

IL SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI DELLA QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Premessa

Il presente documento ha la finalità di fornire linee di indirizzo comuni a tutti gli enti del Servizio sanitario Regionale per il controllo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori pubblici e privati, sia a livello di ambiti di responsabilità che di assegnazione di competenze e contenuti, e di stabilire regole condivise e univoche a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa delle prestazioni sanitarie.

Art. 1

Organizzazione e responsabilità dei controlli sulle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale

Il sistema regionale dei controlli della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero e ambulatoriale, si articola su 2 livelli organizzativi:

- il livello regionale con compiti di indirizzo e coordinamento dell'attività di controllo;
- il livello aziendale con compiti operativi e di verifica.

A livello regionale la Direzione regionale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, svolge, anche tramite l'apporto di professionisti appartenenti alle aziende sanitarie e alle strutture private accreditate, le seguenti funzioni:

- predispone e/o aggiorna le direttive operative sull'attività di controllo e sulla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, in accordo con gli indirizzi della politica sanitaria regionale e conformi all'evoluzione scientifica e tecnologica;
- predispone il piano regionale dei controlli delle prestazioni sanitarie, vincolante per tutte le aziende sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate;
- verifica la quantità e qualità dei controlli eseguiti dalle aziende sanitarie e la rispondenza agli indirizzi regionali;
- individua tipologie ed entità delle penalizzazioni;
- dirime le eventuali contestazioni tra gli enti del Servizio sanitario regionale e tra questi e gli erogatori privati accreditati, in merito ai controlli eseguiti sulle prestazioni sanitarie e sulle misure adottate;
- esegue i controlli e gestisce le contestazioni, limitatamente ai casi di mobilità interregionale attiva e passiva che, per la particolare tempistica di invio, sono gestiti dalla Regione a banca dati chiusa;
- indirizza l'attività di formazione sulla metodologia di controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
- predispone linee guida in tema di codifica delle schede di dimissione ospedaliera e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- emana linee guida applicative e procedure operative per il controllo delle prestazioni erogate con particolari setting assistenziali;
- promuove azioni tese a migliorare e uniformare le modalità di esecuzione dei controlli;
- elabora il report annuale sull'attività di controllo delle prestazioni sanitarie.

A livello aziendale è istituito con atto formale del Direttore Generale di ciascuna Azienda sanitaria territoriale il "nucleo di controllo" delle prestazioni sanitarie, composto da professionisti sanitari e amministrativi dell'azienda cui sono attribuite le seguenti funzioni:

- eseguire i controlli definiti dal piano annuale dei controlli con le modalità indicate;
- trasmettere i prospetti riepilogativi periodici alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, utilizzando gli strumenti predisposti a livello regionale;
- organizzare incontri di informazione e formazione sulla base degli indirizzi regionali e delle specifiche problematiche locali.

Nelle Aziende ospedaliere, ospedaliero-universitarie e negli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, ai quali sono affidati esclusivamente controlli interni sulle prestazioni erogate, la funzione di controllo è formalmente affidata alla direzione sanitaria.

Ferma restando la responsabilità di ciascuna direzione aziendale del rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia, è auspicabile l'attivazione di sinergie tra le Aziende sanitarie per l'esecuzione dei controlli sulle prestazioni sanitarie.

Art. 2

Tipologia e contenuti del controllo delle prestazioni sanitarie

I controlli si articolano su due livelli:

1. controlli interni sulla produzione della stessa Azienda sanitaria, ospedaliera, ospedaliero-universitaria, Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico o della struttura privata accreditata;
2. controlli esterni, disposti dalle Aziende Sanitarie territoriali nei confronti degli erogatori pubblici e privati.

I controlli interni hanno le seguenti finalità:

- controllo del sistema di codifica ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive in tema di codifica;
- controllo delle tipologie di prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
- verifica della correttezza del regime di erogazione delle prestazioni;
- verifica della correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, secondo le priorità assegnate;
- verifica dell'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni;
- verifica della corretta applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali, definite a livello regionale e/o aziendale;
- verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999.

I controlli esterni relativi all'attività di ricovero hanno la finalità di accertare, mediante verifiche di tipo sanitario condotte sulle SDO e sulle cartelle:

- l'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero rispetto a modalità alternative;
- la rispondenza tra quanto riportato sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e quanto documentato in cartella clinica;
- la correttezza della codifica delle SDO;
- la correttezza di compilazione delle impegnative;
- l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni;
- l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;

- la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999.

Art. 3

Modalità operative dei controlli esterni e verbale di controllo

I controlli esterni devono essere effettuati con le seguenti modalità operative:

- l'erogatore presso il quale viene effettuato il controllo deve ricevere comunicazione scritta da parte dell'Azienda sanitaria che ha disposto il controllo stesso almeno 15 giorni prima della data prefissata, con l'indicazione delle prestazioni oggetto della verifica;
- al momento del controllo devono essere presenti almeno due componenti del nucleo aziendale di controllo dell'Azienda sanitaria;
- i controlli vanno effettuati in presenza di almeno un rappresentante della struttura controllata.

I controlli sulle prestazioni di ricovero devono essere effettuati per ciascun soggetto erogatore privato nella misura del 12,5% delle cartelle cliniche e delle relative schede di dimissione ospedaliera (SDO).. L'individuazione delle cartelle cliniche da sottoporre a controllo deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali effettuati dal controllo di gestione dell'azienda sanitaria di riferimento.

Altri controlli interni, effettuati dalla direzione sanitaria della struttura accreditata stessa riguardano l'analisi della correttezza formale del record, della produzione interna con eventuali raffronti alle casistiche regionali di riferimento, dei DRG errati riscontrati durante i controlli interni ed esterni e di congruenza e/o appropriatezza dei DRG ad elevato rischio di inappropriatazza. L'evidenza dei controlli effettuati deve essere documentata attraverso la trasmissione di un report semestrale alla direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

Per gli erogatori pubblici, al raggiungimento della quota del 12,5% concorrono anche i controlli interni effettuati dalle stesse strutture di ricovero, previa raccordo con l'Azienda sanitaria territorialmente competente, ed i controlli effettuati dal controllo di gestione dell'azienda sanitaria di riferimento utilizzando analisi di sistema sui flussi informativi.

La valutazione di congruenza della codifica della SDO con la cartella clinica riguarda:

- le 4 nuove variabili (livello istruzione, data di prenotazione, classe priorità, codice causa esterna);
- la codifica della diagnosi e degli interventi attraverso un linkage di banche dati regionali (selezione delle SDO con DRG chirurgico e link con il registro operatorio);
- le cartelle cliniche relative ai DRG con complicanze ed ai DRG mal definiti.

La valutazione dell'appropriatezza erogativa riguarda:

- controllo dei DRG inappropriati di cui agli allegati A e B dell'intesa CSR 3/12/2009 (prestazioni di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale e DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria, previa definizione della soglia di ammissibilità a livello regionale);
- analisi dei DRG definiti ad alto rischio di non appropriatezza (DRG a tariffa elevata e DRG di alta complessità con degenza breve o ripetuta nello stesso anno);
- controllo dei ricoveri in day hospital medico a carattere diagnostico;
- controllo dei ricoveri soggetti ad onnicomprensività della tariffa;
- rilevazione dei casi di superamento dei controlli logico-formali del Sistema informativo sanitario regionale.

Inoltre deve essere effettuata la valutazione dell'appropriatezza del ricorso alle prestazioni nel rispetto delle linee guida nazionali (es. tagli cesarei, tonsillectomie, ecc.), nonché quella sulla quantità di prestazioni erogate rispetto a standard minimi necessari ad assicurare sicurezza ed adeguati livelli di qualità (es. interventi chirurgici, parti, ecc.).

La verifica sulle prestazioni ambulatoriali deve essere effettuata sul 2% delle stesse e riguarda:

- la coerenza tra prestazioni erogate e assetto accreditato per l'individuazione di prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale e regionale, in assenza della corrispondente branca accreditata e/o del contratto di fornitura;
- la corretta compilazione delle impegnative, in particolare delle esenzioni per patologia;
- il rispetto dei protocolli diagnostico terapeutici;
- il rispetto dei criteri di priorità.

Gli esiti del controllo sono registrati tramite un verbale che riporti almeno i seguenti dati essenziali:

- identificativo della documentazione clinica controllata (numero SDO, numero impegnativa);
- tipologia di controllo (es. DRG complicato);
- esito (confermato/modificato);
- breve descrizione delle eventuali modifiche apportate.
- eventuali prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo.

Il verbale deve essere redatto in duplice copia e sottoscritto da entrambe le parti; la sottoscrizione del verbale comporta l'accettazione di tutti gli esiti registrati sullo stesso. Eventuali contestazioni devono essere presentate entro 30 giorni dall'esecuzione del controllo alla Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia.

Qualora da una modalità campionaria d'esame delle cartelle cliniche o delle prestazioni di specialistica ambulatoriale risultassero degli errori di codifica, i correttivi si estendono al complesso della casistica.

Ove si rilevassero revisioni tariffarie o annullamenti di prestazioni per importi complessivamente compresi fra il 5% ed il 20% del fatturato controllato, i controlli effettuati nei confronti della specifica struttura erogatrice vanno estesi al 30% delle prestazioni di ricovero ed al 5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Ove si rilevassero revisioni tariffarie o annullamenti di prestazioni per importi complessivamente superiori al 20% del fatturato controllato, i controlli effettuati nei confronti della specifica struttura erogatrice vengono estesi alla totalità delle prestazioni.

In ogni caso, i controlli devono essere conclusi entro il 30 giugno dell'anno successivo, fatti salvi eventi eccezionali che potrebbero giustificare controlli successivi.

Art. 4

Penalizzazioni

Premesso che la finalità del sistema è quella di migliorare la qualità del Servizio sanitario regionale e di orientare il setting di erogazione delle prestazioni sanitarie secondo criteri di appropriatezza sia clinica che erogativa, le penalizzazioni, di cui al Decreto 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche", costituiscono strumento di accelerazione di tale processo e non di mero abbattimento tariffario.

Le penalizzazioni sono applicate direttamente dall'Azienda sanitaria solo a completamento dell'iter di verifica. In caso di non accordo fra le parti, la Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria,

politiche sociali e famiglia provvederà a dirimere il quesito con accettazione dell'esito senza possibilità di appello da parte di nessuno dei ricorrenti. Le decisioni assunte in materia di contestazioni sono vincolanti e definitive, nei termini di legge, per tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, con i conseguenti effetti economici stabiliti.

Le penalizzazioni economiche hanno effetto immediato e possono essere motivo di modifica del bilancio, in coerenza con le modalità e l'oggetto dei controlli in base alla programmazione regionale e alla soglia di ammissibilità regionale dei DRG inappropriati di cui agli allegati A e B dell'intesa CSR 3/12/2009.

I criteri da adottare per l'eventuale revisione tariffaria sono i seguenti:

- i ricoveri attribuiti ad un DRG complicato e non riconosciuti come tali sono remunerati alla tariffa dell'omologo DRG non complicato;
- i ricoveri nei quali si riscontrano errori di codifica rispetto a linee guida o disposizioni nazionali e regionali vengono remunerati alla tariffa del DRG derivante dall'attribuzione della corretta codifica;
- i ricoveri erogati in setting assistenziali inappropriati (es. ricovero ordinario al posto di day hospital) vengono valorizzati con il setting appropriato;
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale ripetute per scarsa qualità diagnostica e di refertazione non vengono corrisposte;
- gli importi recuperati con i controlli rimangono agli erogatori per l'effettuazione di nuove prestazioni, fino ad un massimo del 5% del budget annuale assegnato alla struttura; gli importi eccedenti il 5% rimangono alle aziende sanitarie e vengono trattenuti nel saldo finale relativo all'annualità;
- nel caso una struttura erogatrice privata accreditata incorra in penalizzazioni superiori al 5% per due annualità consecutive, dal terzo anno il budget della stessa viene ridotto del 15% e, in base alla tipologia di struttura oggetto della penalizzazione, riversato nella quota di area vasta prevista per la specialistica ambulatoriale o distribuito in parti uguali fra le altre Case di cura private accreditate della Regione.
- nel caso una struttura erogatrice privata accreditata incorra in penalizzazioni superiori al 20% per due annualità consecutive, l'accreditamento viene sospeso.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE