



Protocollo unico per l'espletamento dei controlli sui ricoveri Azienda U.S.L. di Modena

Premessa

Il protocollo vigente sull'attività di controllo, siglato congiuntamente dall'Azienda Usl, dall'Azienda Policlinico e dall'AIOP provinciale nell'anno 2001, è stato rielaborato in base all'evoluzione normativa, alla riorganizzazione della rete dei servizi, delle macroarticolazioni aziendali e delle risultanze dei controlli.

In via preliminare, si osserva come siano parzialmente modificate le esigenze di controllo sia per il progressivo cambiamento delle modalità di erogazione dell'assistenza (riconversione di parte delle prestazioni erogate in ricovero in prestazioni di DH, aumento dell'attività ambulatoriale, progressivo spostamento verso forme di assistenza territoriale, aumento delle forme di integrazione sanitario-sociale, etc) sia per gli interventi, posti in essere a livello regionale e locale per ridurre il livello di inapproprietezza generica delle prestazioni.

Come evidenziato dai reports della Regione, il livello di inapproprietezza organizzativa, che era riscontrabile nei primi anni di applicazione del sistema a remunerazione tariffaria a Drgs, si è ridotto a fenomeni più residuali.

Nondimeno, la necessità di proseguire con un'attività di controllo sull'appropriatezza generica è chiaramente esplicitata dalla normativa statale e regionale, nell'ottica di evitare un nuovo incremento di comportamenti non congrui al venire meno di un costante monitoraggio dell'attività.

Inoltre, a fianco di questo livello di controlli per così dire "di base", sono via via emerse altre esigenze di controllo che abbracciano i seguenti ambiti: corretta gestione delle liste d'attesa, appropriatezza specifica, afferenza ai LEA delle prestazioni erogate, qualità delle prestazioni con particolare riferimento alla sicurezza degli utenti.

L'esperienza di questi anni ha altresì evidenziato l'importanza dei controlli interni che ogni azienda pubblica o privata accreditata deve eseguire sulla **completezza della propria documentazione sanitaria** (referti, cartella clinica, scheda nosologica etc), viste le importanti ricadute non solo sulle valutazioni dell'appropriatezza, ma anche nella valutazione ex post di eventuali casi di malpractice.

L'ipotesi di riorganizzazione dei controlli che segue poggia sulla considerazione che le esperienze degli anni passati, basate sulla verifica mediante PRUO su un campione casuale di cartelle cliniche, abbiano ormai raggiunto un buon livello di standardizzazione, tale da potere essere decentrate sui singoli produttori, in linea con la normativa vigente.

Infatti, la rilettura combinata della normativa (art. 88, comma 2, L. 388/2000; all. 7 Deliberazione di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 2126 del 19.12.05) pone **in capo ad ogni singolo erogatore pubblico o privato accreditato**, l'onere di controllare almeno il 2% delle cartelle cliniche, escludendo che tali controlli siano di stretta competenza degli organismi di controllo esterno della Regione o delle Aziende sanitarie.

In particolare, l'art. 88 della legge finanziaria 2001, intitolato "Disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria" prevede, tra l'altro, che le Regioni assicurino, per ciascun soggetto erogatore pubblico e privato, un controllo analitico annuo di almeno il 2% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione.

L'individuazione delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali.

In linea con queste indicazioni si ipotizza di implementare il livello di integrazione tra il controllo interno ed il controllo esterno in un'ottica di miglioramento non solo delle modalità di erogazione dell'assistenza, ma anche della qualità dell'assistenza stessa.

In questa prospettiva di maggiore integrazione tra Azienda committente ed erogatori il controllo esterno dell'Azienda U.S.L. sarà articolato in due livelli:

- 1) valutazione dei risultati del controllo interno;
- 2) disamina dei dati analitici di attività a cadenza trimestrale con segnalazione agli erogatori di fenomeni potenzialmente inappropriati.

Il primo livello (controlli interni) si svolgerà a cadenza semestrale per verificare il grado di attuazione delle diverse azioni e l'eventuale necessità di modificare gli obiettivi, anche in rapporto ai dati emergenti dal monitoraggio generale del contratto di fornitura;

il secondo livello (controlli esterni) sarà attuato a cadenza trimestrale, previa disamina dei dati del ritorno informativo regionale (File Mob), attraverso la segnalazione agli erogatori delle prestazioni che - sulla base dello scostamento dagli indicatori regionali e/o dell'appartenenza ad aree di maggiore criticità alla luce degli obiettivi aziendali e dei criteri di cui all'allegato 7 della D.G.R. 2126 del 2005 - saranno oggetto di controllo. L'obiettivo primario del controllo esterno sarà quello di rafforzare il controllo interno, offrendo alle Direzioni Sanitarie del Presidio, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, del NOS e degli Ospedali Privati Accreditati un ulteriore strumento per motivare il cambiamento, incentivando i comportamenti virtuosi e favorendo la uniformazione delle modalità di erogazione dell'assistenza in tutto il territorio provinciale.

Tuttavia, qualora emergessero eventuali divergenze rispetto agli obiettivi prefissati in sede di stesura del contratto e/o particolari situazioni che segnalino carenze tecnico-organizzative e/o assistenziali di particolare rilevanza, potranno essere comunque disposte verifiche ulteriori anche non programmate, a patto di documentate esigenze aventi carattere di urgenza.

Vale a dire che saranno comunque possibili **controlli straordinari** - anche al di fuori delle procedure sopra indicate e delle tipologie di cui all'allegato 7 della Delibera di Giunta Regionale 2126/2005 - nei seguenti casi:

- Verifiche richieste da altri Organi di controllo (Agenzia Sanitaria Regionale, Assessorato Regionale, Nas, Nuclei Ispettivi Ministeriali, Autorità Giudiziaria, ect);
- Altre esigenze di controllo emerse in sede locale in esito alla rilevazione di eventi sentinella di particolare significatività - che saranno preventivamente segnalati e motivati alle strutture - in relazione alla qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate o alla violazione degli accordi contrattuali.

Controlli interni

In esito alla valutazione operata congiuntamente dall'Azienda U.S.L. e dalle singole Aziende pubbliche e Ospedali privati accreditati sono stati individuati i seguenti indicatori che saranno oggetto di specifiche azioni da parte delle Strutture Sanitarie, ivi compresi gli Stabilimenti Ospedalieri dell'Azienda U.S.L. e verranno monitorati in sede di controllo interno con predisposizione di reports semestrali a disposizione dell'Azienda U.S.L. per i controlli esterni di primo livello.

A) Qualità della documentazione sanitaria, ivi compresa la scheda di dimissione ospedaliera

QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		
Obiettivo	Azione di miglioramento	Indicatore
Miglioramento della qualità della documentazione sanitaria e cartella clinica	<ol style="list-style-type: none">1. definizione di una procedura;2. verifica della corretta applicazione della procedura sulla base di una check list da applicare su un campione concordato	<ol style="list-style-type: none">1. Documentazione della procedura;2. % di U.O.* che l'applicano;3. % di cartelle incomplete per U.O. *
Miglioramento della qualità della SDO	<ol style="list-style-type: none">1. definizione di una procedura;2. verifica della correttezza formale (check list) **	% di SDO incomplete per U.O. *

* U.O. : Unità operativa o altre articolazioni organizzative, con particolare riferimento alle Strutture Private Accreditate.

** Check-list: trattasi di Check List concordata o già in uso nel sistema Qualità.

B) Congruenza scheda-cartella

Obiettivo	Azione di miglioramento	Indicatore
Miglioramento del livello di congruenza SDO - Cartella	<ol style="list-style-type: none">1. definizione di una procedura;2. verifica della congruenza tra contenuto della cartella e SDO (check list) **	<ol style="list-style-type: none">1. Documentazione della procedura;2. % di SDO errate rispetto al contenuto delle cartelle per U.O. *

C) Appropriatezza generica

Ai fini della valutazione dell'uso appropriato dell'ospedale gli Erogatori si impegnano altresì ad effettuare, nel corso dell'anno di riferimento, verifiche campionarie sulle cartelle cliniche, utilizzando il protocollo PRUO, nei reparti di degenza ordinaria e DH per acuti, ed altri strumenti concordati, quali protocolli di accesso, modalità di cura, protocolli di dimissione, tipologia dei pazienti ecc nei reparti riabilitativi e psichiatrici.

Fatto salvo quanto indicato dalla normativa circa i volumi e le modalità di campionamento casuale, le aree di priorità di intervento saranno individuate congiuntamente dal Servizio Committenza e dall'Erogatore sulla base delle risultanze dei controlli interni ed esterni effettuati e

del monitoraggio contrattuale. Saranno oggetto dei controlli di primo livello dell'Azienda U.S.L. i risultati delle verifiche effettuate attraverso il protocollo PRUO.

L'Azienda U.S.L. si riserva comunque di effettuare ulteriori indagini campionarie sulle cartelle cliniche.

Controlli esterni

Come già più volte sottolineato, il sistema dei controlli che si intende adottare - con i produttori con i quali sono in atto accordi di fornitura - si basa su una stretta correlazione tra controllo interno a carico degli erogatori delle prestazioni e controllo esterno effettuato a livello aziendale.

Si ritiene, infatti, che un potenziamento dei sistemi di controllo interno con monitoraggio congiunto delle criticità possa permettere un minore numero di contestazioni in sede di controllo esterno, potenziando i meccanismi preventivi dei comportamenti impropri e facilitando fenomeni di miglioramento sia in termini di appropriatezza che in termini di qualità delle prestazioni erogate su tutto il territorio provinciale.

Tale sistema di controlli viene confermato nella delibera regionale n. 1654/2007 e nell'accordo AIOP 2007/2009.

Per quanto concerne i controlli esterni si è concordata la istituzione di un sistema dei controlli basato sulle seguenti fasi:

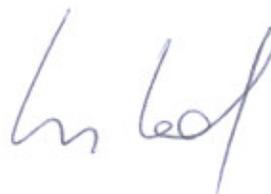
- analisi trimestrale dei dati di attività (ritorno informativo regionale -FILE MOB);
- segnalazione agli Erogatori delle cartelle cliniche oggetto di contestazione per possibili fenomeni distorsivi che meritano approfondimenti;
- analisi in sede delle cartelle cliniche, previo accordo sulla data della visita con la presenza di un rappresentante interno della struttura erogante;
- formulazione delle contestazioni delle cartelle ritenute inappropriate in maniera analitica e specifica per singolo ricovero contestato, in modo che parallelamente possano essere formulate le controdeduzioni in maniera altrettanto analitica e per singolo caso;
- controllo interno da parte degli Erogatori e successivo invio di controdeduzioni analitiche a contenuto tecnico;
- disamina congiunta del contenzioso non risolto e chiusura del contenzioso con redazione di un verbale conclusivo nell'ambito del quale siano indicati anche gli eventuali interventi correttivi da adottarsi.

Ove possibile, in relazione ai volumi delle contestazioni sollevate, il contenzioso potrà essere discusso e risolto già in sede di disamina delle cartelle presso le strutture, con conseguente snellimento delle sopracitate procedure. In tal caso verrà redatto contestualmente un verbale conclusivo con definizione dei singoli casi che sarà firmato da entrambe le parti.

Con l'adozione di tale metodologia si intende rendere il sistema dei controlli più aderente alle esigenze di committenti ed erogatori favorendo una maggiore integrazione tra controllo interno e controllo esterno al fine di modificare tempestivamente eventuali comportamenti incongrui.

Circa i **contenuti dei controlli** le verifiche saranno effettuate in merito a:

- a) completezza e conformità della documentazione sanitaria, ivi compresa la scheda nosologica;
- b) controllo della afferenza ai LEA delle prestazioni ;



- c) appropriatezza generica in termini di valutazione della congruità del livello di erogazione delle prestazioni in un'ottica di allocazione delle risorse;
- d) qualità della prestazione (appropriatezza specifica).

Saranno escluse le tipologie di prestazioni concordate con i singoli Erogatori (ad esempio invio da P.S. nelle Strutture Private Accreditate) oppure quelle previste da specifici Accordi Regionali e locali.

Per quanto concerne i ricoveri su richiesta del P.S. l'Azienda U.S.L. si riserva tuttavia di effettuare verifiche finalizzate a valutare l'adeguatezza dei percorsi.

Controlli sui ricoveri psichiatrici

Risulta tuttora vigente la normativa regionale che diversifica i controlli dei ricoveri psichiatrici, prevedendo che siano svolti in corso di degenza dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl di provenienza del paziente in trattamento (DGR 405 del 1998 , DGR 2043 del 2004 e DGR 1654/2007) .

In collaborazione col DSM e gli Ospedali Privati Accreditati, sono state messe a punto procedure di verifica dell'attività attraverso controlli effettuati in sede sui pazienti ricoverati a cadenza quindicinale. Tali procedure, che hanno visto coinvolto sia il Dipartimento di Salute Mentale che il Servizio Committenza, sono state testate in via sperimentale negli anni 2005 e 2006. Ultimata la fase di sperimentazione, nel 2007, si sono avviate le contestazioni dei casi parzialmente o totalmente inappropriati con modalità procedurali analoghe ai restanti ricoveri, ovvero con periodicità trimestrale sulla base dei dati validati dalla Regione Emilia Romagna.

Alla luce della riorganizzazione dell'assistenza in ambito psichiatrico, nonché delle esigenze emerse nell'ambito dei lavori della Commissione Tecnica Paritetica per la Salute Mentale in ordine ad una puntuale programmazione nell'area della residenzialità e del ricovero che sviluppi l'efficacia, l'appropriatezza e la valorizzazione delle risorse fornite, si concorda sulla opportunità di elaborare strumenti condivisi di verifica delle residenze a trattamento intensivo (RTI) e delle residenze a trattamento protratto (RTP), da demandare alla Commissione Locale di Monitoraggio specifica.

D) Appropriatezza specifica

I controlli a carico dell'Azienda committente non possono limitarsi **all'appropriatezza generica**, intesa come appropriato utilizzo delle risorse con effettuazione delle prestazioni nel regime di cure più appropriato (ricovero ordinario, ricovero in DH, assistenza specialistica ambulatoriale), ma saranno estese anche alla **qualità** delle prestazioni, al fine di condividere percorsi di miglioramento per le prestazioni erogate ai cittadini.

In merito ai controlli in tema di appropriatezza specifica, si concorda sull'opportunità di individuare con gli Erogatori ambiti sui quali promuovere eventuali iniziative congiunte . Ciò non esclude ovviamente la possibilità di continuare a sollevare contestazioni purchè basate ed esaurientemente suffragate da concrete evidenze scientifiche (ad es. EBM, ecc) anche in assenza di protocolli condivisi, nel rispetto delle normative vigenti.

I rappresentanti dell'Ospedalità Privata hanno inoltre sollecitato la definizione di protocolli volti a definire i percorsi dei pazienti in tutti quei casi in cui si verifichino rapporti tra strutture pubbliche e strutture private sia nella fase di invio che nella fase di dimissione.

In aggiunta ai controlli routinari, saranno comunque possibili **controlli straordinari** anche al di fuori delle procedure e tipologie sopra indicate nelle situazioni segnalate in premessa.

TEMPISTICA DEI CONTROLLI

Per quanto attiene alla **tempistica dei controlli**, preso atto di quanto stabilito nelle indicazioni regionali circa i tempi di esecuzione dei controlli e di componimento delle contestazioni in relazione alla mobilità ospedaliera tra Aziende Sanitarie della Regione (Circolare Regionale

10/2002), vevoli pertanto per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico, si prevede di adottare analoghe scadenze anche per gli Ospedali Privati Accreditati (Accordo integrativo AIOP-ARIS per gli anni 2007-2009), per il Presidio Ospedaliero e il Nuovo Ospedale di Sassuolo Spa, vale a dire:

- le contestazioni dovranno essere sollevate entro 45 giorni dalla validazione delle relative SDO da parte della Agenzia Sanitaria Regionale;
- le relative controdeduzioni dovranno essere prodotte entro i successivi 60 giorni.

Per quanto attiene alla Ospedalità Privata, nel caso in cui non potessero essere rispettate le scadenze sopra riportate, si dovranno prevedere eventuali ripercussioni che potrebbero consistere in:

a) con riferimento ai tempi fissati dal presente protocollo:

- tolleranza di circa 10 giorni sia per l'invio delle contestazioni che delle relative controdeduzioni, con accettazione da parte delle strutture private del possibile ritardo del saldo del trimestre, senza l'applicazione di alcuna penalità.
- qualora il ritardo nella chiusura del contenzioso sia attribuibile al ritardato invio delle controdeduzioni da parte delle strutture, queste ultime accettano lo slittamento del saldo di tanti giorni quanti sono stati quelli del ritardato invio delle controdeduzioni;
- qualora il ritardo nella chiusura del contenzioso sia attribuibile all'Azienda U.S.L. (ritardo nel sollevare le contestazioni e nel fissare gli incontri di definizione del contenzioso irrisolto), si procederà comunque al saldo trimestrale salvo conguaglio unicamente nei termini di cui alla D.G.R. N. 114/2001.

b) per ciò che non rientra negli accordi del protocollo:

rispetto tassativo delle scadenze, pena la decadenza delle contestazioni o delle controdeduzioni all'interno dei limiti di tempo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 114/2001;

c) per quanto non espressamente previsto nel presente accordo si fa riferimento alla DGR n° 1654/2007 (Accordo A.I.O.P. 2007-2009), nonché all'Accordo sull'alta Specialità.

RICADUTE DEI CONTROLLI

Circa le **ricadute economiche dei controlli**, si è preso atto delle richieste della Ospedalità Privata in ordine alla necessità di rendere omogenei i controlli Pubblico/Privato attraverso l'adozione di procedure e criteriologie comuni.

In tale senso, al di là delle diverse procedure dei flussi, sono stati individuati i seguenti meccanismi di Compensazione finalizzati a migliorare l'appropriatezza e a disincentivare la reiterazione di comportamenti impropri:

Azienda Universitario-Ospedaliera di Modena e Nuovo Ospedale di Sassuolo spa (NOS):
Relazione periodica relativa alle prestazioni inappropriate discusse congiuntamente ogni trimestre, di cui si terrà conto nell'ambito della negoziazione del contratto di fornitura;

Presidio Ospedaliero: contestazione delle prestazioni inappropriate e penalizzazione inserite nell'ambito del sistema incentivante dei Dipartimenti, previo inserimento tra gli obiettivi incentivati.

Ospedali Privati Accreditati: contestazione delle prestazioni inappropriate ed emissione di eventuale nota di accredito al termine dell'iter procedurale e/o non riconoscimento di incentivi.

Secchi

Tutti

Luca

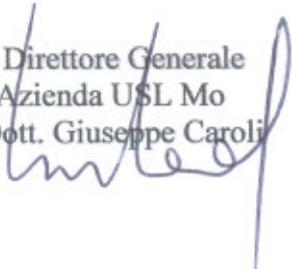
J

Il Settore Controlli del Servizio Committenza elaborerà a cadenza annuale il report complessivo circa l'esito dei controlli sui produttori pubblici e privati, che sarà a disposizione degli Erogatori e inviato in Regione

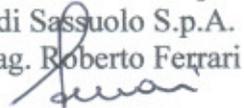
Il presente protocollo sarà aggiornato in base alle eventuali nuove direttive nazionali o regionali in materia.

Modena, li 25/07/2008

Direttore Generale
Azienda USL Mo
Dott. Giuseppe Caroli



Presidente dell'Ospedale
di Sassuolo S.p.A.
Rag. Roberto Ferrari



Direttore Generale
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Dott. Stefano Ceneetti



Rappresentate AIOP
Provinciale
Dott. Paolo Toselli

