

Deliberazione della Giunta Regionale 11 novembre 2013, n. 35-6651

Organizzazione delle attività di controllo analitico delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito con modificazioni, dalla legge n 133 del 6.8.2008 e conseguenti modalità di revisione tariffaria. Modificazioni delle DD.G.R. 5.9.2011 n. 19-2561 e 1.2.2010 n. 7-13150.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Premesso che l'art. 79, comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito con modificazioni, dalla legge n 133 del 6.8.2008 prevede che le regioni provvedano ad assicurare un controllo analitico delle cartelle cliniche e delle relative schede di dimissione ospedaliera secondo criteri di campionamento casuali e che tali controlli siano estesi alla totalità dei casi considerati ad alto rischio di inappropriatazza e che con il D.M. 10 dicembre 2009 sono stati definiti i parametri di riferimento per la loro selezione da parte delle regioni;

valutato che le attività di verifica e controllo fin qui svolte ai sensi delle citate norme e le indicazioni ministeriali in materia derivanti dalle valutazioni riguardante gli esiti delle verifiche del "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005" rendono necessarie alcuni aggiornamenti alle precedenti deliberazioni in argomento quali le DD.G.R. n. 19-2561 del 5.9.2011 e n. 7-13150 del 1.2.2010;

considerato inoltre che occorre rivedere di conseguenza i criteri per la revisione delle valorizzazioni dei ricoveri che risultassero non codificati correttamente o inappropriati;

occorre pertanto aggiornare ed integrare le indicazioni attuative in materia con effetto dalle produzioni di ricoveri effettuati nel 2013;

preliminarmente occorre precisare che:

la responsabilità della corretta codificazione delle Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) compete al dirigente medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile della unità operativa dalla quale il paziente è dimesso (comma 3 art. 2 D.M. 380/2000);

il direttore medico di presidio dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate (comma 4 art. 2 D.M. 380/2000);

tali funzioni devono essere svolte secondo le norme vigenti e seguendo gli indirizzi organizzativi e gestionali determinati dalla propria struttura di riferimento;

la scelta dei codici di identificazione delle diagnosi e degli interventi/procedure deve seguire, oltre che le indicazioni derivanti dagli accordi stato regioni 6 giugno 2002 e 29 aprile 2010, più specificatamente quanto previsto dalle Linee guida regionali, in ultimo approvate con D.G.R. 17-2559 del 5.9.2011;

per gli altri aspetti della compilazione delle SDO devono essere seguite le regole previste dal documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione" periodicamente aggiornato dall'Assessorato alla Sanità;

la compilazione e la conservazione della documentazione clinica devono seguire le indicazioni previste dalla determinazione dirigenziale n. 497 del 23 luglio 2012 oltre che osservare le norme e la giurisprudenza in materia;

per ogni ricovero deve essere conservata la documentazione che ne giustifica l'indicazione e quando necessario, in particolare per i presidi non direttamente gestiti dal SSN, anche quella necessaria per il relativo riconoscimento tariffario;

si sottolinea pertanto quanto già normato con precedenti provvedimenti per cui la responsabilità della verifica delle cartelle cliniche e relative SDO è di competenza delle Aziende per tutti gli effetti;

inoltre, in relazione a quanto previsto dalla normativa in materia con particolare riferimento alle disposizioni regionali fin qui approvate, si ribadisce che il controllo complessivo delle attività di ricovero delle strutture non a diretta gestione delle ASR, compresi la completa e puntuale tenuta della documentazione clinica ed autorizzativa ai ricoveri, la coerenza alle indicazioni in materia di appropriatezza, l'osservanza dei parametri assistenziali come previsto dalle normative regionali è di competenza specifica delle ASR territoriali e, quindi, i controlli regionali derivanti dall'applicazione dell'art. 79, comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito con modificazioni, dalla legge n 133 del 6.8.2008 non possono essere in alcun modo sostitutivi, ma soltanto aggiuntivi e/o integrativi di quelli normalmente esercitati per forza di legge a livello Aziendale. Ogni azienda può ovviamente effettuare controlli di SDO aggiuntivi a quelli individuati dalla Regione per le relative verifiche secondo le esigenze di controllo che le ASR intendono attuare.

Per quanto fin qui esposto, l'attività inerente il controllo analitico delle cartelle cliniche come previsto dal D.L. 112/2008 sopra citato dovrà essere svolta secondo le seguenti modalità.

1. Individuazione delle tipologie di SDO da sottoporre al controllo

La Direzione Sanità individuerà le tipologie di cartelle da sottoporre al controllo da parte delle strutture di ricovero per i seguenti gruppi:

1. per la verifica casuale di congruità della codificazione delle SDO sulla base di una selezione stratificata secondo criteri che tengano conto della possibilità di codificazione opportunistica, di inosservanza delle regole di corretta codificazione, di incoerenze tra tipologia o durata del ricovero e contenuto della stessa SDO o random rispetto alle produzioni di ogni reparto (per un numero complessivo corrispondente ad almeno il 10% delle SDO di ogni presidio);

2. per l'analisi dei ricoveri considerati a rischio di inappropriatezza. A questa categoria possono rientrare i day hospital medici di tipo diagnostico, i parti cesarei in strutture che ne effettuano percentuali più alte degli standard attesi, ricoveri per i quali si evidenzia la possibilità di una scelta di regime assistenziale più appropriato, ricoveri per patologie che risultino essere molto più frequenti nelle subaree regionali rispetto ai tassi di ospedalizzazione medi regionali o i cui costi siano particolarmente elevati o altre tipologie rilevabili da evidenze scientifiche o dal Piano Nazionale Esiti (per complessivo corrispondente ad almeno il 2,5% delle SDO a livello regionale).

L'invio della segnalazione delle SDO oggetto del controllo sarà effettuato immediatamente dopo la registrazione se la tipologia di selezione è compatibile con la lettura in automatico dai sistemi informatici che registrano le SDO presso il CSI Piemonte, analogamente a quanto avviene già per i controlli sulla regolarità delle registrazioni.

Per le tipologie di SDO per le quali occorre tener conto dell'insieme della produzione per la scelta dei casi da verificare, l'invio sarà effettuato invece periodicamente o annualmente.

2. Svolgimento delle attività di controllo da parte delle ASR e degli altri erogatori

I controlli dovranno essere effettuati sulla base del relativo protocollo come previsto dalla normativa vigente che per la Regione Piemonte è stato approvato con determinazione 66 del 21 aprile 2006 e che potrà essere aggiornato ed integrato in relazione alle nuova regolamentazione delle attività.

Nei presidi a diretta gestione delle ASR l'attività di controllo dovrà essere svolta da un nucleo interno (d'ora innanzi denominato NCI "nucleo di controllo interno"), formato dai responsabili dell'attività di verifica e da altri dirigenti medici di comprovata esperienza in materia che abbia svolto attività e formazione/aggiornamento specifici oltre che eventualmente anche da personale esperto opportunamente formato del ruolo sanitario, complessivamente in numero non inferiore a tre.

Tali Nuclei devono essere nominati formalmente dalle Direzioni Generali di Azienda a cui devono fare riferimento secondo le modalità definite nei provvedimenti costitutivi.

I NCI hanno la responsabilità della gestione e dell'effettuazione dell'attività di verifica delle cartelle cliniche che dovrà essere svolta con il coinvolgimento dei medici dei singoli reparti secondo gli indirizzi e le modalità operative individuate in ogni presidio e preferibilmente con i referenti SDO.

Gli esiti dell'attività di controllo devono essere verbalizzati dai NCI e dai referenti o responsabili dei reparti. Nel caso in cui il responsabile della compilazione della SDO non ritenga dover apportare le modifiche richieste dal NCI, lo dovrà verbalizzare motivatamente e conservare tali osservazioni allegate alla SDO. La valorizzazione della SDO sarà comunque quella che risulta dalle indicazioni del NCI.

I NCI dovranno assicurare che siano predisposte le eventuali correzioni necessarie ai tracciati delle SDO e la predisposizione dei relativi verbali di verifica entro le scadenze previste.

La Direzione Sanità attraverso la "Commissione tecnica per la valutazione della corretta codifica delle SDO e monitoraggio dell'attività di ricovero" (d'ora innanzi "commissione tecnica regionale") istituita secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 7-13150 del 1.2.2010 con le integrazioni della D.G.R. n. 19-2561 del 5.9.2011, effettuerà verifiche a campione sull'attività svolta dai NCI.

Per gli istituti non a diretta gestione delle ASR (IRCCS, Presidi ai sensi dell'art. 43 L. 833/78, sperimentazioni gestionali, ecc.) e le Case di Cura, la verifica delle cartelle cliniche e relative SDO individuate dalla regione sarà effettuata dalle ASL competenti territorialmente tramite un nucleo di controllo dei ricoveri esterni (denominato d'ora innanzi NCRE) con caratteristiche analoghe a quelle dei NCI composto da dirigenti medici di comprovata esperienza in materia che abbia svolto attività e formazione/aggiornamento specifici oltre che eventualmente anche da personale esperto opportunamente formato del ruolo sanitario, complessivamente in numero non inferiore a tre, di cui almeno due medici dirigenti. Di tale Nucleo dovrà far parte un componente dirigente medico della Commissione di Vigilanza competente territorialmente. Le verifiche delle cartelle cliniche presso le strutture dovranno essere effettuate sempre alla presenza di almeno due dirigenti medici del NCRE, con il concorso di uno o più rappresentanti della struttura oggetto della verifica.

L'attività di verifica deve essere verbalizzata e firmata congiuntamente dai componenti del NCRE e dai rappresentanti degli Istituti o delle case di cura. Le strutture di ricovero dovranno predisporre, con le modalità previste dal Nucleo, tutta la documentazione necessaria per il buon esito dell'attività di controllo.

Gli istituti di ricovero e le case di cura devono, secondo le indicazioni derivanti dall'attività di controllo, apportare le eventuali necessarie modificazioni alle SDO e i relativi tracciati informatici. Nel caso in cui la struttura di ricovero non ritenga di modificare la codificazione delle SDO secondo

le indicazioni fornite, potrà mantenere la codificazione preesistente dandone motivazione scritta da conservare nella documentazione clinica allegata alla SDO. Il ricovero sarà ritariffato comunque alla luce delle modifiche richieste. L'istituto o la casa di cura in questi casi potrà comunque ricorrere, presentando le proprie controdeduzioni agli uffici competenti della Direzione Sanità che, attraverso la commissione tecnica regionale e sentito il NCRE, si esprimerà in modo definitivo circa la correttezza della codificazione proposta.

3. Conseguenze sul riconoscimento tariffario

Quando le modifiche delle codificazioni delle SDO effettuate a seguito dell'attività di controllo comportano una diversa tariffazione del ricovero, dovrà essere applicato il nuovo importo.

Le ASR devono conseguentemente remunerare le attività effettuate dai presidi e dalle case di cura tenendo conto delle verifiche e delle prescrizioni adottate nei confronti delle stesse strutture.

Nel caso in cui a seguito delle verifiche effettuate dai NCI o dai NCRE il ricovero non risulti appropriato, anche a prescindere da eventuali modifiche di codificazione, il valore dello stesso sarà ricondotto pari a quello alla prestazione riconosciuta come erogabile in modo appropriato ed in particolare:

- nei ricoveri per i quali sia rilevabile l'inappropriatezza di una o più giornate di ricovero il relativo valore potrà essere ricondotto a quello corrispondente con le giornate considerate appropriate; analogamente si dovrà procedere allorché non sia documentata l'attività con il diario giornaliero della cartella clinica;
- nei ricoveri per i quali il regime assistenziale non risulti appropriato e la prestazione avrebbe dovuto essere effettuata in regime ambulatoriale, il valore dello stesso deve essere ricondotto secondo quello delle prestazioni prestate ed identificabili dal nomenclatore tariffario dell'attività specialistica ambulatoriale;
- per i ricoveri di postacuzie in cui si rilevi che il ricovero non abbia rispettato il livello prestazionale previsto dalla normativa regionale per il relativo setting assistenziale l'importo viene abbattuto del 40%.
- per i ricoveri nei quali dall'analisi della documentazione clinica non si evidenzia l'indicazione corretta al ricovero in quanto non coerente con normative vigenti, linee guida specifiche o altre indicazioni di buona pratica clinica e sussistano elementi che portino a considerare tali ricoveri inappropriati il relativo valore può essere abbattuto del 40%.

In tutti questi casi i NCI (per le strutture di ricovero gestite direttamente) e i NCRE (per gli altri erogatori) devono verbalizzare e comunicare alle Direzioni Aziendali le proposte di modificazione delle remunerazioni. Le stesse Direzioni Aziendali dovranno provvedere, tramite gli uffici competenti, a revisionare i riconoscimenti tariffari relativi e, quando necessario, anche a far modificare la registrazione delle prestazioni erogate sui tracciati informatici regionali. Allorché la Direzione Aziendale ritenga necessario, prima di procedere all'abbattimento del riconoscimento tariffario, effettuare specifici ulteriori approfondimenti, potrà sospendere gli effetti dandone comunicazione alla Direzione Sanità.

Gli esiti di tali attività dovranno essere comunicati alla Direzione Sanità secondo le modalità che saranno successivamente individuate.

Per le SDO delle quali non saranno registrate le necessarie variazioni e trasmessi i relativi verbali alla Regione entro i tempi previsti dalla procedura predisposta dai competenti uffici, verrà annullato il relativo valore tariffario. Analogamente, nei casi in cui non saranno forniti alla Direzione Sanità gli elementi necessari richiesti per la valutazione della corretta codifica della SDO il valore tariffario del ricovero corrispondente sarà annullato.

Le revisioni dei riconoscimenti tariffari derivanti dall'attività di controllo avranno effetto anche retroattivamente effettuando le necessarie compensazioni con le produzioni degli anni successivi.

La Commissione tecnica regionale prevista dalla D.G.R. n. 7-13150/2010 come integrata dalla D.G.R. n. 19-2561/2011 continuerà a svolgere i compiti previsti per l'effettuazione delle attività di controllo e verifica della codificazione delle SDO.

Si ribadisce infine che le Aziende devono verificare con attenzione la documentazione autorizzativa necessaria ai ricoveri nelle strutture non direttamente gestite con particolare attenzione a quelli successivi degli stessi pazienti senza soluzione di continuità in postacuzie. Tale verifica va effettuata non solo per i ricoveri oggetto dei controlli regionali (la cui selezione non è sistematica ma casuale) ma di tutti quelli riscontrabili nelle stesse strutture.

Nel caso di mancanza della documentazione atta ad autorizzare il ricovero, lo stesso non può essere remunerato, mentre per quelli che possono risultare inappropriati o dovuti a comportamenti opportunistici la revisione tariffaria va valutata per ogni singolo caso tenendo conto di quanto più sopra esposto. A seguito delle verifiche effettuate le ASR devono procedere con le relative compensazioni tariffarie e fornire adeguato riscontro alla Direzione Sanità.

In considerazione del protrarsi delle procedure di controllo che si riferiscono alle annualità dal 2009 al 2012 gli uffici competenti procederanno al calcolo delle tariffazioni determinate esclusivamente dalle modificazioni di codifica già apportate dalle strutture di ricovero e registrate in extracompetenza e procederanno successivamente per le eventuali integrazioni ai calcoli delle stesse tariffazioni in relazione alla verifica dei verbali forniti per l'attività di controllo.

Pertanto sentite le argomentazioni del relatore e visti:

il comma 1 septies dell'art. 79, del D.L. 112 del 2008 convertito con modificazioni, dalla legge n. 133 del 6.8.2008;

il Decreto Ministro della Salute 10 dicembre 2009;

il D.M. 27 ottobre 2000 n. 380;

la D.G.R. n. 19-2561 del 5.9.2011;

la D.G.R. n. 7-13150 del 1.2.2010;

la Giunta Regionale, unanime,

delibera

di approvare a far parte dall'anno 2013 i criteri e le modalità in premessa definiti che regolano l'attività di controllo delle schede di dimissione ospedaliera e delle corrispondenti cartelle cliniche, così come previsto dal comma 1 septies dell'art. 79, del D.L. 112 del 2008 convertito con modificazioni, dalla legge n. 133 del 6.8.2008 e dal D.M. 10 dicembre 2009 modificando quindi le DD.G.R. n. 19-2561 del 5.9.2011 e n. 7-13150 del 1.2.2010.

di confermare che la Commissione tecnica regionale prevista dalla D.G.R. n. 7-13150/2010 come integrata dalla D.G.R. n. 19-2561/2011 continuerà a svolgere i compiti previsti per l'effettuazione delle attività di controllo e verifica della codificazione delle SDO coerentemente alle integrazioni in premessa citate.

di approvare i criteri di abbattimento tariffario determinati dall'attività di controllo indicati in premessa.

di confermare che il saldo conseguente all'attività di controllo sarà effettuato a valere sulle annualità successive a quelle di verifica e controllo ed è indipendente dal budget assegnato annualmente. Per le annualità dal 2009 al 2012 si procederà come in premessa precisato.

di incaricare la Direzione Sanità alla predisposizione degli atti applicativi del presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)