati:

- Per i controlli delle cartelle dei ricoveri che mancano al raggiungimento dell'obiettivo minimo regionale dell'anno 2012 (12,5%) e i controlli dei ricoveri dei primi nove mesi dell'anno 2013 si procede ad un adeguamento delle sanzioni secondo le seguenti indicazioni:
 - a) Si annullano le decurtazioni previste per tutti i controlli che richiedono le schede con valutazioni proporzionali, ad eccezione dei casi già contemplati dalle normative vigenti e nel caso di mancanza non giustificata della cartella clinica o della SDO
 - b) Permane la possibilità di una ricodifica con conseguente riattribuzione e relativa rivalorizzazione del DRG per effetto dei controlli sulla qualità di compilazione della SDO e sulla sua congruenza con la documentazione clinica
 - c) Vengono mantenuti gli effetti specifici delle attività di controllo indicati nel punto 3 "Fenomeni da sottoporre a controllo analitico" per i controlli descritti ai punti a, b, c, d, e, h, i, m, n, q.
- Per i ricoveri erogati a partire dal 01/10/2013 si da piena attuazione di quanto previsto nel presente PACA.

3. Fenomeni da sottoporre a controllo analitico

Nel presente piano vengono riportati i fenomeni da sottoporre a controllo analitico sulle cartelle del 2012 e 2013. I tipi di controllo fanno riferimento alle schede riportate al successivo punto 4.

a) Ricoveri ordinari brevi (0-1 giorni) (DRG medici)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero di breve durata (0-1 g.) in un reparto medico, con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici finalizzati a mantenere alto il tasso di occupazione delle UU. OO. determinando una minore disponibilità di posti letto.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): modifica del regime di ricovero da ordinario in diurno e, qualora la giornata risultasse inappropriata anche come DH, decurtazione del 70% della tariffa di quest'ultimo.

b) Ricoveri ordinari brevi (2 notti per avere la tariffa piena)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero ordinario di breve durata (2-3 gg.), con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato.

Il comportamento opportunistico potrebbe essere finalizzato ad ottenere la piena tariffa DRG e determinerebbe una minore disponibilità di posti letto ad esempio per i ricoveri urgenti (dal P.S.); fenomeno particolarmente importante nell'ottica della tendenza di riduzione globale dei posti letto per ricoveri ordinari.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): modifica del regime di ricovero da ordinario in diurno e, qualora la giornata risultasse inappropriata anche come DH, decurtazione del 70% della tariffa di quest'ultimo.

c) Ricoveri in DH per motivi diagnostici

Deve essere verificata la presenza nella documentazione sanitaria delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero in regime di day hospital di tipo diagnostico. Sono esclusi i ricoveri in day hospital con attribuzione di DRG chirurgico.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per ogni accesso

Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4): qualora il DH risultasse inappropriato si applica una decurtazione del 70% della tariffa.

d) Ricoveri con assegnazione di DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario

Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario, come indicato nell'allegato 1 e 2 al D.A. 12 agosto 2011 e da eventuali successive modificazioni. I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano la modalità di erogazione del ricovero ordinario. La distanza e/o l'età del paziente non costituiscono elementi sufficienti per giudicare appropriato il ricovero.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 3

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva al controllo 3):

Poiché gli abbattimenti statistici del D.A. sopramenzionato e gli effetti dei controlli analitici avvengono in tempi diversi, per evitare duplicazioni di sanzioni, si opererà un conguaglio applicando la sanzione economica più onerosa al netto della quota abbattuta già applicata.

e) Ricoveri con assegnazione di DRG medici ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero diurno

Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza diurna, come indicato nell'allegato 1 e 2 al D.A. 12 agosto 2011 e da eventuali successive modificazioni.

I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano la modalità diurno di erogazione del ricovero.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per ogni accesso

Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4):

Poiché gli abbattimenti statistici del D.A. sopramenzionato e gli effetti dei controlli analitici avvengono in tempi diversi, per evitare duplicazioni di sanzioni, si opererà un conguaglio applicando la sanzione economica più onerosa al netto della quota abbattuta già applicata.

f) DRG incoerenti (DRG 424, 468, 476, 477)

Gli episodi di ricovero in regime ordinario attribuiti ai DRG 424, 468, 476 e 477 dovranno essere controllati attraverso la verifica delle cartelle cliniche e se riconosciuti incoerenti dovranno essere riclassificati.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

g) DRG complicati

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.

Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con complicità l'area 4 del sistema informativo regionale, annualmente, diffonderà, per i DRG omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia amministrativa del soggetto erogatore.

Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASP, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e di conseguenza i casi complicati ritenuti incongrui saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

h) Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:

- complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa struttura ospedaliera;
- completamento dell'iter diagnostico-terapeutico del precedente ricovero

- malattie croniche in labile compenso clinico (esempio: scompenso cardiaco frequenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.).

Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:

- frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva ed un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza (esempio: 1° ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);
- dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; ciò rappresenta un comportamento dell'ospedale volto a contenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la quantità dei servizi;

In relazione alle attività di controllo, si definiscono ricoveri ripetuti per acuti, i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC (categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione.

Pertanto tutti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni da un precedente ricovero dovranno essere sottoposti a controlli analitici delle cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 5

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla prima domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione dei ricoveri ripetuti ritenuti non giustificati.

i) Omnicomprensività della tariffa

Una delle evenienze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico o parto. In questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico erogato per eseguire indagini e consulenze propedeutiche all'intervento chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla legge n. 449 del 27 dicembre 1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente".

In caso di ricoveri di tipo chirurgico preceduti entro 30 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico quali esami diagnostici e/o strumentali preoperatori, non andrà riconosciuta, per detta prestazione, nessuna remunerazione.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 5

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla seconda domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione relativa al ricovero medico breve.

l) Ricoveri in lungodegenza (Cod. 60)

Il ricovero in lungodegenza medica è un servizio ospedaliero destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti, affetti da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti fisioterapici incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica rientrando in una delle seguenti categorie:

- quadro clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;

- buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;
- buon compenso clinico e limitazione stabilizzata della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione ad altre forme di assistenza extraospedaliera.

Si dovrà verificare, anche in costanza di ricovero, che la durata del ricovero sia congrua con le condizioni cliniche del paziente con particolare attenzione alle degenze di durata inferiore a 30 giorni, a quelle di durata superiore a 60 giorni e ai trasferimenti nel reparto per acuti da cui proviene il paziente.

Tipo di controllo: 1, 2 e 6

m) Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56)

Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inappropriata della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell'attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l'assistenza ospedaliera. Il ricovero nei reparti di riabilitazione ospedaliera post-acuta (cod. 56) è ammesso per pazienti provenienti da reparti per acuti, da reparti di riabilitazione ad alta specialità (cod. 28 - cod. 75), da reparti di lungodegenza riabilitativa o dal territorio, purché in quest'ultimo caso entro 60 giorni dal ricovero in reparto per acuti.

Controllo da effettuare, anche in costanza di ricovero, per verificare la presenza del programma/progetto riabilitativo del paziente.

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale dei servizi di riabilitazione adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di controllo: 1, 2 e 7 (scheda a e b)

Effetto specifico del controllo (giornata o accesso non appropriato con controllo 7 scheda b): nei ricoveri ordinari mancata valorizzazione delle giornate inappropriate; nei ricoveri in DH, nel caso di accesso inappropriate, non riconoscimento della valorizzazione relativa all'accesso/i.

n) Parti cesarei DRG 370 e 371

Dovrà essere effettuato il controllo dei ricoveri per parto cesareo al fine di verificare la presenza nella documentazione sanitaria delle condizioni che giustificano l'indicazione al taglio cesareo coerentemente alla linea guida nazionale "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (prima e seconda parte).

Deve essere posta particolare attenzione alle frequenze elevate di quelle condizioni del parto che superano i valori medi nazionali o regionali, non rispecchiano le loro distribuzioni nella popolazione, e che pertanto sono fortemente predittive di comportamento opportunistico della codifica piuttosto che di reali esigenze della donna.

Tra queste condizioni deve essere verificata la "condizione e presentazione anomala del feto", che è fortemente associata al taglio cesareo e ha frequenza media nazionale dell'8%.

Dai dati del 2010, tale condizione è risultata particolarmente frequente in alcune strutture, raggiungendo valori anche superiori al 50%.

Sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in base alla causa che ha determinato la procedura:

1. motivato da problematica fetale
2. motivato da problematica della madre
3. motivato da pregresso parto cesareo
4. senza menzione dell'indicazione
5. documentazione clinica incompleta.

Sono da considerarsi evitabili le prestazioni riconducibili ai punti 4 e 5 per i quali saranno previsti abbattimenti tariffari, in base a quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 16/12/2010, pubblicata nella G.U. n° 13 del 18 gennaio 2011.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, può essere utile il supporto di specialisti in ginecologia ed ostetricia.

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti il parto cesareo): fatti salvi gli abbattimenti previsti dal D.A. 22 maggio 2012, ulteriore abbattimento del 10% della tariffa. Deve, inoltre essere fatta specifica comunicazione all'Assessorato e alla direzione aziendale per la predisposizione delle conseguenti azioni correttive e/o sanzionatorie.

o) Ricoveri urgenti

Deve essere verificato il corretto utilizzo della modalità di ricovero urgente per prevenire comportamenti opportunistici, laddove non siano rappresentativi dei reali bisogni dei pazienti, finalizzati al superamento del problema delle liste di attesa e delle classi di priorità previste.

A tale scopo deve essere verificata l'appropriatezza del filtro del pronto soccorso, tramite l'accertamento della reale valutazione clinica nella documentazione sanitaria. In particolare deve essere verificata la presenza del verbale di pronto soccorso e che dallo stesso si evinca la presenza di una valutazione clinica e/o laboratoristica strumentale che giustifichi il ricovero in reparto, o per le strutture senza PS la presenza della scheda di valutazione all'ingresso. Si escludono i ricoveri effettuati tramite reti assistenziali o in terapia intensiva.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti i ricoveri urgenti): abbattimento della tariffa DRG del 20% rispetto alla tariffa piena.

p) DRG psichiatrici (426, 427, 429, 430, 431, 432, 433, 523)

I controlli sui DRG di psichiatria, sia per acuti che per riabilitazione, verranno effettuati secondo le indicazioni ed i presupposti dei controlli dei ricoveri ordinari riguardanti la congruenza e la qualità del contenuto della cartella clinica.

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale del dipartimento di salute mentale adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e giudizio dello specialista psichiatra

Effetto specifico del controllo (ricovero non appropriato secondo il giudizio dello specialista): abbattimento della tariffa DRG del 50% rispetto alla tariffa piena se il ricovero è ritenuto inappropriate.

q) Controllo ricoveri fuori soglia (di durata superiore a quella prevista)

Questi controlli dovranno verificare nella documentazione sanitaria la presenza delle condizioni che hanno determinato il prolungamento della degenza oltre il termine previsto per il DRG attribuito, con particolare attenzione ai prolungamenti artificiosamente determinati per ottenere una remunerazione aggiuntiva per i giorni fuori soglia.

Tipo di controllo: 1, 2, 8, e 4 per tutte le giornate fuori soglia

Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): abbattimento delle giornate fuori soglia inappropriate.

r) Controllo Programmazione degli interventi/procedure diagnostiche

In un prima fase questo controllo sarà effettuato soltanto sui controlli interni in costanza di ricovero, dal 2014 sarà parte integrante anche dei controlli post-dimissione esterni e quindi sanzionabile.

La valutazione della appropriatezza delle singole giornate di degenza presuppone anche la necessità di poter verificare la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico-terapeutico attraverso la presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche".

La verifica della presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) è finalizzata a promuovere la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico terapeutico del singolo paziente e a prevenirne, sia pure in modo presuntivo, la dimissibilità.

Lo scopo è quello di supportare le direzioni sanitarie aziendali nella funzione di controllo dei tempi di degenza, fornendo loro uno strumento in grado di promuovere la programmazione delle attività assistenziali da parte professionisti e favorire la rilevazione di eventuali criticità organizzative (ad es. prolungamento delle degenze in attesa di specifiche attività diagnostiche o procedure) e predisporre conseguenziali azioni correttive.

La scheda prevede, inoltre, che sia indicata la presunta data di dimissibilità o nel caso di reparti di terapia intensiva o sub intensiva, la data di presunto trasferimento, in coerenza con lo standard JCI ACC.1.4., che recita "Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti".

Tipo di controllo: 9 sui controlli interni in costanza di ricovero

Effetto specifico del controllo: nessuno per i ricoveri dell'anno 2013.

4. Schede da utilizzare per le varie Tipologie di controllo analitico

Controllo 1 (valutazione proporzionale):
Analisi documentazione clinica

La cartella clinica è disponibile?	si	No	Na	100
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	si	No		4
La diagnosi di dimissione è indicata?	si	No		4
La proposta di ricovero su ricettario SSR è presente? (solo per i ricoveri programmati, esclusi i ricoveri post-cuti per trasferimento diretto dai reparti ospedalieri pubblici e privati)	si	No	Na	5
Il documento di sintesi della storia clinica del paziente redatto dal medico curante (allegato E/D) è presente? (solo per i ricoveri programmati)	si	No	Na	5
Per il DH/DS la comunicazione dello specialista al medico curante è presente?	si	No	Na	3
Per il DH/DS il percorso assistenziale è presente?	si	No	Na	3
Anamnesi patologica remota				
Presente?	si	No		5
Leggibile?	si	No	Na	1
Anamnesi patologica prossima				
Presente?	si	No		5
Leggibile?	si	No	Na	1
Esame obiettivo all'ingresso				
Presente?	si	No		10
Firmato o siglato?	si	No	Na	3
Datato?	si	No	Na	3
Leggibile?	si	No	Na	1
Descrive almeno due app. + sede del problema?	si	No	Na	3
Diario medico clinico				
Annotazioni in tutte le giornate di degenza?	si	No		5
Annotazioni firmate o siglate?	si	No		3
L'intervento chirurgico è documentato con copia del registro di sala operatoria?	si	No	Na	3
La descrizione dell'intervento è leggibile?	si	No	Na	1
L'intervento eseguito è identificabile nella descrizione?	si	No	Na	3
L'intervento eseguito è descritto in maniera analitica?	si	No	Na	3
La cartella anestesilogica è presente e debitamente compilata?	si	No	Na	3
La Scheda Unica di Terapia è presente e debitamente compilata?	si	No	Na	3
È presente Il referto dell'esame istologico?	si	No	Na	3
Foglio di dimissione e/o trasferimento? (na se decesso)	si	no	Na	3
Tutti i consensi informati sono presenti in cartella e sono completi (firme, date, procedure, rischi, alternative terapeutiche)?	si	no		10
Solo per Ricoveri Urgenti				
È presente nel verbale di transito dal PS o in altro documento una valutazione clinica e/o strumentale che motivi il ricovero urgente in reparto?	si	No	Na	
È un ricovero urgente proveniente da reti assistenziali? (ad es. rete infarto)	si	No	Na	
È un ricovero urgente con accesso in terapia intensiva?	si	No	Na	
Solo per DRG 370-371				
Il parto cesareo è motivato da problematiche fetali?	si	No	Na	
Il parto cesareo è motivato da problematiche della madre?	si	No	Na	
È motivato da pregresso parto cesareo?	si	No	Na	
È indicata altra motivazione per l'indicazione a parto cesareo?	si	No	Na	

Note:

Rilevatore:

Controllo 2 (valutazione proporzionale):
Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica

La cartella clinica è disponibile?	si	No	Na	100
È presente nella cartella clinica copia della SDO?	si	No		100
Nella SDO è presente la firma nei campi previsti?	si	No		10
La diagnosi principale indicata è quella che ha comportato il maggior consumo di risorse?	si	No		5
Il tipo di ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri ordinari)	si	No	Na	3
Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	si	No	Na	3
Sono state segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura?	si	No		5
Le diagnosi secondarie segnalate hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero p.e. richiesta di consulenze, esami diagnostici, terapie infusionali etc.? (per i soli DRG complicati)	si	No	Na	10
Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica? (solo se sono indicate procedure)	si	No	Na	20
In cartella clinica sono descritti interventi chirurgici non segnalati nella SDO?	si	No		5
Le diagnosi e le procedure indicate nella SDO in maniera descrittiva sono congruenti con le regole di codifica (normativa e linee guida)?	si	No		5
Fra le diagnosi secondarie è indicato, in maniera coerente, uno dei codici V27 relativi all'esito del parto? (solo per i DRG 370-371-372-373-374-375)	si	No	Na	5
In diagnosi principale è codificata l'indicazione al parto cesareo? (solo per i DRG 370-371)	si	No	Na	10

Note:

Rilevatore:

Controllo 3: Appropriately del livello di assistenza

Si evince dalla documentazione sanitaria una condizione clinica di urgenza?	Si	no	Na
Sono presenti comorbidità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa?	Si	no	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente è privo di assistenza familiare?	Si	no	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente sia un soggetto "candidato a trapianto"? (solo per il DRG 410)	Si	no	Na

Note:

Rilevatore:

Controllo 4: Appropriately organizzativa - RS-PCApGiR
(Protocollo per il Controllo dell'Appropriatezza della Giornata di Ricovero)

Descrizione Criteri e Motivi

Ricoveri Ordinari	
Criteri di Appropriately:	A1. Procedure in sala operatoria nel giorno indice A2. Procedure in sala operatoria il giorno successivo quello indice ma che richiedano consulti e/o valutazioni preoperatorie extraroutine A3. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive nel giorno indice A4. Almeno 5 osservazioni documentate di personale sanitario nelle 24 ore A5. Prima giornata post procedura di sala operatoria A6. Controllo di terapie e/o di effetti collaterali A7. Medicazione di ferite chirurgiche, gestione drenaggi A8. Monitoraggio continuo di parametri vitali A9. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua A10. Override di Appropriately (commentato)

Motivi di Inappropriately: B1. Override di Inappropriately (commentato)

Ricoveri in Day Hospital (medici)

Criteri di Appropriately:	D1. Presenza documentata di almeno tre accertamenti (escluso esami ematici di laboratorio) per ogni accesso: è necessario che si evinca dalla documentazione clinica la pluridisciplinarietà degli interventi. D2. Procedure diagnostiche, riabilitative e/o terapeutiche invasive. D3. Override di Appropriately (commentato)
---------------------------	--

Motivi di Inappropriately: E1. Override di Inappropriately (commentato)

- Protocollo per il controllo dell'appropriately della giornata di ricovero; più veloce e agevole, focalizzato sull'appropriately della singola giornata di degenza o di accesso (piuttosto che sulla Ammissione come nel vecchio RS-PVA) e basato sull'uso delle risorse ospedaliere in costanza di ricovero ordinario o diurno e quindi sulla capacità organizzativa delle strutture.
- Per la descrizione completa di ogni singolo punto rifarsi al manuale predisposto dalla Commissione Regionale per l'appropriately.

Controllo 4: Appropriately organizzativa - RS-PCApGiR

Scheda Rilevatori

Reparto N. Cartella Età Sex ☐ F ☐ M

AMMISSIONE gg/mese Anno Tipo ☐ OR ☐ DH

DIMISSIONE gg/mese Anno

Giornata o Accesso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
»															
»															
Motivo															

Giornata o Accesso	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
»															
»															
Motivo															

Giornata o Accesso	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
»															
»															
Motivo															

Commenti per gli Override (indicare giornata/accesso di riferimento):

Note:

Rilevatore:

Controllo 5: Appropriatelyzza Ricoveri Ripetuti

Sono presenti valide motivazioni che giustificano la ripetizione del ricovero entro 30 giorni, nella stessa U.O. e attribuiti alla stessa MDC? (Na se i ricoveri non sono nella stessa U.O. e MDC)

Si no Na

Sono presenti valide motivazioni che giustificano il ricovero medico seguito entro 30 giorni da un ricovero chirurgico con patologie correlate? (non è stato cioè erogato esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni Napropedeutiche all'intervento chirurgico) (Na se i ricoveri non sono correlabili)

Si no

Note:

Rilevatore:

- La prima domanda per evidenziare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni
- La seconda domanda per salvaguardare la Omnicomprensività della tariffa

Controllo 6 (valutazione proporzionale):

Appropriatelyzza in Lungodegenza

Il paziente proviene da U.O. per acuti	si	no	Na	100
Il paziente proviene da U.O. di Riabilitazione intensiva (lungodegenza per assistenza riabilitativa di più bassa intensità; interventi riabilitativi riportati nel Pai - d.a. 02279/12: Piano della Riabilitazione)	si	no	Na	
Il paziente proviene dal domicilio (lungodegenza riabilitativa solo nei casi in cui non è possibile effettuare il trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in u.o. per acuti es. patologia ortopedica ai quali non è concesso il carico immediato; interventi riabilitativi riportati nel Pai - d.a. 02279/12 - Piano della Riabilitazione)	si	no	Na	
È presente la richiesta del medico di reparto per acuti o di riabilitazione intensiva per il ricovero in lungodegenza	si	no	Na	100
È presente la richiesta del medico di base per il ricovero in lungodegenza nei casi provenienti da domicilio	si	no	Na	
È presente la validazione della richiesta del medico di Lungodegenza post – acuzie	si	no		100
I criteri di ammissione sono coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto A Scheda Esplicativa)	si	no		100
È presente almeno una delle condizioni cliniche elegibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto B Scheda Esplicativa)	si	no		100
Il PAI (Programma Assistenziale Individualizzato) è redatto tenendo conto dei bisogni assistenziali (punto C Scheda Esplicativa)	si	no		100
È presente il programma riabilitativo specifico per il bisogno riabilitativo	si	no	Na	100
Il PAI (Programma Assistenziale Individualizzato) riporta la valutazione periodica	si	no		100
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione	si	no		100
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle lesioni da decubito	si	no		20
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle cadute	si	no		20
La cartella riporta la valutazione per le infezioni ospedaliere	si	no		20
La cartella riporta la valutazione per la gestione corretta degli ausili e presidi	si	no		20
E' evidenziato il persistere di un bisogno (clinico, riabilitativo, infermieristico, sociale) per il proseguimento del ricovero oltre il 30° giorno	si	no		50
Nei casi di pazienti ricoverati oltre il 30° giorno senza il persistere di un bisogno assistenziale, si evince dalla documentazione clinica l'attivazione delle procedure per il trasferimento al territorio attraverso le procedure delle dimissioni protette o facilitate.	si	no		50

Appropriatezza in Lungodegenza: Scheda Esplicativa

Punto A: Criteri di ammissione coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)*Criteri di ammissione area Medica:*

- ☐ paziente con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzato, non autonomo, in cui persiste la necessità di visita medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo contenuto
- ☐ Paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili
- ☐ Paziente destinato a trattamenti periodici a elevata frequenza
- ☐ Paziente con deficit funzionali lievi e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessita prevalentemente di assistenza internistica oltre a interventi riabilitativi mirati di tipo estensivo

Criteri di ammissione area Chirurgica:

- ☐ Paziente con comorbidità e/o complicanze di pertinenza internistica a rischio di stabilità
- ☐ Paziente che presenta deficit funzionali e che necessita di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica continuativa

Criteri di non ammissione:

- ☐ Paziente terminale per il quale sono attivabili forme alternative di assistenza
- ☐ Paziente con importante deterioramento cognitivo
- ☐ Paziente anziano non autosufficiente con esiti di patologie stabilizzate

Punto B: Condizioni cliniche elegibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)*Condizione cliniche elegibili per l'area medica*

- ☐ Ictus cerebrale post-acuto
- ☐ Scompenso Cardiaco che necessita di cure continuative
- ☐ Diabete mellito scompensato post-acuto
- ☐ Polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione
- ☐ Insufficienza respiratoria cronica riacutizzata (per terapia infusionale aerosol)
- ☐ Post acuzie di Endocardite infettiva
- ☐ Soggetti cronici con affezioni concomitanti che richiedono cure continuative (es. anemie gravi, piede diabetico, vasculopatie periferiche, disidratazione, malnutrizione)
- ☐ Cirrosi epatica con ascite e/o encefalopatia porto-sistemica a basso rischio di sanguinamento di varici esofagee
- ☐ Nefropatia stabilizzata in terapia di consolidamento
- ☐ Fibrillazione atriale cronica a rischio di instabilità
- ☐ Post-acuti con disabilità stabilizzata, non dimissibili per problemi socio-assistenziali e/o per non adeguato sostegno familiare, in attesa di ricovero in strutture residenziali, semiresidenziali o in assistenza domiciliare.
- ☐ Altra Patologia SPECIFICARE

Condizioni cliniche elegibili area chirurgica

- ☐ Convalescenza controllata
- ☐ Necessità di medicazioni da eseguire in ricovero
- ☐ Complicanze mediche di interventi chirurgici (metaboliche, infettive, circolatorie)
- ☐ Sottoposti ad interventi protesici di anca o ginocchio o da fratture recenti che richiedono cure continuative prima della
- ☐ Riabilitazione intensiva
- ☐ Altra Patologia SPECIFICARE

Punto C: Bisogni assistenziali

- ☐ Clinico (inquadramento clinico, stabilizzazione delle condizioni cliniche)
- ☐ Riabilitativo estensivo (recupero funzionale)
- ☐ Infermieristico:
 - ☐ Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
 - ☐ Gestione dei dispositivi medici
 - ☐ Altro
- ☐ Sociale:
 - ☐ Promozione delle relazioni sociali
 - ☐ Promozione delle attività ricreative
 - ☐ Animazione e contatti con i familiari
 - ☐ Altro

Controllo 7 (valutazione proporzionale): Appropriatelyzza in Riabilitazione

Scheda a) Valutazione Complessiva in Riabilitazione

Il paziente proviene per trasferimento da U.O. per acuti	si	No	na	100
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Lungodegenza	si	No	na	
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Riabilitazione ad alta specialità (codice 75 - codice 28)	si	No	na	
Il paziente proviene dal domicilio	si	No	na	
È presente la richiesta vidimata dalla direzione sanitaria/direzione medica di Presidio Ospedaliero	si	no	na	100
È presente la richiesta del medico di base	si	no	na	
Il ricovero in riabilitazione è avvenuto entro 60 giorni dal ricovero per l'evento acuto correlato	si	no	Na	100
È presente la validazione della richiesta del fisiatra della struttura di ricovero	si	no		100
Sono presenti almeno 2 dei criteri di accesso al ricovero ordinario previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto A Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri ordinari)	si	no	na	100
È presenti almeno 1 criterio di accesso al ricovero diurno tra quelli previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto B Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri diurni)	si	no	na	100
Per la cardiologia riabilitativa sono rispettati i criteri specifici di accesso previsti dalla normativa (allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	si	no	na	100
È presente il progetto riabilitativo individuale di cui è responsabile il fisiatra con la collaborazione dei componenti del team multi professionale		si	No	100
È presente la diagnosi funzionale	si	No		100
Sono indicati gli obiettivi riabilitativi	si	No		50
Sono presenti gli esiti attesi alla fine del ricovero	si	No		50
È presente il programma riabilitativo	si	No		100
Sono presenti le fasi e le modalità di esecuzione del programma	si	No		50
È presente il modello di valutazione qualitativa bio-psico-sociale (classificazione ICF)	si	No		50
È presente una scala di valutazione quantitativa				
Se sì, specificare	si	No		50
È specificata la durata prevista del trattamento riabilitativo individuale (per la riabilitazione cardiologica vedi normativa allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	si	No		50
Il progetto riabilitativo individuale è firmato dal fisiatra responsabile del progetto stesso	si	No		100
Il progetto riabilitativo individuale è firmato dagli altri componenti del team	si	No		50
Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver	si	No		50
È presente la valutazione funzionale periodica	si	No		50
È presente la valutazione funzionale finale	si	No		50
È presente il diario fisioterapico	si	No		100
La lettera di dimissione (da redigere anche nei casi di trasferimento ad altra struttura assistenziale) identifica:				
il percorso riabilitativo successivo	si	No	na	100
il carico assistenziale successivo	si	No	na	100
necessità di ausili, protesi e ortesi	si	No	na	100

Appropriatezza in Riabilitazione (Valutazione Complessiva):

Scheda Esplicativa

Punto A: criteri di accesso ricoveri ordinari
(allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso:

- ☐ il paziente è affetto da una disabilità complessa ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero o con la concreta possibilità di recupero neuromotorio funzionale che consente il reinserimento nel proprio contesto familiare
- ☐ le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24h di prestazione diagnostico-terapeutiche ad elevata intensità (da parte di personale medico sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi
- ☐ il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbidità che impongono una tutela medica ed infermieristica costante
- ☐ la necessità di assistenza medica ed infermieristica è legata alle esigenze di assicurare un nursing riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza

Punto B: criteri di accesso ricoveri diurni
(allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso:

- ☐ paziente con necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale
- ☐ paziente per il quale all'interno del progetto riabilitativo individuale è prevista l'esecuzione di accertamenti diagnostici che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti)
- ☐ paziente, ricoverato per l'esecuzione di accertamenti diagnostici/valutativi/funzionali e terapeutici, disabile, non collaborante, che richiede un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio: pazienti anziani, pediatrici, soggetti defedati, soggetti con deficit delle funzioni cognitive, gravi disfasie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie)
- ☐ Paziente con necessità di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative ad alto costo
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di una ora dopo la somministrazione
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori trattamenti diagnostici strumentali nelle ore immediatamente precedenti/successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio/osservazione oltre 60 minuti

Controllo 7: Appropriatezza in Riabilitazione

Scheda b) Valutazione appropriatezza Giornata/Accesso in Riabilitazione

Reperto N. Cartella Età Sex ☐ F ☐ M

AMMISSIONE gg/mese Anno Tipo ☐ OR ☐ DH

DIMISSIONE gg/mese Anno

Giornata o Accesso non Appr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Giornata o Accesso non Appr.	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Giornata o Accesso non Appr.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Giornata o Accesso non Appr.	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Note:

Rilevatore:

Criteri di Appropriatezza: È rispettato il tempo minimo previsto di trattamento riabilitativo specifico (almeno 3 ore/die o accesso, compresa la logopedia e la terapia occupazionale) ed è attuato il trattamento riabilitativo specifico

Controllo 8 (valutazione proporzionale):

Appropriatezza clinica

Presenza in cartella clinica della scheda antibioticoprofilassi (allegato 1) completa in tutte le sue parti. (Per tutti i DRG chirurgici)	Si	no	10
Presenza in cartella clinica della scheda per la valutazione del rischio di tromboembolismo venoso come previsto dalla "Raccomandazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso". La scheda dovrà essere completa in tutte le sue parti.	Si	no	10
Evidenza in cartella clinica che sia stato rilevato e misurato il dolore, come previsto dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".	Si	no	10
Evidenza in cartella clinica della prevenzione del rischio caduta	Si	no	10

Note:

Rilevatore:

Controllo 9: Programmazione degli interventi/procedure diagnostiche

Presenza della "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2)? (la verifica riguarda tutti i ricoveri ordinari, medici e chirurgici, dopo la 48° ora)	Si	no	Na
---	----	----	----

Allegato 1: Scheda Antibiotico profilassi

UNITÀ OPERATIVA

DATI PAZIENTE

COGNOME NOME NATO IL

Ricoverato il

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Classe ASA	1	☐	Classe intervento	Pulito	☐	Impianto protesico	SI	☐	NO	☐
	2	☐								
	3	☐		Pulito-contaminato	☐	Degenza prima dell'intervento > 48h	SI	☐	NO	☐
	4	☐								
	5	☐		Contaminato	☐					

DATA DELL'INTERVENTO/...../..... ORA INIZIO*/..... ORA FINE*/.....

INTERVENTO

*dell'intervento

MODALITÀ ESECUZIONE PROFILASSI ANTIBIOTICA

Ora somministrazione antibiotico						
Antibiotico somministrato						
Dose aggiuntiva	SI	☐	NO	☐	Se SI per	☐ Emodiluizione > 15 ml/Kg
						☐ Perdite ematiche > 1.500 ml
						☐ Durata intervento > 3 h
						☐ ASA ≥ 2
						☐ impianto di protesi

FIRMA

.....

Allegato 2: Scheda Programmazione Interventi / procedure diagnostiche

Nome Cognome

Cartella Clinica n.

U.O.

data ricovero

gg degenza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Data (giorno/mese)												
Radiodiagnostica basale												
...												
...												
...												
...												
...												
...												
...												
Radiodiagnostica avanzata												
TC ...												
RMN ...												
...												
...												
...												
Consulenze specialistiche												
...												
...												
...												
...												
...												
Es. strumentali												
EGDS												
Colonscopia												
Ecocardio												
Ultrasonologia												
...												
...												
...												
Procedure chirurgiche												
...												
...												
Previsione della dimissibilità o trasferimento*												

per ogni prestazione indicare con una "X" la giornata di richiesta; con un "O" la data di erogazione

* Trasferimento in caso di terapie intensive o subintensive