

**SSDA Monitoraggio e Controllo delle attività di ricovero**

# **Controlli Interni di tipo sanitario sui ricoveri dell'A.O. DI COSENZA**

**Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. K.Rossi**



**Anno 2020**

## ***PRESENTAZIONE***

La SSDA Monitoraggio e Controllo delle Attività di Ricovero dell'AO di Cosenza, conformemente a quanto stabilito dal DPGR 53/11e s.m.i., elabora il protocollo delle attività di controllo interno di tipo sanitario dei ricoveri aggiornando lo stesso.

Il presente documento è stato elaborato da:

Dott.ssa Antonella Benvenuto

Inf. Katia Rossi

con la collaborazione di Inf. Giovanni Mostacciolo

Data di elaborazione 2019

Data di revisione 2020

## INDICE

1. PREMESSA .....	2
2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI .....	3
3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI .....	3
4. I CONTROLLI .....	6
4.1.CONTROLLI DI CONGRUITÀ .....	7
4.2.CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA .....	14
4.3.CONTROLLI OBBLIGATORI SULLA TOTALITÀ DELLE CARTELLE CLINICHE ....	18
4.4.CONTROLLI DI QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA .....	21
BIBLIOGRAFIA .....	22
ALLEGATI check list	

## **1. PREMESSA**

Il Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, di cui alla Delibera di Giunta Regionale n.845 del 16.12.2009 ha previsto nelle ASP e nelle AO l’attivazione di una funzione specifica dedicata alla verifica dell’appropriatezza utilizzando risorse professionali dedicate, allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull’appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche in attuazione alla normativa vigente.

Nel DPGR 53/11 è stata ribadita la necessità di istituire una struttura dedicata in staff alla Direzione Aziendale al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo e di uniformare il relativo assetto organizzativo in tutto il territorio regionale.

La SSSA MCAR ha il compito di redigere il piano annuale per i controlli analitici da effettuarsi nell’anno successivo.

## **2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI**

È stato previsto nelle linee guida regionali allegare al DPGR 53 del 4.7.2011, ribadito successivamente anche nelle Linee Guida all'Atto Aziendale pubblicate in data 16.12.2015 con il DCA 130 è stata ulteriormente definita tale funzione prevedendo al paragrafo 28. "Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere". Al fine di dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo, detta struttura, affidata ad un dirigente medico con comprovata esperienza nel settore, è specificamente deputata al coordinamento delle attività di controllo ed è funzionalmente collegata con il competente Settore Ospedaliero del Dipartimento Tutela della Salute.

L'azienda Ospedaliera di Cosenza con delibera n.1029 del 16.9.2011, resa esecutiva nel Dicembre 2011, ha istituito una struttura aziendale di monitoraggio e controllo delle attività di ricovero attribuendone la responsabilità alla Dr. Antonella Benvenuto, già responsabile per l'Azienda della struttura flussi informativi, epidemiologia e statistica.

Attualmente a seguito della delibera aziendale n.5 del 12.01.2017 è stato conferito l'incarico alla Dr. Antonella Benvenuto ed è tutt'ora vigente.

Gli esiti dei controlli analitici, conformi al presente protocollo di valutazione verranno inviati periodicamente al Dipartimento della Salute della Regione Calabria.

## **3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI**

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata in regime di ricovero ordinario e diurno a favore dei cittadini che accedono alla A.O. di Cosenza.

I controlli interni hanno le seguenti finalità:

1. controllo del sistema ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive in tema di codifica;

2. controllo delle tipologie di codifica delle prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
3. verifica del corretto inserimento informatico del regime di erogazione delle prestazioni;
4. verifica del corretto inserimento informatico della modalità di dimissione.

Il sistema dei controlli interni prevede due tipologie di controlli:

I) controlli e analisi sugli archivi SDO

I controlli e l'analisi sugli archivi SDO sono finalizzati alla verifica della qualità e della completezza del tracciato SDO e al monitoraggio dell'attività a consuntivo, attraverso l'elaborazione di un set di idonei indicatori e costituiscono la base per la selezione della casistica da sottoporre al successivo controllo analitico di secondo livello, da effettuarsi sulla SDO e sulla cartella clinica o direttamente in reparto con il dirigente medico responsabile della compilazione o con il direttore dell'unità operativa.

II) controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO

Volumi dei controlli analitici

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27/05/2010) “Controlli sulle cartelle cliniche”, recepito dalla Regione Calabria con Decreto del Commissario ad Acta n. 25 del 16 novembre 2010, prevede che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore:

- ✓ 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;
- ✓ un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatelyzza, in base ai parametri definiti nel decreto stesso, e che dal 2011 viene effettuato in misura aggiuntiva al 10% del punto precedente.

#### 4. I CONTROLLI

La prima fase del sistema di controllo è la messa a regime di un flusso informativo di qualità controllata delle informazioni relative alla totalità dei ricoveri ospedalieri, attraverso la corretta compilazione, trasmissione e accettazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

La scheda di dimissione ospedaliera rappresenta lo strumento base per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati accreditati; costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica e consente la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente. È parte integrante della cartella clinica e ne assume il medesimo valore medico-legale, è un *“atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico”* contiene le informazioni necessarie per l’attribuzione del DRG e per l’individuazione della tariffa relativa a ogni ricovero, costituisce l’unico titolo per l’accesso alla remunerazione.

La compilazione della SDO deve avvenire nel rigoroso rispetto delle istruzioni contenute nel disciplinare tecnico di cui al DM 27.10.2000 n. 380, integrato dal D.M. Ministero della Salute n. 135/2010, recepito dalla Regione Calabria con il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della salute n° 7 del 4/01/2011, aggiornato con l’introduzione della nuova sdo prevista dal Decreto 7 dicembre 2016, n. 261 *“Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera.”* pubblicato GU n.31 del 7.2.2017 con l’obiettivo di adeguare il contenuto informativo della sdo all’esigenza di monitoraggio valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria.

Le informazioni contenute nella nuova sdo consentono di valutare meglio l’appropriatezza delle prestazioni erogate e sono utili a monitorare il rispetto degli standard dei volumi delle attività chirurgica e a stimare con maggiore accuratezza gli esiti degli interventi sanitari e l’indicatore della qualità dell’assistenza erogata (fonte Ministero della Salute).

La codifica delle informazioni contenute nella SDO deve essere effettuata in conformità alle Linee Guida per la codifica, di cui all’Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010, recepito con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Commissario ad acta, n° 25 del 16/11/2010.

La responsabilità della corretta compilazione e codifica della SDO compete al medico che dispone la dimissione, il quale deve apporre la propria firma sulla SDO.

Al Direttore sanitario dell'Istituto di cura compete la verifica della corretta compilazione della SDO e della completezza e congruità delle informazioni in essa riportate, e il rispetto della tempistica di invio.

### **Tipologie di controlli**

I controlli analitici sulle cartelle cliniche e corrispondenti SDO sono di tre tipologie:

1. Controlli di qualità della cartella clinica per verificare corretta tenuta e completezza
2. Controlli di appropriatezza organizzativa
3. Controlli di congruità.

Per ogni tipologia di controllo, il campione viene estratto con criterio di casualità fino al raggiungimento della percentuale complessiva del 10% annuo dei ricoveri effettuati.

Sullo stesso ricovero può essere effettuato più di un tipo di controllo.

Di tutti i controlli effettuati viene tenuta traccia registrando gli estremi per l'identificazione del ricovero, il controllo eseguito e il relativo risultato del controllo.

L'effetto atteso da tutte le attività di controllo è quello di indurre nel tempo un effettivo miglioramento delle procedure di ricovero nelle strutture di degenza, incentivando il perseguimento dell'appropriatezza e degli obiettivi di programmazione sanitaria aziendale e regionale.

## **4.1. CONTROLLI DI CONGRUITÀ**

I dirigenti medici della Direzione medica di presidio hanno il compito di controllo interno presso la struttura stessa, e sono funzionalmente afferenti alla Struttura Aziendale di Monitoraggio e Controllo delle Attività di Ricovero.



**I controlli di congruità**, sono finalizzati a valutare la correttezza della compilazione delle SDO, cioè la corretta codifica delle variabili anagrafiche e amministrative, delle diagnosi, degli interventi e procedure e la corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e registrato nella cartella clinica e quanto segnalato e codificato nella SDO, ai fini della corretta attribuzione dei DRG e della puntuale determinazione degli importi tariffari.

Per la verifica della corretta codifica delle SDO si fa riferimento al Manuale “Classificazione delle Malattie e dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle Procedure Diagnostiche e Terapeutiche”, versione italiana della ICD-9-CM – edizione 2007.

Per la corretta selezione di diagnosi e interventi/procedure si deve fare riferimento alle linee guida dell’Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010: “Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all’Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002”, recepito con Decreto del Commissario ad Acta n. 25 del 16 novembre 2010.

Il ricovero deve essere valutato nel suo complesso, soffermandosi sulla corretta individuazione e codifica della diagnosi principale e delle procedure/interventi effettuati, sull’effettiva esistenza di diagnosi secondarie.

In generale, vengono effettuate verifiche su:

- Presenza della richiesta di ricovero
- Presenza fotocopie documento d’identità e tessera sanitaria
- Corretta identificazione della diagnosi principale
- Coerenza tra identificazione diagnosi principale e intervento principale
- Presenza codifica e codifica corretta delle diagnosi e procedure
- Coerenza tra date di intervento/procedura e periodo di ricovero
- Effettiva incidenza delle diagnosi indicate come secondarie
- Riscontro nella cartella clinica delle procedure indicate nella SDO

- Presenza interventi/procedure chirurgiche in cartella clinica non inserite nella SDO
- Firma del dirigente medico che dimette sulla SDO
- Codifica cod. E in caso di diagnosi principale da 800\* a 904\* a 995\* secondo specifiche ministeriali.

A seguito del controllo viene redatto verbale con le incongruenze rilevate e inviato report ai direttori delle UU.OO.

#### 4.1.1. CONTROLLO CRITICITÀ CODIFICA PRESTAZIONI

È previsto un controllo di primo livello in merito alla codifica errata della ventilazione meccanica cod. 96.70 e dell'infarto del miocardio cod. 410.\*0 in seguito al quale viene attivato un controllo di secondo livello sulle cartelle cliniche per arrivare alla codifica appropriata e cioè le ore di VAM e l'episodio di cura dell'infarto al fine di garantire una compilazione accurata e corretta della sdo.

#### 4.1.2. RICOVERI SOGGETTI AD OMNICOMPRESIVITÀ DELLA TARIFFA

- ❖ Ricoveri ordinari di 1 giorno e ricoveri diurni di 1 accesso con DRG medico precedenti ad un ricovero ordinario chirurgico (programmato), effettuati entro i 30 giorni precedenti.

Il controllo è finalizzato ad identificare i ricoveri effettuati per l'erogazione di prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero principale, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero.

- ❖ Ricoveri ordinari di 1 giorno e ricoveri diurni di 1 accesso con DRG medico successivi a un precedente ricovero ordinario con DRG chirurgico, effettuati entro 30 giorni.

Il controllo è finalizzato ad identificare i ricoveri effettuati per l'erogazione di prestazioni direttamente correlate al ricovero principale, effettuati a completamento dell'iter diagnostico e/o terapeutico.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- urgenti

- con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero o provenienti da altro istituto di ricovero
- per radioterapia e chemioterapia
- di pazienti sottoposti a specifici protocolli terapeutici documentati
- di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per controindicazioni (codice V641)

#### 4.1.3. RICOVERI RIPETUTI

Nel controllo dei ricoveri ripetuti, come definito nel glossario dell'allegato al DPGR n.53/11, vengono considerate le sole dimissioni in regime ordinario; la finestra temporale è la differenza tra la data di ammissione e la data di dimissione del ricovero precedente. Questo indicatore individua il frazionamento artificioso del ricovero o una riacutizzazione della patologia legata alla qualità del precedente trattamento o anche problemi di carattere organizzativo.

Il controllo è finalizzato ad approfondire i motivi che, a fronte di un episodio unico di malattia, hanno comportato più ricoveri dello stesso paziente, che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale ad massimo di 30 giorni, effettuati nella stessa struttura sanitaria e attribuiti alla stessa Categoria Diagnostica Principale (MDC).

L'esame delle cartelle cliniche e relative SDO deve accertare l'effettiva esistenza di particolari condizioni cliniche ed eventuali motivazioni oggettive che hanno reso necessario il ricorso ad un ulteriore ricovero, oppure se le riammissioni sono dovute a motivazioni organizzative per il completamento del percorso diagnostico-terapeutico o a pregresse dimissioni intempestive o a fenomeni di frammentazione orientati a moltiplicare inappropriatamente le prestazioni.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- urgenti con DRG chirurgico
- diurni con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- per radioterapia e chemioterapia
- di pazienti sottoposti a specifici protocolli terapeutici documentati

- di pazienti provenienti da altro istituto di ricovero
- di neonati sani.

#### 4.1.4. DRG ANOMALI (DRG 469 e DRG 470) - valutazione della qualità della codifica

- Il DRG **469** “*diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione*” è generato quando il codice utilizzato per la diagnosi principale, anche se accettato come valido dal *Grouper (software di attribuzione dei DRG – 3M\_Grouper)*, non è sufficientemente specifico da determinare l’assegnazione ad altro DRG.
- Il DRG **470** “*non attribuibile ad altro DRG*” viene assegnato quando errori nella codifica di variabili della SDO utilizzate dal programma (età, sesso, tipo di dimissioni, diagnosi e procedure) non permettono l’attribuzione ad uno specifico DRG.

Sono oggetto di controllo interno di congruenza sul 100% dei ricoveri sia in regime ordinario sia in DH.

#### 4.1.5. DRG INCOERENTI (DRG 468, 477, 476) - valutazione della congruità della codifica

- DRG **468** “*intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale*”
- DRG **477** “*intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale*”
- DRG **476** “*intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale*”

Tali DRG esprimono incongruenze di codifica e vengono attribuiti in caso di errori di scrittura della codifica o di errori di codifica della diagnosi principale e/o dell’intervento chirurgico; una correzione dell’errore rende possibile una correlazione tra diagnosi principale ed intervento chirurgico e di conseguenza una corretta attribuzione del DRG.

Sono da ritenersi congrui allorché rispecchiano situazioni cliniche particolari e non routinarie, in cui il paziente presenta durante lo stesso ricovero problemi medici e chirurgici concomitanti, non correlati fra loro.

Sono oggetto di controllo interno di congruenza sul 100% dei ricoveri sia in regime ordinario sia in DH.

#### 4.1.6. RICOVERI ATTRIBUITI A DRG COMPLICATI (OMOLOGHI)

La proporzione di DRG complicati può essere indice di un'elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica delle schede di dimissione, ma può anche essere frutto di una “sovracodifica” della diagnosi secondaria al fine di ottenere l'attribuzione del ricovero ad un DRG più remunerativo.

I ricoveri a ciclo diurno, sempre programmati e finalizzati al trattamento della patologia descritta in diagnosi principale, non possono essere attribuiti a un DRG complicato, in quanto la presenza di condizioni complicanti non consentirebbe il trattamento in tale regime.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- urgenti con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero

**Il controllo viene effettuato sui ricoveri di un giorno in ordinario e sui ricoveri in DH, viene esteso ad un campione di ricoveri ordinari > di 1 giorno se questi superano il 30%.**

#### 4.1.7. RICOVERI PER RADIOTERAPIA O PER CHEMIOTERAPIA O PER CONTROLLO CLINICO, CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI NEOPLASIA

Il ricovero programmato per eseguire radioterapia o chemioterapia o controllo clinico deve riportare in diagnosi principale il codice V (codice V58.0 per la radioterapia e V58.1 per la chemioterapia, codice V67.1 per visita di controllo successiva a radioterapia e V67.2 per visita di controllo successiva a chemioterapia) e in diagnosi secondaria il codice della neoplasia che costituisce l'indicazione della terapia.

Le visite di follow-up devono essere considerate attività ambulatoriali e valorizzate di conseguenza.

#### **4.1.8. CONTROLLI ATTRIBUZIONE DRG CORRETTO**

Per la corretta attribuzione del DRG e per la conseguente valutazione dell'attività, sia in termini di complessità sia in termini di valorizzazione economica della casistica, vengono effettuati controlli sulla correttezza della codifica rispetto alle linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Questo controllo viene effettuato partendo dall'analisi dei DRG per U.O. valutandone la congruità rispetto alla specifica attività dell'U.O. e verificando in caso di incongruenze, le relative sdo/ cartelle cliniche.

#### **4.1.9. CONTROLLO RICOVERI CHIRURGICI NEI REPARTI MEDICI**

Viene effettuato partendo dall'analisi dei DRG per U.O. descritta al paragrafo precedente e quindi passando al controllo di secondo livello sulle relative cartelle cliniche se non è segnalato il trasferimento sulla sdo da reparto chirurgico.

#### **4.1.10. RICOVERI PER IMPIANTO PACE-MAKER, DEFIBRILLATORE, VAM, TRACHEOTOMIE, TRAPIANTI**

Tale controllo viene effettuato su tutti i casi per evitare errori od omissioni di codifica che in base all'esperienza si verificano soprattutto nei trasferimenti da una U.O. ad un'altra per quanto riguarda le tracheotomie e la VAM, mentre per quanto riguarda i restanti casi l'omissione di un codice di procedura può rappresentare la generazione del DRG errato e quindi una remunerazione non adeguatamente valorizzata.

## 4.2. CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Si definiscono inappropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che possono essere eseguiti ad un livello assistenziale meno complesso (day hospital, day surgery, ambulatorio) con identico beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse. La definizione di inappropriatezza cui si fa riferimento è quella di inappropriatezza generica od organizzativa.

I controlli analitici di appropriatezza organizzativa sui ricoveri ordinari vengono effettuati avvalendosi del Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale (PRUO), manuale adulti - edizione 2002 e, per i ricoveri di pazienti pediatrici di età inferiore a 14 anni, manuale pediatrico - edizione 2002.

Per i controlli viene utilizzata la versione presente sul sito web:

<http://www.sanita.fvg.it/ars/specializza/programmi/covegno/Manuals.htm>. secondo le indicazioni regionali

Viene considerato appropriato il ricovero ordinario:

- **di una sola giornata** (con o senza pernottamento) se la giornata di ammissione risulta appropriata secondo la valutazione con PRUO ed è presente una situazione clinica o sociale che giustifica il regime di ricovero;
- **di 2-3 giornate** se almeno due giornate, di ammissione o di degenza, risultano appropriate secondo la valutazione con PRUO;
- con degenza superiore ai 3 giorni, se almeno due giornate di degenza risultano appropriate e la durata della degenza è inferiore o uguale al valore soglia DRG specifico;
- con **degenza superiore al valore soglia DRG specifico**, se almeno due giornate di degenza risultano appropriate prima del valore soglia e almeno una giornata di degenza risulta appropriata dopo tale valore.

Vengono considerate nei criteri di override (scavalco) positivo le situazioni di particolare fragilità del paziente, che devono essere chiaramente documentate in cartella clinica.

Lo strumento PRUO non viene applicato nei reparti di terapia intensiva, UTIC, neonatologia, ostetricia, sono esclusi dai controlli analitici di appropriatezza i ricoveri di pazienti trasferiti o deceduti.

#### **4.2.1. RICOVERI ORDINARI CON DEGENZA 1 GIORNO (con o senza pernottamento)**

Sono ricoveri potenzialmente inappropriati; il controllo è finalizzato ad accertare la presenza, negli atti della cartella clinica, di condizioni cliniche o motivazioni oggettive che non hanno reso possibile l'erogazione dell'intervento chirurgico e/o delle procedure diagnostico-terapeutiche ad un livello assistenziale meno complesso (OBI, DH, ambulatorio, etc.).

La valutazione è orientata a determinare i motivi di inappropriatezza al fine di mettere in atto azioni di miglioramento.

Sono esclusi dal controllo i ricoveri:

- con DRG chirurgico
- di pazienti deceduti
- di neonati sani
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero
- di pazienti con dimissioni volontarie
- per radioterapia e chemioterapia
- di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico o altra procedura per controindicazioni (codice V641)

#### **4.2.2. RICOVERI ORDINARI CON DEGENZA DI 2-3 GIORNI**

Il controllo è finalizzato ad accertare la presenza, negli atti della cartella clinica, di condizioni cliniche o motivazioni oggettive che non hanno reso possibile l'erogazione delle procedure diagnostico-terapeutiche in altro setting assistenziale.

L'appropriatezza del ricovero viene definita valutando l'appropriatezza delle singole giornate di degenza, tramite i criteri del PRUO.

Sono esclusi dal controllo:

- con DRG chirurgico



- di pazienti deceduti
- di pazienti trasferiti ad altro istituto di ricovero
- di pazienti con dimissioni volontarie
- di pazienti non sottoposti ad intervento chirurgico per controindicazioni (codice V641)

#### 4.2.3. PIC/APA

Con il DPGR - CA n. 5 del 3 Febbraio 2014 sono state trasferite le prestazioni relative ai DRG di tipo chirurgico, riportati nell'allegato A e B al Patto della Salute 2010/2012, da ricovero ordinario a ricovero in day surgery/0-1gg, definendo le relative soglie di ammissibilità in ricovero ordinario superiore a un giorno e in ambulatoriale le prestazioni dell'allegato A, aggiornati nel DPCM del 12.01.2017 (i nuovi LEA) allegato 6B e ripresi dal DCA n.82 del 08.05.2019.

#### 4.2.3. PIM/PAC

Con il DPGR - CA n. 5 del 3 Febbraio 2014 sono state trasferite le prestazioni relative ai DRG di tipo medico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, definendo le relative soglie di ammissibilità in regime di ricovero, rappresentate dal tasso di ospedalizzazione benchmark per ciascun DRG e aggiornati nel DPCM del 12.01.2017 (i nuovi LEA) allegato 6A.

#### 4.2.5. RICOVERI ORDINARI CON DEGENZA OLTRE IL VALORE SOGLIA (OUTLIERS)

Il controllo è finalizzato ad individuare eventuali tendenze ad allungare artatamente la durata di degenza, per ottenere il pagamento aggiuntivo “pro die” rispetto alla tariffa ordinaria. Tali ricoveri sono appropriati solo se il prolungamento della degenza è determinato da patologie concomitanti o complicanti la diagnosi principale, documentate in cartella clinica con la registrazione, il monitoraggio clinico e l'osservazione medica dello stato di “paziente a rischio”.

Il ricovero è appropriato se almeno due giornate di degenza prima e almeno una giornata di degenza dopo il valore soglia sono valutate positivamente secondo PRUO.

#### **4.2.6. TRASFERIMENTI AD ALTRO ISTITUTO DI RICOVERO**

Il controllo dei ricoveri in regime ordinario relativi a pazienti trasferiti presso altro istituto di cura per acuti viene effettuato sui casi trasferiti entro la seconda giornata, al fine di individuare tendenze a trasferimenti inappropriati, assicurandosi in tal modo la tariffa prevista .

#### **4.2.7. CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA SUI RICOVERI IN DAY-HOSPITAL DIAGNOSTICI**

I ricoveri in dh per finalità diagnostiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:

1. esami su pz che per particolari condizioni di rischio richiedono monitoraggio clinico prolungato
2. accertamenti diagnostici a pz non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte del personale della struttura all'interno della struttura stessa.

#### **4.2.8. UTILIZZO PRE-SDO NEI PAZIENTI TRASFERITI DA UNA U.O. ALL'ALTRA NELLA STESSA AZIENDA**

L'introduzione della pre-SDO da compilare a cura dell'u.o. che trasferisce il paziente in altra u.o. della stessa azienda ha lo scopo di rendere più agevole la codifica delle patologie trattate e delle procedure effettuate nella prima parte del ricovero, per il medico che dimette e compila la sdo, una copia viene inviata all'ufficio sdo che attua su questi ricoveri un controllo incrociato, al fine di verificare se le diagnosi e procedure sono riportate nella sdo finale o se è necessaria una revisione della sdo da parte del medico compilatore dell'u.o. che ha dimesso il paziente, al fine di garantire completezza e accuratezza nella compilazione della sdo.

#### **4.2.10. RICOVERI PER RADIOTERAPIA O PER CHEMIOTERAPIA**

La prestazione veniva effettuata in regime di day hospital è stata trasferita in day service/ambulatoriale con D.C.A n°59 del 10 Giugno 2015, in relazione al protocollo terapeutico adottato.

#### **4.2.11. RICOVERI PER FOLLOW-UP PRE E POST-TRAPIANTO DI FEGATO**

La prestazione veniva effettuata in regime di day hospital è stata trasferita in ambulatoriale con DPGR n.34 del 08.03.2016 "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Definizione Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) per follow-up pre e post-trapianto di fegato".

### **4.3 CONTROLLI OBBLIGATORI SULLA TOTALITÀ DELLE CARTELLE CLINICHE**

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 25 del 16 novembre 2010 ha individuato le prestazioni ad alto rischio di inappropriately, per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche, e corrispondenti SDO, in aggiunta al 10% già previsto, in caso di scostamento dallo standard.

#### **4.3.1. Ricoveri non programmati con DRG chirurgici con degenza preoperatoria > 2 giorni**

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri ordinari urgenti di pazienti ricoverati nei reparti chirurgici (09 chirurgia generale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 37 ginecologia) con codici di procedure chirurgiche da 00 a 86, vengono esclusi dal calcolo i pazienti trasferiti da altre unità operative.

Valutazione con il PRUO delle giornate di ricovero preoperatorie, nei casi che superano lo standard

#### **4.3.2. Ricoveri ordinari programmati con DRG chirurgici con degenza preoperatoria > 1 giorno**

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri ordinari programmati di pazienti ricoverati nei reparti chirurgici (09 chirurgia generale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 37 ginecologia) con codici di procedure chirurgiche da 00 a 86, escluso i trasferiti da altri reparti.

Valutazione con il PRUO delle giornate di ricovero preoperatorie nei casi che superano lo standard.

#### **4.3.3. Ricoveri per interventi di frattura al femore con intervento dopo 2 giorni**

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per Acuti in Regime ordinario con diagnosi di frattura del collo del femore (cod. ICD-9-CM compreso tra 820.\*\* a 820.9) e intervento di riduzione di frattura (cod. ICD-9-CM 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55) o sostituzione protesica totale o parziale (cod. ICD-9-CM 81.51, 81.52) con residenza in Italia, con età maggiore o uguale a 65 anni, con DRG chirurgico e data intervento compresa fra data di ricovero e data di dimissione. Vengono esclusi i ricoveri di politraumatizzati (DRG 484/ 485/ 486) i pz ammessi direttamente in reparto di rianimazione o terapia intensiva ed i pz con diagnosi di tumore.

Valutazione con il PRUO delle giornate di ricovero preoperatorie nei casi fuori standard.

#### **4.3.4. Parti cesarei DRG 370 e 371**

Secondo le indicazioni del PNE, il calcolo dell'indicatore viene effettuato in base alla percentuale dei parti cesarei escludendo dal calcolo i parti cesarei relativi a donne non residenti in Italia, i pregressi cesarei e i parti con nati morti.

Il controllo dei ricoveri per parto cesareo è finalizzato a:

- identificare variabili che sono importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo (dati epidemiologici, percentuali di tagli cesarei elettivi e ripetuti, richieste di tagli cesarei da parte delle donne);

- valutare la necessità di ricorso al parto cesareo attraverso la verifica delle diagnosi riportate sulla SDO, dalle quali si evince la condizione di rischio che costituisce indicazione al parto cesareo;
- individuare il peso dei fattori non clinici che inducono all'eccessivo ricorso alla procedura chirurgica;
- promuovere un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo.

A tal fine viene inviata trimestralmente all'unità operativa il report delle indicazioni suddivise in oggettive e soggettive.

Sulla base della revisione della documentazione clinica si procede 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 (codice 65421)
4. senza menzione dell'indicazione (codice 66970 e 66971)
5. documentazione clinica incompleta

Valutazione: Sono da considerarsi evitabili i ricoveri riconducibili ai punti 4 e 5

#### 4.4. CONTROLLI DI QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA

La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile e i dati registrati devono essere leggibili. Una carente qualità e incompletezza di informazioni delle cartelle cliniche può, infatti, limitare una corretta analisi in sede di controllo.

La norma regionale di riferimento che individua i requisiti della documentazione sanitaria ai quali attenersi per la valutazione della qualità della compilazione della cartella clinica è il DGR n. 369 del 18 giugno 2009 “Approvazione procedure e azioni per la gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie della Regione Calabria”.

La verifica della tenuta e completezza della documentazione è oggetto di controllo e viene considerata al fine del raggiungimento della soglia del 10% dei controlli.

La verifica della completezza della documentazione clinica può anche essere oggetto di autovalutazione da parte delle stesse unità operative di ricovero, mediante una apposita checklist, trasmettendone l’esito alla Direzione medica di presidio. I medici del Nucleo di Controllo effettuano un controllo a campione al fine di valutare il livello di affidabilità di questa autovalutazione.

## BIBLIOGRAFIA

- D.M. 380/2000 – 27.10.2000 "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati"
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza"
- Delibera Regione Calabria n.316/2005 "Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per la predisposizione del piano attuativo locale per il triennio 2005-2007 e del bilancio economico preventivo annuale e pluriennale, per gli anni 2005-2007"
- Delibera Giunta Regione Calabria n.925/2005 "Intesa stato-regioni 23 Marzo 2005- art.4, razionalizzazione della rete ospedaliera – A dotazione posti letto"
- Delibera Giunta Regione Calabria n.926/2005 "Intesa stato-regioni 23 Marzo 2005- art.4, razionalizzazione della rete ospedaliera – B"
- Controlli interni ed esterni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri della provincia autonoma di Bolzano – Osservatorio epidemiologico provinciale – Bolzano- Febbraio 2006
- Delibera Giunta Regione Calabria n.541/08 "Individuazione assegnazione risorse per garantire i LEA. Indirizzi per la programmazione anno 2008"
- Delibera Giunta Regione Calabria n.726/08: Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- Decreto n.7 del 04.01.2011 "Integrazioni delle informazioni relative alla Scheda di Dimissione Ospedaliera, regolata dal DM 27 ottobre 2000, n.380. Attuazione del Decreto del Ministero della Salute 8 luglio 2010, n.135"
- DPGR n.47 del 21.06.2011 "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera definizione e tariffazione di accorpamenti di prestazioni ambulatoriale (APA), di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e di prestazioni semplici"
- DPGR n.53 del 04.07.2011 "Linee guida per il processo di compilazione e controllo Schede di Dimissione Ospedaliera. Integrazione e modifiche al DPGR n. 25 del 16 novembre 2010"
- DPGR n. 5 del 03.02.2014 "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliera in altri setting assistenziali"
- DCA n. 59 del 10.06.2015 "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione dei pacchetti ambulatoriali complessi (PAC ) per chemioterapia e litotrissia"
- Nota Regione Calabria "Adempimenti LEA. Percentuale parti cesarei primari" prot.91421/siar del 23.03.2015
- Nota Regione Calabria "Adempimenti LEA. Percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni" prot.102418/siar del 01.04.2015

- DM n.261 del 7 dicembre 2016 “Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera.”
- DCA n.82 del 08.05.2019 “DM 2 aprile 2015 n. 70. Riordino attività di chirurgia ambulatoriale - Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali (APA).