Progr.Num. 1171/2009

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 27 **del mese di** Luglio
dell' anno 2009 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Muzzarelli Maria Giuseppina	Vicepresidente
3) Bissoni Giovanni	Assessore
4) Bruschini Marioluigi	Assessore
5) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
6) Peri Alfredo	Assessore
7) Rabboni Tiberio	Assessore
8) Ronchi Alberto	Assessore
9) Zanichelli Lino	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Zanichelli Lino

Oggetto: DEFINIZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ATTIVITA' DI CONTROLLO IN MATERIA DI RICOVERO

Cod.documento GPG/2009/1124

Num. Reg. Proposta: GPG/2009/1124

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto l'art. 8-octies del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni con il quale viene stabilito l'obbligo da parte della regione e delle Aziende sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla appropriatezze e alla congruità delle prestazioni erogate dai accreditati, privati e pubblici;

visto che il comma 3 del succitato art. 8-octies attribuisce alla regione la definizione delle regole per l'esercizio della funzione di controllo e al comma 4 si stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica dell'appropriatezza e della certificazione delle prestazioni effettuate;

dato atto che nel tempo, già a partire dalla deliberazione di giunta regionale n. 319/2000 fino alla deliberazione n. 2126/2005, in ottemperanza di quanto previsto dalla citata norma, la Regione Emilia-Romagna ha definito criteri e linee di indirizzo per le attività di controllo interne ed esterne;

considerato che l'evoluzione dei sistemi di classificazione della casistica e delle modalità di erogazione delle prestazioni attraverso setting assistenziali differenziati avevano già da tempo evidenziato la necessità di aggiornare le indicazioni regionali;

vista le deliberazioni n. 1920/2007 e n. 1863/2008, che, rispettivamente, al punto 4 e al punto 9, in merito a quanto sopra detto, esplicitano la necessità di aggiornare le indicazioni per la valorizzazione delle funzioni di controllo aziendali e regionali rinviando a specifico e successivo atto;

visto quanto previsto dall'art.79, comma 1-septies del DL 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 388/2000;

considerato che il Direttore generale dell'Assessorato alla Sanità e Politiche sociali con propria determinazione n. 13491/2008 ha istituito un gruppo tecnico multidisciplinare, articolato in diversi settori in relazione ad aree e problematiche specifiche, per l'aggiornamento della funzione di controllo delle prestazioni sanitarie complessivamente intese, che prevede la partecipazione dei tecnici delle Aziende Sanitarie regionali;

considerato che i gruppi "Codifica opportunistica", "Appropriatezza organizzativa" e "Percorsi di verifica" individuati dalla citata determinazione hanno individuato, in maniera congiunta, quale priorità di lavoro, così come risultante dalla relazione del 3/11/2008 agli atti del Servizio Presidi Ospedalieri, la produzione di nuove linee guida per il controllo in ambito di ricovero, in applicazione delle citate deliberazioni n. 1920/2007 e 1863/2008, nonché al fine di fornire indicazioni uniformi per l'intero ambito regionale di quanto previsto dal citato art.79, comma 1-septies del DL 112/2008 convertito con la Legge n. 133/2008;

considerato che il documento allegato alla presente deliberazione è frutto del confronto con le Aziende ed è pertanto applicabile in tutte le realtà, a prescindere dalle diverse organizzazioni aziendali;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1. di approvare, per le motivazione chiarite in premessa, le nuove linee di indirizzo regionali in materia di controlli ospedalieri "**Controlli esterni ed interni sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di prestazioni di ricovero nella Regione Emilia-Romagna**", contenute nell'allegato documento, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di stabilire che le attuali indicazioni sostituiscono integralmente le linee di indirizzo fino ad oggi in vigore, vale a dire l'all. 7 della deliberazione n. 2126/2005;
3. di dare mandato ai gruppi di cui alla determinazione del direttore generale n. 13491/2008 e al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali di ridefinire la reportistica regionale e di stabilire, al fine di monitorare l'applicazione omogenea sul territorio regionale del documento di cui al punto 1, contenuti e modalità di invio da parte delle Aziende delle informazioni relative alle attività di controllo;
4. che il debito informativo relativo alle attività di controllo, al pari dei restanti debiti informativi, è parte integrante delle attività aziendali, e sarà un elemento per la valutazione dei risultati aziendali, ai sensi dell'art.1 comma 5 del DPCM 19.7.1995 n.502, così come per il corrente anno è già previsto dalla Deliberazione n. 602/2009 Allegato B "Linee di Programmazione per l'anno 2009";
5. di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

Controlli esterni ed interni sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di prestazioni di ricovero nella Regione Emilia-Romagna

Ambito

Il presente documento definisce i principi e le modalità da seguire nella attività di controllo interno ed esterno sui comportamenti dei produttori pubblici e privati accreditati di prestazioni di ricovero nella regione Emilia-Romagna. Per "prestazioni di ricovero" si intendono i ricoveri ospedalieri in regime ordinario, di Day-Hospital e day surgery. L'attività di controllo deve essere effettuata su una casistica selezionata indipendentemente dalla residenza dei pazienti.
I controlli cui ci si riferisce nel presente documento sono relativi agli aspetti di completezza della documentazione sanitaria, di corretta certificazione delle prestazioni erogate, di rispetto delle regole di corretta erogazione, con particolare riferimento al setting assistenziale, e alla tariffazione delle prestazioni stesse.

Principi generali

Le attività di controllo interne ed esterne sono finalizzate a garantire la corretta certificazione delle prestazioni prevenendo comportamenti opportunistici, evidenziando ambiti di promozione della efficienza erogativa e miglioramento della qualità. La definizione a livello regionale dei principi generali e dei contenuti minimi, oltre che delle modalità dei controlli, è finalizzata a:

- garantire la **trasparenza** dei rapporti fra i vari soggetti che agiscono all'interno del sistema sanitario regionale;
- garantire la necessaria **uniformità e imparzialità** nello svolgimento dei controlli sul territorio regionale, anche nella applicazione della normativa nazionale in materia di controlli;
- **ridurre il rischio** di comportamenti opportunistici;
- migliorare la **qualità e l'efficienza erogativa**;

Questi obiettivi non possono essere conseguiti in mancanza di un sistema di regole comune e condiviso, con livelli di responsabilità ben definiti fra i vari attori del sistema.
Un sistema di controllo efficiente è parte integrante del sistema di programmazione sanitaria regionale e deve poter incidere in modo significativo sull'uso appropriato delle risorse, sulla confrontabilità della casistica a livello regionale e sulla riduzione del contenzioso.
Per raggiungere questi obiettivi bisogna garantire:

- un livello quantitativo e qualitativo di controlli sufficiente a individuare comportamenti o pratiche su cui intervenire;
- la pianificazione degli interventi condivisa tra gli attori (erogatore, committente e Regione) del sistema;
- la definizione di un sistema di indicatori che possa orientare gli ambiti di intervento;

E' importante sottolineare come, in analogia alle altre attività aziendali, anche l'attività di controllo interno ed esterno deve funzionare in modo efficiente garantendo un rapporto ottimale fra risorse impiegate e risultati, espressi in termini di volume e di rilevanza delle attività che ricadono nell'ambito dei controlli. Per quanto concerne le AA.UU.SS.LL., che hanno sia compiti di controllo interno che esterno, si auspica la creazione di Nuclei di controllo sotto un'unica responsabilità al fine di avere una pianificazione coerente fra attività esterne ed interne, metodi e modalità di valutazione uniformi.
I parametri cui fare riferimento per determinare l'importanza delle attività possono derivare o da indicazioni regionali o da priorità aziendali, in questo ultimo caso da esplicitarsi in fase di pianificazione delle attività di controllo.
Elemento da considerare centrale per garantire l'efficienza è il sistema informativo quale fonte degli indicatori da utilizzare per il monitoraggio routinario, per la valutazione dei fenomeni, della loro ampiezza e variazione nel tempo e per l'individuazione di alcune possibili aree di comportamento opportunistico o comunque non corretto. Su tali considerazioni si deve basare la valutazione di rilevanza dei controlli.
Al fine di identificare la tipologia di prestazioni da sottoporre a controllo è opportuno, fra gli altri, fare riferimento ad alcuni parametri quali l'elevato valore tariffario dei ricoveri, sia in termini complessivi che di singolo caso, lo scostamento dei volumi erogati fra le diverse aree territoriali, la sbilanciata proporzione per specifici ricoveri dei volumi erogati dalle diverse strutture.
Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione, e che supporta ulteriormente la indicazione a focalizzare la attività di controllo su fenomeni rilevanti e a pianificare in sede di accordi di fornitura tali attività, è quello relativo alla necessità di ridurre al minimo la conflittualità interna al sistema.

Pianificazione dei controlli

Al fine di assicurare il raggiungimento di almeno il 10% anno di controllo delle cartelle cliniche e delle SDO, come previsto dalla normativa vigente, i criteri da adottare faranno riferimento, in fase iniziale, alla selezione di un campione di cartelle sulla base di elementi di sorveglianza individuati in ambito regionale e/o locale mentre, in seguito, si procederà a selezione per casualità. Al raggiungimento del 10% per ciascun erogatore contribuiscono sia i controlli interni che i controlli esterni. I controlli interni effettuati devono essere resi noti in termini di quantità e tipologia al controllore esterno, il quale è comunque libero di effettuare i controlli in termini di integrazione ovvero, qualora lo ritenga opportuno, di una selezione della casistica totalmente autonoma, che ovviamente può anche essere superiore al 10% se sommata ai controlli interni.

La attività di controllo interno ed esterno locale deve essere pianificata dalle Aziende in sede di stesura dei piani preventivi di attività e il tema dei controlli esterni locali deve essere esplicitamente preso in considerazione dagli accordi di fornitura con i produttori pubblici e privati. Gli aspetti da prendere in considerazione sono i contenuti dei controlli e le modalità di esecuzione degli stessi oltre che le ripercussioni dei controlli sugli effetti economici delle attività controllate. Per alcune tipologie di fenomeni di carattere generale le ripercussioni di tipo economico vengono prestabilite a livello centrale, anche attraverso l'utilizzo dello strumento tariffario.

a. Controlli interni

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.

I controlli interni devono prescindere dalla residenza del paziente, in quanto si tratta di verifiche legate al modus operandi della struttura e vertono su:

- la corretta tenuta e completezza della documentazione sanitaria;
- la corretta codifica delle variabili amministrative, delle diagnosi e di interventi e procedure, coerentemente con le indicazioni regionali;

e vengono effettuati su una casistica o su fenomeni individuati:

- a livello regionale oggetto di controllo sistematico e obbligatorio;
- individuati negli accordi di fornitura sulla base di obiettivi concordati con le Aziende committenti;
- individuati internamente dalla strutture sulla base di specifiche criticità

Di tutti i controlli interni deve essere tenuta traccia, redatto relativo report contenente almeno il seguente set minimo di informazioni: n. di SDO controllata, motivo del controllo, esisto del controllo, da fornire alla AUSL di riferimento territoriale per i propri cittadini e per i residenti di altre regioni e alle A.UU.SS.LL. di residenza qualora queste ne facessero richiesta o qualora, nell'ambito dei controlli esterni venissero richieste SDO già controllate internamente.

Controlli obbligatori

Controlli delle variabili anagrafiche

Controlli delle variabili anagrafiche, finalizzati essenzialmente alla verifica dell'effettivo stato di assistito del beneficiario della prestazione e della corretta tariffazione delle prestazioni, rappresentano un tipo di attività già consolidata nelle Aziende sanitarie di questa regione. Tali controlli **non** possono essere annoverati fra quelli da conteggiarsi per il raggiungimento del 10% della casistica da sottoporre a controllo previsto dall'art. 79, comma 1-septies del DL 112/08 convertito con la Legge n. 133/08.

Controlli di tipo sanitario

Tutti i controlli sanitari di seguito esplicitati rientrano in quelli da conteggiarsi per il raggiungimento del 10% della casistica da sottoporre a controllo previsto dall'art. 79, comma 1-septies del DL 112/08 convertito con la Legge n. 133/08.

Tenuta e completezza della documentazione clinica

Ogni Azienda è tenuta a verificare la documentazione clinica del 5% di dimessi per unità operativa con l'utilizzo delle indicazioni, degli strumenti e delle metodologie individuati dal gruppo di lavoro istituito con determinazione del Direttore generale sanità e Politiche Sociali n. 15213/2007.

Corrispondenza fra cartella clinica e scheda nosologica e delle variabili rilevanti ai fini della corretta attribuzione del caso e alla puntuale determinazione degli importi tariffari

Per questa tipologia di verifica, comune ai controlli interno ed esterno, si fa riferimento, per la compilazione della scheda nosologica, alla Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - modificazione clinica, versione italiana 2007 (ICD 9 CM 2007).

Di tale Manuale devono essere scrupolosamente seguite le indicazioni, le note di inclusione, esclusione, aggiunta di codici o priorità di codifica.
Devono essere, inoltre, seguite le regole presenti nelle Linee-Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera, versione 2009, che integrano il manuale.

Per la corretta selezione di diagnosi e interventi/procedure, si faccia riferimento al decreto n. 380/2000 di cui in allegato si riportano le norme vincolanti.

Ricoveri ripetuti 0-1 giorno

Definizione: *re_ricoveri avvenuti nello stesso Presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì precedente.*
Detti ricoveri sono oggetto di controlli interni obbligatori da parte delle strutture di ricovero sulla totalità dei casi e le risultanze di tali controlli possono essere oggetto di valutazione con l' AUSL di riferimento territoriale .
La casistica da verificare è oggetto di specifico ritorno informativo regionale.
Per tale tipologia di ricoveri non sono in vigore abbattimenti automatici della tariffa in quanto oggetto di controllo obbligatorio volto appunto ad appurare eventuali episodi di frammentazione del ricovero con conseguente annullamento dell'importo per uno dei due ricoveri.

Ricoveri ripetuti 2-7 giorni

Definizione: *re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì precedente.*
Per questi ricoveri sono previsti abbattimenti tariffari, che vengono applicati in maniera automatica, finalizzati a disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero; il controllo pertanto va effettuato in relazione al trend, monitorando quantitativamente il fenomeno e procedendo a controllo specifico, di un numero di casi da definire sul singolo stabilimento, in caso di scostamento rispetto all'andamento storico dei casi in questione.
Anche per tale tipologia di casi viene prodotto uno specifico ritorno informativo.

Ricoveri ripetuti 8-30 giorni

Anche per tale tipologia di ricoveri sono previsti abbattimenti tariffari automatici, pertanto, in materia di controllo vale quanto sopra detto per i ripetuti 2-7.
Anche tale casistica è oggetto di ritorno informativo.

DRG "maldefiniti" (424, 468, 476, 477)

Detti ricoveri sono oggetto di controlli interni obbligatori da parte delle strutture di ricovero sulla totalità dei casi ed esclusi dai controlli locali esterni.

b. Controlli esterni

I controlli esterni, oltre a rispondere ai principi e alle finalità declinati nei principi generali, rispondono anche alla necessità di certificare la correttezza dei pagamenti in relazione all'attività erogata. Pertanto l'attività di controllo esterno, responsabilità dell'ente pagatore, vale a dire l'AUSL di residenza dell'assistito, per i dimessi residenti in Regione Emilia-Romagna, l'AUSL di competenza territoriale della struttura controllata per i residenti in altre regioni, ha anche il ruolo di verifica del corretto uso delle risorse aziendali a fronte del pagamento delle prestazioni sanitarie.
A tal fine pertanto i controlli esterni si devono iscrivere a tutti gli effetti fra gli elementi che compongono un accordo di fornitura.

Al fine di definire un ambito di omogeneità vengono di seguito fornite indicazioni per la selezione della quota di casistica su cui va posta particolare attenzione. E' evidente che tali fenomeni non esauriscono i controlli, ma vanno effettuati in maniera sistematica anche al fine di certificare la congruenza fra l'attività erogata e la tariffa applicata.

Corrispondenza fra scheda nosologica e cartella clinica delle variabili rilevanti ai fini della corretta attribuzione del caso e alla puntuale determinazione degli importi tariffari

Ambito di base per il controllo: vale quanto indicato nella sezione controlli interni. Per quanto riguarda il contenuto dei controlli interni già effettuati in tale ambito e i loro esiti, le risultanze di tale attività possono essere oggetto di confronto congiunto.

Ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici brevi entro i 15 giorni precedenti ("Omnicomprensività della tariffa")

Definizione: *Ricoveri chirurgici in regime ordinario preceduti da un ricovero medico nello stesso presidio di durata inferiore a 4 giorni se in degenza ordinaria o a 4 accessi se in day-hospital. La finestra temporale viene determinata dalla differenza fra le due date di ammissione.*
Tale controllo è mirato a verificare l'applicazione di quanto previsto all'articolo 1, comma 18, della Legge n.662/96 di accompagno alla Legge Finanziaria 1997.

Ricoveri attribuiti ai DRG complicati.

Si considera di focalizzare l'attività di controllo sui ricoveri attribuiti ai DRG con complicanze rispetto al numero totale per ciascuna coppia di DRG "omologhi".

DRG "potenzialmente inappropriati"

Definizione: *Casi trattati in regime ordinario o in Day-Hospital per i quali sarebbe stato appropriato il trattamento in altro regime (Day-Hospital per i ricoveri ordinari o ambulatoriale per ricoveri ordinari e Day-Hospital) o il trattamento a domicilio.*

Sembra opportuno rammentare che il ricovero diurno, sempre programmato e con caratteristiche di multidisciplinarietà, deve essere attivato qualora sussista la necessità di osservazione protratta del paziente in ragione delle sue specifiche condizioni o dell'erogazione di prestazioni che, per complessità o invasività, comportino un rischio per il paziente e non possano essere eseguite in ambulatorio.
Per tale tipologia di ricovero devono essere compilati i campi "Intervento chirurgico

principale" e/o "Altri interventi e/o procedure".

La definizione di inappropriatezza cui si fa riferimento è quella di inappropriatezza generica. Si riporta in allegato l'elenco dei DRG individuati dalla Regione Emilia-Romagna, che integra quanto previsto dal DPCM (LEA) attualmente in vigore aggiornato alla versione 24° del grouper_DRG valida a partire dai dimessi del 1° gennaio 2009.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall'art. 79, comma 1-septies del DL 112/08 convertito con la Legge n. 133/08, ultimo paragrafo, e in coerenza con quanto stabilito dalla DGR 1920/2007 in riferimento ai 62 DRG di cui all'allegato 6 della DGR 2126/05, si stabilisce che debbano essere oggetto di controllo obbligatorio i casi attribuiti ai suddetti 62 DRG, per singolo produttore, solo qualora esorbitino il numero di casi prodotti nell'anno 2006, considerato come limite soglia di appropriatezza, per quanto riguarda i ricoveri ordinari. Deve essere sottoposto a controllo un numero di casi pari a quelli necessari per il rientro nel valore soglia da selezionare con criterio assolutamente casuale.
Per quanto riguarda i ricoveri in regime di DH o di DS vanno sottoposti a controllo i casi relativi ai DRG 6 e 39 e i DH medici, compresi quelli appartenenti ai DRG 409 e 410, per quanto riguarda la valutazione della appropriatezza dei singoli accessi, anche in correlazione ai sistemi di remunerazione della casistica.
È compito dei preposti servizi regionali definire l'aggiornamento delle soglie di appropriatezza e darne informazione alle Aziende sanitarie regionali.

Nel procedere alla analisi di appropriatezza dei singoli casi, è indispensabile utilizzare un protocollo condiviso ed esplicito di valutazione. È possibile utilizzare protocolli anche definiti e condivisi a livello locale, da esplicitarsi anche al gruppo regionale, al fine di ridurre il livello di discrezionalità contribuendo alla auspicata trasparenza del sistema.
Per i controlli relativi alle attività non in acuto dovranno inoltre essere tenute presenti le disposizioni specifiche per ciascun settore definite a livello centrale o locale.

c. Aree Vaste e controlli sui presidi a gestione diretta

Al fine di rendere maggiormente equilibrati e omogenei i controlli che vengono effettuati sui presidi a gestione diretta, che non possono esaurirsi nell'ambito dei controlli obbligatori interni, rispetto ai produttori oggetto di controllo esterno, e al fine di rendere effettiva anche in tale ambito l'integrazione delle aree vaste, a decorrere dal 2010 si chiede di definire dei nuclei di controllo di aree vasta per il controllo incrociato dei presidi a gestione diretta anche sulla casistica riferita ai cittadini assistiti dalla AUSL di gestione del presidio, da effettuarsi con le medesime modalità e gli stessi criteri con cui vengono svolti i controlli esterni (Es. i controllori della AUSL di Modena effettuano i controlli sui presidi a gestione diretta dell'AUSL di Reggio-Emilia anche sui ricoveri dei residenti della AUSL di Reggio-Emilia).

d. Modalità di esecuzione dei controlli

Personale

La decisione relativa alle figure professionali da utilizzare per le attività di controllo rientra nell'ambito dell'autonomia decisionale delle singole aziende. Si ribadisce che in ogni caso è indispensabile che tale funzione, vista anche la rilevanza quantitativa e qualitativa che

ha via via assunto, sia per dettato normativo, sia per l'apporto conoscitivo nel merito della qualità erogativa che essa offre, debba essere adeguata dal punto di vista della numerosità e della tipologia delle figure professionali che la compongono. Le Aziende sono comunque tenute ad assicurare la massima collaborazione ed integrazione di tutte le figure professionali si rendessero necessarie al corretto svolgimento dell'attività di controllo, anche in sede di analisi ed approfondimento della casistica, indipendentemente dalle UU.OO. di appartenenza. Anche in considerazione del fatto che la Regione è individuata dalla normativa come riferimento ultimo della attività di controllo, si chiede alle Aziende, in sede di invio dei report annuali sui controlli, di esplicitare la modalità organizzativa della funzione di controllo aziendale (collocazione della funzione nella struttura organizzativa e il personale che la compone).

Tempistica dei controlli

I tempi sotto definiti si riferiscono alle attività di controllo routinarie. Nel caso che, nel corso dell'attività di controllo, emergano evidenze, in particolare correlate a una codifica dell'attività non conforme alla regole di codifica regionali, non occasionale ma costante o a modalità di erogazione diverse da quelle generalmente condivise a livello regionale fra i produttori, che comportano un inequivocabile vantaggio economico per l'erogatore, le scadenze temporali sopra descritte non sono da ritenersi vincolanti. È anzi opportuno che venga approfondito il fenomeno in esame, analizzando pertanto anche schede e cartelle pregresse, sia per rendere effettivamente incisivo il controllo, sia al fine di verificare se vi possono essere gli estremi per adire all'autorità giudiziaria.

Resta inteso che, qualora dagli accertamenti effettuati dovessero scaturire evidenze penalmente rilevanti, si dovrà procedere nei termini di legge.

1. Controllo sistematico con cadenza almeno trimestrale dei dati di attività;

2. entro 45 giorni dalla validazione dell'attività trimestrale deve essere avviata la procedura dei controlli esterni;

3. per quanto riguarda i controlli esterni, deve essere data comunicazione per iscritto, alla struttura presso la quale si intende effettuare i controlli, con un preavviso di almeno 10 giorni. La comunicazione della lista dettagliata dei ricoveri selezionati, non obbligatoriamente allegata al suddetto preavviso, deve essere compatibile con i tempi necessari per rendere disponibile la documentazione clinica, che pertanto possono essere influenzati dalle dimensioni delle strutture oggetto di controllo;

4. Entro 60 giorni (salvo accordi tra le parti) la struttura controllata compila le proprie controdeduzioni rispetto alle eventuali contestazioni avvenute in sede di controllo;

5. Le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre i tre mesi, oltre i quali la controdeduzione si ritiene accolta.

Ai fine di poter allineare, dal punto di vista economico, i contenuti della mobilità con i risultati dei controlli questi ultimi debbono essere definiti per quanto riguarda le strutture pubbliche e le strutture private, per queste ultime in particolare in relazione all'attività extra regionale, entro il 15 settembre dell'anno successivo, e comunque non oltre il 30 dicembre, data ultima per lo scambio definitivo di mobilità fra le regioni.

Modalità

1. Analisi dei dati derivanti dai flussi informativi routinari relativi ai singoli casi che concorrono alla determinazione dei fenomeni suddetti;

2. Evidenziazione dei fenomeni che presentino rilevanza in termini di volumi di attività, di impatto economico e andamenti che indichino la possibile presenza di fenomeni opportunistici;

3. Determinazione del campione di ricoveri sul quale eseguire eventuale verifica diretta della documentazione clinica;

4. Esecuzione dei controlli in presenza di almeno un referente interno della struttura controllata;

5. Stesura di un verbale che descriva la attività di controllo svolta, le contestazioni con indicazione analitica e specifica per singolo ricovero contestato, e proponga ai diversi responsabili le soluzioni da adottare per risolvere le situazioni problematiche;

6. a seguito delle controdeduzioni di cui al punto 4 del paragrafo precedente si avrà una disanima congiunta del contenzioso non risolto, che definisca in modo formale le modalità di risoluzione delle situazioni anomale verificate, che comprenda la precisa definizione delle modifiche economiche e dei contenuti della scheda nosologica;

7. Aggiornamento dei flussi informativi (qualora compatibile con le tipologie e i tempi dei controlli);

8. Pianificazione delle azioni preventive mirate ad evitare il perpetuarsi di situazioni anomale da parte delle strutture interessate e successiva comunicazione dei risultati raggiunti ai soggetti interessati.

Le situazioni per le quali non si perviene ad una risoluzione formale del contenzioso in prima battuta vengono sottoposte alla valutazione del gruppo regionale, alla presenza di un referente della struttura oggetto di controllo e, qualora anche in questo caso non si pervenga ad una composizione condivisa, vengono sottoposte ad arbitrato, qualora vigente. Per quanto riguarda concerne i rapporti con i produttori privati questi sono regolati all'interno dell'Accordo Aiop-RER.

Delle attività di cui ai punti 2-6 deve essere mantenuta memoria scritta in modo che sia possibile dare evidenza ad eventuali controllori esterni (Nuclei Anti Sofisticazione, Controllori esterni provenienti da altre regioni, Nuclei di controllo Ministeriali) delle attività svolte

Le fasi sopradescritte possono essere anche sostanzialmente modificate nelle singole realtà a seguito di accordi specifici fra le strutture e tenendo conto del livello di

certificazione fornito dalle strutture relativamente alle attività di controllo interno sulle tematiche potenzialmente oggetto di controlli esterni.

e. Effetti della attività di controllo

L'effetto atteso dalle attività di controllo è quello di indurre un effettivo miglioramento delle pratiche di ricovero nelle strutture facenti parte della rete dei servizi della Regione Emilia-Romagna.

Nei singoli casi le attività di controllo potranno avere anche riflessi economici immediati, tali effetti possono essere quantificati in modo molto semplice nei casi in cui dai controlli siano emerse determinate fattispecie (ad esempio casi di errata attribuzione del DRG nei quali il nuovo importo corrisponderà al nuovo DRG, ricoveri ripetuti che derivano da una frammentazione di un singolo episodio, etc), in altre situazioni la determinazione dei nuovi importi potrà essere oggetto di contrattazione fra le parti o di una valorizzazione che può non trovare riscontro in banca dati, ma che deve essere comunicato ai fini degli scambi di mobilità. Ad esempio possono rientrano in tale fattispecie i controlli sui DRG potenzialmente inappropriati.

Nel caso in cui l'effetto economico derivante dal controllo sia relativo ad un ricovero di cittadino extra regionale, l'AUSL deve egualmente procedere al recupero economico e, qualora tale impatto economico non possa trovare una automatica modifica in banca dati, il valore economico deve essere segnalato nella relazione sui controlli, suddiviso per singola regione, al fine di permettere alla Regione Emilia-Romagna di porre in mobilità il giusto valore e di evidenziare, anche per le prestazioni in mobilità, l'attività svolta.

ALLEGATO n.1
Norme generali per la codifica delle variabili sanitarie della SDO

DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO

L'intervento chirurgico principale è l'atto chirurgico maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e comunque quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di S.O., medico anestesista, equipe operatoria).

<u>Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche</u>

Il D.M. n. 380 del 27.10.2000 specifica le regole generali per la codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.
L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. Nel caso siano stati effettuati nel corso dello stesso ricovero più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato un maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse in termini di uso di sala operatoria, équipe operatoria, medico anestesista, ecc.;

nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;

quando nella cartella clinica vengono riportati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei campi previsti dalla SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque presente il seguente ordine decrescente di priorità:
interventi chirurgici a cielo aperto;

interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nella rubrica 00 o da 01 a 86, ad es. gastroscopia oppure procedure che determinano DRG specifici: 00.10 impianto di agenti chemioterapici e 00.15 infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2);
altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nelle rubriche da 87 a 99, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Di seguito vengono riportate alcune procedure, previste nella rubrica 00 “procedure ed interventi classificati altrove” o nella “Miscellanea”, che determinano l’attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

87.53 colangiografia intraoperatoria
88.52 angiocardiografia del cuore destro
88.53 angiocardiografia del cuore sinistro
88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
88.58 roentgengrafia cardiaca con contrasto negativo
92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
92.30 radiochirurgia stereotassica S.A.I.
92.31 radiochirurgia fotonica a sorgente singola
92.32 radiochirurgia fotonica multi-sorgente
92.33 radiochirurgia articolata
92.39 radiochirurgia stereotassica S.A.I.
94.61 riabilitazione da alcool
94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
94.64 riabilitazione da farmaci
94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
95.04 esame dell’occhio in anestesia
96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica.
99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico

ALLEGATO n. 2

Elenco dei DRG potenzialmente inappropriati aggiornato alla versione 24° del Grouper-DRG
dati del primo semestre 2008 transcodificati per la verifica dell'impatto della nuova versione ICD-IX-CM e grouper-DRG

Confronto drg 19° vrs. drg 24° dati transcodificati	
DRG versione 19°	**DRG versione 24°**
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	006-C Decompressione del tunnel carpale
018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	018-M Malattie dei nervi cranici e periferici con CC
019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI NO CC	019-M Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
024 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 CON CC	562-M Convulsioni, età > 17 anni con CC
	564-M Cefalea, età > 17 anni
025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 NO CC	563-M Convulsioni, età > 17 anni senza CC
	564-M Cefalea, età > 17 anni
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	039-C Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'>17	040-C Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'<18	041-C Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042 C-INTERV. INTRAOCULARI, ECCETTO RETINA, IRIDE, CRISTALLINO	042-C Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	055-C Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
065 M-ALTERAZIONI DELL' EQUILIBRIO	065-M Alterazioni dell'equilibrio
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 CON CC	089-M Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC
090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 NO CC	090-M Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	119-C Legatura e stripping di vene
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	130-M Malattie vascolari periferiche con CC
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC	131-M Malattie vascolari periferiche senza CC
132 M-ATEROSCLEROSI CON CC	132-M Aterosclerosi con CC
133 M-ATEROSCLEROSI NO CC	133-M Aterosclerosi senza CC
134 M-IPERTENSIONE	134-M Ipertensione
142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC	142-M Sincope e collasso senza CC
157 C-INTERV. SU ANO E STOMA CON CC	157-C Interventi su ano e stoma con CC
158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC	158-C Interventi su ano e stoma senza CC
159 C-INT. PER ERNIA,ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 CON CC	159-C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
160 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 NO CC	160-C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 CON CC	161-C Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC

162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 NO CC	162-C Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163 C-INTERV. PER ERNIA, ETA'<18	163-C Interventi per ernia, età < 18 anni
182 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA'>17 CON CC	182-M Esofagite, gastroenterite e miscel. malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC
183 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA'>17 NO CC	183-M Esofagite, gastroenterite e miscel. malattie dell'apparato digerente, età >17 anni no CC
184 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA'<18	184-M Esofagite, gastroenterite e miscel. malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
187 M-ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	187-M Estrazioni e riparazioni dentali
207 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	207-M Malattie delle vie biliari con CC
208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC	208-M Malattie delle vie biliari senza CC
232 C-ARTROSCOPIA	232-C Artroscopia
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	243-M Affezioni mediche del dorso
244 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	244-M Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC
262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNE	262-C Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	267-C Interventi perianali e pilonidali
269 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA CON CC	269-C Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC	270-C Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276 M-PATOLOGIE NON MALIGNE MAMMELLA	276-M Patologie non maligne della mammella
280 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'>17 CON CC	280-M Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC
281 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'>17 NO CC	281-M Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'<18	282-M Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni
283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	283-M Malattie minori della pelle con CC
284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC	284-M Malattie minori della pelle senza CC
294 M-DIABETE, ETA'>35	294-M Diabete, età > 35 anni
300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC	300-M Malattie endocrine con CC
301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC	301-M Malattie endocrine senza CC
324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC	324-M Calcolosi urinaria senza CC
325 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 CON CC	325-M Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC
326 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 NO CC	326-M Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM.,CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL.MALIG	364-C Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA'>17	395-M Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni
426 M-NEVROSI DEPRESSIVA	426-M Nevrosi depressive
427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVA	427-M Nevrosi eccetto nevrosi depressive
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	429-M Disturbi organici e ritardo mentale
467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	467-M Altri fattori che influenzano lo stato di salute

503 C-INTERV. GINOCCHIO SENZA DIAG. PRINCIP.DI INFEZIONE	503-C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Leonida Grisendi, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2009/1124

data 07/07/2009

IN FEDE

Leonida Grisendi

omissis

L'assessore Segretario: Zanichelli Lino

Il Responsabile del Servizio

Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'