

ALLEGATO 1

**PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE PER LE VERIFICHE DI
APPROPRIATEZZA, LEGITTIMITA' E CONGRUITA' DELLE
PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE DALLE STRUTTURE
ACCREDITATE DELLA REGIONE ABRUZZO**

Sommario

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO	4
1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI	Errore. Il segnalibro non è definito.
1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	6
1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	7
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI DI.....	8
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	8
(VERIFICHE BIMESTRALI)	8
1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI	Errore. Il segnalibro non è definito.
1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	9
1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	10
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI RESE DAI CENTRI TERMALI	11
(VERIFICHE BIMESTRALI)	11
1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI	Errore. Il segnalibro non è definito.
1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	12
1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	13
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI RESE DAI PROFESSIONISTI SPECIALISTICI ...	14
(VERIFICHE BIMESTRALI)	14
1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI	14
1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	15
1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	16
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE EX ART. 26	17
(VERIFICHE BIMESTRALI)	17
1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	18
1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	20
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE PSICHIATRICHE	21
(VERIFICHE BIMESTRALI)	21
1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	22
1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	23
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI IN RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.) e RESIDENZE PROTETTE (R.P.).....	24
(VERIFICHE BIMESTRALI)	24
1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	24
1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	26
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI AFFERENTI	27

L'AREA DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO	27
(VERIFICHE BIMESTRALI)	27
1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	28
1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	29
PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI AFFERENTI	30
L'AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	30
(VERIFICHE BIMESTRALI)	30
1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA	31
1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI	32

NOTA PRELIMINARE

Si precisa che i Verificatori NIA e NIR dovranno sottoscrivere apposita autodichiarazione di assenza di cause di incompatibilità, così come disciplinate nel Punto 2.6 della “Disciplina attuativa per il funzionamento delle verifiche di appropriatezza e legittimità delle prestazioni erogate da strutture sanitarie pubbliche e private della regione Abruzzo” come da modulo allegato al presente atto “Allegato 3”.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO

(VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni di ricovero ospedaliero in acuzie e post acuzie.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

Tale controllo, nel rispetto del principio di oggettività, deve raggiungere almeno la soglia del 15% delle cartelle cliniche (SDO). Inoltre la verifica dei DRG deve riguardare la totalità dei DRG a rischio di inappropriatezza.

Identificato il valore del 15% delle cartelle cliniche, il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle cartelle cliniche con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 10% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 10. Le suddette 10 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Non possono essere assoggettate a verifica le prestazioni rese ai pazienti non residenti in Abruzzo, fermo restando che tali prestazioni devono essere effettuate su posti letto accreditati.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI (controllo formale riscontrabile documentalmente ed informaticamente)

Il monitoraggio consiste nell'analisi dei flussi informativi, nonché di tutta la documentazione relativa alle prestazioni oggetto di controllo.

Dall'analisi di tutti i suddetti flussi vengono determinati i seguenti indicatori specifici relativi a:

- efficienza, appropriatezza organizzativa e complessità
- volume di attività per disciplina accreditata
- tasso di occupazione dei posti per disciplina accreditata viene verificato applicando le disposizioni e i criteri previsti dalla DGR 169 del 24.03.2023
- legittimità delle prestazioni fornite in relazione all'accREDITAMENTO in essere
- corretta codifica della SDO
- controllo degenza media con particolare riguardo a cod.56 e cod.60

Tali indicatori saranno calcolati secondo i seguenti protocolli e si considerata soglia di allerta il valore 50%

Nell'ambito della stessa AFO, è consentito agli erogatori privati accreditati l'utilizzo di posti letto di Medicina Generale e di Chirurgia Generale per erogare prestazioni afferenti anche le altre discipline appartenenti, rispettivamente, all'AFO Medica e all'AFO Chirurgica (L.R. n. 6/2007 e L.R. n. 5/2008 al paragrafo 5.4.20), purché la struttura disponga di provvedimento di autorizzazione e accREDITAMENTO per le medesime discipline come da L.R. n. 5/2008 e successive modifiche ed integrazioni, nei limiti e secondo quanto disposto dalla DGR 169/2023.

Gli Organismi Ispettivi sono tenuti a verificare, solo con riferimento all'indicatore del tasso di occupazione ed ai fini del suo calcolo, anche le prestazioni rese dalla Struttura agli utenti residenti nelle altre regioni italiane.

Ai fini dei presenti protocolli si individuano come prestazioni a rischio di inappropriatazza ai sensi e per gli effetti del DM 10/12/2009 le seguenti: i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, i DRG con complicanze, DRG anomali (467, 468, 476, 477), i ricoveri ripetuti entro 30 (trenta) giorni nella stessa MDC, o comunque riconducibili allo stesso ricovero ad esclusione delle discipline di riabilitazione e lungodegenza, i DRG medici nelle UU.OO. chirurgiche ed i parti cesarei nelle strutture ove gli stessi abbiano una incidenza superiore al 40% del totale dei parti.

1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei NIA o dei NIR operativo nel rispetto della procedura di cui al paragrafo 3.4., tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di ricovero di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Devono essere assicurati anche controlli in tempo reale con l'erogazione delle prestazioni in relazione a specifiche esigenze, da effettuare presso la struttura erogatrice nel rispetto delle condizioni di sicurezza e di riservatezza.

L'attività di controllo di che trattasi dovrà essere effettuata su un campione pari ad almeno il 15% delle cartelle cliniche oltre al 2,5% dei DRG a rischio di inappropriata nonch  delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera SDO.

Nello svolgimento delle attivit  di verifica da parte dei NIA e dei NIR, alla struttura non possono essere addebitate responsabilit  per eventuali impegnative con errori materiali e/o formali sulla stessa (es. data o imprecisione di compilazione o errata indicazione della diagnosi funzionale).

Il NOCR per le finalit  di cui sopra, e fatta salva ogni altra valutazione che possa riguardare peculiari e specifiche fattispecie oggetto di rilevazione e verifica, conforma la propria azione ai criteri di cui al citato DM 10/12/2009, per il quale si rinvia a quanto gi  detto nel precedente paragrafo, ed utilizza altres  gli indicatori di seguito riportati:

- ricoveri attribuiti a DRG complicati; si considerano correttamente attribuiti a un DRG complicato quei ricoveri in cui la durata della degenza sia superiore di almeno un giorno rispetto alla degenza media stabilita dalla Regione del corrispettivo DRG omologo non complicato; poich  possono esistere situazioni in cui   da ritenersi corretta la codifica di diagnosi secondarie che generano un DRG complicato, pur con degenze inferiori all'omologo DRG non complicato, risulta indispensabile il controllo della documentazione clinica. La produzione di DRG complicati pu  essere indice di una elevata complessit  della casistica trattata e di una buona qualit  della codifica della scheda di dimissione, ma pu  riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie;
- ricoveri ripetuti: casi di ricovero nella stessa MDC o comunque riconducibile allo stesso ricovero ripetuto pi  volte nell'arco dell'anno ed entro 30 giorni dalla precedente dimissione (ad esclusione, come detto prima, delle discipline di riabilitazione e lungodegenza);
- ricoveri eccedenti: ricoveri oltre l'occupazione massima consentita dal numero dei posti letto accreditati per disciplina secondo quanto previsto dalla DGR n.169/2023;

- ricoveri incongrui: ricoveri che presentano una discordanza tra diagnosi principale ed intervento chirurgico (solo per DRG chirurgici);
- ricoveri attribuiti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, secondo disposizioni e normative vigenti.

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

1. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate;
2. identificativo della documentazione clinica ivi controllata;
3. esito, con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo, trasmesso al GACEP, dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano,

1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni.

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata, In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione. il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle impegnative con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI (controllo formale riscontrabile documentalmente ed informaticamente)

Il monitoraggio consiste nell'analisi dei flussi informativi, nonché di tutta la documentazione relativa alle prestazioni oggetto di controllo.

Dall'analisi di tutti i suddetti flussi il competente NOCR determina i seguenti indicatori specifici:

- numero, descrizione e valorizzazione delle prestazioni erogate con l'applicazione delle tariffe vigenti
- valorizzazione del ticket sanitario qualora presente
- corrispondenza delle prestazioni rese con quelle a carico del SSN.

1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei gruppi di verifica NIA E NIR, tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- il controllo del numero degli esami su ogni singola impegnativa
- la verifica dell'esistenza dei presupposti dell'erogabilità delle prestazioni secondo la normativa nazionale e regionale vigente
- la corrispondenza tra prestazione richiesta, prestazione eseguita e prestazione fatturata.

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- la conformità, rispetto alla prestazione, della richiesta su modulistica del SSN, ovvero la non conformità della stessa rispetto alla normativa vigente (mancanza della firma del prescrittore, o della data, o del quesito diagnostico, o del codice fiscale dell'assistito, ecc...) complessivamente valutata comporterà la non remunerabilità della prestazione
- l'individuazione di addebito a carico del SSR di esami non riconoscibili dal SSR comporterà la non remunerabilità delle relative prestazioni.

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

1. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate

2. identificativo della documentazione ivi controllata
3. esito con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano.

1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI RESE DAI CENTRI TERMALI (VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni.

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata, In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione. il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle impegnative con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI (controllo formale riscontrabile documentalmente ed informaticamente)

Il monitoraggio consiste nell'analisi dei flussi informativi, nonché di tutta la documentazione relativa alle prestazioni oggetto di controllo.

Dall'analisi di tutti i suddetti flussi il competente NOCR determina i seguenti indicatori specifici:

- numero, descrizione e valorizzazione delle prestazioni erogate con l'applicazione delle tariffe vigenti

- valorizzazione del ticket sanitario qualora presente
- corrispondenza delle prestazioni rese con quelle a carico del SSN.

1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei gruppi di verifica NIA E NIR, tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- il controllo del numero degli esami su ogni singola impegnativa
- la verifica dell'esistenza dei presupposti dell'erogabilità delle prestazioni secondo la normativa nazionale e regionale vigente
- la corrispondenza tra prestazione richiesta, prestazione eseguita e prestazione fatturata.

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- la conformità, rispetto alla prestazione, della richiesta su modulistica del SSN, ovvero la non conformità della stessa rispetto alla normativa vigente (mancanza della firma del prescrittore, o della data, o del quesito diagnostico, o del codice fiscale dell'assistito, ecc...) complessivamente valutata comporterà la non remunerabilità della prestazione
- l'individuazione di addebito a carico del SSR di esami non riconoscibili dal SSR comporterà la non remunerabilità delle relative prestazioni.

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

4. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate
5. identificativo della documentazione ivi controllata

6. esito con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano.

1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI RESE DAI PROFESSIONISTI SPECIALISTICI (VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni.

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata, In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione. il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle impegnative con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI (controllo formale riscontrabile documentalmente ed informaticamente)

Il monitoraggio consiste nell'analisi dei flussi informativi, nonché di tutta la documentazione relativa alle prestazioni oggetto di controllo.

Dall'analisi di tutti i suddetti flussi il competente NOCR determina i seguenti indicatori specifici:

- numero, descrizione e valorizzazione delle prestazioni erogate con l'applicazione delle tariffe vigenti

- valorizzazione del ticket sanitario qualora presente
- corrispondenza delle prestazioni rese con quelle a carico del SSN.

1.2 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei gruppi di verifica NIA E NIR, tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- il controllo del numero degli esami su ogni singola impegnativa
- la verifica dell'esistenza dei presupposti dell'erogabilità delle prestazioni secondo la normativa nazionale e regionale vigente
- la corrispondenza tra prestazione richiesta , prestazione eseguita e prestazione fatturata.

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- la conformità, rispetto alla prestazione, della richiesta su modulistica del SSN, ovvero la non conformità della stessa rispetto alla normativa vigente (mancanza della firma del prescrittore, o della data, o del quesito diagnostico, o del codice fiscale dell'assistito, ecc...) complessivamente valutata comporterà la non remunerabilità della prestazione
- l'individuazione di addebito a carico del SSR di esami non riconoscibili dal SSR comporterà la non remunerabilità delle relative prestazioni.

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

1. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate
2. identificativo della documentazione ivi controllata

3. esito con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano.

1.3 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI DI RIABILTAZIONE EX ART. 26

(VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni rese.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata, estratto con metodo random. In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione, il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle cartelle cliniche con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

Ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni i NIA e i NIR, oltre alla effettuazione dei sopralluoghi ispettivi, hanno la facoltà di istituire flussi informativi costanti nonché di richiedere in qualsiasi momento documentazione e dati relativi alle prestazioni rese dalle strutture assoggettate a controllo.

In caso di dislocazione in più sedi della medesima struttura erogatrice, i NOC effettueranno le proprie verifiche su più sedi.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato, tenendo conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di ricovero di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Nel sistema di verifiche si devono assicurare anche controlli in tempo reale con l'erogazione delle prestazioni in relazione a specifiche esigenze, da effettuare presso la struttura erogatrice nel rispetto delle condizioni di sicurezza e di riservatezza.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- la presenza dell'autorizzazione dell'UVM ed eventuali proroghe
- la presenza del Progetto Riabilitativo Individuale
- la presenza di diario clinico, di diario riabilitativo e di foglio firma presenze
- la presenza di diario infermieristico nel caso di regime residenziale
- la corrispondenza tra prestazione eseguita (in conformità all'autorizzazione UVM) e prestazione fatturata.

Ed inoltre, il controllo analitico riguarda anche i seguenti aspetti:

- La verifica che le prestazioni vengano erogate in strutture sanitarie autorizzate per l'esecuzione di quel tipo di prestazioni.

Tutte le strutture sanitarie preesistenti al 2017 e che non hanno presentato istanza di aggiornamento dell'autorizzazione, sono autorizzate come residenze disabili. La DGR 520/2017 "Riconversione della rete regionale residenziale e semiresidenziale – area disabilità" ha introdotto il setting assistenziale di semiresidenza di riabilitazione estensiva. I requisiti sono i medesimi della semiresidenza disabili. La DGR 929/2023 "Programma operativo 2022-2024 – Intervento tariffe per tutte le tipologie di assistenza" azione 2, indica che:

- la tariffa per la semiresidenza di riabilitazione estensiva è di 87,67 euro, senza compartecipazione del privato;

- la tariffa per la semiresidenza di riabilitazione disabile grave è di 87,67. Ma con la compartecipazione del privato pari a 26,30 euro.

Se ne deduce che, qualora l'autorizzazione UVM indichi esattamente e chiaramente (è necessaria anche una sensibilizzazione delle UVM ed un aggiornamento dei modelli approvati, in quanto non riportano tale distinzione) il tipo di setting, il controllo dovrà riguardare se l'erogazione è avvenuta all'interno di struttura sanitaria autorizzata come semiresidenza disabili (antecedente al 2017), o come semiresidenza di riabilitazione estensiva. Appare evidente che prestazioni di riabilitazione disabili, liquidate come prestazioni di riabilitazione estensiva, oltre che un danno erariale per l'Azienda Sanitaria, comporterebbero un'erosione prematura del budget.

Ulteriore esempio è dato dall'esperienza del recente passato in cui ci si è imbattuti in prestazioni di riabilitazione in regime semiresidenziale, della durata di ore 3 (autorizzazione richiesta dalla struttura erogante e concessa dall'UVM), ma fatturate come prestazioni "complete", in quanto, la riabilitazione semiresidenziale ex art. 26, a differenza del Centro Diurno per l'Autismo, prevede una tariffa unica, ovvero sia per la prestazione di durata di almeno 6 ore.

- La verifica, su base settimanale (settimana individuata dall'organismo di controllo), del volume delle prestazioni erogate, per singola tipologia.
- La verifica del minutaggio dell'intervento riabilitativo, laddove normato.

L'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" – Re. Atti n. 30/ESR del 10.02.2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri (punto 4 – sub. C) prevede che "L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo".

- Verifica del rapporto tra il numero del personale esercente le professioni sanitarie e il numero di degenti/seminternati/assistiti.

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- assenza di richiesta redatta su impegnativa del SSN o assenza di autorizzazione UVM comporterà la non remunerabilità della prestazione
- mancata attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale nella sua completezza comporterà la non remunerabilità della prestazione

- assenza di diario clinico o di diario riabilitativo o di foglio firma presenze comporterà la non remunerabilità della prestazione
- assenza di diario infermieristico nel caso di regime residenziale comporterà la non remunerabilità della prestazione

La legittimità delle prestazioni va verificata sulla base dell'accreditamento e della negoziazione (corrispondenza della quantità e tipologia di prestazioni accreditate).

L'appropriatezza va comunque verificata secondo i criteri fissati dalla normativa vigente, in particolare in ordine alla valutazione:

- 1) del livello di disabilità
- 2) del progetto riabilitativo
- 3) del programma riabilitativo
- 4) degli interventi riabilitativi

Nello svolgimento delle attività di verifica da parte dei NOC, alla struttura non possono essere addebitate responsabilità per eventuali impegnative con errori materiali e/o formali sulla stessa (es. data o imprecisione di compilazione o errata indicazione della diagnosi funzionale).

1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE PSICHIATRICHE (VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni rese.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata. In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione, il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle cartelle cliniche con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

Ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni i NIA e i NIR, oltre alla effettuazione dei sopralluoghi ispettivi, hanno la facoltà di istituire flussi informativi costanti nonché di richiedere in qualsiasi momento documentazione e dati relativi alle prestazioni rese dalle strutture assoggettate a controllo.

In caso di dislocazione in più sedi della medesima struttura erogatrice, i NIA e i NIR effettueranno le proprie verifiche su più sedi.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei gruppi di verifica NIA e NIR, tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di ricovero di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Devono essere assicurati anche controlli in tempo reale con l'erogazione delle prestazioni in relazione a specifiche esigenze, da effettuare presso la struttura erogatrice nel rispetto delle condizioni di sicurezza e di riservatezza.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- la presenza dell'autorizzazione dell'UVM ed eventuali proroghe
- la presenza dell'autorizzazione del DSM ed eventuali proroghe
- la presenza del Progetto Riabilitativo Individuale
- la presenza di diario clinico, di diario riabilitativo e di diario infermieristico
- la corrispondenza tra prestazione eseguita (in conformità all'autorizzazione UVM) e prestazione fatturata.

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- assenza di richiesta redatta su impegnativa del SSN o assenza di autorizzazione UVM o assenza di autorizzazione DSM comporterà la non remunerabilità della prestazione
- mancata attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale nella sua completezza comporterà la non remunerabilità della prestazione
- assenza di diario clinico, di diario riabilitativo o di diario infermieristico comporterà la non remunerabilità della prestazione

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

1. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate

2. identificativo della documentazione ivi controllata
3. esito, con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano.

La legittimità delle prestazioni va verificata sulla base dell'accREDITamento e della negoziazione (corrispondenza della quantità e tipologia di prestazioni accreditate regolarità amministrativa della prescrizione).

L'appropriatezza va comunque verificata secondo i criteri fissati dalla normativa vigente, in particolare in ordine alla valutazione:

1. del progetto riabilitativo
2. del programma riabilitativo
3. degli interventi riabilitativi

Nello svolgimento delle attività di verifica da parte dei NOC, alla struttura non possono essere addebitate responsabilità per eventuali impegnative con errori materiali e/o formali sulla stessa (es. data o imprecisione di compilazione o errata indicazione della diagnosi funzionale).

1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI IN RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.) e RESIDENZE PROTETTE (R.P.) (VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni rese.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata. In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione, il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle cartelle cliniche con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

Ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni i NIA e i NIR, oltre alla effettuazione dei sopralluoghi ispettivi, hanno la facoltà di istituire flussi informativi costanti nonché di richiedere in qualsiasi momento documentazione e dati relativi alle prestazioni rese dalle strutture assoggettate a controllo.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei gruppi di verifica NIA e NIR, tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di ricovero di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Devono essere assicurati anche controlli in tempo reale con l'erogazione delle prestazioni in relazione a specifiche esigenze, da effettuare presso la struttura erogatrice nel rispetto delle condizioni di sicurezza e di riservatezza.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- la presenza dell'autorizzazione dell'UVM ed eventuali proroghe
- la presenza del Progetto Assistenziale Individuale
- la presenza di diario clinico, di diario riabilitativo e di diario infermieristico
- la corrispondenza tra prestazione eseguita (in conformità all'autorizzazione UVM) e prestazione fatturata
- il rapporto tra il minutaggio del personale esercente le professioni sanitarie e il numero di degenti

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- assenza di richiesta redatta su impegnativa del SSN o assenza di autorizzazione UVM comporterà la non remunerabilità della prestazione
- mancata attuazione del Progetto Assistenziale Individuale nella sua completezza comporterà la non remunerabilità della prestazione
- assenza di diario clinico, di diario riabilitativo o di diario infermieristico comporterà la non remunerabilità della prestazione

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

1. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate
2. identificativo della documentazione ivi controllata
3. esito, con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano.

La legittimità delle prestazioni va verificata sulla base dell'accREDITAMENTO e della negoziazione (corrispondenza della quantità e tipologia di prestazioni accreditate regolarità amministrativa della prescrizione).

L'appropriatezza va comunque verificata secondo i criteri fissati dalla normativa vigente, in particolare in ordine alla valutazione:

1. del progetto assistenziale
2. del programma svolto
3. degli interventi effettuati

Nello svolgimento delle attività di verifica da parte dei NOC, alla struttura non possono essere addebitate responsabilità per eventuali impegnative con errori materiali e/o formali sulla stessa (es. data o imprecisione di compilazione o errata indicazione della diagnosi funzionale).

1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI AFFERENTI L'AREA DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni rese.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata, In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione, il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle cartelle cliniche con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

Ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni i NIR e i NIA, oltre alla effettuazione dei sopralluoghi ispettivi, hanno la facoltà di istituire flussi informativi costanti nonché di richiedere in qualsiasi momento documentazione e dati relativi alle prestazioni rese dalle strutture assoggettate a controllo.

In caso di dislocazione in più sedi della medesima struttura erogatrice, i NIA e i NIR effettueranno le proprie verifiche su più sedi.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei gruppi di verifica NIA e NIR, tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di ricovero di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Devono essere assicurati anche controlli in tempo reale con l'erogazione delle prestazioni in relazione a specifiche esigenze, da effettuare presso la struttura erogatrice nel rispetto delle condizioni di sicurezza e di riservatezza.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- la presenza dell'autorizzazione dell'UVM ed eventuali proroghe
- la presenza del Progetto Riabilitativo Individuale
- la presenza di diario clinico, di diario riabilitativo e di foglio firma presenze
- la presenza di diario infermieristico nel caso di regime residenziale
- la corrispondenza tra prestazione eseguita (in conformità all'autorizzazione UVM) e prestazione fatturata.
- La verifica, su base settimanale (settimana individuata dall'organismo di controllo), del volume delle prestazioni erogate, per singola tipologia.
- Verifica del rapporto tra il numero del personale esercente le professioni sanitarie e il numero di degenti/seminternati/assistiti.

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- assenza di richiesta redatta su impegnativa del SSN o assenza di autorizzazione UVM comporterà la non remunerabilità della prestazione
- mancata attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale nella sua completezza comporterà la non remunerabilità della prestazione
- assenza di diario clinico o di diario riabilitativo o di foglio firma presenze comporterà la non remunerabilità della prestazione

- assenza di diario infermieristico nel caso di regime residenziale comporterà la non remunerabilità della prestazione

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

1. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate
2. identificativo della documentazione ivi controllata
3. esito, con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano.

La legittimità delle prestazioni va verificata sulla base dell'accreditamento e della negoziazione (corrispondenza della quantità e tipologia di prestazioni accreditate regolarità amministrativa della prescrizione).

L'appropriatezza va comunque verificata secondo i criteri fissati dalla normativa vigente, in particolare in ordine alla valutazione:

1. del livello di disabilità
2. del progetto riabilitativo
3. del programma riabilitativo
4. degli interventi riabilitativi

Nello svolgimento delle attività di verifica da parte dei NOC, alla struttura non possono essere addebitate responsabilità per eventuali imprecisioni con errori materiali e/o formali sulla stessa (es. data o imprecisione di compilazione o errata indicazione della diagnosi funzionale).

1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.

PROTOCOLLI DI VALUTAZIONE E VERIFICA DELLE PRESTAZIONI AFFERENTI L'AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE (VERIFICHE BIMESTRALI)

I presenti protocolli di valutazione hanno l'obiettivo di indicare uniformi e coordinati criteri di valutazione della legittimità e appropriatezza delle prestazioni rese.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti fasi:

- monitoraggio delle prestazioni
- controllo analitico delle prestazioni
- validazione e certificazione ai fini della remunerabilità delle prestazioni

Il controllo avviene su un campione di almeno il 15% della produzione fatturata, In caso di rilievo di comportamenti opportunistici, il campione può essere esteso all'intera produzione, il controllo avviene a blocchi dividendo il numero totale delle cartelle cliniche con il valore del 15%.

(Ad esempio su un campione di un numero totale di 100 cartelle cliniche il 15% delle cartelle da sottoporre a verifica è pari a 15. Le suddette 15 cartelle cliniche da verificare sono estrapolate a blocchi uniformi campione dal totale del campione. Tali blocchi sono calcolati dividendo il numero totale (100) con il valore del 15% (15). Il rapporto $100/15=6.6$. Pertanto, approssimando per eccesso, ogni 7 cartelle se ne verifica una fino ad arrivare a 15).

Il sistema delineato mira, oltre che al controllo sistematico, all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base delle informazioni utili per l'estrazione del campione da sottoporre a controllo analitico.

Ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni i NIA e i NIR, oltre alla effettuazione dei sopralluoghi ispettivi, hanno la facoltà di istituire flussi informativi costanti nonché di richiedere in qualsiasi momento documentazione e dati relativi alle prestazioni rese dalle strutture assoggettate a controllo.

In caso di dislocazione in più sedi della medesima struttura erogatrice, i NOC effettueranno le proprie verifiche su più sedi.

I NIA segnalano al Dipartimento di Prevenzione delle ASL territorialmente competente criticità rilevate in ordine agli aspetti autorizzativi (strutturali, tecnologici e organizzativi) propri degli stessi Erogatori privati accreditati.

1.1 CONTROLLO ANALITICO DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA ATTIVITA' SANITARIA (controllo concreto sulla documentazione).

Il controllo analitico viene effettuato dal NOCR per il tramite dei gruppi di verifica, tenuto conto, tra l'altro, dei dati di attività e del campionamento delle prestazioni di ricovero di cui al precedente paragrafo.

La struttura erogatrice provvederà a rendere disponibile tutta la documentazione richiesta dagli ispettori per i controlli.

Devono essere assicurati anche controlli in tempo reale con l'erogazione delle prestazioni in relazione a specifiche esigenze, da effettuare presso la struttura erogatrice nel rispetto delle condizioni di sicurezza e di riservatezza.

Il controllo analitico riguarda:

- la presenza della richiesta formulata su modulistica del SSN dal MMG, dal PLS o dal Medico Specialista ospedaliero o convenzionato, conforme alla normativa vigente
- la presenza dell'autorizzazione dell'UVM ed eventuali proroghe e autorizzazione SERD
- la presenza del Progetto Riabilitativo Individuale
- la presenza di diario clinico, di diario riabilitativo e di foglio firma presenze
- la presenza di diario infermieristico nel caso di regime residenziale
- la corrispondenza tra prestazione eseguita (in conformità all'autorizzazione UVM) e prestazione fatturata.

Eventuali anomalie comporteranno gli effetti economici sotto specificati:

- assenza di richiesta redatta su impegnativa del SSN o assenza di autorizzazione UVM o del SERD comporterà la non remunerabilità della prestazione
- mancata attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale nella sua completezza comporterà la non remunerabilità della prestazione
- assenza di diario clinico o di diario riabilitativo o di foglio firma presenze comporterà la non remunerabilità della prestazione
- assenza di diario infermieristico nel caso di regime residenziale comporterà la non remunerabilità della prestazione

Le risultanze dei controlli vanno esplicitate su appositi verbali datati e firmati, che fermo restando quanto già precisato ai paragrafi precedenti, devono riportare almeno i seguenti dati essenziali:

1. riepilogo risultanze della precedente fase di monitoraggio, con specifica della modalità di estrazione del campione delle prestazioni controllate
2. identificativo della documentazione ivi controllata
3. esito, con breve descrizione delle motivazioni delle determinazioni assunte.

Come sopra specificato, il verbale conclusivo delle predette funzioni di controllo dovrà asseverare, in termini esaustivi e dirimenti, quali prestazioni siano effettivamente remunerabili e quali invece non lo siano.

La legittimità delle prestazioni va verificata sulla base dell'accreditamento e della negoziazione (corrispondenza della quantità e tipologia di prestazioni accreditate regolarità amministrativa della prescrizione).

L'appropriatezza va comunque verificata secondo i criteri fissati dalla normativa vigente, in particolare in ordine alla valutazione:

1. del livello eventuale di disabilità
2. del progetto riabilitativo
3. del programma riabilitativo
4. degli interventi riabilitativi

Nello svolgimento delle attività di verifica da parte dei NOC, alla struttura non possono essere addebitate responsabilità per eventuali impegnative con errori materiali e/o formali sulla stessa (es. data o imprecisione di compilazione o errata indicazione della diagnosi funzionale).

1.2 VALIDAZIONE E CERTIFICAZIONE AI FINI DELLA REMUNERABILITA' DELLE PRESTAZIONI

I competenti servizi aziendali (GACEP), acquisite tutte le risultanze della attività di controllo, entro i termini temporali indicati nel contratto sottoscritto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992, preso atto degli esiti di valutazione compiuta dal NOCR, nel rispetto dei protocolli ispettivi e delle leggi regionali vigenti, verificato che gli erogatori abbiano correttamente dato luogo a tutti gli adempimenti contrattuali prodromici alla liquidazione del fatturato emesso, provvedono alla determinazione dell'importo riconosciuto ed erogabile rispetto al fatturato emesso dalla Struttura comprensivo dell'oscillabilità mensile consentita negli accordi.