

CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO DELLE CASE DI CURA ACCREDITATE/AUTORIZZATE PRESSO L'ASL RM C

Numerose norme tra cui per ultima in ordine di tempo, la delibera GR n. 996 del 10.07.01 "Linee Guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero" affermano la necessità di un adeguato ed efficace sistema di controlli impostato su un approccio di tipo clinico-epidemiologico, oltre che di tipo giuridico-contabile.

Tale principio è stato chiaramente sancito dal DLgs 229/99 che, all'art. 8 octies, comma 1, prevede che le Regioni e le ASL attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese.

Le Linee Guida di recente emanazione individuano nella regione e nell'ASL, gli organi responsabili di sviluppare appropriati sistemi di controllo dei comportamenti dei soggetti erogatori e della regolarità delle transazioni tra acquirenti e produttori.

La scelta di decentrare all'ASL i controlli degli istituti di propria competenza, è peraltro funzionale anche alla promozione ed allo sviluppo di competenze oltre che epidemiologiche, di valutazione e quindi d'accreditamento nell'ottica di un rafforzamento dell'autonomia gestionale dell'ASL.

Tale attività pertanto sarà svolta in maniera organica e costante tenendo conto delle norme in materia, delle recenti Linee Guida emanate dalla Regione Lazio e dalle evidenze riscontrabili nella letteratura del settore.

In tale direzione va il progetto appositamente predisposto da questa U.O.C. per la valutazione dell'attività di ricovero delle case di cura con cui questa ASL mantiene regolari rapporti (*allegato 1*).

Tale progetto riguarda tutte le strutture private autorizzate/accreditate, insistenti nel territorio dell'ASL che svolgono attività di ricovero per acuti e per riabilitazione: Ospedale Tannini, Clinica Nuova Latina, Clinica San Luca, C. Mater Misericordia, Concordia Hospital, C, Addominale, C, Fabia Mater, C, Annunziatela, Life Hospital, IRRCS S. Lucia.

Il progetto è coordinato e diretto dalla Unità Operativa Complessa "accreditamento delle strutture di ricovero" con la collaborazione del Dirigente Medico della U.O.C. "Sistema Informativo Sanitario Aziendale".

I criteri di cui si è tenuto conto nella predisposizione del progetto sono stati:

1. avvio dell'attività analitica di valutazione e monitoraggio
2. fattibilità del progetto in base alle risorse umane e tecnologiche disponibili.

Il sistema di valutazione si basa su due tipologie d'analisi:

1. analisi periodica (trimestrale) dell'attività di ricovero complessiva di ciascun istituto attraverso la valutazione generale dei dati relativi all'attività di

- ricovero con i relativi DRG e confronto con indicatori prestabiliti (indice di case mix (ICM), indice comparativo di performance (ICP);
2. valutazione analitica, mirata su singoli casi di ricovero da effettuare attraverso la revisione della documentazione clinica ("Casi sentinella" individuati dalla Regione, da organismi istituzionali (Ministero della Sanità), letteratura scientifica mondiale);
 3. valutazione annuale sulla qualità della compilazione e codifica della scheda RAD pari ad almeno lo 0,3 - 0,5% dei ricoveri di ciascuno istituto (mancata o errata codifica della diagnosi principale e secondaria, dell'intervento chirurgico principale e secondario, della data e del tipo di dimissione, impatto in termini d'eventuale assegnazione incongrua di tariffa per DRG), individuati con metodo random.
 4. valutazione annuale degli indicatori definiti nel Decreto del Ministero della Sanità del 24 luglio 1995 "contenuti e modalità d'utilizzo degli indicatori d'efficienza e di qualità":

Le valutazioni relative agli episodi di ricovero del 1° trimestre 2001 si svolgeranno entro il mese di settembre.

Dopo preavviso alle Direzioni Sanitarie degli istituti interessati, il controllo sarà effettuato da medici di questa U.O.C. che revisioneranno le cartelle cliniche e i registri di sala operatoria, ricodificando in base alla documentazione clinica, la Scheda di Dimissione Ospedaliera. Gli stessi medici, utilizzando in modalità interattiva il software *Groupier*, successivamente riattribuiranno il DRG ai casi controllati.

A tutti i Direttori Sanitari degli Istituti sarà inviata una relazione dettagliata sui risultati del controllo effettuato e, in assenza di controdeduzioni verrà rideterminata la remunerazione per i casi riclassificati.

In caso di controdeduzioni si procederà secondo quanto stabilito al punto "10. Modalità operative" dalle Linee Guida regionali.

E' programmata dopo l'analisi dei primi 6 mesi 2001, un incontro tra i rappresentanti degli Istituti e i medici del gruppo di controllo per discutere i risultati complessivi dei controlli effettuati, le problematiche di comune interesse emerse e per promuovere sia l'adozione di percorsi assistenziali uniformi che le attività di "analisi interna" dei soggetti erogatori, nella prospettiva di armonizzare analisi interna ed esterna e valutare in tempi brevi anche la correttezza dei processi di cura e la congruità del loro esito.

L'esistenza di buoni indicatori per il monitoraggio del volume, dei costi, dell'appropriatezza e degli esiti delle prestazioni va considerata una delle componenti fondamentali di un sistema di CQI (Miglioramento Continuo della Qualità).

Fare qualità significa prima di tutto documentare le attività ("cosa si fa") o le corrette procedure ("come si deve fare"), misurare, cercare di dare un valore, possibilmente numerico, ma in ogni caso quantizzabile, anche a quegli aspetti che abitualmente non l'hanno.

L'accreditamento è un sistema di qualità che

- consente di favorire l'analisi delle organizzazioni e, ove necessario, la riprogettazione delle stesse;
- fornire consulenza a migliorare la qualità delle cure per i pazienti;
- ottimizzare i risultati, ovvero produrre i migliori risultati possibili.
- introduce una serie di misurazioni d'esito assistenziale che tendono naturalmente a migliorare il livello d'assistenza.

Resto a disposizione per ulteriori chiarimenti e nell'attesa d'approvazione del piano sopra illustrato.

Dott. Egidio Sesti

Allegato 1

EVENTI SORVEGLIATI E INDICATORI UTILIZZATI

EVENTO	INDICATORE	TIPO DI MISURA
Qualità della codifica	Frequenza DRG 469, 470 (“DRG anomali”)	Processo
Incongruenza della codifica	Frequenza DRG 382, 424, 463, 464, 467, 468, 476, 477 (“DRG incoerenti”) DRG (50% delle cartelle con tali DRG)	Processo
Manipolazione codici procedure e diagnosi (sovracodifica DRG-creep)	➤ Proporzione DRG con complicanze-comorbilità sul totale di coppia omologa (“DRG complicati”) (<i>valore medio della distribuzione regionale</i>)	Processo
	➤ % episodi di ricovero attribuiti a DRG “a rischio di manipolazione opportunistica” (DRG 29, 281, 341, 342, 266, 270)	Processo
	➤ <i>Controllo analitico dei dimessi con diagnosi principale compresa nelle categorie 850 – 854 e durata della degenza inferiore a 4 giorni (esclusi i trasferiti in altri istituti);</i>	Processo
	➤ <i>Controllo analitico dei dimessi (10%) per fimosi e circoncisione assegnati al DRG 341 (codice 6493) (va codificata con il codice 640);</i>	Processo
	➤ <i>Controllo analitico dei neonati (10%) (DRG 389 e 390) con degenza < 6gg. (valore dell'indicatore superiore al 75° percentile della distribuzione regionale)</i>	Processo
Dimissioni precoci	➤ % ricoveri di 1 giorno (esclusi trasferiti e deceduti)	Processo
	➤ % dimissioni volontarie	Processo
Casi anomali per durata di degenza	➤ % di ricoveri oltre la soglia	Processo
	➤ % ricoveri di 2/3 giorni	Processo
Trasferimenti ad altri istituti	➤ % di trasferiti totali	Esito
	➤ % di trasferiti tra 2 e 7 giorni	Esito

EVENTO	INDICATORE	TIPO DI MISURA
Ricoveri ripetuti	➤ Tassi di riospedalizzazione entro 30 e 365 giorni nello stesso istituto del ricovero indice per la stessa patologia.	Esito
	➤ <i>Ricoveri ripetuti per chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, con diagnosi principale di neoplasia devono essere codificati con codici V (controlli analitici sono effettuati in presenza di più di 3 casi di ricovero ripetuto, avvenuto entro 60 giorni dal ricovero indice nello stesso istituto, con degenza inferiore ai 4 giorni, assegnato ad un DRG di neoplasia, escludendo i deceduti e i trasferiti ad altro istituto.</i>	Esito
Ricoveri non appropriati	Frequenza DRG ad elevato rischio di ricovero inappropriato (DRG 6, 26, 39, 55, 70, 134, 183, 184, 185, 187, 202, 206, 222, 225, 228, 229, 232, 243, 261, 262, 267, 270, 284, 301, 324, 341, 342, 343, 389, 390)	Processo
Degenze inappropriate	% casi di day hospital medici e numeri di accessi > 10	Processo
Complessità casistica	➤ Peso medio dei DRG (indice case-mix assoluto)	Processo
	➤ casistica dei 20 DRG più frequenti del presidio sanitario	Processo
	➤ casistica dei 5 DRG più frequenti in ogni UO	Processo
Caratteristiche struttura	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personale medico/PL ➤ Infermieri professionali/PL ➤ Personale ausiliario/PL ➤ Personale tecnico/PL ➤ N° sale operatorie/PL chirurgici ➤ N°PL Day Hospital/PLx100 	Risorse
Onnicomprensività della tariffa	➤ % pazienti trattati in preospedalizzazione (ricoveri programmati, tempi di attesa)	Processo
	➤ % dimissioni protette	Processo
	➤ Day Hospital (%) (Ricoveri in DH medico seguito entro 30 giorni da ricovero con DRG chirurgico) (<i>valore dell'indicatore superiore al 75° percentile della distribuzione regionale</i>)	Processo

EVENTO	INDICATORE	TIPO DI MISURA
Efficienza operativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Degenza media ➤ Indice di rotazione (complessivo e per specialità); ➤ Intervallo di turnover (complessivo e per specialità); ➤ N. pz. trattati in DH/n. dimessi ➤ Indice di rotazione dei PL in regime di DH ➤ Indice di utilizzazione dei PL in regime di DH ➤ Presenza media in regime di DH ➤ % dei dimessi con residenza fuori regione/totale dei dimessi ➤ % DRG chirurgici/DRG totali nei reparti di chirurgia generale e specialistica; ➤ dimessi da UO chirurgiche senza intervento/n. dimessi da UO chirurgiche ➤ Degenza media preoperatoria per DRG chirurgici ➤ N. ore effettive di attività delle sale operatorie/n. PL chirurgici ➤ Indice operatorio 	<p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p>
Verifica della qualità ed accuratezza della compilazione della Scheda di dimissione Ospedaliera (SDO), cartella Clinica, registro di sala operatoria, altri registri.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ % dimessi senza l'indicazione della modalità d'invio/totale dimessi ➤ % dimessi con codifica di diagnosi principale mancante, errata o incongrua/totale dimessi ➤ % dimessi con codifica di diagnosi secondaria mancante, errata o incongrua/totale dimessi ➤ % dimessi con codifica di procedura o intervento mancante, errata o incongrua/totale dei dimessi; ➤ % dimessi senza data della procedura principale/totale dimessi con procedura principale ➤ correttezza nell'attribuzione del DRG 	<p>Esito</p>

EVENTO	INDICATORE	TIPO DI MISURA
Riabilitazione	<p>➤ <i>Ricoveri prolungati: episodi di ricovero ordinario per riabilitazione di durata superiore a 90 giorni non attribuito ad un DRG relativo a postumi di sindrome comatosa (DRG 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35) o di lesione midollare (DRG 9).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Controllo analitico delle cartelle cliniche di tutti i ricoveri.</i> • <i>Trasformazione dei giorni di degenza non giustificati (contraddittorio con i medici curanti) dalla tariffa del DRG di riabilitazione a quella di lungadegenza postacuzie</i> • <i>% pazienti in riabilitazione oltre 85 anni;</i> <p>➤ <i>Day hospital</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Numero minimo 3 prestazioni (multiprofessionali e plurispecialistiche);</i> ○ <i>Durata complessiva non inferiore a 3 ore;</i> ○ <i>Controlli: 10% dei DH se i dimessi del trimestre sono inferiori a 100; 25 cartelle se i dimessi sono superiori a 100;</i> ○ <i>le prestazioni non rispondenti alle caratteristiche sopra definite verranno numerate con la tariffa ambulatoriale.</i> <p>➤ <i>Ricoveri ripetuti: controllo analitico di tutte le cartelle cliniche di pazienti ricoverati in regime ordinario in un intervallo inferiore a 180 giorni in reparti/strutture di riabilitazione (branche 28, 56 e 75) senza che sia intercorso un ricovero in reparti per acuti.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fanno eccezione i ricoveri ordinari successivi al primo, anche nella stessa struttura di:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Pazienti che hanno subito amputazioni di arti (DRG 113, 114, 213, 249, 256, 285);</i> ○ <i>Pazienti con patologie cronico-degenerative del sistema nervoso centrale:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sclerosi multipla DRG 13</i> - <i>Sclerosi laterale amiotrofica DRG 12</i> - <i>Morbo di Parkinson (codici ICD-9-CM 332.0, 332.1)</i> - <i>Pazienti affetti da sindrome comatosa (DRG 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35)</i> - <i>Pazienti affetti da lesione midollare (DRG 9)</i> 	<p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p> <p>Processo</p>

