



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE

DEL

DIRETTORE GENERALE

N. 282 DEL 9 MAR. 2016

DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Oggetto: procedure verifiche ispettive aziendali. Presa d'atto.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pasquale Flacco, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 1023 del 10 dicembre 2015 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto del Responsabile Funzione di Staff UOC Valutazione Appropriata Prestazioni Sanitarie datata _4/03/2016;

DATO ATTO delle attestazioni di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Responsabile Funzione di staff UOC Valutazione Appropriata Prestazioni Sanitarie e del Direttore della UOC Gestione Accordi Contrattuali con gli Erogatori Privati, come acquisiti in calce alla proposta medesima;

DELIBERA

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____ **Il Direttore Amministrativo Aziendale**
(VACANTE)

Parere favorevole _____ **Il Direttore Sanitario Aziendale**
(VACANTE)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Pasquale FLACCO)

Proposta di deliberazione
per il
Direttore Generale

Oggetto: procedure verifiche ispettive aziendali. Presa d'atto

Il Responsabile Funzione di Staff Valutazione Appropriately Prestazioni Sanitarie ed il Direttore della UOC Gestione Accordi Contrattuali con gli Erogatori Privati, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

PREMESSO che con le delibere di Giunta Regionale:

- n. 159 del 24/02/2007, così come modificata dalla successiva n. 189 del 1/3/2007, è stato approvato il documento denominato "Programma Operativo di riorganizzazione e riqualificazione del SSSR, così come previsto dall'art. 1 comma 180 L. 311/2004 e ss.mm.i.- testo emendato";
- n. 224 del 13/03/2007, è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 6/03/2007, tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per il Piano di Rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ex art. 1, comma 180 L. 311/2004;
- n. 570/P del 23/06/2008, nell'ambito della individuazione delle modalità di applicazione degli accordi contrattuali e delle linee guida sulla stesura degli stessi, sono state ripartite le competenze tra Direzioni Politiche della Salute e Aziende UUSSLL assegnando a queste ultime la verifica delle prestazioni prodotte dalle strutture pubbliche e private per qualità, appropriatezza, correttezza e rispetto delle norme di autorizzazione e di accreditamento e dei tetti economici;
- n. 13/2009 e 10/2009, con le quali nel riformulare parzialmente la succitata delibera n. 570, è stato affidato alle Aziende UUSSLL il compito di attivare appositi organismi aziendali preposti alla verifica delle prestazioni prodotte per qualità, appropriatezza, correttezza e rispetto delle norme di autorizzazione ed accreditamento e dei tetti economici;

RICORDATO che con la delibera aziendale n. 1308 del 7/12/2010 è stato istituito il Servizio Valutazione Appropriately delle Prestazioni Sanitarie al quale è stato affidato il compito di provvedere all'espletamento delle attività di verifica nei confronti degli erogatori pubblici e privati;

TENUTO CONTO delle diverse modalità di verifica previste a livello regionale:

- dal protocollo di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 1438 del 18/12/2006 riguardo alle Strutture di riabilitazione ex art. 26, alle Residenze sanitarie e socio-sanitarie ed alle Residenze di riabilitazione psichiatrica;
- dalle disposizioni di cui all'allegato A del Decreto Commissariale n. 64/2012 del 14/11/2012, riguardo alle Case di Cura pubbliche e private ed alle strutture eroganti prestazioni di Specialistica ambulatoriale e Branche a visita;

RITENUTO, nell'ottica di ottemperare alle disposizioni normative su richiamate, di redigere dei percorsi finalizzati a dettagliare ed a definire le varie fasi delle attività di controllo così come effettuate dall'UOC Valutazione Appropriata delle Prestazioni Sanitarie;

CONSIDERATO che la formalizzazione di specifiche procedure, da un lato, permette di omogeneizzare le attività di controllo in relazione alle specifiche tipologie di strutture, dall'altro, risponde all'opportunità di garantire la trasparenza nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo e fornire, attraverso indicazioni puntuali, univoche e complete, un indispensabile supporto per il personale a cui le stesse sono indirizzate;

RITENUTO, quindi, di redigere cinque specifiche procedure riguardanti le verifiche da attivare per l'accertamento della legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate da: Case di Cura, Strutture di Riabilitazione ex art. 26, Residenze Sanitarie e Socio Sanitarie, Residenze di Riabilitazione Psichiatrica e Strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale e Branche a Visita;

SPECIFICATO che le procedure citate, elaborate dalla proponente UOC, nelle persone dei dott.ri Annabella Antonucci, Anna Elina Gambino, Vito Alessandro Giardinelli, Gabriele Fasciani, Maurizio Valentini, Anna Carfagnini, Maria Esther Verrocchio (in qualità di specialista ambulatoriale) e Giuseppe Vitolla, sono state visionate e condivise con l'U.O. Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

RICHIAMATA tutta la normativa, nazionale e regionale, vigente in materia;

PROPONGONO DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

1. DI PRENDERE ATTO delle procedure di verifica aziendali elaborate dall'UOC Valutazione Appropriata delle Prestazioni Sanitarie, nelle persone dei dott.ri Annabella Antonucci, Anna Elina Gambino, Vito Alessandro Giardinelli, Gabriele Fasciani, Maurizio Valentini, Anna Carfagnini, Maria Esther Verrocchio (in qualità di specialista ambulatoriale) e Giuseppe Vitolla;
2. DI SPECIFICARE che le procedure citate, riguardano le attività di verifica finalizzate ad accertare la legittimità, l'appropriatezza e la congruità delle prestazioni sanitarie erogate da: Case di Cura, Strutture di Riabilitazione ex art. 26, Residenze Sanitarie e

Socio Sanitarie, Residenze di Riabilitazione Psichiatrica e Strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale e Branche a Visita;

3. DI PUNTUALIZZARE che la redazione delle dette procedure, condivisa dall'U.O. Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico, risponde alla necessità di offrire un puntuale e preciso supporto al personale incaricato di effettuare l'attività ispettiva, così come prevista dalla normativa vigente in materia;
4. DI DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo in ragione di quanto dichiarato in premessa;
5. Di TRASMETTERE copia del presente provvedimento alle UU.OO. Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico e Sviluppo Strategico ed Organizzativo per i successivi provvedimenti applicativi;
6. DI STABILIRE che del presente atto sia disposta la pubblicazione on-line del testo completo;

Il presente provvedimento consta di complessive n. 4 pagine e di n. 5 allegati.

Si allegano i seguenti documenti in copia:

- 1 Procedura di verifica Case di Cura;
- 2 Procedura di verifica Strutture di Riabilitazione ex art. 26;
- 3 Procedura di verifica Residenze di Riabilitazione Psichiatrica;
- 4 Procedura di verifica Residenze Sanitarie e Socio Sanitarie;
- 5 Procedura di verifica Strutture eroganti prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e Branche a Visita.

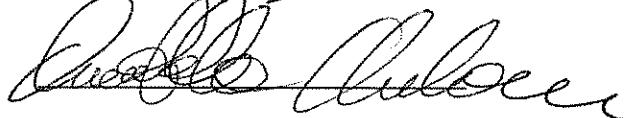
L'istruttore

Dr.ssa Alessandra Persiani
Chieti, 4/03 /2016

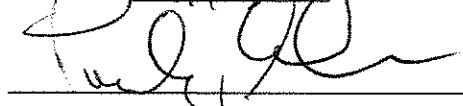


Il Responsabile Funzione di Staff UOC Valutazione
Appropriatezza Prestazioni Sanitarie
proponente, responsabile del procedimento
che attesta la legittimità e la regolarità
dell'atto

Dr.ssa Annabella Antonucci
Chieti, li 4/03 /2016



Il Direttore della UOC
Gestione Accordi Contrattuali con gli Erogatori Privati
Dott. Pierluigi Galassi
Chieti, li 4/03 /2016





CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n. del bilancio (*anno*)

Il Direttore/Responsabile U.O. _____

Firma _____

RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Il Direttore e/o Responsabile U.O.

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

9 MAR. 2016 con prot. n. 11616

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

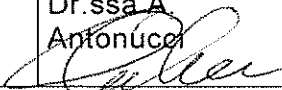
Il Funzionario preposto



REGIONE ABRUZZO
 Azienda Sanitaria Locale n. 2
 LANCIANO-VASTO-CHIETI
 Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

PROCEDURA AZIENDALE
DI VERIFICA ISPETTIVA
PRESTAZIONI SANITARIE
CASE DI CURA
PRIVATE ACCREDITATE

Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
12/01/2016	Emissione (REV 0)	U.O.C. VAPS	Dr. ssa A. Antonucci 	Dott. Pasquale Flacco

INDICE:

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. FINALITA'
4. RIFERIMENTI
5. DEFINIZIONI
6. RESPONSABILITÀ
7. DIAGRAMMI DI FLUSSO
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
10. INDICATORI

Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Annabella Antonucci, Dott.ssa Anna Elina Gambino, Dott.Vito Alessandro Giardinelli, Dott. Gabriele Fasciani, Dott. Maurizio Valentini, Dott.ssa Anna Carfagnini, Dott.ssa Maria Esther Verrocchio, Dott. Giuseppe Vitolla

1. PREMESSA E SCOPO

La presente Procedura ha lo scopo di definire le modalità operative adottate dalla U.O.C. Valutazione Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie per la gestione della verifica ispettiva inerente le prestazioni sanitarie erogate dalle Case di Cura Private accreditate in regime di ricovero ordinario, ricovero diurno (Day Hospital e Day Surgery) e nel percorso ambulatoriale.

2. FINALITA'

La finalità è rappresentata dal riscontro di legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni erogate, nonché dall'esigenza di assicurare una verifica effettuata sempre in maniera puntuale, univoca e completa, tale da guidare e supportare il personale a cui è indirizzata.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica alle verifiche ispettive effettuate presso le Case di Cura accreditate della ASL 02. In particolare, si applica alla programmazione ed effettuazione delle verifiche, discussione delle problematiche, stesura e condivisione del verbale tra i componenti dell'équipe che effettua la verifica stessa, notifica del verbale al referente della Struttura con relativa firma, invio del verbale alla Direzione Generale Aziendale ed all'Unità Operativa GACEP e successiva archiviazione nei locali della U.O. VAPS.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI IN MATERIA

- DM 16/06/1990;
- L. R. n. 5 (PSR 2008 / 2010);
- Programma Operativo 2013-2015 Regione Abruzzo, approvato con Decreto Commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013 e s.m.i.;
- DM 10/12/2009 ;
- L.R. n.32/2007;
- Delibera Giunta Regionale n. 655/2007;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 50/2011 e ss.mm.ii.;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 25/2012;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012;
- Dm 27/10/2000 n. 380.

5. DEFINIZIONI

- U.O.C. VAPS: Unità Operativa Complessa Valutazione Appropriatelyzza Prestazioni Sanitarie
- U.O.C. GACEP: Unità Operativa Complessa Gestione dei Contratti con gli Erogatori Privati
- IAP: Incarico di alta professionalità

6. RESPONSABILITA'

Nella procedura sono definite le responsabilità di: programmazione della verifica, estrazione del campione, costituzione del gruppo visita ed individuazione dei documenti di supporto, redazione del verbale, comprensivo della relazione e del prospetto con gli esiti e dei documenti di registrazione, come da diagramma di flusso.

7. PROGRAMMAZIONE ED EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA ISPETTIVA

Responsabilità U.O.C. VAPS	Attività	Documenti
Personale Medico	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Programmazione Verifica Definizione Team Verifica </div>	
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Estrazione campione, elaborazione prospetto ed invio campione alla Struttura </div>	Contratti
Team di verifica	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Effettuazione verifica Condivisione Redazione del verbale Comunicazione esiti alla struttura </div>	Normativa nazionale e regionale
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Trasmissione documenti alla Direzione Generale ed al GACEP Archiviazione </div>	

8. DESCRIZIONE ATTIVITA'

La verifica ispettiva, effettuata con cadenza bimestrale, come previsto contrattualmente, è finalizzata a valutare legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle Case di Cura Private Accreditate;

8.1 Costituzione del Team ispettivo:

Il personale incaricato di effettuare la verifica viene individuato e coordinato dal Responsabile della suddetta U.O.C. e/o dal Responsabile della IAP "Organizzazione controlli prestazioni ospedaliere Strutture pubbliche e private accreditate" nelle varie fasi della procedura della verifica ispettiva, tenendo conto delle indicazioni previste nel piano anticorruzione aziendale.

8.2 Estrazione del campione

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS provvede all'individuazione del campione di casistica da valutare, nell'ambito del file di produzione proveniente dalla U.O. GACEP, con attestazione della corrispondenza tra produzione e fatturato e della regolarità delle tariffe.

L'estrazione del campione, pari ad almeno il 10% della produzione fatturata, avviene con metodo "random", sul file di produzione mensile; viene, inoltre, effettuata l'estensione, pari ad almeno il 2,5% sul totale delle tipologie di prestazioni ad alto rischio di inappropriately, così come previsto dal DM 10/12/2009 ("controllo cartelle cliniche") e recepito dal Decreto Commissariale 64/2012 ("protocolli di valutazione").

In particolare le tipologie, oggetto di estensione, sono le seguenti:

- DRG ad alto rischio di inappropriately erogati in regime ordinario
- DRG anomali (467, 468, 476, 477)
- Ricoveri complicati
- Ricoveri ripetuti entro 30gg con la stessa MDC o comunque riconducibili al ricovero precedente
- DRG medici in UU.OO. Chirurgiche
- Parti cesarei (nelle strutture dove superano il 40% dei parti totali)

Il campione, inoltre, può essere esteso a ricomprendere ulteriori cartelle relative a particolari criticità riscontrate durante il controllo.

Il personale amministrativo prepara un prospetto, da adottare in sede di verifica, riepilogativo di informazioni, derivanti dal flusso informativo (N° nosologico- Cognome e Nome- Codice Fiscale- Regione di Residenza- USL di appartenenza- Data chiusura SDO – Mese - Regime ricovero – Data Prenotazione Ricovero – Data ricovero – Provenienza Paziente – Reparto di Ammissione – Onere della Degenza Reparto Dimissione – Data Dimissione / Morte – N° giorni DH – DRG – Importo Degenza – Fatturato – Numero Fattura – Data Fattura – MDC – Tipo – Denominazione DRG – Giorni).

Detto prospetto è presente quale allegato n.1.

8.3 Attività di verifica ispettiva presso la Struttura

Durante la verifica, in presenza dei rappresentanti della struttura, vengono valutate la legittimità, l'appropriatezza e la congruità delle prestazioni sanitarie erogate attraverso l'esame della impegnativa di accesso del SSN e della documentazione clinica, alla luce dell'EBM, delle linee guida nazionali e dei riferimenti delle società scientifiche. Per quanto riguarda il controllo delle prestazioni di medicina riabilitativa (cod. 56) il riferimento è rappresentato sia dalla DRG 655/2007 che dall'apposita procedura aziendale.

Eventuali contestazioni vengono rappresentate ed argomentate al referente della struttura; ogni rilievo può essere documentato attraverso l'estrazione di copie di ogni documento utile ad eccepire una eventuale irregolarità.

La verifica ispettiva prosegue all'interno delle UU.OO., in cui vengono visionati i pazienti e di questi vengono acquisite informazioni su particolari casi clinici; inoltre, vengono identificati i professionisti in servizio e verificate le dotazioni di sicurezza disponibili nel carrello di emergenza, oltre alla presenza di eventuali procedure codificate dall'U.O. Infine, le irregolarità rilevate vengono discusse a livello collegiale con il responsabile della U.O.C. o della IAP e con gli altri componenti del team ispettivo.

L'esito complessivo della verifica effettuata viene riportato nel verbale ispettivo, così come previsto contrattualmente; in particolare, per ciascuna prestazione oggetto di controllo, viene riportato l'esito accertato su un apposito modulo (allegato n. 2) evidenziando eventuali illegittimità, inappropriately ed incongruità, oltre che il valore corrispondente alla decurtazione che la U.O.C. GACEP procederà ad effettuare sulle corrispondenti somme fatturate.

8.4 Struttura dei documenti:

8.4.1 Prospetto per la verifica di cui all'allegato n.1;

8.4.2 Modulo delle contestazioni, di cui all'allegato n. 2, nel quale vengono descritte le contestazioni effettuate durante la verifica ispettiva, i dati identificativi del paziente e della struttura, il numero nosologico della cartella, eventuali osservazioni effettuate dal rappresentante della struttura.

8.4.3 Verbale della verifica ispettiva

All'esito della discussione collegiale e delle evidenze emerse dalla verifica ispettiva, viene redatto un verbale, in cui sono riportate le modalità e le normative previste per l'estrazione e l'invio del campione, le normative regionali e nazionali di riferimento, i nominativi dei membri dell'équipe che ha effettuato la verifica ispettiva e dei rappresentanti della struttura presenti, le contestazioni ed ogni altra evidenza riguardante la qualità dell'assistenza.

Il verbale viene notificato al referente della struttura che ha partecipato alla verifica per l'apposita firma.

8.5 Controdeduzioni

Entro 10 giorni dalla data della notifica seguono eventuali controdeduzioni da parte della struttura, a cui la U.O.C. VAPS è tenuta a rispondere entro 10 gg, come da disposizioni contrattuali.

8.6 Trasmissione dei Documenti

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS trasmette d'ufficio i documenti protocollati (verbale e allegati) alla Direzione Generale ed alla U.O.C. GACEP.

8.7 Archiviazione

Il documento originale è archiviato presso l'archivio interno della U.O.C. VAPS.

9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

La documentazione di riferimento di tale procedura è rappresentata da:

- Contratti fra Regione Abruzzo e Strutture Erogatrici Private Accreditate;
- Procedura aziendale Cod. 56;
- Procedura aziendale ricovero urgente;
- File dati di produzione (ASDO/ASDAC) provenienti dalla U.O.C. GACEP con apposita attestazione.

10. INDICATORI

- N° cartelle cliniche esaminate / numero totale di cartelle annuali;
- N° verbali con controdeduzioni / totale / anno.

STRUTTURA

DATA

ALLEGATO 2

NUMERO CARTELLA _____

NOME-COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

REGIONE _____

INAPPROPRIATEZZA/ILLEGITTIMITA'

RISPOSTA STRUTTURA



REGIONE ABRUZZO
 Azienda Sanitaria Locale n. 2
 LANCIANO-VASTO-CHIETI
 Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

**PROCEDURA AZIENDALE
 DI VERIFICA ISPETTIVA
 PRESTAZIONI SANITARIE
 STRUTTURE RIABILITATIVE
 EX ART. 26**

Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
12/01/2016	Emissione (REV 0)	U.O.C. VAPS	Dr. ssa A. Antonucci	Dott. Pasquale Flacco

INDICE:

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. FINALITA'
4. RIFERIMENTI
5. DEFINIZIONI
6. RESPONSABILITÀ
7. DIAGRAMMI DI FLUSSO
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
10. INDICATORI

Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Annabella Antonucci, Dott.ssa Anna Elina Gambino, Dott.Vito Alessandro Giardinelli, Dott. Gabriele Fasciani, Dott. Maurizio Valentini, Dott.ssa Anna Carfagnini, Dott.ssa Maria Esther Verrocchio, Dott. Giuseppe Vitolla

1. PREMESSA E SCOPO

La presente Procedura ha lo scopo di definire le modalità operative adottate dalla UOC Valutazione Appropriata delle Prestazioni Sanitarie per la gestione della verifica ispettiva inerente le prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture di Riabilitazione ex art. 26 accreditate con il SSN.

2. FINALITA'

La finalità è rappresentata dal riscontro della legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni erogate, nonché dall'esigenza di assicurare una verifica effettuata sempre in maniera puntuale, univoca e completa, tale da guidare e supportare il personale a cui è indirizzata.

3. CAMPO di APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica alle verifiche ispettive effettuate presso le Strutture di Riabilitazione Ex art. 26 accreditate della ASL 2 Abruzzo. In particolare si applica alla programmazione ed effettuazione delle verifiche, discussione delle problematiche, stesura e condivisione del verbale tra i componenti dell'équipe che effettua la verifica stessa, notifica alla Struttura; invio alla Direzione Generale Aziendale ed alla Unità Operativa GACEP ed archiviazione del verbale.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI IN MATERIA

- L. 833/78;
- L. R. 5 (PSR 2008/ 2010);
- DGR 1438/2006;
- L.R. 32/ 2007;
- Programma Operativo 2013-2015 Regione Abruzzo, approvato con Decreto Commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013 e s.m.i.;
- Decreto Commissariale n. 107/2013.

5. DEFINIZIONI

- U.O.C. VAPS: Unità Operativa Complessa Valutazione Appropriata Prestazioni Sanitarie
- U.O.C. GACEP: Unità Operativa Complessa Gestione dei Contratti con gli Erogatori Privati
- IPM: Incarico professionale medio
- UMV: Unità Multidisciplinare di Valutazione.

6. RESPONSABILITA'

Nella procedura sono definite le responsabilità di programmazione della verifica, estrazione del campione dati, costituzione del gruppo visita ed individuazione dei documenti di supporto, redazione del verbale, comprensivo della relazione e del prospetto con gli esiti, e dei documenti di registrazione, come da diagramma di flusso.

7. PROGRAMMAZIONE ED EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA ISPETTIVA

Responsabilità UOC VAPS	Attività	Documenti
Personale Medico	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Programmazione Verifica Definizione Team Verifica </div>	Contratti Normativa nazionale e regionale
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Estrazione campione, elaborazione prospetto ed invio campione alla Struttura </div>	
Team di verifica	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Effettuazione verifica Condivisione Redazione del verbale Comunicazione esiti alla struttura </div>	
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Trasmissione documenti alla Direzione Generale ed al GACEP Archiviazione </div>	

8. DESCRIZIONE ATTIVITA'

La verifica ispettiva è finalizzata a valutare legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate secondo le modalità previste dai contratti fra Regione Abruzzo ed erogatori privati accreditati.

8.1 Costituzione del Team ispettivo.

Il personale incaricato di effettuare la verifica viene individuato e coordinato dal

Responsabile della suddetta U.O.C. e/o dal Responsabile della IPM "Pianificazione controlli prestazioni di Riabilitazione Ex art. 26 L.833/1978" nelle varie fasi della procedura della verifica ispettiva, tenendo conto delle indicazioni previste nel piano anticorruzione aziendale

8.2 Estrazione del campione

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS provvede all'estrazione del campione di casistica da valutare, nell'ambito del file di produzione proveniente dalla U.O.C. GACEP, con attestazione della corrispondenza tra produzione e fatturato e regolarità delle tariffe.

L'estrazione del campione, pari ad almeno il 10% della produzione fatturata, avviene con metodo "random", sul file di produzione mensile, così come attestato dalla U.O.C. GACEP.

Il campione, inoltre, può essere esteso a ricomprendere ulteriori cartelle relative a particolari criticità riscontrate durante il controllo.

Il personale amministrativo prepara un prospetto, da adottare in sede di verifica ispettiva, che riporta i seguenti dati: N° nosologico – Regime - Codice Fiscale - ASL di provenienza – Diagnosi ICD) - Data presa in carico – Data fine trattamento – Valore Prestazione – Mese - Numero Fattura – Data Fattura – Esito e Note.

Detto prospetto è presente quale allegato n.1.

8.3 Attività di verifica ispettiva presso la struttura

Durante la verifica vengono valutate la legittimità, l'appropriatezza e la congruità delle prestazioni sanitarie erogate attraverso l'esame dell'impegnativa SSN, dell'autorizzazione o proroga UVM, della documentazione clinica, del progetto riabilitativo individuale e della sua attuazione, del diario riabilitativo e delle rivalutazioni periodiche.

Tutta la documentazione esaminata alla luce dell'EBM, delle linee guida nazionali e dei riferimenti delle società scientifiche, viene valutata in presenza dei rappresentanti della struttura; eventuali contestazioni vengono rappresentate ed argomentate al referente della struttura. Ogni rilievo può essere documentato attraverso l'estrazione di copie di ogni documento utile ad eccepire una eventuale irregolarità.

La verifica ispettiva prosegue all'interno della Struttura, in cui vengono visionati i pazienti, di cui vengono acquisite informazioni sui casi clinici; inoltre vengono identificati i professionisti in servizio, controllate le dotazioni di sicurezza disponibili nel carrello di emergenza e l'adozione di eventuali procedure codificate dalla Struttura, con particolare riguardo a quelle relative al trattamento delle piaghe da decubito. Infine, le irregolarità rilevate vengono discusse a livello collegiale con il responsabile della UOC e/o dell'incarico professionale, oltre che con gli altri componenti del team ispettivo.

L'esito complessivo della verifica effettuata viene riportato nel verbale ispettivo, così come previsto contrattualmente; in particolare, per ciascuna prestazione oggetto di controllo, viene riportato l'esito accertato su un apposito modulo (allegato n. 2) evidenziando eventuali illegittimità, inappropriatezze, incongruità oltre che il valore corrispondente alla decurtazione che la UOC GACEP dovrà effettuare sulle corrispondenti somme fatturate.

8.4 Struttura dei documenti

8.4.1 Prospetto per la verifica di cui all'allegato n. 1.

8.4.2 Modulo delle contestazioni, di cui all'allegato n. 2, nel quale vengono descritte le contestazioni effettuate durante la verifica ispettiva, i dati identificativi dell'assistito e della struttura, il numero nosologico della cartella, eventuali osservazioni effettuate dal rappresentante della struttura.

8.4.3 Verbale della verifica ispettiva.

All'esito della discussione collegiale e delle evidenze emerse dalla verifica ispettiva, viene redatto un verbale in cui sono riportate le modalità e le normative previste per l'estrazione e l'invio del campione, le normative regionali e nazionali di riferimento, i nominativi dei membri dell'équipe che ha effettuato la verifica ispettiva e dei rappresentanti della struttura presenti, le contestazioni ed ogni altra evidenza riguardante la qualità dell'assistenza.

Il verbale viene notificato al referente della struttura che ha partecipato alla verifica per l'apposita firma.

8.5 Controdeduzioni

Entro 10 giorni dalla data della notifica seguono eventuali controdeduzioni da parte della struttura, a cui la UOC VAPS è tenuta a rispondere entro 10 gg, come da disposizioni contrattuali.

8.6 Trasmissione dei Documenti

Il personale amministrativo della UOC VAPS trasmette d'ufficio i documenti protocollati (verbale e allegati) alla Direzione Generale ed alla UOC GACEP.

8.7 Archiviazione

Il documento originale è archiviato presso l'archivio interno della UOC VAPS

9. DOCUMENTI di RIFERIMENTO

La documentazione di riferimento tale procedura è rappresentata da:

- Contratti annuali fra Regione Abruzzo e Strutture Erogatrici Private Accreditate
- File dati di produzione provenienti dalla UO GACEP con apposita attestazione

10. INDICATORI

- N° cartelle cliniche esaminate / totale cartelle annuali
- N° verbali con controdeduzioni / totale / anno

STRUTTURA

DATA

NUMERO CARTELLA _____

NOME-COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

REGIONE _____

INAPPROPRIATEZZA/ILLEGITTIMITA'

RISPOSTA STRUTTURA



REGIONE ABRUZZO
 Azienda Sanitaria Locale n. 2
 LANCIANO-VASTO-CHIETI
 Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

**PROCEDURA AZIENDALE
 DI VERIFICA ISPETTIVA
 PRESTAZIONI SANITARIE
 RESIDENZE DI
 RIABILITAZIONE
 PSICHIATRICA**

Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
12/01/2016	Emissione (REV 0)	U.O.C. VAPS	Dr. ssa A. Antonucci	Dott. Pasquale Flacco

INDICE:

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. FINALITA'
4. RIFERIMENTI
5. DEFINIZIONI
6. RESPONSABILITÀ
7. DIAGRAMMI DI FLUSSO
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
10. INDICATORI

Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Annabella Antonucci, Dott.ssa Anna Elina Gambino, Dott.Vito Alessandro Giardinelli, Dott. Gabriele Fasciani, Dott. Maurizio Valentini, Dott.ssa Anna Carfagnini, Dott.ssa Maria Esther Verrocchio, Dott. Giuseppe Vitolla

1. PREMESSA E SCOPO

La presente Procedura ha lo scopo di definire le modalità operative adottate dalla U.O.C. Valutazione Appropriata delle Prestazioni Sanitarie per la gestione della verifica ispettiva inerente le prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture Psicoriabilitative accreditate con il SSN.

2. FINALITA'

La finalità è rappresentata dal riscontro della legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni erogate, nonché dall'esigenza di assicurare una verifica effettuata sempre in maniera puntuale, univoca e completa, tale da guidare e supportare il personale a cui è indirizzata.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica alle verifiche ispettive effettuate presso le Strutture Psicoriabilitative accreditate della ASL 02. In particolare si applica alla programmazione ed effettuazione delle verifiche, discussione delle problematiche, stesura e condivisione del verbale tra i componenti dell'équipe che effettua la verifica stessa, registrazione ed archiviazione del verbale, quale documento di esito della procedura ed invio alla Direzione Generale Aziendale ed alla U.O.C. GACEP.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI IN MATERIA

L. R. 5 (PSR 2008 / 2010);
Programma Operativo 2013-2015 Regione Abruzzo, approvato con Decreto Commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013 e s.m.i.;
Decreto del Commissario ad ACTA n. 107/ 2013;
L.R. n.32/2007.

5. DEFINIZIONI

- U.O.C. VAPS: Unità Operativa Complessa Valutazione Appropriata Prestazioni Sanitarie
- U.O.C. GACEP: Unità Operativa Complessa Gestione dei Contratti con gli Erogatori Privati
- IPQ: Incarico professionale qualificato.

6. RESPONSABILITA'

Nella procedura sono definite le responsabilità di programmazione della verifica, estrazione del campione dati, costituzione del gruppo visita ed individuazione dei documenti di supporto, redazione del verbale, comprensivo della relazione e del prospetto con gli esiti, e dei documenti di registrazione, come da diagramma di flusso.

7. PROGRAMMAZIONE ED EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA ISPETTIVA

Responsabilità U.O.C. VAPS	Attività	Documenti
Personale Medico	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Programmazione Verifica </div>	
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Estrazione campione, elaborazione prospetto ed invio campione alla Struttura </div>	Contratti
Team di verifica	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Effettuazione verifica Condivisione Redazione del verbale Comunicazione esiti alla struttura </div>	Normativa nazionale e regionale
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Trasmissione documenti alla Direzione Generale ed al GACEP Archiviazione </div>	

8. DESCRIZIONE ATTIVITA'

La verifica ispettiva è finalizzata a valutare legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate secondo le modalità previste dai contratti fra Regione Abruzzo ed erogatori privati accreditati.

8.1 Costituzione del Team ispettivo:

Il personale incaricato di effettuare la verifica viene individuato e coordinato dal Responsabile della suddetta U.O.C. e/o dal Responsabile della IPQ "Pianificazione controlli prestazioni di Riabilitazione Psichiatrica" nelle varie fasi della procedura della verifica ispettiva, tenendo conto delle indicazioni previste

nel piano anticorruzione aziendale.

8.2 Estrazione del campione

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS provvede all'estrazione del campione di casistica da valutare, nell'ambito del file di produzione proveniente dalla U.O.C. GACEP, con attestazione della corrispondenza tra produzione e fatturato e regolarità delle tariffe.

L'estrazione del campione, pari ad almeno il 10% della produzione fatturata, avviene con metodo "random", sul file di produzione mensile, così come attestato dalla U.O.C. GACEP.

Il campione, inoltre, può essere esteso a ricomprendere ulteriori cartelle relative a particolari criticità riscontrate durante il controllo.

Il personale amministrativo prepara un prospetto, da adottare in sede di verifica ispettiva, che riporta i seguenti dati: N° nosologico- Codice Fiscale - ASL di provenienza – Diagnosi (ICD) - Data ingresso e data dimissione- Trattamento – Valore Prestazione – Mese - Numero Fattura – Data Fattura – Esito – Note.

Detto prospetto è presente quale allegato n.1.

8.3 Attività di verifica ispettiva presso la struttura

Durante la verifica vengono valutate la legittimità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate attraverso l'esame dell'impegnativa SSN per l'accesso, dell'autorizzazione o proroga UVM e conseguente autorizzazione del DSM, della documentazione clinica, del progetto riabilitativo individuale e della sua attuazione, del diario riabilitativo e delle rivalutazioni periodiche.

Tutta la documentazione esaminata alla luce dell'EBM, delle linee guida nazionali e dei riferimenti delle società scientifiche, viene valutata in presenza dei rappresentanti della struttura; eventuali contestazioni vengono rappresentate ed argomentate al referente della struttura. Ogni rilievo può essere documentato attraverso l'estrazione di copie di ogni documento utile ad eccepire una eventuale irregolarità.

La verifica ispettiva prosegue all'interno della Struttura in cui vengono visionati i pazienti, di cui vengono acquisite informazioni sui casi clinici; inoltre, vengono identificati i professionisti in servizio, controllate le dotazioni di sicurezza disponibili nel carrello di emergenza e l'adozione di eventuali procedure codificate dalla Struttura. Infine, le irregolarità rilevate vengono discusse a livello collegiale con il responsabile della U.O.C. e/o dell'incarico professionale, oltre che con gli altri componenti del team ispettivo.

L'esito complessivo della verifica effettuata viene riportato nel verbale ispettivo, così come previsto contrattualmente; in particolare, per ciascuna prestazione oggetto di controllo, viene riportato l'esito accertato su un apposito modulo (allegato n.2) evidenziando eventuali illegittimità ed inapproprietezze, oltre che il valore corrispondente alla decurtazione che la U.O.C. GACEP dovrà effettuare sulle corrispondenti somme fatturate.

8.4 Struttura dei documenti

8.4.1 Prospetto per la verifica di cui all'allegato n. 1.

8.4.2 Modulo delle contestazioni, di cui all'allegato n. 2, nel quale vengono descritte le contestazioni effettuate durante la verifica ispettiva, i dati identificativi dell'assistito e della struttura, il numero nosologico della cartella, eventuali osservazioni effettuate dal rappresentante della struttura.

8.4.3 Verbale della verifica ispettiva.

All'esito della discussione collegiale e delle evidenze emerse dalla verifica ispettiva, viene redatto un verbale in cui sono riportate le modalità e le normative previste per l'estrazione e l'invio del campione, le normative regionali e nazionali di riferimento, i nominativi dei membri dell'équipe che ha effettuato la verifica ispettiva e dei rappresentanti della struttura presenti, le contestazioni ed ogni altra evidenza riguardante la qualità dell'assistenza.

Il verbale viene notificato al referente della struttura che ha partecipato alla verifica per l'apposita firma.

8.5 Controdeduzioni

Entro 10 giorni dalla data della notifica seguono eventuali controdeduzioni da parte della struttura, a cui l'U.O.C. VAPS è tenuta a rispondere entro 10 gg, come da disposizioni contrattuali.

8.6 Trasmissione dei Documenti

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS trasmette d'ufficio i documenti protocollati (verbale e allegati) alla Direzione Generale ed alla U.O.C. GACEP.

8.7 Archiviazione

Il documento originale è archiviato presso l'archivio interno della U.O.C. VAPS.

9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

La documentazione di riferimento tale procedura è rappresentata da:

Contratti annuali fra Regione Abruzzo e Strutture Erogatrici Private Accreditate

File dati di produzione provenienti dalla UO GACEP con apposita attestazione

10. INDICATORI

N° cartelle cliniche esaminate/ numero totale cartelle annuali;

N° verbali con controdeduzioni / totale / anno

STRUTTURA

DATA

ALLEGATO 2

NUMERO CARTELLA _____

NOME-COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

REGIONE _____

INAPPROPRIATEZZA/ILLEGITTIMITA'

RISPOSTA STRUTTURA



REGIONE ABRUZZO
 Azienda Sanitaria Locale n. 2
 LANCIANO-VASTO-CHIETI
 Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

**PROCEDURA AZIENDALE
 DI VERIFICA ISPETTIVA
 PRESTAZIONI SANITARIE
 RESIDENZE SANITARIE
 E SOCIO-SANITARIE**

Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
12/01/2016	Emissione (REV 0)	U.O.C. VAPS	Dr. ssa A. Antonucci	Dott. Pasquale Flacco

INDICE:

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. FINALITA'
4. RIFERIMENTI
5. DEFINIZIONI
6. RESPONSABILITÀ
7. DIAGRAMMI DI FLUSSO
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
10. INDICATORI

Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Annabella Antonucci, Dott.ssa Anna Elina Gambino, Dott.Vito Alessandro Giardinelli, Dott. Gabriele Fasciani, Dott. Maurizio Valentini, Dott.ssa Anna Carfagnini, Dott.ssa Maria Esther Verrocchio, Dott. Giuseppe Vitolla

1. PREMESSA E SCOPO

La presente Procedura ha lo scopo di definire le modalità operative adottate dalla UOC Valutazione Appropriata delle Prestazioni Sanitarie per la gestione della verifica ispettiva inerente le prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture Residenziali Sanitarie e Socio Sanitarie accreditate con il SSN.

2. FINALITA'

La finalità è rappresentata dal riscontro della legittimità ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché dall'esigenza di assicurare una verifica effettuata sempre in maniera puntuale, univoca e completa, tale da guidare e supportare il personale a cui è indirizzata.

3. CAMPO di APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica alle verifiche ispettive effettuate presso le residenze sanitarie e socio sanitarie accreditate della ASL 2 Abruzzo. In particolare si applica alla programmazione ed effettuazione delle verifiche, discussione delle problematiche, stesura e condivisione del verbale tra i componenti dell'équipe che effettua la verifica stessa, registrazione ed archiviazione del verbale, quale documento di esito della procedura ed invio alla Direzione Generale Aziendale ed alla U.O. GACEP.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI IN MATERIA

- DGR n. 1438/2006;
- L.R. n. 32/2007;
- L. R. 5 (PSR 2008/2010);
- Programma Operativo 2013-2015 Regione Abruzzo, approvato con Decreto Commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013 e s.m.i.;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 40 del 14/11/2011;
- Decreto del Commissario Ad Acta n. 107 del 20/12/2013.

5. DEFINIZIONI

- U.O.C. VAPS: Unità Operativa Complessa Valutazione Appropriata Prestazioni Sanitarie
- U.O.C. GACEP: Unità Operativa Complessa Gestione dei Contratti con gli Erogatori Privati
- IPM: Incarico professionale medio
- UMV: Unità Multidisciplinare di Valutazione.

6. RESPONSABILITA'

Nella procedura sono definite le responsabilità di programmazione della verifica, estrazione del campione dati, costituzione del gruppo visita ed individuazione dei documenti di supporto, redazione del verbale, comprensivo della relazione e del prospetto con gli esiti, e dei documenti di registrazione, come da diagramma di flusso.

7. PROGRAMMAZIONE ED EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA ISPETTIVA

Responsabilità UOC VAPS	Attività	Documenti
Personale Medico	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> Programmazione Verifica Definizione Team Verifica </div>	Contratti Normativa nazionale e regionale
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> Estrazione campione, elaborazione prospetto ed invio campione alla Struttura </div>	
Team di verifica	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> Effettuazione verifica Condivisione Redazione del verbale Comunicazione esiti alla struttura </div>	
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> Trasmissione documenti alla Direzione Generale ed al GACEP Archiviazione </div>	

8. DESCRIZIONE ATTIVITA'

La verifica ispettiva è finalizzata a valutare legittimità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate secondo le modalità previste dai contratti fra Regione Abruzzo ed erogatori privati accreditati.

8.1 Costituzione del Team ispettivo.

Il personale incaricato di effettuare la verifica viene individuato e coordinato dal Responsabile della suddetta U.O.C. e/o dal Responsabile della IPM "*Pianificazione controlli prestazioni di residenzialità*" nelle varie fasi della procedura della verifica ispettiva, tenendo conto delle indicazioni previste nel piano anticorruzione aziendale.

8.2 Estrazione del campione

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS provvede all'estrazione del campione di casistica da valutare, nell'ambito del file di produzione proveniente dalla U.O.C. GACEP, con attestazione della corrispondenza tra produzione e fatturato e regolarità delle tariffe.

L'estrazione del campione, pari ad almeno il 10% della produzione fatturata, avviene con metodo "random", sul file di produzione mensile, così come attestato dalla U.O.C. GACEP.

Il campione, inoltre, può essere esteso a ricomprendere ulteriori cartelle relative a particolari criticità riscontrate durante il controllo.

Il personale amministrativo prepara un prospetto, da adottare in sede di verifica ispettiva, che riporta i seguenti dati: N° nosologico – Regime - Codice Fiscale - ASL di provenienza – Diagnosi (ICD) - Data ingresso/dimissione – Tipologia- Giorni di degenza- Valore Prestazione – Mese - Numero Fattura – Data Fattura – Esito e Note.

Detto prospetto è presente quale allegato n.1.

8.3 Attività di verifica ispettiva presso la struttura.

Durante la verifica vengono valutate la legittimità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate attraverso l'esame dell'impegnativa SSN, dell'autorizzazione o proroga UVM, della documentazione clinica, del progetto riabilitativo individuale e della sua attuazione, del diario riabilitativo e delle rivalutazioni periodiche.

Tutta la documentazione esaminata alla luce dell'EBM, delle linee guida nazionali e dei riferimenti delle società scientifiche, viene valutata in presenza dei rappresentanti della struttura; eventuali contestazioni vengono rappresentate ed argomentate al referente della struttura. Ogni rilievo può essere documentato attraverso l'estrazione di copie di ogni documento utile ad eccepire una eventuale irregolarità.

La verifica ispettiva prosegue all'interno della Struttura, in cui vengono visionati i pazienti, di cui vengono acquisite informazioni sui casi clinici; inoltre vengono identificati i professionisti in servizio, controllate le dotazioni di sicurezza disponibili nel carrello di emergenza e l'adozione di eventuali procedure codificate dalla Struttura, con particolare riguardo a quelle relative al trattamento delle piaghe da decubito. Infine le irregolarità rilevate vengono discusse a livello collegiale con il responsabile della UOC e/o dell'incarico professionale, oltre che con gli altri componenti del team ispettivo.

L'esito complessivo della verifica effettuata viene riportato nel verbale ispettivo, così come previsto contrattualmente; in particolare, per ciascuna prestazione oggetto di controllo, viene riportato l'esito accertato su un apposito modulo (allegato n.2) evidenziando eventuali illegittimità ed inapproprietezze, oltre che il valore corrispondente alla decurtazione che la U.O.C. GACEP dovrà effettuare sulle corrispondenti somme fatturate.

8.5 Struttura dei documenti

8.5.1 Prospetto per la verifica di cui all'allegato n. 1.

8.5.2 Modulo delle contestazioni, di cui all'allegato n. 2, nel quale vengono descritte le contestazioni effettuate durante la verifica ispettiva, i dati identificativi del assistito e della struttura, il numero nosologico della cartella, eventuali osservazioni effettuate dal rappresentante della struttura.

8.5.3 Verbale della verifica ispettiva.

All'esito della discussione collegiale e delle evidenze emerse dalla verifica ispettiva, viene redatto un verbale in cui sono riportate le modalità e le normative previste per l'estrazione e l'invio del campione, le normative regionali e nazionali di riferimento, i nominativi dei membri dell'équipe che ha effettuato la verifica ispettiva e dei rappresentanti della struttura presenti, le contestazioni ed ogni altra evidenza riguardante la qualità dell'assistenza.

Il verbale viene notificato al referente della struttura che ha partecipato alla verifica per l'apposita firma.

8.5 Controdeduzioni

Entro 10 giorni dalla data della notifica seguono eventuali controdeduzioni da parte della struttura, a cui la UOC VAPS è tenuta a rispondere entro 10 gg, come da disposizioni contrattuali.

8.6 Trasmissione dei Documenti

Il personale amministrativo della UOC VAPS trasmette d'ufficio i documenti protocollati (verbale e allegati) alla Direzione Generale ed alla UOC GACEP.

8.7 Archiviazione

Il documento originale è archiviato presso l'archivio interno della UOC VAPS

9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

La documentazione di riferimento tale procedura è rappresentata da:

- Contratti annuali fra Regione Abruzzo e Strutture Erogatrici Private Accreditate
- File dati di produzione provenienti dalla UO GACEP con apposita attestazione

10. INDICATORI

- N° cartelle cliniche esaminate / numero totale di cartelle annue
- N° verbali con controdeduzioni / totale / anno

STRUTTURA

DATA

NUMERO CARTELLA _____

NOME-COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

REGIONE _____

INAPPROPRIATEZZA/ILLEGITTIMITA'

RISPOSTA STRUTTURA

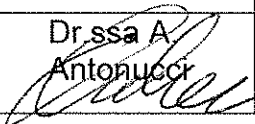


REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

ALLEGATO 5

C.F. e P. Iva 02307130696

PROCEDURA AZIENDALE
DI VERIFICA ISPETTIVA
PRESTAZIONI SANITARIE
SPECIALISTICA
AMBULATORIALE
E BRANCHE A VISITA

Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
12/01/2016	Emissione (REV 0)	U.O.C. VAPS	Dr.ssa A. Antonucci 	Dott. Pasquale Flacco

INDICE:

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. FINALITA'
4. RIFERIMENTI
5. DEFINIZIONI
6. RESPONSABILITÀ
7. DIAGRAMMI DI FLUSSO
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
10. INDICATORI

Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Annabella Antonucci, Dott.ssa Anna Elina Gambino, Dott.Vito Alessandro Giardinelli, Dott. Gabriele Fasciani, Dott. Maurizio Valentini, Dott.ssa Anna Carfagnini, Dott.ssa Maria Esther Verrocchio, Dott. Giuseppe Vitolla

1. PREMESSA E SCOPO

La presente Procedura ha lo scopo di definire le modalità operative adottate dalla U.O.C. Valutazione Appropriata delle Prestazioni Sanitarie per la gestione della verifica ispettiva inerente le prestazioni sanitarie, di specialistica ambulatoriale e branche a visita, erogate dalle Strutture, accreditate con il SSN.

2. FINALITA'

La finalità è rappresentata dal riscontro della legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni erogate, nonché dall'esigenza di assicurare una verifica effettuata sempre in maniera puntuale, univoca e completa, tale da guidare e supportare il personale a cui è indirizzata.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica alle verifiche ispettive effettuate presso le Strutture Eroganti Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e Branche a Visita accreditate della ASL 02. In particolare si applica alla programmazione ed effettuazione delle verifiche, discussione delle problematiche, stesura e condivisione del verbale tra i componenti dell'èquipe che effettua la verifica stessa, registrazione ed archiviazione del verbale, quale documento di esito della procedura ed invio alla Direzione Generale Aziendale ed alla Unità Operativa GACEP.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI IN MATERIA

- DM 10/09/98 "Aggiornamento del d.m. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del d.m. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";
- DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- DM 18/5/2004 "Introduzione del Ricettario SSN";
- L.R. n. 32/ 2007;
- DM 17/3/2008 "Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale";
- L. R. 5 (PSR 2008 / 2010);
- DGR 575/2011 "Approvazione Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa";
- DGR 178 del 14/03/2011 "D.M. 11 DICEMBRE 2009 – COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA – ESENZIONE PER MOTIVI DI REDDITO"
- Decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012;
- Programma Operativo 2013-2015 Regione Abruzzo, approvato con decreto commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013 e s.m.i.;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 12 del 20/2/2013 "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 45 del 12/6/2013 "Modifiche ed Integrazioni al DCA 12/2013";
- Circolare del Commissario ad Acta n. RA/183020/Comm del 17/7/2013 "Criteri valorizzazione prestazioni FKT".

5. DEFINIZIONI

U.O.C. VAPS: Unità Operativa Complessa Valutazione Appropriata Prestazioni Sanitarie

U.O.C. GACEP: Unità Operativa Complessa Gestione dei Contratti con gli Erogatori Privati

IPQ: Incarico professionale qualificato

6. RESPONSABILITA'

Nella procedura sono definite le responsabilità di programmazione della verifica, estrazione del campione dati, costituzione del gruppo visita ed individuazione dei documenti di supporto, redazione del verbale, comprensivo della relazione e del prospetto con gli esiti, e dei documenti di registrazione, come da diagramma di flusso;

7. PROGRAMMAZIONE ED EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA ISPETTIVA

Responsabilità U.O.C. VAPS	Attività	Documenti
Personale Medico	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Programmazione Verifica</div>	
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Estrazione campione, elaborazione prospetto ed invio campione alla Struttura</div>	Contratti
Team di verifica	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Effettuazione verifica Condivisione Redazione del verbale Comunicazione esiti alla struttura</div>	Normativa nazionale e regionale
Personale amministrativo	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Trasmissione documenti alla Direzione Generale ed al GACEP Archiviazione</div>	

8. DESCRIZIONE ATTIVITA'

La verifica ispettiva è finalizzata a valutare legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate secondo le modalità previste dai contratti fra Regione Abruzzo ed erogatori privati accreditati

8.1 Costituzione del Team ispettivo

Il Responsabile della U.O.C. o il Responsabile dell'IPQ "Pianificazione controlli

prestazioni di specialistica ambulatoriale” individua i componenti del team di verifica, applicando le procedure previste nel piano anticorruzione aziendale.

8.2 Estrazione del campione

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS provvede all'individuazione del campione di casistica da valutare, nell'ambito del file di produzione proveniente dalla U.O.C. GACEP, con attestazione della corrispondenza tra produzione e fatturato e regolarità delle tariffe.

L'estrazione del campione, pari ad almeno il 10% della produzione fatturata, avviene con metodo “random”, sul file di produzione mensile, così come attestato dalla U.O.C. GACEP. Il personale amministrativo prepara un prospetto, da adottare in sede di verifica ispettiva, che riporta i seguenti dati:

N° ricetta - Nome e Cognome Utente - Codice Fiscale Assistito – Reg Ad – N. Progressivo – Data prestazione – Quantità – Pos. Utente Ticket – Importo totale – Codice esenzione – Quota compartecipazione Spesa – Fattura Lordo Ticket– Numero Fattura – Data Fattura – Mese – Esito – Note – Importo da Decurtare.

Detto prospetto è presente quale allegato n.1.

Il campione può essere esteso a ricomprendere ulteriori ricette relative a particolari criticità riscontrate durante il controllo.

8.3 Attività di verifica ispettiva

Durante la verifica vengono valutate la legittimità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie prescritte sulla ricetta, sulla base dei seguenti parametri: presenza dei dati anagrafici, correlazione delle prestazioni prescritte con l'eventuale codice di esenzione (per patologia, maternità, ecc.), corrispondenza fra le prestazioni richieste e quelle previste dal nomenclatore tariffario, numero delle prestazioni prescritte (non superiore ad 8), presenza del quesito diagnostico, presenza di timbro e firma del medico prescrittore, data di prescrizione, corrispondenza tra prestazioni richieste e quelle fatturate, corrispondenza fra prestazioni richieste e quelle erogate tramite controllo della refertazione, presenza di firma dell'assistito.

L'esito complessivo della verifica effettuata viene riportato nel verbale ispettivo, così come previsto contrattualmente; in particolare, per ciascuna ricetta oggetto di controllo, viene riportato l'esito evidenziando eventuali inapproprietezze totali o parziali, oltre che il valore corrispondente alla decurtazione che la U.O.C. GACEP procederà ad effettuare sulle corrispondenti somme fatturate.

Eventuali contestazioni vengono rappresentate ed argomentate al referente della struttura. Ogni rilievo può essere documentato attraverso copie delle ricette. Infine le irregolarità rilevate vengono discusse a livello collegiale con il responsabile della U.O.C. e con gli altri componenti del team ispettivo.

8.4 Struttura dei documenti

8.4.1 Prospetto per la verifica di cui all'allegato n. 1.

8.4.2 Verbale della verifica ispettiva

All' esito della discussione collegiale e delle evidenze emerse dalla verifica ispettiva, viene redatto un verbale in cui sono riportate le modalità e le normative previste per l'estrazione e l'invio del campione, le normative regionali e nazionali di riferimento, i nominativi dei membri dell'équipe che ha effettuato la verifica ispettiva e dei rappresentanti della struttura e le eventuali contestazioni.

Il verbale viene notificato al referente della struttura per l'apposita firma.

8.5 Controdeduzioni

Entro 10 giorni dalla data della notifica seguono eventuali controdeduzioni da parte della struttura, a cui la U.O.C. VAPS è tenuta a rispondere entro 10 gg, come da disposizioni contrattuali.

8.6 Trasmissione dei Documenti

Il personale amministrativo della U.O.C. VAPS trasmette d'ufficio i documenti protocollati (verbale e allegati) alla Direzione Generale ed alla U.O.C. GACEP.

8.7 Archiviazione

Il documento originale è archiviato presso l'Archivio interno della U.O.C. VAPS

9. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

La documentazione di riferimento di tale procedura è rappresentata da:

Contratti fra Regione Abruzzo e Strutture Erogatrici Private Accreditate

File di produzione provenienti dalla U.O.C. GACEP corredati da apposita attestazione di congruità.

10. INDICATORI

N° ricette esaminate/ numero totale di ricette per anno

N° verbali con controdeduzioni/ totale/ anno

