

---

# Controlli Sanitari sui ricoveri ospedalieri

Incontri Aree Vaste/ Nucleo Regionale  
Controllo

Regione Emilia-Romagna – Anno 2018

# Cronogramma Incontri 2018

---

## **AVR**

- 19 marzo 2018 – 9,30 – Aula 216/C Viale A. Moro, 21 – Bologna
- 24 settembre 2018 – 9,30 - Aula 216/C Viale A. Moro, 21 – Bologna

## **AVEN**

- 16 aprile 2018 - 9,30 – Aula 417/C Viale A. Moro, 21 – Bologna
- 17 settembre 2018 – 9,30 - Aula 216/C Viale A. Moro, 21 – Bologna

## **AVEC**

- 9 aprile 2018 – 9,30 - Aula 5 – Polo didattico Ospedale di Cona (FE)
- 1 ottobre 2018 – 9,30 - Aula 216/C Viale A. Moro, 21 – Bologna

# Perché i controlli sanitari?

---

## L. 502/1991 RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA

### Art. 8-octies (Controlli)

- 1. La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un **sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali** da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla **appropriatezza delle prestazioni rese**.
- OMISSIS
- Le regioni, in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento, entro sessanta giorni determinano:
- 3a) le **regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno** e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
- 4a) **validità della documentazione** amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- 4c) **appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza**.

# Legge 133/2008

---

Capo IV – Spesa Sanitaria e per Invalidità.

*Art. 79. Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria*

- *1-Septies: Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche...*

# Qualche domanda

---

- Il mandato assegnato agli esecutori dei controlli sanitari è economico?
- Che cosa abbiamo portato a casa fino ad oggi in 20 anni di attività?
- C'è omogeneità di comportamento e di valutazione sul territorio regionale?
- Andiamo meglio oggi di quando abbiamo cominciato?
- Possiamo migliorare?

# Qual'è il mandato per il controllore?

---

- Il controllore esterno svolge compiti istituzionali obbligatori richiesti per legge.
- Nello svolgimento delle sue funzioni è un Pubblico Ufficiale ma non è un Ufficiale di Polizia Giudiziaria.
- Il fine ultimo del controllo è la verifica del rispetto delle regole per il migliore utilizzo delle risorse, non è la ricerca di inottemperanze alle leggi (di cui la “potenziale inappropriatezza”).

# Aggiornamento Tariffe Assistenza Ospedaliera DM 30/06/1997 (DGR 1673/2014)

---

- Introduzione sistema DRG.
- I singoli **DRG** rappresentano fundamentalmente delle **TARIFFE** (sistema isorisorse).

## **DETERMINANTI PRINCIPALI DELLE TARIFFE**

- Uso codici della classificazione ICD9 CM;
- Regime di erogazione (ordinario oppure Day Hospital/Day Surgery);
- Tempo di degenza in giorni.

# Oggetti del Controllo

---

- Congruenza tra quanto concordato e quanto prodotto.
- Corretta applicazione delle disposizioni tariffarie.
- Corretta applicazione della codifica ICD9 CM secondo le Linee Guida regionali.
- Corretta tenuta della documentazione sanitaria prodotta.
  
- Le leggi vigenti non richiedono di ottenere prestazioni a minor costo.
- Le leggi vigenti non richiedono neanche di verificare l'appropriatezza clinica.



# Controlli sanitari vs audit clinico

---

- I controlli sanitari sono uno strumento di management sanitario che hanno il nobilissimo obiettivo di verificare il migliore utilizzo possibile delle risorse messe a disposizione del SSN, cioè di ottenere i migliori risultati in termini di efficacia e sicurezza ai costi minori possibili. Il sistema tariffario vigente è quello dei DRG e viene verificato attraverso regole di competenza sanitaria (LG codifica).
- Il controllo dell'appropriatezza clinica si ottiene attraverso altri strumenti di governance tra cui prevale quello dell'audit clinico; in questo caso il fine ultimo è quello del miglioramento continuo dei processi e soprattutto degli esiti clinici (funzione squisitamente aziendale).
- In entrambi i casi l'oggetto della verifica è la cartella clinica.

# Principi ispiratori per un nuovo PAC

## Visione di insieme

---

- La vera essenza del PAC è quella di fornire un sistema di regole precise per controllori e controllati.
- In un'ottica di sistema è indispensabile la presenza di congruenza tra quanto presente negli accordi di fornitura e quanto verificato sul campo attraverso il controllo sanitario.
- In questa ottica la casistica controllata non dovrebbe risultare disgiunta da un disegno condiviso tra Committenza (che esprime la domanda) e Soggetto accreditato (che offre la risposta).
- Il rapporto Committente/Produttore è il frutto dei tre processi consecutivi di Autorizzazione, Accreditamento e Accordo e rappresenta il percorso di garanzia per la sostenibilità del sistema.
- In assenza del rispetto di tutti questi passaggi è molto probabile che possano insorgere conflitti sul campo.

# Alcune direttive utili

---

- Importanza del ruolo sanitario dell'auditor di terza parte.
- Evitare autoreferenza evitando le autovalutazioni, anche nei controlli interni.
- L'atto del controllo non deve essere un momento di scontro ma un'occasione di confronto sulla realizzazione dell'accordo di fornitura.

# Importanza del verbale

---

- Un controllo per ciascuna cartella, un verbale per ciascun controllo.
- Non è considerabile come controllo sanitario l'azione di verifica che non abbia avuto come oggetto del controllo una singola cartella clinica e che non abbia comportato la stesura del relativo verbale (per es. controlli anagrafici, controlli su SDO, fogli di Excel utilizzati anche per tipologie univoche...)

# Pari dignità tra controlli interni ed esterni

---

- Il sistema dei controlli interni qualora proceduralizzato attraverso competenze ed aspetti formali completi può essere accettato dal controllore esterno come proprio, ma occorre fornirne visibilità e tracciabilità.
- Ciò è reso possibile dalla presenza di regole comuni (PAC) che definiscono sia le tipologie di controllo, sia le modalità di campionamento.
- Il ritorno informativo mensile fornito ai singoli produttori, contenente gli elementi obbligatori da controllare, garantisce coerenza e fornisce valore istituzionale al sistema dei controlli interni.
- Analoga valenza assume il controllo documentato della qualità di compilazione delle cartelle cliniche.

# Ruolo del NRC

---

- In tale contesto il NRC svolge realmente un ruolo di coordinamento dei NAC di controllo regionali garantendo uniformità di sistema pur non privando le singole realtà delle proprie peculiarità (accordi di fornitura).
- Gli incontri periodici garantiscono il feedback con tutti i controllori interni ed esterni e risultano elemento indispensabile per identificare elementi di criticità e per affinare dinamicamente il sistema (PAC annuali/biennali).

# Tipologie di Controllo Interno ed Esterno

<b>Controlli obbligatori:</b>	<b>Dimensione del controllo:</b>
01) DRG Maldefiniti	Tutti i casi
02) DRG Chirurgico CC in DH	Tutti i casi
03) DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg	Tutti i casi
04) DRG con CC in regime ordinario con degenza inferiore al Trim-Point del DRG omologo	Selezione campionaria
05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsi	Tutti i casi con diagnosi principale di sepsi
06) RO programmati con deg 0-3 gg e modalità di dimissione=2	Selezione campionaria
07) Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75 Pz >= 65 AA)	Selezione campionaria
08) DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)	100% dei casi per controlli interni; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
09) DRG ordinari non chirurgici (eccetto DRG 88 e 429) > 1g programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)	Selezione campionaria del 2,5%; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
10) DH diagnostici	Selezione campionaria del 2,5%; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
<b>Controlli sulla qualità di compilazione delle cartelle cliniche</b>	Selezione campionaria del 5% della produzione complessiva
<b>Controlli consigliati, non obbligatori:</b>	
11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità).	Selezione campionaria
12) Congruenza SDO-Cartella Clinica	Selezione campionaria
13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)	Campione inviato
14) Audit clinici locali	Selezione secondo fabbisogni locali
15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali	Selezione secondo fabbisogni locali
99) Altri controlli	Selezione secondo fabbisogni locali

# **ITER PER IL CONFEZIONAMENTO DEL CAMPIONE MINIMO OBBLIGATORIO AI FINI DEL RAGGIUNGIMENTO DEL 10%**

---

- **selezionare TUTTI i casi con codice tipologia: 01, 02, 03 e 05.**
- **controllare la dimensione percentuale così ottenuta rispetto al campione richiesto.**
- **calcolare la differenza necessaria per arrivare al 5% che costituisce il campione.**
- **integrare la differenza per arrivare al 5% con la selezione campionaria dei controlli con codice tipologia: 04, 06 e 07.**
- **se ancora non si è raggiunta la soglia del 5%, integrare ulteriormente il campione secondo le proprie criticità con i controlli con codice tipologia: 11; 12; e 15.**
- **raggiunto il campione del 5% occorre integrarlo con l'aggiunta del 5% dei controlli relativi alla corretta tenuta della documentazione sanitaria (ex DGR 1706/2009).**
- **al campione complessivo del 10% così ottenuto vanno aggiunti i contingenti relativi alle cartelle con codice tipologia 08 (tutte per controlli interni) e con codice tipologia 09-10, estratte con selezione campionaria del 2,5%.**
- **NOTA: I controlli con codice 13, 14 e 99 non possono essere utilizzati per il completamento del campione minimo richiesto, nè possono sostituire quelli obbligatori, anche se possono completare il campione controllato, sempre oltre il 10%.**



# Alcune delucidazioni

---

- Il campionamento delle cartelle oggetto di verifica per singola tipologia dovrà tener conto degli eventuali differenti criteri di selezione della casistica definiti da prossime delibere regionali (PAC, 108 DRG, accordo AIOP).
- Il disciplinare 1.7 del 2018 prevede **un solo controllo** per ciascuna cartella.

# Note

---

- Le verifiche basate sulla valutazione dell'appropriatezza clinica, del rischio clinico, sulle prestazioni di specialistica, e sui ricoveri con lista di attesa per le quali sono previste apposite aree o Unità Operative aziendali non sono istituzionalmente considerabili come controlli sanitari propriamente detti.
- Qualora tali attività risultino strutturate e vengano svolte su cartella clinica generando singoli verbali (o check list), possono essere conteggiate e rendicontate per la quota oltre il 10% come: Altri Controlli (cod=99).

# Alcune criticità già emerse:

---

SDO 1800XXXX:

3 " DRG chirurgico con complicanze in ordinario 0-1 giorno" e

4 "DRG con CC ordinari con degenza inferiore al trim point del DRG omologo non complicato"

SDO 1800YYYY:

3 " DRG chirurgico con complicanze in ordinario 0-1 giorno" e

4 "DRG con CC ordinari con degenza inferiore al trim point del DRG omologo non complicato"

6 "Ricovero ordinario programmato con DEG 0-3 giorni e modalità dimissione 2"

SDO 1800ZZZZ:

1 "DRG mal definiti"

6 "Ricovero ordinario programmato con DEG 0-3 giorni e modalità dimissione 2"

SDO 1800MMMM:

Paziente programmato per screening trapianto di polmone: vengono valutati esami specifici ed effettuata una coronarografia risultata negativa. Al termine delle indagini è stata data la seguente indicazione: si ritiene che le condizioni cliniche generali, in particolare la precaria condizione muscolare associata a importante limitazione delle capacità motorie con la tendenza all'allettamento non permettono l'inserimento in lista attiva per eventuale trapianto di polmone, intervento che in queste condizioni avrebbe un rischio chirurgico eccessivo.

6 "Ricovero ordinario programmato con DEG 0-3 giorni e modalità dimissione 2"

8 "DRG 088-429 ordinari superiori ad 1 giorno acuti/programmati no deceduti/trasferiti ....."

9 "DRG ordinario non chirurgico > 1 acuti/programmati/inappropriati/ ..."

**Se il controllo richiesto è già stato segnalato nell'invio del mese di competenza, la relativa SDO può essere già depennata dall'elenco dei controlli da effettuare?**