

LINEE GUIDA E DI INDIRIZZO SULLA METODOLOGIA DEI CONTROLLI SULL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI (UVAR).

PROCEDURE DI ACCESSO E DI VERIFICA

I controlli dell'UVAR devono essere effettuati con cadenza periodica (trimestrale) e costante (il controllo di un trimestre deve essere effettuato entro e non oltre il trimestre successivo dello stesso anno) ovvero secondo la tempistica prevista nei contratti, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO nel SIRS. Il processo di validazione assegna il DRG ad ogni SDO e permette il controllo delle stesse, viceversa l'assenza di attribuzione del DRG rende de facto impossibile il controllo.

I controlli sulle attività di ricovero si effettuano direttamente sulle cartelle cliniche e sulle corrispondenti schede di dimissioni validate, come previsto nel DIF 2009 fra gli "obiettivi e vincoli" assegnati ai Direttori Generali.

L'attività di controllo si avvia con l'accesso nella Struttura, di norma previo accordo con il Direttore Sanitario della stessa.

L'Unità di Controllo UVAR, demandata alle verifiche, è composta da almeno due Dirigenti Medici e da eventuali figure di supporto necessarie. Agli stessi la Direzione Sanitaria della Struttura oggetto di verifica mette a disposizione un idoneo ambiente di lavoro, le cartelle cliniche individuate e qualsivoglia informazione venga richiesta (registri di sala operatoria etc) estraendone al momento una copia.

In ogni struttura erogante (aziende ospedaliere universitarie, aziende ospedaliere, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici, Case di Cura) il Direttore Sanitario (o un suo delegato) è il referente che si rapporta con l'Unità di controllo UVAR per le operazioni di verifica, fatta salva la possibilità di consultare i Responsabili delle U.O, dei quali non è prevista la presenza nella fase di stesura del verbale di verifica.

Agenzia Regionale Sanitaria

Alla fine dell'attività di verifica l'Unità di Controllo UVAR redige apposito verbale in duplice copia, di cui una per la struttura controllata, una per la ASL. Il verbale è firmato da entrambe le parti: i Componenti dell'Unità di Controllo UVAR ed il Direttore della struttura erogatrice o suo delegato; a questi è data facoltà di formulare le osservazioni che ritiene opportune.

La valutazione dei singoli ricoveri controllati viene riportata sul listato o sul verbale con la dicitura "**CONFERMATO**", ovvero la dicitura "**CONTESTATO**" con la specifica contenente le valutazioni tecniche e le correzioni apportate.

Rispetto alle decisioni dell'Unità di Controllo UVAR la Direzione Sanitaria della struttura erogante ha due possibilità:

a) se concorda con le contestazioni e le correzioni apportate dall'Unità di Controllo UVAR, si integra con nota aggiuntiva la SDO cartacea, si modifica la SDO nel SIRS e la relativa fatturazione precedente.

b) se non concorda con la valutazione e le modifiche apportate, deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi trenta giorni, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVAR aziendale dell'ASL competente per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti.

Qualora le controdeduzioni non siano esaustive il responsabile UVAR aziendale invia gli atti all'Unità Operativa Convenzioni e alla Direzione Generale della ASL di appartenenza. Il Direttore Generale della ASL sospende il pagamento delle prestazioni oggetto del contenzioso e valuta ogni possibile composizione dello stesso, **ovvero quantifica il presunto danno economico nei confronti della Regione che va recuperato nei modi e nei tempi previsti dalla legislazione vigente.**

Per i ricoveri le cui controdeduzioni, formulate dalla struttura erogante, vengono accettate dall'Azienda Sanitaria, la stessa procede al pagamento delle prestazioni.

In caso di contenzioso non risolvibile tra le parti, ASL ed erogatore delle prestazioni di ricovero, viene avviata la procedura prevista dalla DGR n. 1101/2009 che prevede fra i compiti del Coordinamento Regionale, quello di "fungere da organismo di valutazione in casi di non accordo sull'esito dei controlli UVAR aziendali o di controversie tra operatori Uvar aziendali e rappresentanti delle strutture erogatrici, relativamente a problematiche di congrua consistenza numerica e/o economica". A tal fine è necessario che dal Coordinamento regionale sia escluso il rappresentante dell'Uvar interessata ed invitato il rappresentante legale della struttura verificata o suo delegato.

E' necessario che nel SIRS la SDO oggetto di controllo resti visibile con le modifiche apportate dall'UVAR e che sia possibile risalire alla SDO originaria. Entrambe devono essere immodificabili.

Agenzia Regionale Sanitaria

Il Sistema informativo, SISR, deve consentire aggiustamenti – correzioni per quelle SDO oggetto di contenzioso per le quali si giunge a definizione successivamente alla cosiddetta “chiusura del sistema” , affinché sul SIRS siano presenti sempre e solo dati certi.

Le UVAR aziendali segnalano al Direttore Generale le strutture che attuano modalità di “codifica opportunistica” reiterata anche successivamente alle contestazioni mosse dalla UVAR stessa, affinché questi predispongano le misure ritenute opportune in ordine agli accordi contrattuali (sospensione o revoca nei casi più gravi).

Il Direttore Generale trasmette le segnalazioni dell’UVAR aziendale e all’UVAR regionale per le attività di monitoraggio.

Il Coordinamento Regionale UVAR oltre all’attività relativa al monitoraggio, interviene su richiesta, per problematiche rappresentate dalle UVAR aziendali ed in casi di contenzioso per problematiche di propria competenza, esprimendo un parere tecnico con l’eventuale ausilio delle Società Scientifiche o di esperti in materia.

Il Coordinamento Regionale UVAR definisce annualmente il programma delle attività con la individuazione degli indirizzi per il raggiungimento degli obiettivi a cura delle UVAR di ASL, e provvede all’aggiornamento semestrale del “ Manuale delle verifiche per la valutazione dell’appropriatezza dei ricoveri “.

METODOLOGIA DEI CONTROLLI E RIFERIMENTI NORMATIVI

L’attività di controllo interessa tutte le tipologie di erogatori, pubblici e privati accreditati, tutti i tipi di ricoveri, in acuzie, riabilitazione e lungodegenza, e si effettua sia per i ricoveri in autoconsumo che per i ricoveri in mobilità regionale ed extraregionale.

La DGR n. 1442 del 04-08-2009 (DIF 2009) stabilisce che i controlli interessino almeno il 15% , tendenzialmente fino al 100%, delle cartelle cliniche e corrispondenti SDO.

L’approccio metodologico alla valutazione dei ricoveri prevede :

- In prima fase la valutazione dei dati SDO utilizzando sia i tabulati che i dati informatici, per la definizione del programma di verifica ritenuto più efficace;

Agenzia Regionale Sanitaria

- una seconda fase di controllo diretto delle cartelle cliniche, in ragione delle valutazioni di cui alla prima fase e di campionatura random delle stesse.

MANUALE DELLE VERIFICHE PER LA VALUTAZIONE DELLA APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

PREMESSA

Si ritiene opportuno riportare in premessa alcuni concetti fondamentali del sistema SDO-DRG.

La **Cartella Clinica** è il documento che contiene tutte le informazioni di natura clinica associate ad un ricovero ospedaliero ed è strutturata per permettere la precisa descrizione delle patologie e delle procedure effettuate nel corso del ricovero. La cartella clinica ha valenza medico-legale

La **Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)** è documento a finalità amministrativo contabile e riporta le informazioni necessarie alla formalizzazione economica dell'episodio di ricovero.

La SDO è ed è stata utilizzata in Italia come fonte informativa sulle attività ospedaliere, con soddisfacenti risultati essendo fonte ampia, attendibile e facilmente analizzabile con sistemi informatici. Essa, come disposto dall'art.1 del D.M. 28 dicembre 1991, è strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale ed è parte integrante della cartella clinica di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale.

Caratteristica precipua della SDO rispetto alla cartella clinica è la valenza assegnata alle patologie presenti nel ricovero, infatti nella logica della SDO:

- La **Diagnosi Principale** è la condizione che ha assorbito il maggior consumo di risorse assistenziali nel corso dell'episodio di ricovero.

Agenzia Regionale Sanitaria

- La **Diagnosi Secondaria** è una condizione clinica concomitante, preesistente o sopraggiunta, che aumenta l'impegno assistenziale necessario per l'episodio di cura, e quindi produce maggior consumo di risorse e maggior onere economico. Si possono quindi riportare come diagnosi secondarie solo quelle condizioni che rispettano il principio dinanzi enunciato. La presenza di altre patologie, ancorché clinicamente significanti ma non comportanti maggiori oneri assistenziali non richiede codifica accessoria ; queste patologie possono essere codificate come elementi anamnestici (codici V, od altri, purché ciò non complichino e non cambi il DRG originario), ovvero non codificate.

Questi criteri sono ben differenti dai criteri di analisi e valutazione clinica con cui si compila una Cartella Clinica.

La fase di maggiore criticità del sistema SDO-DRG è nel passaggio dalle descrizioni cliniche delle malattie e degli interventi contenuti nella Cartella clinica ai codici di diagnosi e procedure ICD 9 CM da inserire nella SDO. Questa trasduzione è operazione delicata e talora complessa e deve avvenire ad opera di personale specificamente formato, coadiuvato e sostenuto dalle Linee Guida sulla codifica; in particolare la Legge 380/2000, le linee guida della Conferenza Stato Regioni del 06/02/2006 ed il successivo aggiornamento del 18/12/2009, ed eventuali Linee Guida regionali. La Regione Puglia non ha preparato linee guida alla codifica della SDO, ma ha consigliato come riferimento le "Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", rev. 2006, della Regione Lazio.

I CONTROLLI SULLE SDO E SULLE CARTELLE CLINICHE

I controlli sulle SDO e sulle Cartelle Cliniche possono essere sinteticamente riassunti come:

- A.** controlli formali;
- B.** controlli sulla codifica;
- C.** controlli sulla appropriatezza organizzativa;
- D.** controlli sulla appropriatezza clinica;
- E.** altre tipologie di controlli.

A. CONTROLLI FORMALI

I controlli formali (anagrafica, completezza dei campi obbligatori, congruità sesso-diagnosi, età – diagnosi, ecc.) vengono regolarmente effettuati in automatico dal Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) nella fase di validazione delle SDO.

Un controllo formale aggiuntivo obbligatorio è la verifica di corrispondenza dei dati nominativi ed anagrafici fra SDO e Cartella Clinica. E' opportuno inoltre verificare l'esistenza in cartella della copia della tessera sanitaria o del codice fiscale, almeno per gli utenti residenti in altre regioni.

B. CONTROLLI SULLA CODIFICA

Si è già detto della difficoltà della codifica della SDO, e quindi della possibilità di imprecisioni o errori in questa operazione, chiaramente i controlli sono indirizzati alla ricerca della cosiddetta "codifica opportunistica", finalizzata ad una maggiore retribuzione del ricovero, a giustificare ricoveri altrimenti inappropriati, ed altro.

Il ricovero deve essere valutato nel suo complesso, soffermandosi sulla precisione della diagnosi principale e delle procedure effettuate, sull'effettiva esistenza di complicanze, etc.; le variabili sono numerosissime e spesso sono ascrivibili ad errori di codifica "in buona fede".

In ordine generale si possono distinguere verifiche su:

Agenzia Regionale Sanitaria

B.1 CORRISPONDENZA FRA INFORMAZIONI CONTENUTE IN CARTELLA CLINICA E SDO

In alcuni casi il confronto fra notizie contenute in cartella clinica e SDO mette in evidenza incongruenze altrimenti non evidenziabili (omissioni/aggiunte)

B.2 CORRETTA SCELTA DEI CODICI ICD 9 CM

E' fondamentale la verifica della corretta scelta dei codici ICD 9 CM per la descrizione sulla SDO delle patologie e delle procedure riportate in cartella clinica

B.3 CORRETTA SEQUENZA DEI CODICI DI DIAGNOSI E DI PROCEDURA/E

La semplice variazione di sequenza nell'ordine di inserimento nella SDO delle diagnosi o delle procedure può comportare una variazione del DRG di afferenza e quindi una differente monetizzazione del ricovero.

B.4 EFFETTIVA INCIDENZA DI DIAGNOSI COMPLICANTI (Drg con cc vs. DRG senza cc)

È frequente l'inserimento nella SDO di diagnosi secondarie che portano alla assegnazione di un DRG complicato, e quindi meglio remunerato, senza evidenza di maggior consumo di risorse assistenziali associabili alla presenza della complicità stessa. L'inserimento della complicità, inoltre, è spesso utilizzato per trasformare un DRG ad elevato rischio di inappropriata (appartenente ai cosiddetti "DRG LEA") in un DRG non a rischio di decurtazione tariffaria. I DRG complicati vanno pertanto opportunamente soppesati con il conforto della cartella clinica.

Fattori che indirizzano al controllo della cartella clinica:

- DRG complicati con degenza pari a 0-2 giorni, poiché la presenza di una complicità reale non dovrebbe essere compatibile con una degenza breve;
- DRG complicati con degenza inferiore/uguale alla degenza media del DRG omologo (valori regionali);
- Casistica di DRG complicati superiore al 50% della casistica dei due omologhi, in strutture non specialistiche.

Agenzia Regionale Sanitaria

Non esistono quantificazioni del consumo di risorse necessario affinché una diagnosi secondaria si possa effettivamente considerare complicante l'episodio di ricovero; in termini orientativi l'aumento del consumo di risorse assistenziali dovrebbe essere pari almeno alla tariffazione di una giornata di degenza oltre-soglia.

B.5 CONGRUITÀ TRA LA CODIFICA ED IL DRG OTTENUTO

E' possibile che si evidenzi mancanza di congruità tra la codifica ed il DRG ottenuto rispetto alla "descrizione" del DRG, ai contenuti assistenziali del ricovero ed alla tariffa dello stesso.

B.6 CONGRUITÀ TRA LA DIAGNOSI E LA/E PROCEDURA/E

E' possibile che si evidenzi mancanza di congruità tra le procedure eseguite nel corso del ricovero e la diagnosi descritta/codificata. In questi casi è opportuna verifica sulla cartella clinica.

C. CONTROLLI SULLA APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Anche questo settore è molto ampio; al momento questi gli assi principali di controllo:

C.1 DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Questi DRG, detti anche DRG-LEA, i cui ricoveri sono a rischio di inappropriata organizzativa sono già sotto osservazione e variamente disincentivati, ed oggetto di controllo nella loro totalità, come da indicazione della Legge Regionale n. 1442 del 04-08-2009.

Le verifiche precedenti possono essere integrate con le indicazioni derivanti dal **Modello di Analisi della Appropriata organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di Procedure**. MAAP infatti permette di "slatentizzare" per qualsiasi Istituto e per tutti i DRG eventuali comportamenti assistenziali inappropriati (organizzativi e talora anche clinici), con indicazioni puntuali sui setting assistenziali più opportuni.

Agenzia Regionale Sanitaria

C.2 RICOVERI DUPLICATI O FRAZIONATI

Trattasi di ricoveri in cui il trattamento viene impropriamente suddiviso in più accessi in un tempo relativamente breve, **convenzionalmente entro 30 giorni**. Esempi:

- a. i ricoveri medici seguiti da ricoveri chirurgici per la stessa patologia;
- b. ricoveri medici con lo stesso DRG;
- c. ricoveri medici con la stessa MDC;
- d. ricovero chirurgico con lo stesso DRG;
- e. ricoveri acuti trasferiti in riabilitazione dopo degenza in acuzie inferiore alla degenza media dello stesso DRG.
- f. ricoveri acuti consecutivi in cui il ricovero del soggetto si ripete nell'arco delle 24 ore nella stessa unità operativa (u.o.) o in altra u.o. all'interno dello stesso presidio ospedaliero;

Per la problematica del trasferimento precoce dall'acuzie alla riabilitazione è opportuno stabilire con le Società Scientifiche un degenza media "attesa" per DRG in reparto per acuti prima del trasferimento in riabilitazione, in modo da assicurare al paziente la giusta permanenza (post-operatoria) nel reparto per acuti.

Per i ricoveri acuti consecutivi in cui il ricovero del soggetto si ripete nell'arco delle 24 ore nella stessa unità operativa (U.O.) o in altra U.O. all'interno dello stesso presidio ospedaliero, il secondo ricovero è da considerare come un trasferimento interno.

C.3 DRG DI ALTA COMPLESSITÀ CON DEGENZA BREVE / RIPETUTI NELLO STESSO ANNO

Sono da controllare i ricoveri per DRG di alta complessità con degenza breve (\leq tre notti), ovvero ripetuti nello stesso anno; per questi casi vale quanto già rimarcato in precedenza fra contenuti assistenziali, DRG assegnato e tariffe.

Un DRG di alta complessità si presume, tranne errori di codifica, derivato da patologie gravi e/o con assistenza impegnativa e complessa; la stessa definizione porta ad escludere la possibilità di ricoveri brevi.

D. CONTROLLI SULLA APPROPRIATEZZA CLINICA

Questo è il settore più complesso da affrontare poiché richiede valutazioni specifiche sulla opportunità e sulla modalità di esecuzione dell'assistenza ed i limiti non sono sempre ben definiti. La presenza di Linee Guida specifiche per la diagnosi ed il trattamento di numerose patologie costituiscono gli strumenti per orientarsi in questo campo. E' necessario stabilire con le Società Scientifiche mediche i criteri di "allarme" che inducano al controllo della documentazione clinica, ed alla contestazione di comportamenti assistenziali difformi dalle indicazioni delle linee guida e delle Società Scientifiche stesse.

E. ALTRE TIPOLOGIE DI CONTROLLI

Le verifiche possibili sono numerose , variabili ed in costante evoluzione, per cui è opportuno prevederne anche al di fuori dello schema sopra descritto. Attualmente , nella regione Puglia, sono di particolare interesse verifiche su :

E.1 DRG 468, 469, 470

Questi DRG sono quasi sempre consecutivi ad errate codifiche ed andrebbero sempre verificati.

E.2 DRG NEONATALI

L'elevatissima frequenza (circa il 50% della casistica dei ricoveri relativi al codice "31" - nido) di DRG di neonati con patologia lieve-moderata (da DRG 386 – a DRG 390) rende opportuna la verifica di queste cartelle cliniche. Trattasi in genere di DRG "patologici" per la presenza sulla SDO di diagnosi secondarie indicanti l'esecuzione dei normali screenings neonatali mal codificate. La corretta codifica degli screenings neonatali, previsti dall'attuale normativa, potrebbe essere effettuata con l'uso del codice "89.39 - Altri esami non invasivi" che non altera il DRG.

Si rammenta, a latere, che le cullette del Nido (codice "31") sono "posti letto tecnici" ed esse possono ospitare solo il neonato sano; il neonato

Agenzia Regionale Sanitaria

con affezioni deve essere dimesso dalla neonatologia (cod. reparto 62) o dalla pediatria (cod. reparto 39). Sono quindi appropriati per il nido i soli DRG 391 (Neonato sano) e 385 (Neonato trasferito ad altro ospedale). L'indicazione è finalizzata ad evitare che il neonato patologico venga assistito in ambienti non idonei.

E.3 DRG INERENTI IL PARTO

Nella casistica regionale, si evidenziano molti DRG relativi all'evento parto senza che effettivamente questo si sia verificato; si tratta di banali errori di codifica di altri eventi associati alla gravidanza .

E.4 COMPATIBILITA' FRA DRG E REPARTO DI RICOVERO

La rilevazione di una notevole casistica di ricoveri con DRG non attinenti la disciplina dell'U.O. di ricovero, in particolare nei reparti specialistici, è da considerarsi potenzialmente inappropriata, (es.interventi di natura ortopedica eseguiti in chirurgia generale, etc.) quindi da sottoporre a controllo.

E.5 TASSO DI OCCUPAZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO

Nelle unità operative di degenza, in particolare se non associate a funzioni di urgenza, il Tasso di Occupazione dei posti letto non può essere superiore al 100% nell'arco dell'anno.