

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione  
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)****DECRETO N. 69 DEL 27/09/2019**

**OGGETTO:** Nuove Linee guida per i controlli delle attività di ricovero.

*(Delibera del consiglio dei Ministri 10/07/2017 acta vii "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale ")*

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

**VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 " *Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*";

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta è stato nominato Commissario

ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

**VISTA** la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017, che:

- a) assegna *“al Commissario ad acta l’incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell’ambito della cornice normativa vigente”*;
- b) individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto *vii “attuazione degli interventi rivolti all’incremento della produttività e della qualità dell’assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale”*;

**RICHIAMATA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“ nell’esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell’art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell’espletamento di funzioni d’emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”*

## **PREMESSO**

- a) che con Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 17 gennaio 2011 sono state adottate le *“Linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione”*;
- b) che con DCA 90 del 5 novembre 2018- *“Linee guida per le prestazioni di ricovero. Modifica ed integrazione del DCA n.6 del 17.01.2011”*, sono state introdotte modifiche al sistema dei controlli delle prestazioni di ricovero;

**VISTO** il documento tecnico *“Linee guida per i controlli sulla prestazioni di ricovero”* elaborato dal tavolo tecnico regionale all'uopo istituito, finalizzato ad un'ulteriore revisione dei documenti tecnici sui sistemi di controllo delle prestazioni di ricovero approvati con i succitati Decreti del Commissario ad Acta, anche allo scopo di semplificare il sistema di ricodifica dei ricoveri all'esito dei controlli;

## **RITENUTO**

di dover approvare, in aderenza al menzionato documento, le nuove *“Linee guida per i controlli sulla prestazioni di ricovero”*, a modifica e in sostituzione del DCA 6/2011 e del DCA 90/2018 approvate al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dagli uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del SSR

## **DECRETA**

per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

1. di **APPROVARE**, in sostituzione del DCA 6/2016 e DCA 90/2018, le “ Linee guida per i controlli sulle attività di ricovero” che allegate al presente provvedimento ne formano parte integrante e sostanziale;
2. di **FARE OBBLIGO** di puntuale osservanza delle Linee guida di cui al punto 1 da parte di tutti i soggetti competenti;
3. di **PRECISARE** che le Aziende Sanitarie Locali dovranno assicurare altresì la verifica delle schede di dimissione ospedaliera selezionate in base ai criteri indicati nelle menzionate Linee guida;
4. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
5. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, all'Assessore regionale al Bilancio e al finanziamento del servizio sanitario regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., a tutte le Aziende Sanitarie, alla SO.-Re.SA.spa e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

*Il Direttore Generale  
per la Tutela della Salute  
Avv. Antonio Postiglione*

DE LUCA

## LINEE GUIDA PER I CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

### **FINALITÀ**

Gli obiettivi principali del sistema dei controlli sulle prestazioni di ricovero sono quelli di:

- **individuare i fenomeni opportunistici** correlati alla manipolazione del sistema DRG non solo attraverso la riduzione dei tempi di degenza per anticipazione delle dimissioni, la frammentazione delle cure tramite ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la scorretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- **ridurre le quote di inappropriata organizzativa** migliorando il corretto utilizzo dell'ospedale, rilevando i ricoveri impropri rispetto all'alternativa di altri regimi assistenziali (ricoveri a ciclo diurno, day service/PACC, ambulatorio);
- **individuare** sistematicamente le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato in ottica LEA;
- **migliorare ed uniformare la codifica utilizzata** nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- **promuovere la qualità** della documentazione clinica;
- **promuovere, progettare, organizzare, realizzare e valutare iniziative** di formazione, aggiornamento e informazione in materia di vigilanza e controllo delle attività sanitarie in funzione dell'evolversi della normativa di riferimento e del contesto operativo;
- **valutare gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese**, con azioni sistematiche di audit e verifica sui dati effettivamente trasmessi.

Ne consegue una stretta interrelazione tra attività di controllo ed autocontrollo, che rappresentano meccanismi sinergici che consentiranno di recuperare appropriatezza in ottica regionale integrata.

### **AMBITO E RESPONSABILITÀ**

#### **Ambito**

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata a carico del SSR da tutte le strutture ospedaliere operanti in Campania, sia pubbliche che private. Il sistema dei controlli opera secondo criteri di imparzialità e di neutralità.

Il monitoraggio e i controlli analitici dell'attività ospedaliera riguardano le dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti e riabilitazione), dal regime di ricovero (ordinario, day-hospital) e dal luogo di residenza delle persone ricoverate.

## Responsabilità

La responsabilità e l'esecuzione operativa dei controlli sull'attività di ricovero erogata da case di cura accreditate, ospedali religiosi equiparati, IRCCS di diritto pubblico e privato e ospedali pubblici a gestione diretta è delle ASL nel cui territorio ricadono le strutture di ricovero. Per evitare sistematicità passiva delle attività stesse di controllo e garantire la massima imparzialità ed oggettività delle stesse rispetto al metodo per quanto attiene alle aziende insistenti sul territorio metropolitano di Napoli e provinciali tutte sarà assicurata l'alternanza delle ASL dedicate al controllo ogni 2 anni. La prossima alternanza sarà definita e concordata con tutte le Asl a seguito di incontri all'uopo organizzati nel corso del 2019.

Le attività di controllo per le Aziende Ospedaliere saranno svolte dalle Aziende Sanitarie Locali ubicate nello stesso ambito provinciale, prevedendo una rotazione su base biennale. L'Azienda Ospedaliera collaborerà allo svolgimento delle attività di controllo attraverso la predisposizione della reportistica di monitoraggio degli archivi informatici delle SDO e l'estrazione dei dati necessari alla individuazione delle cartelle cliniche da sottoporre a controllo analitico.

<b>AAOO/AOOOU/IRCCS</b>	<b>ASL RESPONSABILE</b> <b>Anni 2018-19</b>
<b>AORN Cardarelli</b>	<b>ASL Napoli 1 centro</b>
<b>AORN Santobono Pausilipon</b>	<b>ASL Napoli 1 centro</b>
<b>IRCCS Pascale Napoli</b>	<b>ASL Napoli 2 nord</b>
<b>AOU Federico II</b>	<b>ASL Napoli 2 nord</b>
<b>AORN Monaldi - Cotugno – CTO</b>	<b>ASL Napoli 3 sud</b>
<b>AOU Luigi Vanvitelli</b>	<b>ASL Napoli 3 sud</b>
<b>AORN Moscati Avellino</b>	<b>ASL Avellino</b>
<b>AORN Ruggi D'Aragona Salerno</b>	<b>ASL Salerno</b>
<b>AORN Rummo Benevento</b>	<b>ASL Benevento</b>
<b>AORN S. Sebastiano Caserta</b>	<b>ASL Caserta</b>

## COORDINAMENTO REGIONALE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DA PARTE DI SO.RE.SA.

Tra i compiti affidati a So.Re.Sa. in merito alle attività di controllo esterno sulle prestazioni di assistenza ospedaliera rientrano le seguenti attività:

- definizione del piano annuale dei controlli;
- definizione e aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo di congruità e di appropriatezza;
- individuazione dei DRG/procedure a rischio di eventuali fenomeni opportunistici;
- fissazione dei valori-soglia per gli indicatori significativi ai fini del controllo, oltre i quali i singoli istituti sono soggetti a controlli analitici ed eventualmente a sanzioni;
- formazione del personale ASL dedicato ai controlli;
- monitoraggio e valutazione semestrale/annuale delle attività di controllo esterno svolte dalle ASL e dal nucleo regionale di controllo ed i relativi esiti;
- supporto e consulenza ai nuclei di controllo aziendali.

### **ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI**

L'articolazione del sistema dei controlli esterni dell'attività ospedaliera prevede due livelli di intervento sistematico:

- a) il monitoraggio dell'attività ospedaliera**, attraverso l'analisi dei dati contenuti negli archivi informatici relativi alle dimissioni ospedaliere. Questo primo livello di controllo poiché produce, altresì, le informazioni necessarie per l'attivazione dei successivi livelli di controllo attraverso la valutazione di specifici indicatori e dei relativi valori di riferimento regionali dovrà essere orientato a favorire le azioni per il mantenimento nell'erogazione dei LEA;
- b) i controlli di qualità, di appropriatezza e di congruità** si eseguono attraverso le verifiche delle SDO e cartelle cliniche su base campionaria o, in taluni casi, esaustiva.
  - **I controlli di qualità** della cartella clinica per verificare la corretta tenuta e completezza della documentazione clinica.
  - **I controlli di appropriatezza organizzativa** finalizzati a valutare se il livello assistenziale di erogazione delle prestazioni sia quello più appropriato, ossia quello che a parità di esito clinico consente un uso più efficiente delle risorse.
  - **I controlli di congruità** hanno l'obiettivo di verificare che siano rispettati i criteri per la corretta compilazione delle SDO e che l'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale seguito nel corso del ricovero sia fedelmente descritto attraverso l'uso di codici appropriati di diagnosi e procedure contenuti nella classificazione ICD-9-CM in vigore. I controlli di congruità vengono effettuati mediante il monitoraggio costante di appositi indicatori, desunti dall'elaborazione e l'analisi dei dati estratti dai database delle dimissioni ospedaliere che individuano le SDO a rischio sia di inappropriatezza LEA, sia di comportamento opportunistico.

## DEFINIZIONE DEL CAMPIONE PER L'ATTIVITÀ DI CONTROLLO INTEGRAZIONE EX DECRETO 6

L'art 79 comma 1 septies della L.133/2008 prevede che *“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 e delle corrispondenti schede di dimissione..... L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali..... Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriately individuate dalle regioni...”*

Ai sensi del Decreto Ministeriale 10 dicembre 2009 art. 3 comma 1 devono essere controllate almeno il 2,5% del totale dei ricoveri nell'ambito delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately individuate dalle Regioni.

La Regione Campania ha emanato il Decreto n. 21 del 05/03/2018 “Linee guida per il controllo delle cartelle cliniche. Modifiche ed integrazioni al DCA n. 6 del 7 gennaio 2011” con il quale stabilisce tra l'altro: *“che le strutture pubbliche effettueranno un autocontrollo pari al 4% delle proprie cartelle cliniche...”*

Per quanto sopra, il campione regionale di cartelle cliniche da controllare, pari al 12.5%, è così composto:

### **Sanità privata accreditata**

- Almeno il 10% di cartelle cliniche scelte secondo i criteri di campionamento rigorosamente casuali e contenenti la totalità delle cartelle con prestazioni definite ad alto rischio di inappropriately (qualora le prestazioni ad alto rischio di inappropriately non raggiungessero il 10%, le rimanenti cartelle saranno scelte dal campione totale) di seguito riportati nell'allegato 1
- Almeno il 2,5% di cartelle cliniche scelte secondo i criteri di seguito riportati nell'allegato

## Strutture pubbliche

- Il 10% di cartelle cliniche da controllare sarà suddiviso nel seguente modo:
  - 4% proveniente dall'autocontrollo (Decreto 21/2018)
  - 6% di cartelle cliniche scelte secondo i criteri di campionamento rigorosamente casuali e contenenti la totalità delle cartelle con prestazioni definite ad alto rischio di inappropriatelyzza (qualora le prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza non raggiungessero il 6%, le rimanenti cartelle saranno scelte dal campione totale)
- 2,5% di cartelle cliniche scelte secondo i criteri riportati nell'allegato 1

## I CONTROLLI

### RICOVERI PER ACUTI

#### *Ricoveri lunghi*

Tutti i ricoveri ordinari per acuti che superano del 50% il valore soglia di durata di degenza del DRG correlato a cui è associato un incremento tariffario per ciascuna giornata di degenza oltre la soglia, devono essere oggetto di verifica analitica per escludere errori nella compilazione delle date di accettazione e/o di dimissione". In caso di rilievo di errori la SDO andrà corretta a cura dell'erogatore e la SDO andrà ritrasmessa alla ASL competente.

Tipo di controllo	<i>Ricoveri lunghi oltre soglia</i>
➤ Ricoveri ordinari per acuti la cui durata supera del 50% il valore soglia del DRG corrispondente ad esclusione dei DRG con valore soglia inferiore a 12 giorni.	
<b>Finalità</b>	Escludere fenomeni opportunistici tesi all'incremento tariffario del ricovero

#### *DRG complicati*

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovra codifica" delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.



Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con CC, la So.Re.Sa. ed il Referente SDO Regionale, diffonderanno semestralmente, per i DRG omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia amministrativa del soggetto erogatore. Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASL, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e, di conseguenza, i casi complicati ritenuti incongrui saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni

<b>Tipo di controllo</b>	<b>DRG Complicati</b>
➤	Viene controllato un campione di SDO e/o della cartella clinica per accertare l'effettiva presenza di co-diagnosi e/o co-patologie complicanti il ricovero ordinario, nonché la loro reale significatività nel contesto del ricovero in esame.
<b>Finalità</b>	Viene verificato l'utilizzo di codici di diagnosi (co-diagnosi e/o co-patologie) complicanti il ricovero che comportano l'attribuzione del ricovero a DRG più remunerativo

### ***Ricoveri ripetuti***

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:

- complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa Struttura ospedaliera;
- completamento dell'iter diagnostico- terapeutico del precedente ricovero;
- malattie croniche in labile compenso clinico (esempio: scompensi cardiaci frequenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.).

Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni.

Una delle evenienze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico. In questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico erogato per eseguire indagini e consulenze propedeutiche all'intervento chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla Legge n.449 del 27/12/1997 "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica" e ribadito nella delibera regionale 546/2007 "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato, devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del

paziente". In caso di ricoveri di tipo chirurgico preceduti entro 45 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico quali esami diagnostici e/o strumentali preoperatori, non andrà riconosciuta, per detta prestazione, alcuna remunerazione.

<b>Tipo di controllo</b>	<b>Ricoveri ripetuti</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Monitoraggio dei ricoveri ripetuti che avvengono nella stessa Azienda in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 45 giorni e controllo analitico delle cartelle cliniche.</li> </ul>
<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verificare l'esistenza di eventuali motivazioni oggettive che abbiano reso necessario il ricorso ad ulteriore ricovero</li> <li>➤ Evitare il frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri cui consegue un aumento della spesa e un aumento improprio del tasso di ospedalizzazione.</li> </ul>

### ***Ricoveri cesarei primari***

Il controllo dei ricoveri per parto cesareo è finalizzato a:

- identificare variabili che sono importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo (dati epidemiologici, percentuali di tagli cesarei elettivi e ripetuti, richieste di tagli cesarei da parte delle donne);
- valutare la necessità di ricorso al parto cesareo attraverso la verifica delle diagnosi riportate sulla SDO, dalle quali si evince la condizione di rischio che costituisce indicazione al parto cesareo;
- individuare il peso dei fattori non clinici che inducono all'eccessivo ricorso alla procedura chirurgica;
- promuovere un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo.

<b>Tipo di controllo</b>	<b>Cesarei primari</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vanno controllati i parti cesarei con riscontro in cartella clinica della presenza della classificazione di Robson, la presenza di codifiche che giustificano il ricorso al taglio cesareo, la descrizione in cartella clinica dell'atto clinico che giustifica la codifica riportata sulla SDO</li> </ul>
<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Applicazione della DGRC 2161/2007 per la promozione del parto fisiologico ed il sistema di disincentivazione tariffaria per contrastare il ricorso al taglio cesareo improprio</li> </ul>

### ***Ricoveri per DRG ad alto rischio di inappropriatazza***

Per quanto riguarda tali DRG la regione Campania con il decreto 31 del 18/04/2018 “Interventi tesi a migliorare l’appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri”, ha definito le soglie percentuali di ricoveri ordinari e day hospital per ciascun DRG medico o chirurgico ad elevato rischio di inapproprietezza prevedendo un incremento progressivo dei PACC ambulatoriali. Pertanto i controlli saranno finalizzati all’applicazione di tale decreto.

<b>Tipo di controllo</b>	<b>Day hospital medici potenzialmente inappropriati</b>
	➤ Verifica volta ad accertare l’esistenza di motivazioni oggettive che giustificano il ricovero Diurno, come previsto dall’Allegato 2 – regolamentazione dei ricoveri in Day Hospital di tipo medico della DGRC 546/2007
<b>Finalità</b>	➤ Il controllo è finalizzato ad identificare i ricoveri diurni inappropriati ed il numero di accessi

<b>Tipo di controllo</b>	<b>Drg ad alto rischio di inapproprietezza in regime di ricovero ordinario</b>
	Monitoraggio quantitativo dei ricoveri che superano la soglia DRG specifica e controllo delle modalità più appropriata di erogazione
<b>Finalità</b>	➤ Favorire la riduzione del numero di ricoveri ordinari erogabili in altro setting assistenziale (regime diurno o ambulatoriale)

### **Ricoveri per DRG di alta complessità a degenza breve (2-3 giorni non deceduti)**

<b>Tipo di controllo</b>	<b>Drg di alta complessità a degenza breve</b>
	➤ Verifica volta ad accertare l’esistenza di errori di codifica che portano alla produzione di un DRG ad alta complessità
<b>Finalità</b>	➤ Viene verificato l’utilizzo di codici di diagnosi (co-diagnosi e/o co-patologie) complicanti il ricovero che comportano l’attribuzione del ricovero a DRG più remunerativo

## **RICOVERI POST ACUTI**

### **Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56)**

Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inapproprietezza della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell’attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l’assistenza ospedaliera.

Le “Linee Guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania” contenute nella D.G.R.C. n. 482/05 e 64/2011 sanciscono, puntualmente, i criteri di appropriatezza per i ricoveri di riabilitazione ed individuano nelle UU.VV.BB.RR. i soggetti preposti al monitoraggio dell’efficacia di tali prestazioni. La

piena attuazione di quanto previsto dalla su richiamata normativa appare sufficiente a garantire un ottimale attività di controllo sull'erogazione delle prestazioni di riabilitazione.

In mancanza delle UU.VV.BB.RR, nelle more di attivazione della stessa, sarà la struttura di controllo distrettuale e/o l'unità operativa competente per la presa in carico ad effettuare i controlli su tutte le prestazioni di ricovero.

Si specifica che:

- In cartella clinica deve essere sempre presente il Progetto Riabilitativo Individuale.
- I ricoveri devono avvenire direttamente da un reparto per acuti ed in questo caso in cartella clinica deve essere sempre presente la proposta di ricovero ospedaliero da parte della struttura per acuti. Diversamente deve esserci la motivazione per l'invio dal domicilio e comunque non più di 30 giorni dopo l'evento acuto.
- Per l'ictus (MDC 01, ICD9 430, 431,432, 433, 434 e 436), in cartella clinica deve esserci una scala Barthel con punteggio che identifica la gravità (DCA n°23/2016).
- Per la BPCO i ricoveri sono appropriati se il grado è Moderato- Severo, o insufficienza respiratoria acuta su cronica, con comorbidità, senza o con parziale autosufficienza (DCA n° 70/2017).
- Per le fratture di femore in presenza di necessità di tutela medico-infermieristica h24 (DCA n° 69/2017).

### ***Ricoveri in lungodegenza estensiva (Cod. 60)***

Il ricovero in lungodegenza medica è un servizio ospedaliero destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti, affetti da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti fisioterapici incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica rientrante in una delle seguenti categorie:

- quadro clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;
- buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;
- buon compenso clinico e limitazione stabilizzata della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione.

In cartella clinica deve essere sempre presente il Progetto Riabilitativo Individuale.  
I ricoveri devono avvenire direttamente da un reparto per acuti ed in questo caso in cartella clinica deve essere sempre presente la proposta di ricovero ospedaliero da parte della struttura per acuti.  
Diversamente deve esserci la motivazione per l'invio dal domicilio e comunque non più di 30 giorni dopo l'evento acuto.

### **Ricoveri ripetuti**

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalla situazione clinica in particolar modo nel caso dei pazienti che afferiscono ai reparti in oggetto; infatti la vigente normativa prevede espressamente un meccanismo di decurtazione tariffaria per i ricoveri ripetuti nello stesso Istituto con un intervallo di tempo inferiore ai 30 giorni da una precedente dimissione. \_

Tuttavia, anche in questo caso, si deve prevedere il controllo di tutte le prestazioni ripetute al fine di evitare l'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero per far fronte alle ben note carenze di strutture residenziali.

### **PERSONALE ADDETTO AI CONTROLLI ed AUTOCONTROLLI**

I medici addetti alla funzione di controllo dovranno essere selezionati nelle ASL preferibilmente nell'ambito dei servizi che svolgono istituzionalmente attività di vigilanza e controllo sui ricoveri. Il personale medico addetto ai controlli dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti:

- esperienza clinica
- esperienza di codifica delle schede di dimissione ospedaliera
- assenza di conflitto di interessi
- attitudine ad attività di supervisione.

Il Responsabile dell' Ufficio SDO/DRG coordinerà l'intera attività di controllo, coadiuvato da una rete di specialisti clinici individuati dall'ASL nell'ambito delle discipline operanti nei presidi ubicati sul proprio territorio, che fungono da referenti per l'attività dei medici revisori, fornendo all'occorrenza consulenza e supervisione per le attività di controllo.

Le ASL segnalano a So.Re.Sa. i nominativi dei medici addetti al controllo per i quali l'Agenzia organizzerà periodicamente attività di formazione specifica.

Le AASSLL, le AAOOUU/AOOO/IRCCS segnalano il personale addetto all' autocontrollo scelti secondo quanto definito dal Decreto 21/2018, con funzioni di responsabilità rispetto a flussi di verifica e controllo dati SDO.

### **MODALITÀ OPERATIVE**

L'ufficio SDO/DRG di azienda coopera con i medici addetti al controllo per identificare le cartelle cliniche su cui effettuare i controlli analitici; infatti, il sistema informativo aziendale rappresenta la base operativa per i controlli di congruità, e permette, attraverso il calcolo degli appositi indicatori, di individuare i ricoveri da sottoporre a controllo analitico.

Le attività di autocontrollo, laddove previste dal decreto 21/2018, devono svolgersi nel rispetto della tempistica definita dal Decreto stesso.

Le restanti attività di controllo devono svolgersi, di norma, nell'arco di 90 giorni dalla fatturazione; e comunque risultano ammissibili i controlli anche se effettuati oltre i 90 giorni dalla fatturazione.

### **Specifiche tecnico organizzative dei controlli**

I controlli devono essere effettuati, con un preavviso di almeno 7 giorni, alla presenza ed in contraddittorio con il Direttore Sanitario della struttura, con il coinvolgimento, ove occorra, dei medici responsabili dell'assistenza e della compilazione e codifica delle SDO. La struttura di controllo della Asl, all'atto della comunicazione della effettuazione della visita presenterà al Direttore Sanitario dell'istituto soggetto a controllo, l'elenco dei numeri identificativi delle cartelle cliniche da controllare e che dovranno essere rese disponibili in occasione delle visite di controllo.

Le operazioni di controllo possono durare anche più di un giorno e consistono nella revisione analitica di tutta la documentazione del ricovero e/o dell'episodio di assistenza (SDO, cartella clinica, liste di attesa, registri di sala operatoria e sala parto, movimento infermi, registro delle prestazioni ambulatoriali, registro di accettazione e/o pronto soccorso, ecc.).

Al termine delle operazioni, di revisione, deve essere redatto un verbale delle operazioni di controllo, controfirmato sia dal Direttore Sanitario che dai medici controllori. Il verbale delle operazioni di controllo viene redatto in due copie, di cui una viene depositata agli atti della struttura e l'altra agli atti della ASL, presso i servizi di vigilanza e controllo sui ricoveri.

Nel corso del controllo la struttura ha facoltà di accettare i rilievi effettuati e sinteticamente motivati oppure, sempre sottoscrivendo il verbale, di non accettarli. In caso di non accettazione, su richiesta dei medici revisori, deve essere rilasciata copia fotostatica della cartella clinica.

Nel caso di non accettazione delle contestazioni formalizzate dai revisori e della conseguente riclassificazione della prestazione di ricovero in termini di attribuzione del DRG e riconoscimento della remunerazione, l'istituto di cura, attraverso il rappresentante legale dell'ente, entro 15 giorni dalla notifica della contestazione potrà presentare le relative controdeduzioni.

Nel caso le controdeduzioni non siano accettate, la funzione di arbitrato verrà espletata dalla struttura di controllo centralizzata. La struttura centralizzata e le due parti (controllore e controllato) saranno convocate dal Referente SDO Regionale.

Da quanto sopra riportato, tutti i ricoveri contestati e accettati saranno classificati e remunerati con le modalità indicate nelle contestazioni. Inoltre poiché tra gli obiettivi del presente Decreto c'è anche quello di rappresentare adeguatamente l'avvenuto recupero di appropriatezza sia in sede Regionale che in sede Ministeriale,

1. Le AO/IRCCS/AOU provvederanno alla ricodifica sui loro database gestionali
2. Le strutture appartenenti alle ASL provvederanno alla ricodifica sui loro database gestionali
3. La So.Re.Sa., con cadenza trimestrale, provvederà ad estrarre dalla Piattaforma D90 le SDO già modificate dai controlli delle ASL e a registrarle sul database gestionale regionale per l'invio al Ministero della Salute (NSIS) nella loro versione ricodificata.

Le eventuali detrazioni, dalla remunerazione riconosciuta alle strutture, degli importi che scaturiscono dalla riclassificazione dei ricoveri oggetto del controllo, vengono definite tempestivamente ed effettuate annualmente, al momento del conguaglio.

La decurtazione viene applicata sul ricavo che la struttura erogatrice avrebbe percepito in assenza dell'intervento di controllo. Gli importi da decurtare saranno oggetto di apposito provvedimento che verrà adottato dal Direttore Generale dell'ASL.

Alla luce di quanto sopra riportato, la SDO potrebbe essere oggetto di variazione anche in tempi successivi ad un rilascio di copia di cartella clinica. Per cui è necessario che:

1. le Aziende provvedano a dichiarare tale eventualità nel modulo di richiesta "Rilascio copia cartella clinica";
2. le Direzioni Sanitarie di Presidio provvedano ad aggiungere la nuova SDO nella relativa cartella clinica.

Semestralmente le ASL predispongono relazioni sulle attività di controllo svolte, che verranno trasmesse al nucleo tecnico di SORESA, entro il 30 settembre dell'anno in corso per la competenza del I semestre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo per la competenza del II semestre.

Si riporta di seguito il calendario delle scadenze relative al flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera

<b>Competenza Mensilità di dimissione*</b>	<b>Scadenza invio a SO.RE.SA. entro la scadenza ex DM 261/2016)</b>	<b>Scadenza controlli decreto 21/2018</b>	<b>Scadenza controlli sulle prestazioni di ricovero</b>
Gennaio	5 Marzo	5 Aprile	Settembre anno in corso
Febbraio	5 Aprile	5 Maggio	
Marzo	5 Maggio	5 Giugno	
Aprile	5 Giugno	5 Luglio	
Maggio	5 Luglio	5 Agosto	
Giugno	5 Agosto	5 Settembre	
Luglio	5 Settembre	5 Ottobre	Marzo anno successivo
Agosto	5 Ottobre	5 Novembre	
Settembre	5 Novembre	5 Dicembre	
Ottobre	5 Dicembre	5 Gennaio	
Novembre	5 Gennaio	5 Febbraio	
Dicembre	5 febbraio	5 Marzo	

\* per mese di dimissione si intende la data effettiva della dimissione per il ricovero ordinario e la data di chiusura della cartella di ricovero diurno corrispondente all'ultimo accesso effettuato.

## Controlli anno 2018

### Criteria per la scelta del 10%

#### [ Le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dal tavolo tecnico:

- 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario
- ricoveri ordinari in età adulta (età ≥ 18 anni) per complicanze a breve e lungo termine di BPCO e scompenso cardiaco

### Criteria per la scelta del restante 2,5 %:

- Ricoveri ordinari per acuti la cui durata supera del 50% il valore soglia del Drg corrispondente ad esclusione dei:
  - Drg con valore soglia inferiore a 12 giorni.
  - Ricoveri per TSO
  - Ricoveri reparti con codice ISTAT 97XX
- Tutti i DRG complicati ad esclusione di:
  - Con modalità di dimissione deceduto
  - Ricoveri post-acuti
  - DRG 110 - Chirurgia vascolare
  - DRG 106 - cardiocirurgia
- Ricoveri ripetuti entro 45 giorni ad esclusione di:
  - Con modalità di dimissione deceduto
  - Ricoveri per TSO
  - Ricoveri reparti con codice ISTAT 97XX
  - Quando nel binomio uno dei ricoveri presenta il codice di disciplina 28,56,60,75, 99
  - Quando nel binomio uno dei ricoveri è uno dei seguenti Drg:
    - DRG 317- dialisi renale
    - DRG 409 - radioterapia
    - DRG 410 - chemioterapia
    - DRG 425,426,427,428,429,430,431,432 ( condizione di fragilità)
    - DRG 489, 490 – HIV e patologie correlate
  - DRG 492 chemioterapia associato a diagnosi secondaria di leucemia.
- Cesarei primari



- DH senza procedure tutti
- DH medici ad esclusione:
  - Motivo di ricovero terapeutico
  
- 84 DRG ad alta complessità, così come definiti dal vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con durata di 2/ 3 giorni ad esclusione dei:
  - Trasferiti
  - Con modalità di dimissione deceduto

#### Ricoveri in riabilitazione codice di disciplina 56

- Per l'ictus (MDC 01, ICD9 430, 431,432, 433, 434 e 436)
- Per la BPCO
- Per le fratture di femore
- Ricoveri ripetuti (ricoveri ordinari seguiti da day hospital)

#### Ricoveri in lungodegenza codice di disciplina 60

- Ricoveri ordinari ripetuti nei reparti con codice di disciplina 60 e con intervallo temporale inferiore ai 30 giorni dalla precedente dimissione.
- Ricoveri ordinari in cui non compare nessuna procedura.

N.B. Considerato che i DRG 468,476 e 477 per definizione sono ad alto rischio di incoerenza, si ritiene che debbano essere verificati dagli uffici SDO Aziendali prima dell'invio degli stessi in SORESA. Pertanto non rientreranno nei controlli esterni ma in quelli interni delle singole Aziende.

Ad ogni buon conto il Referente Regionale SDO e l'ufficio flussi SDO SORESA monitoreranno strettamente la produzione di tali DRG al fine di rilevare tempestivamente la comparsa di eventuali fenomeni opportunistici e mettere in atto eventuali azioni correttive.