

Governo e autocontrollo: Il ruolo di indirizzo della Regione Lombardia

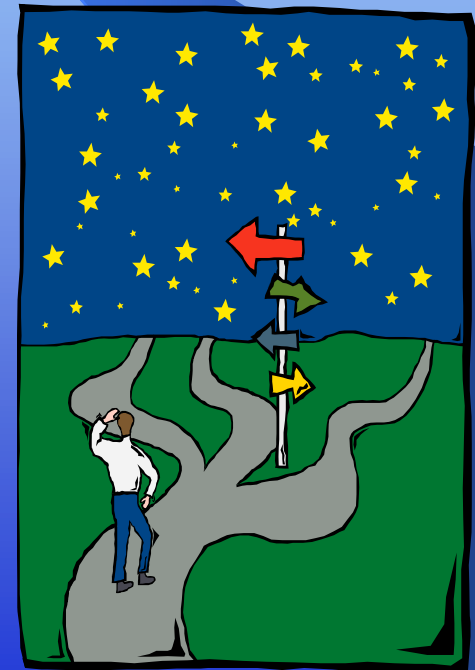
12 maggio 2009



Regione Lombardia

Principi fondamentali alla base del buon funzionamento del Sistema Sanitario

1. Il principio del rispetto della dignità umana
2. Il principio del soddisfacimento del bisogno della salute
3. Il principio della libertà di scelta del cittadino garantendo equità e pari opportunità di accesso all'assistenza
4. Il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza, riguardo le specifiche esigenze
5. Il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse



Modello sanitario Lombardo

Il ruolo della Regione

La Regione deve avere un ruolo nella definizione delle regole di finanziamento e di funzionamento del sistema e nello svolgimento delle attività di indirizzo, coordinamento e monitoraggio sia del controllo sulla corretta erogazione dei servizi effettuato dalle ASL territorialmente competenti sia della negoziazione annuale delle prestazioni con i soggetti erogatori.



Forte attività programmatica

Forte attività di controllo sull'uso delle risorse disponibili

Strumenti e modelli innovativi per sostenere un sistema di qualità

1. Sistema di accreditamento e contratto di regola
2. Sistema di vigilanza e controllo
3. Misurazione della Customer Satisfaction
4. Sistema di Valutazione delle aziende sanitarie accreditate (JCI)
5. Sistema di verifica della qualità nei laboratori di analisi
6. Analisi dell'efficacia degli ospedali lombardi. Progetto CRISP

LINEE DI SVILUPPO

“L'intero processo di accreditamento, mantenendo la coerenza con i principi che lo hanno ispirato, dovrà essere rivisto al fine di promuovere un ulteriore miglioramento dei parametri organizzativi ed una semplificazione dei percorsi procedurali; a tal fine dovrà essere previsto un ruolo ancora più attivo delle ASL, conservando tuttavia in capo alla Regione il governo del sistema”



Verifica periodica contratti

DGR VIII/9014 del 20.02.2009 pone alcune novità nell'ambito dell'accreditamento e del contratto.

- le risultanze delle attività di controllo sui requisiti di accreditamento e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate,
- la valutazione della accessibilità delle strutture in termini di tempi di attesa,
- le valutazioni di qualità ed efficacia effettuate nei progetti regionali attivi al riguardo
- le valutazioni della Customer Satisfaction.



Verifica periodica contratti

L'esito anche parzialmente negativo, per singole unità operative e/o branche specialistiche, comporterà la revoca **sospensione**, anche solo temporanea e parziale, del contratto in vigore tra le strutture accreditate ed il servizio sanitario regionale.



Modifiche “accreditamento”

PUBBLICAZIONE IN INTERNET DEI DATI RELATIVI AI CONTROLLI

- La Direzione Generale Sanità provvede a pubblicare con cadenza trimestrale sul proprio sito internet i risultati della attività svolta in tema di controllo, ed in particolare i seguenti dati:
 - Tipologia campione soggetto a controllo
 - Numero cartelle controllate
 - Percentuale cartelle controllate/cartelle totali
 - Numero strutture visitate
 - Numero pratiche contestate
 - Sanzioni irrogate
 - Incidenza percentuale delle pratiche contestate sul totale delle cartelle controllate
 - Differenza di valorizzazione sul totale delle cartelle contestate
 - Incidenza percentuale della differenza di valorizzazione di cui al punto precedente rispetto alla valorizzazione totale delle prestazioni
- Tali dati saranno pubblicati in forma aggregata per ogni Azienda Sanitaria Locale.



CARTELLA CLINICA

La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più **completa e corretta** possibile.

In tal senso si richiama quale standard di riferimento per la compilazione delle stesse il Manuale della Cartella Clinica – seconda edizione 2007 (approvato con D.D.G. Sanità n.6911 del 26.06.2008) e successive modifiche e/o integrazioni.



CARTELLA CLINICA

Proprio richiamando il predetto Manuale, in allegato 3, sono riproposti gli elementi essenziali affinché la cartella clinica assolva le proprie funzioni:

- fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale
- tracciare le attività svolte
- facilitare l'integrazione operativa di diversi professionisti
- costituire una fonte di dati per esigenze amministrative, gestionali, legali.



CARTELLA CLINICA

Risulta evidente come una cartella clinica completa in ogni sua parte costituisca **condizione necessaria per poter porre a carico del SSR** l'episodio di ricovero ivi documentato.



CARTELLA CLINICA

MA :

l'**episodica** assenza di qualche elemento, non dirimente rispetto alla chiara descrizione del percorso di cura effettuato, non costituisce condizione per la non rimborsabilità del ricovero.



CARTELLA CLINICA

Si prevede una soglia di non osservanza legata alla casualità dell'errore che, tuttavia, non può superare il 5% degli elementi essenziali.



CARTELLA CLINICA

La compilazione del **diario medico** deve essere contestualizzata all'interno dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento. Se la presenza del medico è prevista obbligatoriamente dal lunedì al venerdì in relazione ad una prevista fascia oraria, l'obbligatorietà di compilazione del diario medico è valida per le medesime giornate. Nel corso delle altre giornate, essendo l'assistenza garantita in forma di guardia/reperibilità, il diario medico viene compilato solo se si effettuano attività sul paziente.

Resta sempre necessaria la compilazione giornaliera del diario infermieristico e, se del caso, del terapeuta della riabilitazione, in conformità a quanto previsto per l'assolvimento dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento.



Nuovi requisiti ex dgr 9014

La responsabilità della definizione di tipologie contrattuali che non configurino situazioni di conflitto di interesse è in capo ai Legali Rappresentanti delle strutture erogatrici; in questa sede è utile ribadire l'importanza di connotare il contratto anche secondo obblighi di appropriatezza, efficacia ed efficienza nell'esercizio delle attività sanitarie.



INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE

Ridefinizione dei propri assetti:

rimane invariato il numero totale dei posti letto previsto nell'attuale assetto, così come non possono variare i totali parziali costituiti dal totale dei posti letto autorizzati, accreditati e a contratto; in sintesi, non è consentito nessuno spostamento di posti letto tra i tre segmenti di offerta:

letti autorizzati, letti accreditati, letti a contratto



INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE

posto il rispetto del numero totale di ciascuno dei tre segmenti d'offerta è possibile ridistribuire i posti letto, sia acuti che di riabilitazione, tra le Unità Operative già in assetto, anche rinominando posti letto ordinari in day hospital/day surgery;

trattandosi di una mera riassegnazione non è da applicarsi il rapporto 2:1

ad una U.O. può essere riassegnato un numero di posti letto inferiore a 10, purché sia inserita in un'area/dipartimento

il numero dei posti letto e le specialità attribuite ad un centro di day hospital/day surgery dovranno derivare dalla mera riassegnazione di posti letto di U.O. già in assetto

le aree/dipartimenti devono comprendere U.O. collocate nello stesso stabilimento.



INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE

La possibilità di richiedere variazioni rispetto all'assetto per aree/dipartimenti, ridisegnato nei limiti e ai sensi della delibera n. 9014/09, sarà prevista, di norma, con cadenza annuale.

Si ricorda che questa riorganizzazione, sarà operativa solo dopo l'aggiornamento del registro regionale delle strutture accreditate a seguito del parere positivo che dovrà essere espresso dalla ASL e comunicato alla DG Sanità entro 30 giorni dalla presentazione da parte della struttura della proposta di riorganizzazione.



INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE

la delibera non innova:

il percorso procedurale previsto per l'istituzione di nuove discipline, che possono essere richieste in trasformazione di posti letto già in assetto, può avvenire nel rispetto del rapporto di 2:1

le modalità di assolvimento dei requisiti minimi per il personale medico anche rispetto alle U.O. costituite da meno di 10 posti letto. Ad esempio: una U.O. composta da 3 posti letto deve comunque avere un responsabile ed in più un altro medico.



NUOVI REQUISITI

I requisiti organizzativi generali richiesti per l'autorizzazione delle strutture di ricovero e cura sono integrati con i seguenti:

- Esiste un **Dirigente Medico di presidio ospedaliero** congruentemente con le articolazioni e gli assetti organizzativi aziendali?
- Esiste il **Direttore Sanitario Aziendale**, di cui al decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, se la struttura è accreditata come DEA o EAS o è provvista di più di 250 posti letto accreditati e a contratto o se l'ente ospedaliero è costituito da più di 2 presidi di ricovero e cura?



NUOVI STRUMENTI

Regole 2009: nuovo strumento
di supporto al Direttore
Sanitario per l'autocontrollo
delle prestazioni erogate, la cui
compilazione sarà
periodicamente verificata dalle
ASL



NUOVI STRUMENTI

CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE

Sezione 1

Tabella di controllo

sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

Riferimento:

A =Accreditamento RM = Risk Management JC =Joint Commission CE =Codice Etico MCC =Manuale della Cartella Clinica

Esito Verifica:

C =Compliance NC =Non Compliance CP =Compliance Parziale

1.1 - Requisiti generici: Aspetti organizzativi e gestionali

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (C/ NC / CP)	Azioni di miglioramento / correttive
R-1.1.1	A (OG PRO09) RM	Gestione documenti	Definizione della modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, SDO, schede di reparto etc.)	Esistenza di una procedura che definisca la modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, SDO, schede di reparto etc.)		
R-1.1.2	A (OG PRO14)	Gestione documenti	Disponibilità presso tutti i reparti: - dei protocolli inerenti le modalità di compilazione/ archiviazione e rilascio	Presenza/ accessibilità presso tutti i reparti: - dei protocolli inerenti le modalità di compilazione/ archiviazione e rilascio		



**Ma Il criterio di affronto è solo quello
normativo, amministrativo o
burocratico???**



Verifica – Monitoraggio - Controllo

- Bastano le norme ed i regolamenti o il senso del dovere per muovere la responsabilità?
- Di certo sappiamo che una prestazione professionale per propria natura richiede di essere “onorata”, “riconosciuta”, “valorizzata”.

