

**PIANO ANNUALE CONTROLLI ANALITICI
ANNO 2012-2013**

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del PACA, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Relativamente ai controlli post dimissione dell'anno 2012 e 2013 il campione selezionato dalla Regione è fatto pervenire alle ASP, alle aziende ospedaliere e alle strutture private accreditate, tenendo conto che le Asp effettueranno in modalità esterna non meno del 50% del campione totale delle cartelle cliniche che concorrono all'obiettivo regionale.

Una quota aggiuntiva non inferiore all'1% dei controlli interni (calcolata sui ricoveri dell'anno precedente) dovrà essere effettuata in costanza di ricovero a partire dall'anno 2013. Questi controlli concorrono al raggiungimento dell'obiettivo nazionale del 12,5%. Comunque ogni singola azienda sanitaria pubblica o privata, sulla base dell'analisi dei dati derivanti dai propri flussi informativi e dell'evidenziazione di fenomeni rilevanti può integrare, ampliandoli, ambiti, volumi e contenuti dei controlli in relazione alle proprie caratteristiche, alla propria specifica casistica, o alle prestazioni in committenza, comprendendovi anche verifiche sulle cartelle cliniche già sottoposte a controlli interni. Tali integrazioni, qualora previste, dovranno utilizzare gli stessi strumenti previsti dal PACA ed essere comunicate alle aziende da controllare o alle aziende di controllo secondo le modalità previste nel documento "linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale". Anche questi controlli concorrono al raggiungimento dell'obiettivo nazionale.

Esclusivamente per i ricoveri dell'anno 2012 il campionamento verrà fatto per l'intero anno e reso disponibile alle ASP entro il 31 marzo 2013 per consentire lo svolgimento dei controlli che dovranno essere ultimati entro il 31 agosto 2013. Il campionamento terrà conto delle attività di controllo comunque già svolte prima dell'entrata in vigore del presente piano, che dovranno essere comunicate alla Regione entro il 15 marzo 2013.

1. Tipologie di controllo analitico

Di seguito vengono riportate le diverse tipologie di controllo, sintetizzate nella tabella sottostante

Tipologie controlli Contenuti

Documentazione sanitaria	Qualità della compilazione della cartella clinica
Codifica della SDO	Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica
Appropriatezza Organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriatezza del livello di assistenza • Protocollo Controllo Appropriatezza Giornata di Ricovero • Appropriatezza in Lungodegenza e riabilitazione • Scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche • Appropriatezza Ricoveri Ripetuti stessa U.O e MDC • Omnicomprensività della tariffa • Appropriatezza per Ricoveri urgenti
Appropriatezza Clinica	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotico profilassi • valutazione del rischio di tromboembolismo venoso • Rilevazione e misurazione del dolore • Appropriatezza per esecuzione Parto Cesareo • Rischio caduta • Scheda Unica di terapia

Per ogni tipologia di controllo verrà utilizzata una scheda di rilevazione come indicato al punto 4 "Schede da utilizzare per le Varie tipologie di controlli".

2. Effetto dell'esito dei controlli analitici

Per tutte le schede dei controlli che prevedono valutazioni proporzionali (che saranno esplicitamente indicate), si determinerà, tramite il punteggio attribuito ad ogni aspetto valutato secondo quanto indicato al punto 4, un risultato totale per mezzo del quale si procederà ad una decurtazione proporzionale della valorizzazione attribuita; questa decurtazione sarà comunque uguale al 70% del valore della tariffa al raggiungimento del punteggio soglia di 70 o per valori superiori.

Per tutti i ricoveri analizzati, qualora per effetto dei controlli sulla qualità di compilazione della SDO e sulla sua congruenza con la documentazione clinica, si pervenga ad una ricodifica con conseguente riattribuzione del DRG, si procederà alla attribuzione e valorizzazione di tale DRG ancorchè diverso da quello originariamente attribuito.

Per quanto riguarda eventuali altri effetti specifici delle attività di controllo, questi sono indicati per ogni fenomeno sottoposto a controllo nel punto 3 "Fenomeni da sottoporre a controllo analitico".

In sede di prima applicazione, nonostante i controlli siano rivolti all'evidenziazione di fenomeni e comportamenti già da tempo considerati da evitare secondo indicazioni di legge e di linee guida comportamentali, si intende tenere conto della necessità di concedere un periodo di tempo per un adeguamento organizzativo e di formazione sulle nuove regole da parte dei soggetti interessati; va inoltre salvaguardata l'attività e la coerenza dei controlli analitici già svolti fino alla pubblicazione di questo documento e rispettato il principio della non applicabilità retroattiva dei controlli sulla Appropriatezza Clinica che vengono di fatto regolamentati solo dal presente documento.

Pertanto, per gli anni 2012 e 2013, gli effetti sui controlli si intendono così determinati:

- Per i controlli delle cartelle dei ricoveri che mancano al raggiungimento dell'obiettivo minimo regionale dell'anno 2012 (12,5%) e i controlli dei ricoveri dei primi nove mesi dell'anno 2013 si procede ad un adeguamento delle sanzioni secondo le seguenti indicazioni:

- a) Si annullano le decurtazioni previste per tutti i controlli che richiedono le schede con valutazioni proporzionali, ad eccezione dei casi già contemplati dalle normative vigenti e nel caso di mancanza non giustificata della cartella clinica o della SDO
- b) Permane la possibilità di una ricodifica con conseguente riattribuzione e relativa rivalorizzazione del DRG per effetto dei controlli sulla qualità di compilazione della SDO e sulla sua congruenza con la documentazione clinica
- c) Vengono mantenuti gli effetti specifici delle attività di controllo indicati nel punto 3 "Fenomeni da sottoporre a controllo analitico" per i controlli descritti ai punti a, b, c, d, e, h, i, m, n, q.

- Per i ricoveri erogati a partire dal 01/10/2013 si dà piena attuazione di quanto previsto nel presente PACA.

3. Fenomeni da sottoporre a controllo analitico

Nel presente piano vengono riportati i fenomeni da sottoporre a controllo analitico sulle cartelle del 2012 e 2013. I tipi di controllo fanno riferimento alle schede riportate al successivo punto 4.

a) Ricoveri ordinari brevi (0-1 giorni) (DRG medici)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero di breve durata (0-1 g.) in un reparto medico, con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici finalizzati a mantenere alto il tasso di occupazione delle UU. OO. determinando una minore disponibilità di posti letto.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): modifica del regime di ricovero da ordinario in diurno e, qualora la giornata risultasse inappropriata anche come DH, decurtazione del 70% della tariffa di quest'ultimo.

b) Ricoveri ordinari brevi (2 notti per avere la tariffa piena)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero ordinario di breve durata (2-3 gg.), con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato.

Il comportamento opportunistico potrebbe essere finalizzato ad ottenere la piena tariffa DRG e determinerebbe una minore disponibilità di posti letto ad esempio per i ricoveri urgenti (dal P.S.); fenomeno particolarmente importante nell'ottica della tendenza di riduzione globale dei posti letto per ricoveri ordinari.