



SISTEMA DEI CONTROLLI DELL'ATTIVITA' SANITARIA

1. GESTIONE E RESPONSABILITA' DEI CONTROLLI

La responsabilità della effettuazione dei controlli è in capo al Direttore Generale dell'Azienda ULSS, Ospedaliera, IRCCS, del Legale Rappresentante della struttura privata accreditata e dell'erogatore equiparato.

I controlli si articolano su due livelli:

- 1) controlli interni sulla produzione della stessa Azienda ULSS, Ospedaliera, IRCCS, struttura privata provvisoriamente o definitivamente accreditata e erogatore equiparato;
- 2) controlli esterni, disposti dalle Aziende ULSS.

I controlli vengono effettuati dal Nucleo Aziendale di Controllo (NAC), istituito con la DGR n° 2609 del 7 agosto 2007, la cui responsabilità è affidata ad un Dirigente Medico.

I Nuclei Aziendali di Controllo delle Aziende pubbliche dovranno comprendere anche il coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali di cui alla DGR n° 212 del 3 febbraio 2010, al fine di poter meglio governare e monitorare il sistema di erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

2. CONTROLLI INTERNI

I controlli interni sono considerati obiettivi imprescindibili dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere, IRCCS, dei Legali Rappresentanti delle strutture private accreditate e degli erogatori equiparati, vengono effettuati per il tramite dei NAC e i risultati degli stessi vanno portati semestralmente al tavolo del Nucleo Provinciale di Controllo (NPC) e del Nucleo Regionale di Controllo (NRC). Qualora i NAC non siano stati costituiti, la responsabilità dei controlli interni è comunque in capo al Direttore Sanitario delle singole Aziende pubbliche e private accreditate e degli erogatori equiparati, che dovrà attivarsi di conseguenza.

I controlli interni hanno le seguenti finalità:

controllo del sistema di codifica ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive regionali in tema di codifica;
controllo delle tipologie di prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
verifica della correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità assegnate.

Per quanto concerne la specialistica ambulatoriale, i controlli interni hanno la finalità di:

accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla DGR n. 600 del 13 marzo 2007;
verificare l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;
accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M.

329 del 28 maggio 1999.

Semestralmente il NAC predisporre prospetti riepilogativi relativi agli esiti dei controlli effettuati, da inviare al Nucleo Provinciale di Controllo e al Nucleo Regionale di Controllo;

Ogni anno ciascuna Azienda erogatrice sia pubblica che privata accreditata ed erogatore equiparato deve predisporre un proprio "Piano annuale dei controlli interni" che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell'anno; il Piano deve comprendere specifiche categorie che siano risultate critiche a livello locale, adeguatamente esplicitate e motivate.

il Piano va inviato, entro il mese di Febbraio di ciascun anno, al Nucleo Provinciale di Controllo, che effettuerà la relativa istruttoria e ne farà pervenire, entro il mese di marzo, i risultati al Nucleo Regionale di Controllo (NRC) per il giudizio definitivo.

Oltre a ciò, ogni anno il Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, di concerto con il Nucleo Regionale di Controllo, definirà i principali indicatori da sottoporre a verifica, sulla base degli esiti dei controlli effettuati negli anni precedenti e delle eventuali indicazioni fornite sia dalle normative nazionali e regionali che dalle stesse Aziende erogatrici.

Qualora nel corso dell'anno dovessero essere evidenziate criticità non previste dal Piano dei Controlli interni ma meritevoli di attenzione e verifica, il Direttore Generale dovrà inviare al Nucleo Provinciale di Controllo e al Nucleo Regionale di Controllo comunicazione relativa alle nuove tipologie di prestazioni sanitarie che intende sottoporre a controllo, ad integrazione del Piano annuale dei Controlli interni.

3. CONTROLLI ESTERNI

Per controlli esterni si intende l'insieme dei controlli disposti dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS sulle prestazioni erogate ai propri assistiti, in regime di ricovero ed ambulatoriale, da altre strutture pubbliche, private accreditate e dagli erogatori equiparati della Regione Veneto.

L'attività di controllo è effettuata dai NAC; ciascun NAC effettua i controlli sulle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e dagli erogatori equiparati presenti nel proprio territorio sia relative ai propri residenti che ai residenti delle altre Aziende ULSS al di fuori della propria provincia, dandone successiva comunicazione alle Aziende ULSS interessate.

E' auspicabile che, a livello provinciale, le singole Aziende ULSS costituiscano un Nucleo Interaziendale di Controllo (NIC), con il compito di effettuare i controlli esterni; in questo caso il NIC dovrà dotarsi di uno specifico Regolamento che ne disciplini la composizione e il funzionamento.

I controlli esterni vanno condotti in modo omogeneo e imparziale su tutti gli erogatori pubblici, privati accreditati ed equiparati.

I controlli esterni relativi all'attività di ricovero hanno la finalità di accertare, mediante verifiche di tipo sanitario condotte sulle SDO e sulle cartelle cliniche:

- l'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero rispetto ad eventuali modalità alternative di assistenza;
- la rispondenza tra quanto riportato sulla SDO e quanto documentato in cartella clinica;
- la correttezza della codifica delle SDO.

I controlli esterni relativi all'attività ambulatoriale hanno l'obiettivo di verificare, mediante l'analisi delle ricette e della relativa documentazione sanitaria:

- la correttezza di compilazione delle impegnative;
- l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla DGR n. 600 del 13 marzo 2007;
- l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;

- la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999.

Semestralmente il NAC predisporre prospetti riepilogativi relativi agli esiti dei controlli effettuati, da inviare al Nucleo Provinciale di Controllo e al Nucleo Regionale di Controllo.

Ogni anno ciascuna Azienda ULSS deve predisporre un proprio “Piano annuale dei controlli esterni” che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell’anno; il Piano deve comprendere specifiche categorie che siano risultate critiche a livello locale, adeguatamente esplicitate e motivate.

Il Piano va inviato, entro il mese di Febbraio di ciascun anno, al Nucleo Provinciale di Controllo, che effettuerà la relativa istruttoria e ne farà pervenire, entro il mese di marzo, i risultati al Nucleo Regionale di Controllo (NRC) per il giudizio definitivo.

Oltre a ciò, ogni anno il Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, di concerto con il Nucleo Regionale di Controllo, definirà i principali indicatori da sottoporre a verifica, sulla base degli esiti dei controlli effettuati negli anni precedenti e delle eventuali indicazioni fornite sia dalle normative nazionali e regionali che dalle stesse Aziende erogatrici.

Qualora nel corso dell’anno dovessero essere evidenziate criticità non previste dal Piano dei Controlli esterni ma meritevoli di attenzione e verifica, il NAC dovrà inviare al Nucleo Provinciale di Controllo e al Nucleo Regionale di Controllo una comunicazione che specifichi le nuove tipologie di prestazioni sanitarie che intende sottoporre a controllo e le relative motivazioni. Il Nucleo Provinciale di Controllo e il Nucleo Regionale di Controllo provvederanno a dare una valutazione di conformità delle suddette integrazioni alle regole generali del sistema dei controlli.

3.1 MODALITÀ OPERATIVE DEI CONTROLLI ESTERNI

Gli aspetti generali relativi alle modalità operative di esecuzione dei controlli esterni possono essere così riassunti:

1. l’erogatore presso il quale viene effettuato il controllo deve ricevere comunicazione scritta da parte dell’Azienda ULSS che ha disposto il controllo stesso almeno 15 giorni prima della data prefissata, con allegato l’elenco delle prestazioni oggetto della verifica;
2. al momento del controllo devono essere presenti almeno due componenti del NAC dell’Azienda ULSS;
3. i controlli vanno effettuati in presenza di almeno un rappresentante della struttura controllata;
4. le risultanze dei controlli andranno inviate a cura del NAC dapprima al NPC e, successivamente alla ricezione degli esiti dell’analisi da parte del Nucleo Provinciale stesso, al NRC e al Coordinamento regionale per i controlli sanitari. Le scadenze di invio al NRC dei risultati, per ciascun anno, sono le seguenti:
 - controlli sull’attività del 1° semestre: entro il mese di ottobre dello stesso anno;
 - controlli sull’attività del 2° semestre: entro il mese di aprile dell’anno successivo.

3.1.1 VERBALI DI CONTROLLO

- 1) le risultanze del controllo vanno registrate su di un apposito verbale che riporti almeno i

seguenti dati essenziali:

- identificativo della documentazione clinica controllata (numero SDO, numero impegnativa);
 - tipologia di controllo (es. DRG complicato);
 - esito (confermato/modificato);
 - breve descrizione delle eventuali modifiche apportate.
- 2) nel verbale devono essere individuabili in modo chiaro ed esplicito le prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo;
 - 3) Il verbale deve essere redatto in duplice copia e sottoscritto da entrambe le parti;
 - 4) La sottoscrizione del verbale comporta l'accettazione di tutti gli esiti registrati sullo stesso.

3.1.2 CONTESTAZIONI E RILIEVI

Qualora vi siano contestazioni da parte della Azienda ULSS, Ospedaliera, IOV, della struttura privata accreditata o dell'erogatore equiparato controllati relativamente ai rilievi effettuati dal NAC, le stesse vanno inviate al Nucleo Provinciale di Controllo corredate da:

- 1) verbale sottoscritto in occasione del controllo, dal quale si evincano le prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo tra le parti;
- 2) istruttoria necessaria per valutare il caso clinico oggetto di contestazione.

Qualora il NPC non giungesse ad una risoluzione definitiva, lo stesso provvederà ad inviare le contestazioni al NRC per un parere finale.

4. ATTIVITA' DI VIGILANZA PROVINCIALE

4.1 NUCLEO PROVINCIALE DI CONTROLLO

Il Nucleo Provinciale di Controllo (NPC) è riunito e coordinato dal Direttore Sanitario dell'Azienda ULSS capoluogo di provincia ed è composta dai Direttori Sanitari di ciascuna Azienda ULSS o propri delegati, da un pari numero di rappresentanti nominati dalle associazioni maggiormente rappresentative delle strutture private accreditate e degli erogatori equiparati e, ove presenti, da un rappresentante per ciascuna Azienda Ospedaliera e per l'Istituto Oncologico Veneto.

Il Nucleo Provinciale di Controllo svolge le seguenti funzioni:

- 1) prendere atto del Regolamento che disciplina la composizione e il funzionamento del NIC eventualmente costituito nella rispettiva provincia;
- 2) predisporre l'istruttoria relativa ai Piani annuali di controllo interno ed esterno da inviare al NRC;
- 3) analizzare gli esiti dei controlli interni effettuati dai NAC ed esterni effettuati dai NAC o dal NIC della rispettiva provincia prima dell'invio degli stessi al Nucleo Regionale di Controllo e al Coordinamento regionale per i controlli sanitari;

- 4) definire le eventuali contestazioni irrisolte inerenti i controlli esterni sugli erogatori della provincia; qualora almeno i 2/3 dei presenti non giungessero ad un accordo definitivo, le contestazioni verranno inviate al NRC;
- 5) proporre al NRC eventuali criteri aggiuntivi per garantire l'uniformità dei controlli a livello regionale.

Il Nucleo Provinciale di Controllo invia periodicamente al Nucleo Regionale di Controllo i verbali degli incontri effettuati e lo informa relativamente ad eventuali iniziative locali (ad es. protocolli di valutazione, manuali ad uso dei controllori); il NRC da parte sua provvederà ad analizzare la documentazione presentata per una sua eventuale estensione applicativa su tutto il territorio regionale.

I componenti del Nucleo Provinciale di Controllo possono presenziare e/o partecipare all'attività di controllo interno delle Aziende ULSS della rispettiva provincia.

5. ATTIVITA' DI VIGILANZA REGIONALE

La Regione esercita una attività di supervisione sul sistema di erogazione e controllo delle prestazioni prodotte dalle Aziende pubbliche, dagli erogatori privati accreditati e dagli erogatori equiparati che insistono sul suo territorio, oltre che sulla mobilità extraregionale.

Tale attività viene svolta per il tramite del Nucleo Regionale di Controllo e del Coordinamento regionale per i controlli sanitari.

5.1 NUCLEO REGIONALE DI CONTROLLO

Il Nucleo Regionale di Controllo (NRC) rappresenta un organo, al di sopra delle parti, di supervisione dell'attività svolta e di garanzia del corretto funzionamento del sistema; è nominato con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità, è presieduto da un esperto di nomina regionale ed è costituito da 5 componenti appartenenti a strutture pubbliche e da 5 componenti proposti dalle associazioni più rappresentative del settore privato, tutti individuati sulla base dell'esperienza maturata in materia di controlli.

Le funzioni del Nucleo Regionale di Controllo comprendono:

- 1) predisporre e/o aggiornare le direttive operative sull'attività di controllo e sulla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di norma annualmente, in accordo con gli indirizzi della politica sanitaria regionale e conformi all'evoluzione scientifica e tecnologica;
- 2) verificare la congruenza e adeguatezza dei Piani Annuali di controllo interno ed esterno precedentemente valutati dal NPC e procedere alla loro approvazione;
- 3) dirimere le eventuali contestazioni rimaste irrisolte a livello del NPC e concluderne l'esame in tempo utile per la redazione del bilancio d'esercizio, fermo restando il rispetto degli obblighi di salvaguardia dell'erario, esprimendo un giudizio insindacabile, fatte salve le palesi difformità di codifica rispetto alle specifiche direttive regionali;
- 4) acquisire ulteriori informazioni rispetto a situazioni particolari che emergono dall'analisi dei dati contenuti nell'archivio regionale delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale

erogate dalle strutture pubbliche, private accreditate e dagli erogatori equiparati, dalle segnalazioni del Coordinamento regionale per i controlli sanitari e da considerazioni autonome da parte del NRC stesso;

- 5) effettuare analisi comparative sui risultati dei controlli delle singole Aziende ULSS, Ospedaliere, IRCCS, privati accreditati ed erogatori equiparati.

L'accordo sulle contestazioni irrisolte si otterrà con il raggiungimento della maggioranza semplice dei presenti.

5.2 COORDINAMENTO REGIONALE PER I CONTROLLI SANITARI

Il Coordinamento Regionale per i controlli sanitari rappresenta l'organo di cui si avvale il Nucleo Regionale di Controllo per poter realizzare i suoi obiettivi di supervisione e vigilanza sull'attività sanitaria erogata.

La responsabilità del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari è affidata, con incarico triennale rinnovabile, ad un medico nominato con provvedimento del Segretario Regionale per la Sanità, il quale abbia almeno 5 anni di esperienza sviluppata nell'ambito dei controlli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Le funzioni del Coordinamento regionale per i controlli sanitari comprendono le seguenti azioni:

- 1) affiancare il NRC nelle funzioni ad esso attribuite;
- 2) attivarsi, in caso di particolari problematiche evidenziate dalle verifiche dei NAC, in modo tale che le Aziende interessate mettano in atto tutte le azioni correttive necessarie al fine di evitare il ripetersi delle criticità rilevate;
- 3) stimolare il miglioramento della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- 4) fornire elementi utili per l'aggiornamento del documento tecnico-organizzativo sull'attività dei controlli;
- 5) predisporre linee guida in tema di codifica delle schede di dimissione ospedaliera;
- 6) fornire consulenza e supporto ai NAC nell'attuazione dei controlli interni ed esterni;
- 7) procedere ad istruttoria tecnico-professionale su problematiche sollevate dalle strutture erogatrici, su esplicito mandato del NRC;
- 8) promuovere iniziative formative e di incontro per migliorare la cultura dell'appropriatezza negli operatori preposti ai controlli.

6. TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

6.1 CONTROLLI INTERNI

Ciascuna Azienda ULSS, Ospedaliera, IOV, struttura privata accreditata ed erogatore equiparato deve eseguire i controlli interni relativi alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali erogate nell'anno in corso.

6.1.1 CONTROLLI PRESTAZIONI DI RICOVERO

I controlli dei ricoveri (ordinari e diurni) sono relativi ad almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte nell'anno oggetto di verifica, come previsto dall'Art. 79 della Legge 133 del 6 agosto 2008. I controlli relativi ai ricoveri afferenti ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui alla DGR n° 4277 del 29 dicembre 2009 sono compresi nell'ambito della suddetta quota del 10%.

Le tipologie di prestazioni di ricovero oggetto di controllo verranno definite annualmente nei Piani annuali dei controlli interni e dal Coordinamento Regionale per i controlli sanitari di concerto con il NRC.

Sull'intero campione dovrà anche essere eseguito un controllo relativo alla correttezza della codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure. La codifica ICD9-CM deve infatti essere sempre conforme a quanto erogato nel corso del ricovero e corrispondente a quanto indicato nella documentazione presente in cartella clinica.

6.1.2 CONTROLLI PRESTAZIONI AMBULATORIALI

I controlli potranno riguardare, oltre alle tipologie definite annualmente dal Coordinamento Regionale per i controlli sanitari di concerto con il NRC e dai Piani annuali dei controlli interni, i seguenti indicatori relativi alle modalità di prescrizione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali:

- 1) attribuzione sistematica della classe di priorità e del sospetto diagnostico all'atto della prescrizione;
- 2) verifica del rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione;
- 3) verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e della corretta erogazione delle stesse prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999;
- 4) verifica, su un campione di prestazioni appartenenti alle branche specialistiche comprese nell'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, della congruità tra quanto prescritto e quanto erogato, sulla base dell'analisi della documentazione clinica a disposizione.

6.2 CONTROLLI ESTERNI

I controlli esterni vanno condotti dai NAC delle Aziende ULSS in modo omogeneo e imparziale su tutti gli erogatori pubblici della Regione Veneto e sugli erogatori privati accreditati ed equiparati della provincia di appartenenza di ciascuna Azienda ULSS.

I controlli esterni vanno effettuati su un campione pari almeno al 10% dei ricoveri relativi agli assistiti di ciascuna Azienda ULSS, come previsto dall'Art. 79 della Legge 133 del 6 agosto 2008.

6.2.A CONTROLLI SUI RICOVERI ORDINARI IN UNITA' OPERATIVE PER ACUTI

I controlli potranno riguardare, oltre alle tipologie definite annualmente dal Coordinamento Regionale per i controlli sanitari di concerto con il NRC e dal Piano annuale dei controlli esterni, anche le seguenti categorie di ricoveri ordinari:

1) Ricoveri ordinari attribuiti a un DRG complicato

Si considerano correttamente attribuiti a un DRG complicato quei ricoveri in cui la durata della degenza sia superiore di almeno un giorno rispetto alla degenza media, definita dalla Regione, del corrispettivo DRG omologo non complicato, oppure alla degenza media del medesimo DRG rilevata presso l'erogatore, qualora la sua performance risulti migliore di quella regionale più recente. Poiché possono essere presenti situazioni in cui è da ritenersi corretta la codifica di diagnosi secondarie che generano un DRG complicato, pur con degenze inferiori all'omologo DRG non complicato, risulta indispensabile il controllo della documentazione clinica.

2) Ricoveri ordinari di tipo urgente

Si considerano ricoveri ordinari di tipo urgente quei ricoveri dove il carattere d'urgenza sia evidenziabile e i pazienti siano transitati dal Pronto Soccorso, fatto salvo i ricoveri ad accesso diretto. Deve essere considerata anomala, e pertanto oggetto di maggiori controlli, la procedura con la quale i ricoveri urgenti vengono effettuati direttamente dai reparti di degenza; fanno eccezione i percorsi alternativi che ciascuna Azienda può organizzare autonomamente al fine di evitare accessi impropri al Pronto Soccorso, come previsto dalle specifiche applicative della DGR n° 600 del 13 marzo 2007 di cui alla Circolare 453219/50.08.00 del 10 agosto 2007.

3) Ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatazza

Si considerano ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatazza i ricoveri afferenti all'elenco dei 108 DRG di cui alla DGR n. 4277 del 29 dicembre 2009 e in particolare sono da considerarsi potenzialmente inappropriati:

- i ricoveri attribuiti a DRG chirurgici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), nel corso dei quali sia stata erogata un'unica prestazione contenuta nel Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 123 del 22 dicembre 2009;
- i ricoveri attribuiti a DRG medici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), privi di procedure di cui al Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 123 del 22 dicembre 2009;

Sull'intero campione dovrà anche essere eseguito un controllo relativo alla correttezza della codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure. La codifica ICD9-CM deve infatti essere sempre conforme a quanto erogato nel corso del ricovero e corrispondente a quanto indicato nella documentazione presente in cartella clinica.

Qualora si evidenziasse un errore di codifica, rispetto a linee guida o disposizioni regionali, ripetuto in più del 25% delle cartelle cliniche controllate relative allo stesso DRG, si dovrà procedere alla verifica dello specifico errore sulla produzione dell'intero anno oggetto di controllo per il medesimo DRG.

6.2.B CONTROLLI SUI RICOVERI DIURNI IN UNITA' OPERATIVE PER ACUTI

I controlli potranno riguardare, oltre alle tipologie definite annualmente dal Coordinamento Regionale per i controlli sanitari di concerto con il NRC e dal Piano annuale dei controlli esterni, anche le seguenti categorie di ricoveri diurni:

1) Ricoveri diurni attribuiti a un DRG complicato

I ricoveri diurni attribuiti a DRG complicato si configurano come ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, poichè gli accessi sono programmati e finalizzati alla procedura/terapia relativa alla patologia descritta in diagnosi principale.

2) Ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatazza

Si definiscono ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatazza quei ricoveri privi di procedure di cui al Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 123 del 22 dicembre 2009.

3) Ricoveri diurni effettuati per le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale

I ricoveri diurni effettuati per l'erogazione di prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale rappresentano una tipologia di ricovero a rischio di inappropriatazza relativamente al setting assistenziale.

Sull'intero campione dovrà anche essere eseguito un controllo relativo alla correttezza della codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure. La codifica ICD9-CM deve infatti essere sempre conforme a quanto erogato nel corso del ricovero e corrispondente a quanto indicato nella documentazione presente in cartella clinica.

Qualora si evidenziasse un errore di codifica, rispetto a linee guida o disposizioni regionali, ripetuto in più del 25% delle cartelle cliniche controllate relative allo stesso DRG, si dovrà procedere alla verifica dello specifico errore sulla produzione dell'intero anno oggetto di controllo per il medesimo DRG.

6.2.C RICOVERI IN UNITA' OPERATIVE DI RIABILITAZIONE

I controlli relativi ai ricoveri nelle Unità Operative con codici 28, 75 e 56 vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR n° 3913 del 4 dicembre 2007.

6.2.D RICOVERI IN UNITA' OPERATIVE DI LUNGODEGENZA

I controlli relativi ai ricoveri nelle Unità Operative con codice 60 vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR n° 839 dell'8 aprile 2008.

6.2.E RICOVERI IN UNITA' OPERATIVE DI PSICHIATRIA

Questi controlli sono mirati alla verifica della completezza e comprensibilità della cartella clinica, della congruenza tra quanto rilevabile in cartella clinica e quanto codificato in SDO, della correttezza della codifica della SDO e di eventuali altri indicatori che verranno definiti annualmente dal Coordinamento Regionale per i controlli sanitari di concerto con il NRC.

6.2.F CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

I controlli potranno riguardare, oltre alle tipologie definite annualmente dal Coordinamento Regionale per i controlli sanitari di concerto con il NRC e dal Piano annuale dei controlli esterni, anche le seguenti categorie di prestazioni ambulatoriali:

- 1) Verifica a campione della congruenza ed appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso la verifica delle prescrizioni e della relativa documentazione clinica (referti, cartelle ambulatoriali);
- 2) Verifica della presenza sulla ricetta della classe di priorità biffata e del sospetto diagnostico;
- 3) Verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e della corretta erogazione delle stesse prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. n° 329 del 28 maggio 1999.

7. RICADUTE ECONOMICHE DEI CONTROLLI ESTERNI

- 1) Le ricadute economiche dei controlli esterni oggetto di eventuali contestazioni si applicano solo dopo la definizione delle contestazioni stesse, che vanno portate al tavolo del Nucleo Provinciale di Controllo e, in caso di mancato accordo, del Nucleo Regionale di Controllo.
- 2) L'analisi delle contestazioni va conclusa in tempo utile per la redazione del bilancio d'esercizio, fermo restando il rispetto degli obblighi di salvaguardia dell'erario, esprimendo un giudizio insindacabile, fatte salve le palesi difformità di codifica rispetto alle specifiche direttive regionali.
- 3) Le decisioni assunte dal Nucleo Regionale di Controllo in materia di contestazioni sono vincolanti e definitive, nei termini di legge, per tutti i soggetti erogatori pubblici, privati accreditati ed equiparati, con i conseguenti effetti economici e finanziari.
- 4) Qualora si evidenziasse un errore di codifica, rispetto a linee guida o disposizioni regionali, ripetuto in più del 25% delle cartelle cliniche controllate relative allo stesso DRG e si sia pertanto proceduto alla verifica dello specifico errore sulla produzione dell'intero anno oggetto di controllo per il medesimo DRG, laddove il controllo sull'intera produzione evidenziasse che l'errore riguarda più del 70% dei casi controllati la penalizzazione economica verrà estesa all'intera categoria di ricoveri per l'anno in oggetto; in caso contrario saranno oggetto di penalizzazione solo le cartelle cliniche errate.
- 5) in caso di palese violazione in tema di codifica rispetto a linee guida e disposizioni regionali, la penalizzazione economica avrà effetto dalla data di emissione delle disposizioni medesime.

Le ricadute economiche previste sono le seguenti:

Ricoveri ordinari attribuiti a un DRG complicato

I ricoveri ordinari attribuiti a un DRG complicato e non riconosciuti come tali sono remunerati alla tariffa dell'omologo DRG non complicato.

Ricoveri diurni attribuiti a un DRG complicato

I ricoveri diurni attribuiti a un DRG complicato e non riconosciuti come tali sono remunerati alla tariffa dell'omologo DRG non complicato.

Ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatazza

- I ricoveri ordinari brevi (degenza 0-2 notti) attribuiti ad un DRG medico afferente all'elenco dei 108 DRG di cui alla DGR n° 4227 del 29 dicembre 2009, privi di procedure di cui al Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 123 del 22 dicembre 2009, se riconosciuti inappropriati sono remunerati alla tariffa di Euro 138.15.
- I ricoveri ordinari brevi (degenza 0-2 notti) attribuiti a DRG chirurgico afferenti all'elenco del 108 DRG di cui alla DGR n° 4227 del 29 dicembre 2009 verranno monitorati nel tempo.
- I ricoveri ordinari con degenza superiore a 2 notti, afferenti all'elenco dei 108 DRG di cui alla DGR n° 4227 del 29 dicembre 2009, verranno monitorati nel tempo.

Ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatazza

I ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatazza, privi di procedure di cui al Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 123 del 22 dicembre 2009, se riconosciuti inappropriati sono remunerati al 10% della tariffa dello specifico DRG.

Ricoveri ordinari e diurni con errori nella codifica della SDO

I ricoveri ordinari e diurni nei quali si riscontrano errori di codifica rispetto a linee guida o disposizioni nazionali e regionali vengono remunerati alla tariffa del DRG derivante dalla attribuzione della corretta codifica.

Ricoveri ordinari di tipo urgente

I ricoveri ordinari di tipo urgente non riconosciuti tali, se considerati appropriati, vengono monitorati senza ricadute economiche, se considerati inappropriati, sono remunerati alla tariffa di Euro 138.15