TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

1 CONTROLLI INTERNI

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

Le risultanze dei controlli interni vanno portate annualmente al tavolo del Nucleo Regionale di Controllo (NRC) entro il mese di aprile dell'anno successivo a quello oggetto di verifica, utilizzando griglie predefinite e condivise a livello regionale per la registrazione degli esiti dei controlli.

L'obiettivo dei controlli interni è quello di analizzare le tipologie di prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale, in percentuale variabile a seconda delle esigenze locali.

Eventualmente possono anche essere previsti controlli sugli indicatori sotto elencati.

1.1 RICOVERI ORDINARI IN UNITA' OPERATIVE PER ACUTI

Il controllo può riguardare le seguenti categorie:

1. ricoveri attribuiti a DRG complicati;

2. ricoveri di tipo urgente;

3. ricoveri attribuiti ai DRG presenti nell'elenco dei 52 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza di cui alla DGR n. 2227 del 9 agosto 2002.

Su tale campione verrà anche eseguito un controllo sulla correttezza della codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure.
E' inoltre opportuno che ciascuna struttura di ricovero rilevi al suo interno i seguenti indicatori di performance:

- percentuale di ricoveri ordinari attribuiti a un DRG complicato sul totale delle dimissioni in regime ordinario;
- percentuale di ricoveri brevi (0-2 notti) con DRG medico;
- percentuale di dimissioni per trasferimento entro il secondo giorno;
- degenza media DRG-specifica;
- percentuale di ricoveri ordinari effettuati per le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale.

Gli indicatori sopra elencati si intendono comprensivi anche dei ricoveri urgenti.

1.2 RICOVERI DIURNI IN UNITA' OPERATIVE PER ACUTI

Il controllo può riguardare le seguenti categorie:

1. ricoveri diurni con DRG medico, privi di procedure di cui all'allegato A della DGR 4450 del 28 dicembre 2006 e successive integrazioni;

2. ricoveri diurni effettuati per le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale.

3. ricoveri diurni attribuiti a DRG complicato.

1.3 RICOVERI IN UNITA' OPERATIVE DI RIABILITAZIONE

Può essere prevista la verifica sull'attività di ricovero nelle Unità Operative con codici 28, 75 e 56. I controlli vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR n° 3913 del 4 dicembre 2007 e successive integrazioni.

1.4 RICOVERI IN UNITA' OPERATIVE DI LUNGODEGENZA

Può essere prevista anche la verifica sull'attività di ricovero nelle Unità Operative con codice 60. I controlli vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR n° 839 dell'8 aprile 2008 e successive integrazioni.

1.5 RICOVERI IN STRUTTURE PSICHIATRICHE

Questi controlli sono mirati alla verifica della presenza dei progetti riabilitativi e ad eventuali indicatori definiti successivamente dal Nucleo Regionale di Controllo.

1.6 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Possono costituire oggetto di controllo interno:

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, 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;

4. 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.

1.7 PRESTAZIONI DI DAY SERVICE

Possono costituire oggetto di controllo interno anche le prestazioni erogate secondo la DGR n. 1079 del 17 aprile 2007 e successive integrazioni, in particolare:

1. rispetto dei pacchetti di prestazioni autorizzati dalla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari;
2. effettiva esecuzione di visite specialistiche, esami strumentali e/o prestazioni terapeutiche secondo i percorsi adottati dalla Struttura per la presa in carico del paziente.

2 CONTROLLI ESTERNI

2.1 CAMPIONAMENTO

Il Nucleo di controllo di Area Vasta (NAV) è deputato all'estrazione del campione di cartelle cliniche oggetto di controllo.
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 n° 133 del 6 agosto 2008. I controlli relativi ai ricoveri afferenti ai 52 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui alla DGR n° 2227 del 9 agosto 2002 sono compresi nell'ambito della suddetta quota del 10%.

Il campione deve essere così costituito:

- almeno il 3% dei ricoveri deve essere relativo agli indicatori di cui ai punti 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 (Allegato B);

- il rimanente 7% o più va estratto casualmente, comprendendo i controlli relativi ai ricoveri afferenti ai 52 DRG ad alto rischio di inappropriatezza. E' possibile indicare nel Piano annuale dei controlli esterni particolari tipologie di ricoveri ordinari e/o diurni che saranno sottoposte a verifica nel corso dell'anno, qualora correlate con le modalità operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano stesso.

2.2 RICOVERI ORDINARI IN UNITA' OPERATIVE PER ACUTI

I seguenti indicatori devono fare parte della quota del 3% del campione di ricoveri:

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.

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 secondo la quale i ricoveri urgenti vengono effettuati direttamente dalle unità operative 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 n° 453219/50.08.00 del 10 agosto 2007.

Ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatezza

Si considerano ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatezza i ricoveri afferenti all'elenco dei 52 DRG di cui alla DGR n. 2227 del 9 agosto 2002 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 nell'Allegato A della DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 e successive integrazioni;

- i ricoveri attribuiti a DRG medici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), privi di procedure di cui alla DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 e successive integrazioni.

Per tutte le tipologie di indicatori sopra descritti deve essere sempre eseguito il controllo dei possibili errori 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 alla stesso DRG, si dovrà procedere alla verifica dello specifico errore sulla produzione dell'intero anno oggetto di controllo per il medesimo DRG.

2.3 RICOVERI DIURNI IN UNITA' OPERATIVE PER ACUTI

I seguenti indicatori devono fare parte della quota del 3% del campione di ricoveri:

Ricoveri diurni attribuiti a un DRG complicato

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

Ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatezza

Si definiscono ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatezza quei ricoveri privi di procedure di cui alla DGR n. 4450 del 28 dicembre 2006 e successive modifiche ed integrazioni.

Ricoveri diurni effettuati per le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale

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

Per tutte le tipologie di indicatori sopra descritti deve essere sempre eseguito il controllo dei possibili errori della codifica delle diagnosi o 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 alla stesso DRG, si dovrà procedere alla verifica dello specifico errore sulla produzione dell'intero anno oggetto di controllo per il medesimo DRG.

2.4 RICOVERI IN UNITA' OPERATIVE DI RIABILITAZIONE

Dovrà essere prevista anche la verifica sull'attività di ricovero delle Unità Operative con codici 28, 75 e 56. I controlli vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR n° 3913 del 4 dicembre 2007 e successive integrazioni; gli stessi vanno ricompresi almeno nella quota percentuale del 3%.

2.5 RICOVERI IN UNITA' OPERATIVE DI LUNGODEGENZA

Dovrà essere prevista anche la verifica sull'attività di ricovero delle Unità Operative con codice 60. I controlli vanno eseguiti in base ai criteri di appropriatezza di cui alla DGR n° 839 dell'8 aprile 2008 e successive integrazioni; gli stessi vanno ricompresi almeno nella quota percentuale del 3%.

2.6 RICOVERI IN STRUTTURE PSICHIATRICHE

Questi controlli saranno mirati alla verifica della presenza dei progetti riabilitativi e ad eventuali indicatori definiti successivamente dal NRC; gli stessi vanno ricompresi almeno nella quota percentuale del 3%.

2.7 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Deve essere eseguito un controllo in particolare su:

1. Verifica della concordanza tra quanto prescritto e quanto erogato su tutte le prestazioni traccianti di cui all'Allegato A della DGR n° 600 del 13 marzo 2007 e successive modifiche, attraverso l'analisi della documentazione clinica disponibile;

2. Verifica della presenza sulla ricetta della classe di priorità biffata e del sospetto diagnostico su tutte le prestazioni traccianti di cui all'Allegato A della DGR n° 600 del 13 marzo 2007 e successive eventuali modifiche;

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.

Relativamente ad altre eventuali specifiche modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali si rimanda a successive disposizioni del Dirigente della Direzione Servizi Sanitari, dopo aver preso visione dell'aggiornamento nazionale del Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

<u>Metodologia</u>

L'analisi riguarda le impegnative relative alle prestazioni erogate nelle cinque giornate di rilevazione dei tempi di attesa, con cadenza semestrale nel corso dell'anno (10 giornate di rilevazione).

2.8 PRESTAZIONI DI DAY SERVICE

Deve essere eseguito un controllo in particolare su:

1. Il rispetto dei pacchetti di prestazioni autorizzati dalla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari;

2. L'effettiva esecuzione di visite specialistiche, esami strumentali e/o prestazioni terapeutiche secondo i percorsi prestabiliti di presa in carico del paziente e in base ad altre eventuali indicazioni fornite.