

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Atto del Dirigente DETERMINAZIONE

Num. 335 del 12/01/2022 BOLOGNA

Proposta: DPG/2021/25318 del 29/12/2021

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Oggetto: PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI (PAC) EX DELIBERA DI GIUNTA
REGIONALE N. 354/2012 - ANNO 2022

Autorità emanante: IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E
WELFARE

Firmatario: KYRIAKOULA PETROPULACOS in qualità di Direttore generale

**Responsabile del
procedimento:** Maurizia Rolli

Firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- l'art. 8-octies del D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni che:
 - al comma 1, pone in capo alla Regione e alle Aziende Sanitarie l'attivazione, tra l'altro, di un sistema di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dai produttori accreditati, privati e pubblici;
 - al comma 3, stabilisce che la Regione deve assicurare la funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni;
 - al comma 4, si stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- l'art.79, comma 1-septies del D.L.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;

Richiamata la deliberazione di Giunta Regionale n. 354/2012 con la quale sono state definite le linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna, la quale prevede, tra l'altro, la costituzione del Nucleo regionale di controllo (NCR), tra le cui funzioni rientra la predisposizione del Piano Annuale dei Controlli (PAC), dando mandato al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di determinarne l'adozione con atto successivo (punto 4 del dispositivo);

Dato atto che:

- con propria determinazione dirigenziale n. 13561 in data 16/07/2021 è stato costituito il Gruppo di Lavoro regionale codifiche SDO e controlli sanitari (GRCC), il

quale svolge la funzione di Nucleo Regionale Controllo ex DGR 354/2012;

- con propria determinazione n. 16605 del 28/09/2020 è stato adottato il Piano Annuale dei Controlli (PAC) ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 354/2012, valido per tutto il 2020;

Considerato che il NRC ha predisposto il Piano Annuale dei Controlli (PAC) valido per l'anno 2022, allegato parte integrante alla presente determinazione, che in particolare indica:

- gli obiettivi da perseguire in termini di contenuto e modalità organizzative dei controlli ed esplicita le azioni generali e specifiche da intraprendere per l'ottimizzazione della pianificazione e dell'esecuzione dell'attività di controllo;
- l'ambito, i volumi, le casistiche, le modalità e la tempistica dei controlli che rappresentano la parte minima obbligatoria dell'attività di controllo da realizzare;

Valutata la coerenza del Piano annuale di controllo con le linee di indirizzo regionali stabilite dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 354/2012 e gli obiettivi di pianificazione e programmazione regionali;

Dato atto che la proposta di PAC 2022 è stata condivisa con le associazioni della ospedalità privata accreditata;

Visti e richiamati:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;
- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modifiche;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;
- il D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Vista e richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 2344 del 21/12/2016 recante "Completamento della riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

Richiamate altresì le deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 2416/2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera n. 450/2007" e ss.mm.ii;
- n.468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 2018 del 28 dicembre 2020 avente ad oggetto: "Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001 e ss.mm.ii.";
- n. 111 del 28 gennaio 2021 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2021-2023";
- n. 771 del 24 maggio 2021 avente ad oggetto "Rafforzamento delle capacità amministrative dell'Ente. Secondo adeguamento degli assetti organizzativi e Linee di indirizzo 2021";

Richiamata infine la determina dirigenziale n. 12976 del 24 luglio 2020 recante ad oggetto "Conferimento di incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestato che il sottoscritto dirigente non si trova in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Su proposta della Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

DETERMINA

per le motivazioni nelle premesse indicate,
qui integralmente richiamate

1. di adottare il Piano Annuale dei Controlli (PAC) ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 354 del 26/3/2012 allegato parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
2. che la validità del presente Piano decorra dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2022;
3. di dare mandato alle Aziende USL di portare a conoscenza del presente provvedimento le strutture private accreditate del proprio territorio di competenza;
4. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
5. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (B.U.R.E.R.T.).

Kyriakoula Petropulacos

PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI ANNO 2022 (PAC)

PREMESSA

L'impatto della recente pandemia da SARS CoV-2, ha comportato la necessità di rivedere in maniera rapida e consistente l'organizzazione dei Servizi Sanitari nazionali e regionali richiedendo contemporaneamente sia una corposa revisione continua e dinamica dell'offerta ospedaliera e territoriale di prestazioni, sia il mantenimento della sicurezza e della qualità delle cure prestate. Tale impegno non ha risparmiato neppure lo specifico settore dei controlli sanitari sui ricoveri ospedalieri richiedendo necessariamente una revisione ed un aggiornamento delle indicazioni previste, se pur attraverso il mantenimento delle disposizioni dettate dalla legge 133/2008, fatte proprie dalla regione Emilia-Romagna attraverso la DGR 354/2012 ritenuta ancora valida dal punto di vista del suo impianto generale.

La funzione regionale di controllo assegnata al Servizio Assistenza Ospedaliera coordina l'attività regionale mediante valutazioni e analisi fondate sulla banca dati centralizzata delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), nonché mediante confronti periodici tra i componenti del Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC) e i cosiddetti Nuclei Aziendali di Controllo (NAC) deputati alle verifiche sul campo delle cartelle cliniche.

L'analisi dell'attività di controllo sanitario svolta sul territorio regionale negli ultimi anni ha evidenziato che le tipologie di controllo presenti nel PAC 2020 risultano ancora significative nella loro capacità di discernere possibili inappropriatezze organizzative o di codifica e saranno pertanto mantenute; l'elenco delle tipologie di controllo risulterà arricchito di due nuove classi a seguito della necessità di verificare la corretta applicazione dei nuovi codici richiesti dal DM 28/10/2020 nelle cartelle cliniche dei pazienti con malattia Covid-19 e dell'opportunità di verificare i requisiti di

appropriatezza e la correttezza di percorso nei pazienti ricoverati nelle discipline di area riabilitativa (intesa siglata tra le parti nella conferenza Stato-Regioni del 3 agosto 2021 – applicazione del DL n° 78 del 19/06/2015).

Nel presente Piano vengono anche introdotti nuovi criteri riguardanti i requisiti per l'erogazione appropriata del ricovero ospedaliero offerto in regime diurno; l'impegno di rendere istituzionale l'identificazione di questi criteri si accompagna allo sforzo già compiuto nei PAC precedenti per definire l'inappropriatezza delle singole giornate di degenza nei ricoveri ordinari brevi secondo uno schema che viene peraltro ribadito nel presente Piano (Box 1). Si è voluto tener conto della necessità di uniformare la valutazione delle procedure d'accesso e dei processi assistenziali creando un linguaggio comune tra produttori e controllori fornendo ad entrambi uno strumento da considerarsi allo stesso tempo sia come risorsa per l'esercizio della funzione di committenza, sia come modello di riferimento per la risoluzione dei contenziosi (Box 2).

Nell'ottica di sistema ha prodotto ottimi risultati l'introduzione nei precedenti PAC di tipologie obbligatorie di controllo che, unitamente all'invio di un file di dati preconfezionato da parte del Sistema Informativo Regionale, permette la creazione del campione secondo un formulario ben preciso; la casistica oggetto di verifica è risultata in tal modo molto più omogenea sul territorio regionale permettendo agli operatori di poter utilizzare valutazioni condivise e di potersi confrontare su problematiche comuni.

Infine, risulta alta l'attenzione posta nei confronti del Nuovo Sistema di Garanzia per quanto concerne sia i Livelli Essenziali di Assistenza (Griglia LEA), sia i Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA), sia il Piano Nazionale Esiti (PNE). Qualora dovessero evidenziarsi fenomeni critici in tali ambiti, saranno promossi interventi finalizzati e supportati direttamente con strumenti ad hoc, da parte del Servizio Assistenza Ospedaliera regionale.

Un ultimo cenno va fatto richiamando produttori e controllori al rispetto delle linee di indirizzo per l'esecuzione dei controlli sanitari sulle cartelle cliniche di pazienti con malattia Covid-19, garantendo la sicurezza degli operatori e favorendo i controlli a distanza per via informatizzata o, in alternativa, in sedi sanificate appositamente predisposte e separate dai reparti.

OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI

Il sistema di controllo regionale, al fine di ottimizzare la pianificazione e l'esecuzione dell'attività di controllo sanitario interno ed esterno dei ricoveri ospedalieri, intende perseguire i seguenti obiettivi, comprensivi delle azioni generali e specifiche da realizzare:

- assolvere gli obblighi istituzionali previsti dalla normativa vigente in materia di controlli sanitari sui ricoveri ospedalieri;
- verificare e garantire l'aderenza dell'offerta di prestazioni di ricovero alle indicazioni regionali, valutando il rispetto dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA – DPCM 12 gennaio 2017), degli standard forniti dal Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n° 70 e dalla DGR 2040/2015, e gli eventuali disallineamenti evidenziati attraverso gli indicatori presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e nel Programma Nazionale Esiti (PNE) per prestazioni risultate critiche;
- garantire la trasparenza e l'omogeneità del sistema di controllo sanitario regionale attraverso la realizzazione di un processo istituzionale strutturato, garantito dall'impegno di operatori sanitari formati e competenti del settore pubblico e privato accreditato;
- fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo antieconomico od opportunistico delle risorse assegnate alle strutture accreditate pubbliche e private regionali;
- concentrare l'attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa, finalizzandoli al miglioramento continuo della corretta descrizione e classificazione dei processi assistenziali e clinici e alla fruizione da parte regionale di strumenti pianificatori e programmatori sempre più orientati ai reali bisogni dei pazienti e dei cittadini;
- offrire spunti e suggerimenti in tema di miglioramento e di affinamento dei sistemi informativi regionali;
- introdurre nuove modalità organizzative ed operative per la definizione, esecuzione e valutazione dell'attività di controllo;

- avviare un confronto coordinato tra i servizi di committenza delle Aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private che insistono sul relativo territorio.

CONTROLLI SANITARI E NUCLEI AZIENDALI DI CONTROLLO (NAC)

Il controllo sanitario consiste in una verifica "ex post" di specifiche tipologie di fenomeni presenti durante un ricovero ospedaliero, così come emerge dalla banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Tale verifica si riferisce al singolo episodio di cura e deve essere effettuata da personale formato di ruolo sanitario, eventualmente coadiuvato da personale di ruolo amministrativo.

Il suddetto personale dovrà essere identificato ed assegnato formalmente al Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) previa determina o delibera nel caso di Aziende pubbliche oppure attraverso formale assunzione di incarico da parte della Direzione Sanitaria nel caso di strutture private accreditate.

L'esperienza maturata nell'ambito del controllo, da parte dei diversi team regionali, pone in evidenza l'importanza che l'attività di analisi della documentazione e le valutazioni di appropriatezza organizzativa e di codifica si basino su criteri condivisi; tale obiettivo può essere raggiunto solo attraverso un confronto tra professionisti di unità operative o strutture diverse, sia pubbliche che private, permettendo di limitare l'autoreferenzialità dell'analisi e contribuendo a ridurre al minimo la possibilità di insorgenza di contenziosi tra controllore e controllato.

In tale percorso, così come suggerito dalla normativa vigente, i controlli interni ed esterni assumono pari dignità e l'azienda committente potrà pertanto assumerli come propri, grazie alla condivisione dei criteri utilizzati e all'avvenuta valutazione incrociata.

È evidente che la titolarità della funzione di controllo esterno rimane istituzionalmente di pertinenza esclusiva dell'Azienda Sanitaria territoriale competente e che tale attività viene svolta attraverso la direzione del NAC e mediante i propri operatori.

Il NAC svolge così un ruolo di governance dell'intero sistema di controllo aziendale dei ricoveri mirato a garantire:

- la corrispondenza dei controlli sanitari con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli e con quanto previsto negli accordi di fornitura locali;

- il rispetto delle procedure operative previste dalla 354/2012 e successive modifiche ed integrazioni;
- la rilevazione di fenomeni ritenuti critici o comunque suscettibili di interventi di monitoraggio e valutazione;
- la valutazione della coerenza degli esiti rispetto alle attese;
- la condivisione degli esiti e dei fenomeni con il Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC) e con gli altri NAC regionali;
- l'attività di formazione.

Il modello proposto, caratterizzato dalla forte integrazione tra le funzioni di committenza e di controllo interno ed esterno, risulta indispensabile per garantire una migliore pianificazione e programmazione delle attività di controllo e per offrire univoche valutazioni delle prestazioni erogate concordate; conseguentemente, è opportuno che gli accordi di fornitura comprendano un apposito capitolo dedicato alle attività di controllo sanitario che espliciti, auspicabilmente, la tipologia e la quantità dei fenomeni da controllare, le modalità di conduzione dei controlli, i criteri di valutazione e gli esiti pattuiti, nonché i parametri concordati tra le parti per la definizione dell'appropriatezza.

Il Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC) verificherà, attraverso incontri periodici pianificati con i rappresentanti dei NAC e dei produttori privati, l'esistenza di criteri di verifica omogenei sul territorio regionale e gli eventuali disallineamenti rispetto agli obiettivi posti.

MODALITA' DI REALIZZAZIONE DEI CONTROLLI SANITARI

L'oggetto del controllo del ricovero ospedaliero è la cartella clinica. Per ciascuna cartella controllata, anche nel caso di casistiche omogenee, deve essere redatto un singolo verbale a seconda della tipologia qualitativa del controllo stesso, riguardante la qualità documentale oppure l'appropriatezza organizzativa e di codifica.

Il verbale deve essere compilato anche in caso di controllo interno e deve contenere almeno i seguenti elementi (requisiti formali):

- data del controllo;
- sede di svolgimento;
- tipologia di controllo definita dal PAC;
- anno e trimestre di riferimento (data di dimissione del paziente);
- identificativo univoco della SDO;
- esito del controllo, comprese eventuali osservazioni riguardanti la qualità di compilazione della cartella clinica in caso di carenze determinanti che non permettano un'adeguata valutazione;
- note esplicative delle condizioni oggetto di contestazione ed eventuali proposte per la ricodifica della SDO;
- firma di un componente del NAC e del rappresentante designato dalla struttura accreditata oggetto di controllo; nel caso dei controlli interni è sufficiente la sottoscrizione del solo rappresentante del NAC.

Nel caso dei controlli esterni, copia del verbale deve essere lasciata alla struttura controllata, mentre il verbale in originale deve essere trattenuto e conservato a cura dell'equipe che ha condotto la verifica, eventualmente anche mediante archivi informatizzati.

Il controllo sanitario si riferisce ai criteri di appropriatezza generica; eventuali rilievi in merito all'appropriatezza clinica, in relazione alla rilevanza a loro attribuita, potranno divenire oggetto di segnalazione per le rispettive direzioni sanitarie aziendali e stimolare l'organizzazione di specifiche attività di audit clinico strutturato da attuarsi attraverso le aree aziendali deputate al governo clinico. In ogni caso, considerando l'eterogeneità della casistica passibile di controllo, non sarà possibile riferirsi in modo aprioristico alla appropriatezza suggerita da indicazioni o linee guida di particolari società scientifiche o di altre associazioni professionali non prioritariamente definite e condivise tra committente e produttore.

Risulta anche evidente l'opportunità che eventuali modifiche significative della casistica prodotta, quali ad esempio l'introduzione di procedure innovative o la variazione programmata dei volumi produttivi, siano il frutto di un processo di condivisione e di

affinamento dell'offerta tra committenza e produttore e siano finalizzate alla realizzazione di risposte sempre più efficaci in ambito di Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel Box 1 vengono ribadite, in quanto ancora attuali, alcune tipologie di inappropriata organizzativa che nel passato recente sono risultate oggetto di contenzioso e che allo stato attuale presentano elementi di difficile sostenibilità da parte del produttore. A tal proposito occorre tenere presente che durante l'epidemia dovuta al virus SARS-CoV-2 sono stati emanati documenti regionali relativi alle modalità di esecuzione dei controlli durante l'epidemia (Determina regionale n. 11425 avente ad oggetto "Indicazione in ordine all'esecuzione dei controlli sanitari sulle cartelle cliniche nel corso della fase di riavvio delle attività sanitarie della pandemia da virus SARS COVID 19" e relativi alle modalità di attuazione dei ricoveri programmati).

In particolare, la DGR 404 del 27/04/2020 avente ad oggetto "*Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID-19. Modifica alla Deliberazione di Giunta regionale n. 368/2020*" ha previsto misure preventive volte a garantire la sicurezza di pazienti ed operatori sanitari che possono prevedere un allungamento della degenza pre- e post-operatoria, che andranno pertanto opportunamente valutate caso per caso. Va inoltre considerata la possibilità di allungamento della durata di degenza per motivi legati alla emergenza epidemiologica e documentate in cartella clinica quali l'impossibilità ad accedere al proprio domicilio, la mancanza di strutture in cui eseguire un progetto riabilitativo, qualora richiesto, così come potrebbe risultare necessario prolungare la durata del ricovero a seguito alle modifiche organizzative messe in atto per fronteggiare l'emergenza infettivologica determinata dalla pandemia da SARS-CoV-2. È richiesta pertanto la massima attenzione nella valutazione di questi ricoveri, anche al fine di evitare contenziosi sterili e infruttuosi tra le parti.

BOX 1 – ELEMENTI DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DEI RICOVERI

Fenomeno	Oggetto di analisi	Rischio potenziale	Possibile effetto del controllo
Degenza preoperatoria diversa da zero, in caso di ricovero programmato per intervento in elezione.	<p>Giornate di degenza preoperatorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - senza evidenza di procedure di rilievo - e/o non motivate da specifiche condizioni del paziente. <p>Non rilevano le indagini preoperatorie.</p>	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza.	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate preoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
Degenza postoperatoria.	<p>Giornate di degenza successive ad intervento chirurgico <i>semplice</i> (classificabile, in linea di massima, come AHRQ 3) senza evidenza in cartella clinica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esecuzione di procedure di rilievo, e/o - condizioni cliniche che abbisognino di monitoraggio clinico, medico o infermieristico 	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza.	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate postoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
Durata della degenza in LPA (Lungodegenza Post-Acuzie).	<p>Durata complessiva dell'episodio di cura che può caratterizzarsi per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricovero di breve durata in un reparto per acuti concluso con trasferimento del paziente in LPA e - ricovero breve in LPA (in linea di massima inferiore a 10 giorni) concluso con dimissione al domicilio del paziente 	Utilizzo improprio del setting in LPA determinante un aumento artificioso sia della tariffa che del tasso di ospedalizzazione.	Rivalutazione delle singole giornate di degenza trascorse in LPA; quelle che, in relazione al processo assistenziale certificato in cartella, si configurano come dimissione precoce dal reparto per acuti, non entreranno nel conteggio dei giorni di ricovero in LPA.

Nel Box 2 che segue vengono rappresentati i criteri di appropriatezza riguardanti alcuni requisiti organizzativi ed erogativi che caratterizzano prestazioni generalmente fornite in regime ambulatoriale ma prestate in setting di ricovero diurno.

BOX 2. CONDIZIONI CHE GIUSTIFICANO IL SETTING DI RICOVERO DIURNO PER PRESTAZIONI GENERALMENTE EROGABILI IN REGIME AMBULATORIALE

Paziente con deterioramento cognitivo significativo e documentato (es. Invalidità civile del 100%, assegno di accompagnamento, valutazione multidimensionale geriatrica di base, referto geriatrico ...)

Paziente non collaborante, mancante di assistenza familiare o sociale, necessitante di assistenza dedicata (minori o grandi anziani non autosufficienti)

Anestesia spinale o generale

Necessità di monitoraggio del paziente superiore alle 3 ore.

La prestazione richiede multidisciplinarietà-multiprofessionalità da parte degli operatori.

Tempo chirurgico effettivo in sala operatoria >40 minuti

Grading chirurgico adeguato (a mero titolo di esempio):

- Lesione cutanea capo/collo/orbita francamente benigna > 2 cm
- Lesione cutanea sospetta capo/collo/orbita > 1 cm (presenza es. istologico)
- Lesione cutanea altre sedi francamente benigna > 5 cm
- Lesione cutanea sospetta di altre sedi > 2 cm (presenza es. istologico)
- Asportazione di lesioni cutanee multiple > 3
- Safenectomia

NOTA: gli elementi determinanti l'appropriatezza del regime erogativo devono essere rilevabili dalla cartella clinica e devono essere documentati nel verbale di verifica.

L'applicazione degli elementi presenti nel Box 2 non dovrà mai compromettere né la sicurezza del singolo paziente, né l'efficacia della specifica prestazione erogata; la scelta di attivare un percorso di ricovero diurno in presenza di almeno uno dei criteri descritti deve trovare adeguata descrizione delle motivazioni all'interno della cartella clinica ad opera del professionista responsabile del caso in esame.

Per le prestazioni chirurgiche non presenti nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, comunque erogabili in tale regime, che risultino significative per rilevanza e opportunità (es. coblazione dei turbinati, polipectomia delle corde vocali con fonochirurgia di Rossi, asportazione di neuroma di Morton,...) viene suggerita l'opportunità di redigere "a priori" un accordo preliminare tra le parti fondato sulla condivisione delle tariffe da applicarsi; la prestazione potrà così essere fornita al paziente in regime diurno mediante il riconoscimento della tariffa concordata. Per queste specifiche tipologie di prestazione, in assenza di accordi di committenza

preliminari, risulta infatti discutibile e fonte di sicuri conflitti futuri proporre a posteriori penalizzazioni tariffarie stabilite arbitrariamente.

A fronte dell'eventuale giudizio di inappropriatezza espresso nei confronti di ricoveri finalizzati al trattamento di condizioni trattabili in regime ambulatoriale, verificata la mancata sussistenza di criteri che possano giustificare la scelta di setting di ricovero, le prestazioni erogate vanno comunque riconosciute attraverso la corresponsione della sommatoria delle corrispondenti tariffe ambulatoriali, se di importo inferiore al corrispettivo DRG, oppure della vigente tariffa prevista per l'Osservazione Breve Intensiva (in caso di impossibile ricostruzione tariffaria delle risorse utilizzate).

Al fine di rafforzare l'obiettivo prioritario di ridurre al minimo le potenzialità di conflitto in sede di verifica, si suggerisce, in sede di realizzazione degli accordi locali di fornitura e in tema di prestazioni storicamente risultate oggetto di contenzioso, la opportuna definizione a priori dei volumi prestazionali previsti, della corretta codifica e del setting assistenziale appropriato.

Come disposto dalla legislazione vigente per ciascun produttore dovrà essere garantito il controllo annuale di una soglia minima di cartelle pari al 10% della produzione complessiva, cui dovrà aggiungersi la quota prevista dal D.M. 10 dicembre 2009 relativa alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza tra cui DH medici a carattere diagnostico, DRG potenzialmente inappropriati (Allegato 6/A del DPCM LEA 12/01/2017) e prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalla Regione e segnalate alle aziende tramite specifico file in quanto peculiari o di particolare rilevanza per alti volumi o alti costi; al raggiungimento della casistica complessiva contribuiscono sia i controlli interni che i controlli esterni, compresi quelli relativi al controllo della qualità delle cartelle cliniche.

Il PAC viene aggiornato periodicamente e fa riferimento ad ogni eventuale direttiva nazionale contenente nuove indicazioni riguardanti l'esercizio dell'attività di controllo. Il GRCC, nell'eventualità di cui sopra, provvede ad informare compiutamente in merito i NAC regionali fornendo, in occasione di appositi incontri mirati, i suggerimenti e le direttive per le future valutazioni sul campo.

BOX 3 – TIPOLOGIE DI CONTROLLO SANITARIO INTERNO ED ESTERNO

CONTROLLI OBBLIGATORI:	DIMENSIONE DEL CONTROLLO:
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
Controlli sulla qualità di compilazione delle cartelle cliniche	Selezione campionaria del 5% della produzione complessiva
CONTROLLI A CAMPIONE: (fino al raggiungimento del 10% richiesto)	DIMENSIONE DEL CONTROLLO:
04) DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata del DRG omologo	Selezione campionaria
05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsi	Selezione campionaria
06) RO programmati con deg 2-3 gg e modalità di dimissione=2	Selezione campionaria
07) Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-40-56-60-75) Pz >= 65 AA.	Selezione campionaria
11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità).	Selezione campionaria
12) Congruenza SDO-Cartella Clinica	Selezione campionaria
15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali	Selezione secondo fabbisogni locali
16) Controlli su corretta codifica casi con Malattia Covid-19	Selezione campionaria
CONTROLLI OBBLIGATORI OLTRE IL 10%:	DIMENSIONE DEL CONTROLLO:
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 > 1g (esclusi DRG 088 e 429) programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)	Selezione campionaria del 10% sul file inviato dalla Regione; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
10) DH diagnostici	100% dei casi; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
CONTROLLI CONSIGLIATI, NON OBBLIGATORI:	DIMENSIONE DEL CONTROLLO:
13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)	Campione inviato
14) Audit clinici locali	Selezione secondo fabbisogni locali
17) Controlli appropriatezza discipline riabilitative (DL 78/2015)	Selezione facoltativa
99) Altri controlli	Selezione secondo fabbisogni locali

CONFEZIONAMENTO DEL CAMPIONE MINIMO OBBLIGATORIO AI FINI DEL RAGGIUNGIMENTO DEL 10%

- selezionare **TUTTI** i casi con codice tipologia: 01, 02 e 03.

- integrare la differenza per arrivare al 5% con la selezione campionaria dei controlli con codice tipologia: 04, 05, 06, 07, 11, 12, 15 e 16 a seconda delle proprie peculiarità.
- raggiunto il campione del 5%, integrarlo con l'aggiunta del 5% dei controlli relativi alla corretta tenuta della documentazione sanitaria (ex DGR 1706/2009).
- al campione del 10% così ottenuto vanno aggiunti i contingenti relativi a tutte le cartelle con tipologia 08 e 10 e il 10% delle cartelle con tipologia 09.

NOTA: I controlli con codice 13, 14, 17 e 99 non possono essere utilizzati per il completamento del campione minimo richiesto, né possono sostituire quelli obbligatori, anche se possono completare il campione controllato, sempre oltre il 10%.

TEMPISTICA DEI CONTROLLI

Per quanto riguarda le tempistiche dei controlli esterni e la realizzazione del processo di contestazione/controdeduzione fanno fede le disposizioni contenute nella DGR 354/2012, ormai consolidate e dimostrate adeguate al completamento efficace dell'intero percorso:

- Il controllo è sistematico e viene effettuato con cadenza almeno trimestrale.
- Entro 90 giorni dalla validazione trimestrale, il controllo deve essere concluso con redazione e notifica del verbale.
- Entro 30 giorni dalla notifica del verbale, la struttura controllata invia le proprie controdeduzioni; dopo tale termine le contestazioni si ritengono accettate.
- Le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile, in ogni caso non oltre i 30 giorni dalla ricezione oltre i quali la controdeduzione si ritiene accolta.

RUOLO DEL GRUPPO REGIONALE CODIFICHE E CONTROLLI (GRCC)

Nel processo di gestione delle eventuali contestazioni rimaste irrisolte il Gruppo Regionale Codifiche e Controlli (GRCC), costituito ai sensi della DGR 354/2012, espleta la sua attività favorendo un ulteriore momento di confronto tra le parti nel tentativo di dirimerle e non elevandosi al ruolo di decisore finale del conflitto; tale funzione di mediazione, attivata su richiesta formale di entrambe le parti, è finalizzata al raggiungimento di una soluzione condivisa e non si attua attraverso la valutazione delle cartelle cliniche o delle SDO, né si realizza attraverso valutazioni di appropriatezza clinica che prevedano analisi di documentazione sanitaria, bensì valutando le istanze e le analisi a supporto prodotte dalle parti. Ai sensi delle disposizioni vigenti rimane

peraltro ferma l'opportunità, in caso di controversia pubblico-privato, di poter adire all'istituto dell'arbitrato.

Allo stesso modo il GRCC non risulta titolare della funzione di organizzazione e coordinamento di audit clinici strutturati finalizzati alla valutazione dell'appropriatezza clinica.

CAMPIONAMENTO E RITORNO INFORMATIVO

I casi da sottoporre a controllo sono quelli a carico totale o parziale SSN (con onere degenza pari a 1,2,5,6).

Per ogni singolo ricovero oggetto di verifica si conteggia una sola tipologia di controllo; la rendicontazione dei controlli effettuati pertanto non potrà comprendere la sommatoria di diverse tipologie di controllo eseguite sulla singola cartella, con unica eccezione la valutazione della qualità di compilazione della cartella stessa.

La **compilazione delle cartelle cliniche** deve essere la più completa e corretta possibile ed 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. Ogni produttore pubblico e privato è tenuto a verificare la documentazione clinica con l'utilizzo delle indicazioni, degli strumenti e delle metodologie previste dalla DGR 1706/2009. I controlli sulla qualità della compilazione della documentazione devono riguardare il 5% almeno della documentazione prodotta da ciascuna unità operativa e contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo complessivo del 10%.

Così come per il PAC precedente, al fine di facilitare il campionamento delle cartelle da sottoporre a controllo, a far data dai dimessi del 1° gennaio 2022, il Sistema Informativo regionale renderà disponibile - con il ritorno informativo mensile alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS e alle Case di Cura accreditate - un file contenente la casistica afferente alle differenti tipologie di controllo obbligatorio descritte. In particolare:

- il file predisposto per le attività di controllo interno, specifico per ciascun produttore, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri individuati nel PAC, indipendentemente dalla residenza del paziente;

- il file predisposto per i controlli esterni, reso disponibile alle singole Aziende USL, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri definiti dal PAC, relative ai dimessi da tutte le strutture pubbliche e private insistenti all'interno del territorio di competenza.

Unitamente alla casistica selezionata in relazione ai criteri previsti dal PAC, sono trasmessi anche i DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo il DPCM 12 gennaio 2017 all. 6A (con le relative esclusioni, cfr. art 39) per i quali si considera l'attività svolta nelle discipline caratterizzate da ricovero in regime ordinario e in acuzie. Il ritorno informativo fornito contiene una casistica specifica estratta per stabilimento e per tipologia di controllo. Su questa base dati deve essere effettuata l'estrazione delle cartelle da controllare per ciascun erogatore secondo le modalità riportate nel BOX 3 (totalità dei casi; selezione campionaria; etc), salvo diverse specificazioni.

Per le fattispecie non espressamente previste dal presente PAC o indicate nel Box 3 come controlli facoltativi, il campionamento va effettuato dal controllore su base casuale o in relazione a particolari criticità o percorsi specifici.

Le eventuali attività di verifica richieste in ambito PNE o LEA, attuate in risposta a specifiche indicazioni regionali (Servizio Assistenza Ospedaliera) o di istituzioni nazionali (Ministero della Salute, ISS o AGENAS), potranno contribuire al raggiungimento della quota minima richiesta del 10 per cento qualora riferibili all'anno in corso.