

ALLEGATO A

ARTICOLO 5

(Debito informativo, modalità di registrazione e codifica delle prestazioni, modalità di effettuazione dei controlli)

1. L'azienda/presidio è tenuta ad assolvere il debito informativo necessario ad assicurare il monitoraggio degli accordi pattuiti, delle attività svolte, della verifica della appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata nonché ai fini della valutazione complessiva dei risultati raggiunti.
2. L'azienda/presidio si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Liguria, secondo le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale nonché dal presente accordo. In caso di inadempimento trovano applicazione le penalizzazioni di seguito concordate, fermo restando gli eventuali abbattimenti tariffari o di finanziamento fissati dalla Regione.
3. Le parti definiscono contenuti, modalità, tempi e scadenze del debito informativo legato alle prestazioni e alle attività non tariffate erogate dalla struttura.
4. Entro un termine concordato obbligatoriamente dalle parti l'azienda/presidio depositerà presso la ASL i protocolli organizzativi adottati presso ciascuna Unità operativa ove per protocolli organizzativi si intendono le modalità di erogazione delle prestazioni ed i relativi indicatori di performance. Tali protocolli dovranno riguardare le patologie più frequenti di ciascuna Unità operativa e comunque dovranno corrispondere almeno al 40% della casistica trattata.
5. Il debito informativo delle prestazioni tariffate è assolto nel rispetto dei seguenti principi:
 - l'azienda/presidio è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e statali in ordine alle modalità di compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria
 - l'azienda/presidio raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella cartella clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione, anche in via informatica, fornite dalla competente Struttura del Dipartimento Sanità
 - in merito al sistema di classificazione delle diagnosi e procedure nella SDO viene adottata la codifica ICD9-CM versione 1997, a partire dal 1 gennaio 2001. Viene mantenuta la versione HCFA 10 del Grouper settanta per la classificazione ICD9-CM.
6. Ai fini dell'effettuazione dei controlli vengono costituiti i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ASL che devono prevedere la presenza di personale sanitario con competenze nella gestione ed organizzazione dei servizi sanitari, rispettando il criterio per cui, per ogni 1500 cartelle/trimestre da verificare, devono essere presenti 2 medici. Il NOC deve essere comunque costituito da almeno 3 componenti. La posizione funzionale del NOC è decisa dall'Azienda nell'ambito dell'atto di autonomia aziendale.
In sede dei controlli il NOC è validamente costituito attraverso la presenza di almeno 2 componenti.
7. Vengono costituiti Nuclei Aziendali di Valutazione dell'Appropriatezza che collaboreranno strettamente con i dirigenti medici delle Unità Operative e saranno dotati di personale adeguato, coordinato da un medico nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario; tali nuclei saranno inquadrati secondo le esigenze organizzative dell'Azienda ed alla luce di quanto previsto dall'atto di autonomia aziendale.
8. I NOC dell'ASL possono compiere, con un preavviso non inferiore a 7 giorni lavorativi, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività, nella sede delle strutture a cui dovrà essere fornito, con lo stesso preavviso, l'elenco della documentazione richiesta su supporto magnetico e l'indicazione delle date di effettuazione dei controlli.
I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con il rappresentante della struttura/presidio e con l'assistenza dei clinici responsabili della documentazione in oggetto.
9. Le modalità di controllo devono uniformarsi ai principi e alle linee guida fornite dalla Commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e riguardano:
 - la coerenza complessiva tra scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e cartella clinica
 - l'appropriatezza del regime di ricovero utilizzato per l'erogazione delle prestazioni, controllo finalizzato anche alla miglior definizione degli accordi e contratti interaziendali
 - la coerenza del frazionamento del ricovero nel caso di ricovero ripetuto
 - nei ricoveri oltre soglia verrà valutata la presenza di documentazione che attesti i motivi del protrarsi del ricovero, siano essi di tipo clinico che socio-assistenziale
10. La selezione dei ricoveri da sottoporre a controlli mirati ed il successivo piano di campionamento devono soddisfare i criteri riportati negli allegati 1 e 2. L'ASL può decidere di ampliare i controlli sulla base dei risultati ottenuti sul campione.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Loredana Casagrande)

16/03/2001 (Dott. Mario Martinero)

11. Dal controllo sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero può derivare una diversa codifica e classificazione delle prestazioni erogate e quindi una diversa valorizzazione economica delle stesse. In ogni caso l'eventuale valorizzazione a zero non comporta l'annullamento della prestazione, se documentata. L'azienda/presidio può accogliere i rilievi effettuati e sinteticamente motivati, oppure, sempre sottoscrivendo il verbale, può dichiarare di non accettarli.

Su richiesta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della cartella clinica ovvero della documentazione oggetto di contenzioso.

12. Qualora i rilievi non siano accolti il rappresentante legale dell'Azienda o il responsabile del Presidio potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie controdeduzioni all'ASL. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i trenta giorni decorrono dall'ultimo giorno del controllo. Non saranno presi in considerazione, ai fini del procedimento, le controdeduzioni inviate oltre i termini.

13. Il contenzioso tra ASL e Presidio a gestione diretta è deciso dal Direttore Sanitario che acquisisce preliminarmente le controdeduzioni del Presidio ed il parere del nucleo di controllo dell'ASL. La Commissione si riserva di specificare successivamente ulteriori modalità di risoluzione del contenzioso che assicurino omogeneità di trattamento tra presidi a gestione diretta delle ASL e Aziende ospedaliere.

Nel caso di contenzioso tra ASL e strutture pubbliche ed equiparate si applicano i seguenti principi:

- in caso di mancato invio delle controdeduzioni da parte del legale rappresentante dell'azienda avranno comunque luogo gli effetti economici conseguenti all'attività di controllo
- il Direttore Generale dell'ASL ha la facoltà di giungere ad una conciliazione con la struttura e le conclusioni di detta conciliazione saranno oggetto di apposito provvedimento. Nel caso in cui non si arrivasse ad un accordo, le pratiche non definite saranno poste all'attenzione di un Collegio di valutazione all'uopo costituito, che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 giorni dall'affidamento del mandato
- il Collegio di valutazione sarà formato da tre componenti di cui uno nominato dal Direttore Generale dell'ASL, uno dall'Azienda erogatrice ed il terzo di comune accordo tra le parti; nel caso di mancato accordo il terzo componente sarà nominato dal Direttore del Dipartimento Sanità della Regione di intesa con l'Ordine dei Medici Provinciale
- la definizione della procedura di conciliazione, che deve concludersi entro un periodo fissato in via provvisoria nel termine non superiore a 6 mesi dal momento della contestazione, è condizione di procedibilità per un eventuale ricorso alla competente Magistratura
- in fase iniziale i controlli sono coordinati dall'ASL nel cui territorio è ubicata l'Azienda con la partecipazione dei NOC delle altre ASL; resta ferma la facoltà delle AA.SS.LL. liguri di richiedere all'ASL di ubicazione dell'Azienda di effettuare controlli sulla documentazione relativa ai propri assistiti.

Allegato 1 - (Art. 5)

Criteri di selezione dei ricoveri da sottoporre a controlli mirati

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Loredana Casagrande)

16/03/2001 (Dott. Mario Martinero)

DRG complicati (presenza di diagnosi complicanti la diagnosi principale)

viene selezionata una percentuale sul totale dei DRG suddetti secondo il piano di campionamento previsto.

Ricoveri ripetuti per lo stesso soggetto

- con finestra temporale 0-1 giorno: dovranno essere sottoposti a controlli interni da parte dei NOC aziendali
- con finestra temporale a 4 giorni: dovranno essere sottoposti a controlli interni da parte dei NOC aziendali; sarà emanato un regolamento che consenta la riunificazione in un unico episodio di ricovero dei ricoveri separati da una dimissione breve consentita dalle condizioni del paziente
- con finestra temporale 5-30 giorni: così come i ricoveri precedenti la selezione individuerà il secondo ricovero considerato come ripetuto se effettuato nello stesso istituto del ricovero precedente; il controllo dovrà essere effettuato anche sulla documentazione del/i ricovero/i precedenti. Al fini dell'utilizzo di tale dato come indicatore di performance degli Istituti di ricovero la Commissione suggerisce invece di considerare ripetuto il ricovero, con la stessa MDC, anche se effettuato in Istituto diverso dal precedente.

Durata della degenza di 2 - 3 giorni

vengono presi in considerazione per il campionamento tutti i ricoveri con durata di degenza di 2 - 3 giorni a prescindere dal DRG prodotto e da eventuali percentuali attese DRG specifiche.

DRG anomali (424, 468, 469, 470, 476, 477)

la Commissione ritiene opportuno che tutti i DRG anomali vengano sottoposti a verifica da parte dei NOC a prescindere dalla loro prevalenza rispetto alla frazione di campionamento.

DRG particolarmente remunerativi

allo scopo di evitare sperequazioni fra le diverse aziende nell'entità numerica di tale controllo, derivante da una selezione effettuata a partire dalla tabella de DRG, la Commissione stabilisce che la selezione venga effettuata al livello di estrazione prescelto, sulla pertinente quota di DRG maggiormente remunerativi, stabilita nella misura del 2%.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Sig.ra Loredana Casagrande)

Data - IL SEGRETARIO

16/03/2001 (Dott. Mario Martinero)

Allegato 2 - Art. 5

Piano di campionamento

Base dati:

tutti i ricoveri dei residenti liguri, i ricoveri dei pazienti provenienti da fuori regione (mobilità attiva) sono pertanto esclusi dai controlli.

Frazione di campionamento: 10% di cui:

- 5% estratto casualmente tra tutti i ricoveri individuati dai criteri di selezione "ad hoc" con il vincolo dell'inserimento globale di tutti i ricoveri produttori DRG anomali (vedi criteri di selezione "ad hoc")
 - 5% estratto casualmente dai restanti ricoveri, suddiviso in parti eguali tra ricoveri ordinari e ricoveri day hospital
- ne consegue che, tenuto conto che i ricoveri individuati dai criteri di selezione come base dati per il primo 5% sono per la quasi totalità ordinari, la frazione di campionamento complessiva è costituita per circa il 25% dai ricoveri day hospital e per il restante 75% da ricoveri ordinari; questa è approssimativamente la proporzione tra i due regimi di ricovero a livello regionale.

Livello di estrazione: il livello a cui vengono applicate le varie frazioni di campionamento per l'estrazione è l'Azienda (ASL, Ospedaliera, Ente, IRCCS, Privato Accreditato).

Responsabilità tecnica: in fase iniziale, per tutto l'anno 2001, l'estrazione dei ricoveri da sottoporre a verifica verrà effettuata a cura della Commissione Regionale Qualità e Controllo; successivamente le ASL provvederanno direttamente alla costituzione del campione e la Commissione verificherà la correttezza delle procedure impiegate per l'estrazione.

Periodicità del campionamento: il campionamento avrà periodicità trimestrale e verrà effettuato sui dati dei ricoveri registrati in dimissione nell'ultimo trimestre consolidato. In fase di avviamento delle procedure, a partire dal gennaio 2001, verrà effettuata una simulazione formativa/informativa, senza effetti economici ed amministrativi, sul terzo trimestre 2000, consolidato; tale simulazione avrà esito in una giornata di studio che si terrà nel mese di giugno con lo scopo di verificare i risultati dei controlli effettuati.

ARTICOLO 6

(Sistema aziendale per il miglioramento della qualità)

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione; a tal fine l'azienda/presidio si impegna ad adottare un sistema aziendale di miglioramento della qualità.
2. L'azienda/presidio si impegna a sviluppare il sistema di qualità aziendale secondo le direttive che verranno definite dalla Commissione Regionale per la Qualità delle Prestazioni Sanitarie e a definirlo nei tempi e nei modi.
3. Appropriatelyzza delle prestazioni

Le parti si impegnano affinché il ricovero e la sua durata siano oggettivamente adeguate alla necessità diagnostico-terapeutiche degli assistiti curando il raccordo e l'integrazione tra la residenzialità ospedaliera e l'assistenza territoriale e domiciliare.

Nel caso in cui il paziente necessiti di assistenza domiciliare ad alto contenuto sanitario-assistenziale l'azienda/presidio è tenuta a comunicare preliminarmente le dimissioni al medico curante e ai competenti servizi dell'ASL:

L'ASL è tenuta a promuovere azioni di collaborazione e integrazione con i medici di medicina generale per assicurare continuità di cura e l'appropriato ricorso alle prestazioni sanitarie.

L'azienda/presidio si impegna ad adottare in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni rese; l'azienda/presidio si impegna, altresì ad adottare i protocolli di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri effettuati.

Qualora l'applicazione di detti protocolli evidenziasse prestazioni di ricovero inappropriate, la ASL potrà contestare le prestazioni erogate, secondo le modalità previste all'art. 5.

FINE TESTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Loredana Casagrande)

16/03/2001 (Dott. Mario Martinero)