

**Il presente provvedimento  
è stato dichiarato  
immediatamente esecutivo**

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.ro 1023..... del 02.08.2022

**OGGETTO:** Approvazione ed adozione "Linee di indirizzo per i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (D.C.A. 103/2019)"

La presente deliberazione si compone di n. ro 35 pagine, di cui n.ro 31 allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

In data \_\_\_\_\_ il Dirigente della Struttura \_\_\_\_\_ propone la presente deliberazione evidenziando se vi sono/non vi sono oneri, anche potenziali, a valere sul bilancio pubblico e attestandone, con la seguente sottoscrizione, che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta, e delle risultanze e degli atti tutti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L. 20/94 e successive modifiche;

FIRMA

ONERI A VALERE SUL BILANCIO AZIENDALE

€ 0,00

### PARERI FAVOREVOLI DEI DIRIGENTI DELLE FUNZIONI CENTRALI

DATA

FUNZIONE CENTRALE

FIRMA LEGGIBILE

DATA	FUNZIONE CENTRALE	FIRMA LEGGIBILE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

In data \_\_\_\_\_, il Dirigente della FC Economico Finanziaria attesta la regolarità contabile e

SI

NO

- attestata la regolarità contabile della imputazione sul conto indicato ove rimane una disponibilità di \_\_\_\_\_ euro su una previsione a budget di \_\_\_\_\_ euro come attestato dal Dirigente proponente.

FIRMA \_\_\_\_\_

OGGETTO: Approvazione ed Adozione "*Linee di indirizzo per i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (D.C.A. 103/2019)*"

## IL DIRETTORE GENERALE

### Premesso che

- il D.Lgs n. 502 del 30.12.1992, prevede, tra l'altro, all'art. 8 octies un controllo sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese;
- il D.C.A. n.103 del 06.09.2019 ha approvato il Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali;
- il Sistema regionale dei controlli delle prestazioni sanitarie, in regime ambulatoriale, si articola su 2 livelli organizzativi:
  - a livello regionale con compiti di indirizzo e coordinamento dell'attività di controllo;
  - a livello aziendale con compiti operativi e di verifica;
- a livello aziendale il NOC deve prevedere una specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- con nota Prot. Gen. n. 156915 del 20/07/2022, l'U.O.S.D. Servizio Ispettivo e NOC ha trasmesso alla Direzione Strategica le "*Linee di indirizzo per i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DCA103/2019)*".

### Considerato che:

- è necessario diffondere nella rete di offerta delle prestazioni la cultura del miglioramento del livello di appropriatezza nell'erogazione di servizi e prestazioni;
- è indispensabile garantire i massimi livelli sostenibili di qualità ed appropriatezza dei servizi resi ai cittadini/utenti ed i principi di equità e sussidiarietà sull'intero territorio di competenza, anche rispetto agli interventi di pianificazione aziendale;
- è opportuno rendere uniformi ed omogenee regole, strumenti e metodologia riguardanti le attività di controllo su tutto il territorio dell'ASL Salerno.

**Evidenziato** che in ordine al presente provvedimento sono stati espressi i pareri indicati in calce, **In virtù** dei poteri conferitigli con D.G.R.C. n. 373 del 06.8.2019 e D.P.G.R.C. n. 103 del 08.08.2019

## DELIBERA

per i motivi di cui alla premessa che qui si intendono integralmente riportati quali parti integranti e sostanziali

**di prendere atto** della nota prot. gen. n. 156915 del 20.7.2022 con la quale l'UOSD Servizio Ispettivo e NOC ha trasmesso le "*Linee di indirizzo per i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DCA n. 103/2019)*"

**di approvare ed adottare** le allegate "*Linee di indirizzo per i controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DCA n. 103/2019)*"

**di trasmettere** il presente atto al Dipartimento di Prevenzione, al Presidente Commissione COM, all'U.O.C. Assistenza Accreditata, ai Distretti Sanitari, all'U.O.S.D. Servizio Ispettivo e NOC;

**di inviare** la presente deliberazione al Collegio Sindacale ai sensi della normativa vigente;

**di rendere** la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

Si esprime parere favorevole  
Il Direttore Amministrativo  
dott.ssa Caterina Palumbo

Si esprime parere favorevole  
Il Direttore Sanitario  
dott. Ferdinando Primiano

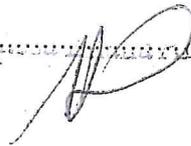
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Mario Iervolino

**SI DICHIARA CHE LA PRESENTE DELIBERAZIONE:**

- È STATA AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DELL'AZIENDA, AI SENSI DELL'ART. 124
- COMMA 1 - DEL D. L.VO 18.08.2000 N.267, IL \_\_\_\_\_

ES 100. 2022

**IL DIRIGENTE**

.....  
  
.....

**LA PRESENTE DELIBERAZIONE È DIVENUTA ESECUTIVA:**

- AI SENSI DELL'ART.134 -COMMA 3 / 4 - DEL D.L.VO 18.08.2000 N.267 IL \_\_\_\_\_

ES 100. 2022

- CON PROVVEDIMENTO DI GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA N.RO \_\_\_\_\_  
DEL \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE**

.....  
  
.....

**PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE ESISTENTE AGLI ATTI D'UFFICIO  
SALERNO**

**IL DIRIGENTE**

.....

---

**LINEE DI INDIRIZZO PER I CONTROLLI DELLE  
PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE  
(DCA n.103/2019)**

**A cura del N.O.C.**

---

## 1. FINALITA' DELLE LINEE DI INDIRIZZO

Il presente documento ha la finalità di dettagliare le modalità, le procedure e la tempistica dei controlli delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (radiologia, radioterapia, medicina nucleare, diabetologia, laboratori analisi, FKT, branche a visita, PACC) erogate dai Centri privati accreditati dell'ASL Salerno, in armonia con le indicazioni del D.C.A. n. 103 del 6/09/2019.

## 2. PRINCIPI DEL SISTEMA DI CONTROLLO

L'ampiezza e complessità del territorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Salerno, connesso anche alla numerosità delle strutture erogatrici ed all'elevato numero/tipologia di servizi erogati e alla molteplicità delle articolazioni aziendali coinvolte nell'attività di controllo, comporta la necessità di stabilire ruoli chiari, compiti inequivocabili ed assegnazione di precise responsabilità per dare al sistema dei controlli quell'uniformità e specificità che la funzione richiede.

A tal fine il sistema dei controlli deve essere ispirato ai seguenti principi:

- **Trasparenza** - le azioni di controllo devono essere fondate sulla condivisione ed univocità delle regole la cui applicazione non è discrezionale;
- **Omogeneità** - le regole, gli strumenti e la metodologia applicata per lo svolgimento delle azioni previste devono essere uniformi, omogenee ed uniche su tutto il territorio dell'ASL Salerno;
- **Imparzialità** - deve essere garantita la neutralità nello svolgimento dell'attività di controllo sanitaria ed amministrativa;
- **Oggettività** - devono essere ridotti al minimo gli elementi di discrezionalità nella metodologia e nello svolgimento delle attività previste;
- **Legalità** - le regole poste in essere devono essere certe, così come gli esiti dei procedimenti avviati;
- **Responsabilizzazione** – gli stakeholders del sistema devono essere informati delle procedure dei controlli e devono essere responsabilizzati.

### 3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Le prime indicazioni da osservare nell'espletamento dell'attività di vigilanza/controllo da parte delle UOC/macrocentri sono quelle derivanti dalla rigorosa applicazione della normativa di settore, integrata anche attraverso Circolari applicative o eventuali pareri emanati dai competenti Uffici Regionali. A tal fine si elencano di seguito le norme e circolari nazionali e regionali che costituiscono i principali riferimenti normativi, fermo restando che tale elenco deve ritenersi indicativo, ma non esaustivo:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”* e s.m.i.
- D.P.R. del 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*.
- Conferenza Stato -Regioni del 20.12.2012: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 - Repertorio Atti n.: 259/CSR del 20/12/2012.
- D.C.A. n.26 del 10/03/2015 *“Recepimento Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. N. 259/CSR) recante:”Disciplina della revisione della normativa dell'accreditamento in attuazione dell'art.7 comma1 del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Rep. Atti n.243/CSR del 3 dicembre 2009)”*.
- Conferenza Stato -Regioni del 19.02.2015: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. - Repertorio Atti n.: 32/CSR del 19/02/2015.
- Decreto Commissariale n.55 del 7/11/2017 *“Costituzione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante”*.
- Decreto Commissariale n.18 del 1/03/2018 *“Costituzione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) Modifiche ed integrazioni al Decreto Commissariale n.55 del 7/11/2017”*.



- Decreto Regione Campania n.55 del 5/07/2018 “*Accreditamento Istituzionale – Decreto Commissariale n.18 del 1/03/2018- modifiche ed integrazioni*”.
- Decreto del Ministero della Sanità 22 luglio 1996 “*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*” e s.m.i.
- Deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 377 del 3 febbraio 1998 “*Nomenclatore tariffario – Approvazione Linee guida*”.
- Deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 378 del 3 febbraio 1998 “*D.G.R.C. n. 11323 del 30/12/1997 ad oggetto: “Prestazioni cliniche e strumentali erogabili in regime ambulatoriale in forma diretta. Approvazione nomenclatore tariffario; Determinazioni*”.
- Deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 1874 del 31 marzo 1998 “*Prestazioni cliniche e strumentali in regime ambulatoriale in forma diretta. Approvazione nuovo Nomenclatore tariffario*”.
- Deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 491 del 19 aprile 2006 “*Modifiche ed integrazioni alla deliberazione della Giunta Regionale n. 377 del 3 febbraio 1998 avente ad oggetto: Nomenclatore tariffario. Approvazione linee guida*”.
- Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania n. 17 del 30.01.2009 “*Aggiornamento del contenuto informativo dei tracciati record e delle specifiche funzionali inerenti i flussi informativi regionali delle prestazioni sanitarie*” e, in particolare, l’Allegato 1 al DD “*Specifiche tecniche del sistema informativo sanitario regionale. Prestazioni relative a: File B (assistenza medica di base); File C (specialistica ambulatoriale); File D (farmaceutica); File E (cure termali); File F (erogazione diretta farmaci); File G (ambulanza ed elisoccorso); File H (Strutture residenziali e semiresidenziali).*” e s.m.i.
- DCA n. 103 del 6.12.2019 “*Sistema Regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali*”.
- Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania n. 359 del 20.12.2019 “*Sistema Informativo Sanità Campania Sinfonia Aggiornamento del contenuto informativo del Tracciato record e delle specifiche funzionali inerenti il flusso informativo regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale “File C*”.



- D.M. 18 ottobre 2012 *“Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungo degenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”*.
- D.C.A. n.32 del 27/03/2013 *“D.M.18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell’assistenza ospedaliera e dell’assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni – rif. Punto r) delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010”*.
- D.G.R.C. n.431 del 24/09/2015 *“Approvazione del catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali: determinazioni”*.
- D.M. del 9/12/2015 *“Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del SSN”*.
- Circolare del Ministero della Salute del 25/03/2016 ad oggetto *“Prime indicazioni attualmente necessarie all’applicazione del Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015, recante Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale”*.
- D.D. n.21 del 9/06/2017 *“DGRC n.431/2015: revisione del catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali – versione 2”*.
- Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania n. 81 del 19/07/2017 *“D.G.R.C. n. 431 del 24 settembre 2015: Revisione del Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali – Versione 2.1.*
- D.D.12 del 21/01/2020 *“Revisione del catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali – versione 3”*.
- DPCM 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all’art.1, comm7, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502”*.
- DCA n.17 del 20/3/2014 *“Linee guida per migliorare l’appropriatezza della funzione ospedaliera e il potenziamento di forme alternative al ricovero. Revoca del DCA n.58 del 30/09/2010”*.
- DCA n.35 del 8/8/2017 *“Interventi tesi a migliorare l’appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri: linee guida per l’attuazione dei Percorsi Ambulatoriali complessi e Coordinati (PACC)”*.



- DCA n.4 del 17/01/2018 *“Interventi tesi a migliorare l’appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri: linee guida per l’attuazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)- modifiche ed integrazioni al DCA 35/2017”*.
- DCA n.64 del 26/09/2011 *“Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al DCA per il piano di rientro del settore sanitario n.32 del 22/06/2010”*.
- DCA n.88 del 23/12/2011 *“Modifiche ed integrazioni al decreto commissariale n.64 del 26/09/2011 recante “Procedure prescrittive ed erogative delle prestazioni di specialistica di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al DCA per il piano di rientro del settore sanitario n.32 del 22/06/2010”*.
- DCA n.101 del 10/10/2013 *“Definizione per l’esercizio 2013 dei volumi massimi riconoscibili nell’esercizio 2013 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale contraddistinte dalla lettera R”*.
- Circolare Regionale n. 578740 del 5/09/2016 *“Decreto commissariale n. 101 del 10.10.2013. Richiesta chiarimenti”*.
- DD n.348 del 28/09/2021 *“D.D. n.33/2021- Revoca e sostituzione”*.
- DCA n.31 del 19/04/2018 *“Interventi tesi a migliorare l’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri “linee guida per l’attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) – modifiche ed integrazioni al DCA n. 35 del 8/08/2017 e del DCA n.4 del 17/01/2018”*.
- DCA n.156 del 21/11/2016 *“PACC 14.75.1 “Iniezioni intravitreali per terapia antiangiogenetica”. Approvazione.*
- DCA n.18 del 9/03/2017 *“DCA n.156 del 21/11/2016 ad oggetto: PACC 14.75.1 “Iniezioni intravitreali per terapia antiangiogenetica”. Approvazione. Rettifiche ed integrazioni.*
- DCA n.71 del 15/07/2016 *“Prescrizione delle prestazioni branca di diagnostica per immagini: Medicina Nucleare: Determinazioni”*.
- DCA n.5 del 1/02/2017 *“Integrazione DCA n. 71 del 15/07/2016 – Rettifica tariffe di specialistica ambulatoriale delle prestazioni PET del DCA n.32 del 27/03/2013”*.



- Circolare n.0343046 del 28/06/2021 della Regione Campania “Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate: applicazione dei controlli previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale e previsione delle date di esaurimento dei limiti di spesa”.
- Circolare n.0480765 del 29/09/2021 della Regione Campania “Integrazione nota n.0343046 del 28/06/2021”.
- DGRC n.329 del 06/07/2016 “D.M. 02 nov. 2011 – Avvio delle prescrizioni dematerializzate per l’assistenza specialistica su tutto il territorio della Regione Campania”.
- Legge n. 833 del 23/12/1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Legge n. 412 del 30/12/1991 “Disposizioni in materia di finanza pubblica” – in particolare art. 4 comma 7.
- Legge n. 662 del 23/12/1996 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” - in particolare art.1 comma 5.
- D.M.S.31/07/1997 “Attività libero professionale e incompatibilità del personale della Dirigenza Sanitaria del SSN”, in particolare artt. 3 e 6.
- DPCM 27/03/2000 “Atto di indirizzo e coordinamento concernente l’attività libero-professionale intramuraria del personale della Dirigenza sanitaria del SSN”.
- D.Lgs 165 del 30/03/2001 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche”.
- D.Lgs.150 del 27/10/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.
- Legge n. 190 del 6/11/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”.
- Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali.

#### **4. CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITA’**

La presente procedura si applica alle Unità Operative coinvolte nell’attività di controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai Centri privati accreditati dell’ASL Salerno.

Nella fattispecie: Distretti, Dipartimento di Prevenzione con relative articolazioni/Commissioni e gruppi di lavoro, U.O.C. Assistenza Accreditata.

La responsabilità di applicazione della presente procedura è a carico di tutto il personale coinvolto nella gestione del processo. Il Direttore di ciascuna U.O./Distretto è a sua volta responsabile del recepimento e della corretta applicazione della stessa all'interno del proprio macrocentro/U.O.. Per le responsabilità individuali di ciascun soggetto si rimanda, inoltre, al Codice di comportamento aziendale approvato con deliberazione n. 426 del 7 aprile 2021 e pubblicato sul sito aziendale.

## **5. I RAPPORTI CON LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE – ACCORDI CONTRATTUALI**

Le strutture private accreditate dell'ASL Salerno erogano per conto e a carico del SSR prestazioni di specialistica ambulatoriale.

La programmazione regionale finalizzata a garantire l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale prevede, per le strutture private accreditate, la fissazione di tetti di spesa annuali da destinare alle singole strutture interessate.

La Regione Campania, con apposito decreto, fissa annualmente i limiti massimi di spesa per le prestazioni sanitarie del privato accreditato, nonché i relativi criteri di assegnazione, cui l'ASL è tenuta ad uniformarsi.

Il Direttore Generale dell'ASL attribuisce alle strutture sanitarie private accreditate il budget massimo entro il quale possono erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale nei limiti degli aggregati determinati dalla Regione, tenendo conto della qualità delle prestazioni erogabili, della programmazione regionale, del fabbisogno di assistenza individuato dalla Regione.

Le strutture private accreditate sottoscrivono gli Accordi Contrattuali definiti nei rispettivi decreti regionali e sono tenute a rispettare quanto stabilito negli stessi.

## **6. ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO**

Le strutture sanitarie private accreditate per prestazioni di specialistica ambulatoriale operanti nel territorio dell'ASL SALERNO sono sottoposte a diverse procedure di vigilanza e controllo, coinvolgenti numerose e differenti articolazioni organizzative aziendali.

Parte di quest'azione di vigilanza, monitoraggio e controllo dell'idoneità delle strutture sanitarie viene svolta attraverso il meccanismo dell'accreditamento e della verifica sul possesso /mantenimento dei requisiti previsti: organizzativo-gestionale, tecnologico-strutturali, corretta manutenzione d'impianti ed attrezzature, ecc.

Il mancato rispetto delle norme in materia di accreditamento da parte della Struttura erogante non consente l'addebito di prestazioni al SSR, in quanto le stesse risulterebbero prive del titolo di legittimazione.

A livello distrettuale l'attività di controllo effettuata nell'ambito della specialistica ambulatoriale è tesa a verificare che le attività oggetto di contratto si svolgano conformemente alle regole specifiche generali e di settore sollecitando gli erogatori al ripristino della regolarità della gestione.

A tal fine è necessario che i Distretti territorialmente competenti, preliminarmente, acquisiscano la documentazione che consente di verificare che le strutture ambulatoriali private accreditate rispettino le norme in materia di accreditamento (autorizzazione sanitaria, accreditamento, schede di funzionamento, Deliberazioni C.O.M., etc.) e che controllino le prestazioni erogate, come più dettagliatamente appresso esplicitato.

E' auspicabile che vengano sviluppate sinergie tra le diverse UU.OO. coinvolte al fine di pervenire ad una visione complessiva del Sistema Sanitario relativo al territorio di competenza e di evidenziare le criticità del sistema locale con l'obiettivo di:

- migliorare l'appropriatezza prescrittiva, non solo attraverso lo strumento del controllo, ma anche attraverso opportuni momenti di confronto tra erogatori, prescrittori ed U.O. distrettuali, ad esempio per mezzo di tavoli di lavoro/confronto con specialisti, MMG, erogatori, etc.;
- diffondere nella rete di offerta la cultura del miglioramento del livello di appropriatezza nell'erogazione di servizi e prestazioni;
- garantire i massimi livelli sostenibili di qualità ed appropriatezza dei servizi resi ai cittadini/utenti ed i principi d'equità e sussidiarietà sull'intero territorio di competenza, anche rispetto agli interventi di pianificazione aziendale;
- valutare lo stato di equilibrio domanda-offerta all'interno del territorio, con tutte le complessità che discendono dal grado di disomogeneità che esso presenta;
- ottimizzare e razionalizzare l'accesso alle prestazioni;
- individuare e porre in essere tutte le azioni mirate al contenimento della spesa.

Nei paragrafi seguenti sono esplicitate le tipologie di controllo, le modalità e i livelli di responsabilità delle U.O/Macrocentri/Dipartimenti coinvolti (ALL.1).

## **6.1 VIGILANZA E CONTROLLO DELLA VERIFICA E MANTENIMENTO DEI REQUISITI DELL'ACCREDITAMENTO**

**LIVELLO DI RESPONSABILITA'**: Dipartimento di Prevenzione - Commissioni – Distretti

L'accreditamento istituzionale è il processo con il quale la Regione Campania riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie la possibilità di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale nell'ambito della programmazione regionale.

Ai sensi del DCA n.26 del 10/03/2015, DCA 18 del 1/03/2018, DCA n.55 del 5/07/2018 la Regione dovrebbe avvalersi dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) per i procedimenti finalizzati al rilascio/rinnovo dell'accreditamento istituzionale. Tuttavia nelle more dell'individuazione e formazione dei valutatori O.T.A. la stessa Regione precisa che la verifica dei requisiti per l'accreditamento viene effettuata dagli attuali verificatori. Per quanto concerne l'ASL Salerno tale funzione è in capo al Comitato di Coordinamento Aziendale Accreditazione (CCAA) e Nucleo di Valutazione.

I precitati DCA (in particolare il DCA n. 55/2018) fanno obbligo alle Aziende Sanitarie di garantire la costante verifica della permanenza dei requisiti delle strutture accreditate.

Ciò premesso il Dipartimento di Prevenzione con le proprie articolazioni interne e/o Commissioni collegate (Commissione 7301) garantirà la costante verifica della permanenza dei requisiti legati alle autorizzazioni sanitarie delle strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale.

Per quanto concerne gli ulteriori controlli relativi alla permanenza dei requisiti di accreditamento (nelle more della piena operatività degli O.T.A.) viene costituito dalla Direzione Generale dell'ASL un Gruppo di Lavoro Integrato con personale del CCAA, Direttori Responsabili dei Distretti o loro delegati, personale della Commissione COM.

L'attività di controllo continua consente di tenere alta l'attenzione sull'aggiornamento ed il miglioramento dei servizi erogati, con la sempre maggiore consapevolezza che l'accreditamento istituzionale è un processo dinamico che porta all'autovalutazione continua.

L'attività di controllo/verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento rappresenta per l'ASL Salerno un'azione fondamentale e strategica per garantire trasparenza ed imparzialità dell'azione amministrativa.



## 6.2 CONTROLLI LOGICO-FORMALI

### LIVELLO DI RESPONSABILITA': U.O.C. ASSISTENZA ACCREDITATA

I file relativi al flusso della specialistica ambulatoriale (FILE C) vengono trasmessi mensilmente dalle Strutture private accreditate entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni; contengono tutte le prestazioni effettuate dalla Struttura per il mese di riferimento e devono rispettare le regole definite dalla Regione Campania.

Il controllo logico-formale dei file si realizza esclusivamente in modalità informatizzata, sulla base dei controlli che possono essere operati sui "campi" contenuti nei file, secondo quanto stabilito dai tracciati record definiti dalla Regione Campania.

A seguito della trasmissione dei file da parte delle Strutture private accreditate tramite Piattaforma GAUSS- SANTEC, alle stesse, a seconda dell'esito della verifica svolta, verrà trasmesso in maniera automatica:

- in caso di presenza di errori logico-formali: un report con le specifiche degli errori e dei record individuati;
- in caso di invio regolare del flusso: una ricevuta di invio e un attestato di fatturazione (Bolla).

Tale attestazione (bolla) contiene anche il numero di riferimento da indicare per il successivo processo di fatturazione.

Il controllo logico - formale, realizzato dall'applicativo informatico, riguarda determinati campi: Regione addebitante, ASL inviante, Codice struttura erogatrice, Codice stabilimento, Tipologia Struttura, Distretto di appartenenza della struttura erogatrice, Codice fiscale medico Case manager, ecc. (cfr. Manuale dei controlli logico-formali).

Oltre ai controlli specificamente logico -formali l'applicativo informatico effettua ulteriori tipologie di controlli previsti dalle normative regionali. Nelle more della messa a regime dell'attuale software (GAUSS- SANTEC s.p.a. – software house) di seguito vengono indicati gli ulteriori controlli attualmente effettuati dall'applicativo:

#### **- Verifica delle prestazioni incompatibili (non associabili)**

Il rationale del controllo trova il suo fondamento nella considerazione che, per alcune prestazioni o gruppi di prestazioni, non è possibile la loro compresenza su una medesima prescrizione. In caso di presenza di prestazioni incompatibili, viene segnalato dalla procedura un messaggio di errore



(allert) alla Struttura privata accreditata che ha trasmesso il file ed una delle due o più prestazioni incompatibili devono essere tolte dal file trasmesso.

Il fondamento del controllo risiede sia nella normativa nazionale che, più specificatamente, nelle “indicazioni prescrittive” contenute nel catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Campania (prestazioni non associabili).

In linea generale, l’errore deriva dalla ricomprensione di una metodica in un’altra ovvero, ad esempio, a fronte nella stessa richiesta di un esame radiologico senza l’utilizzo del mezzo di contrasto e di un esame senza e con mezzo di contrasto, il primo esame risulta tecnicamente riconducibile al secondo esame.

Le coppie o i gruppi di prestazioni incompatibili tra loro (non associabili) sono consultabili nell’allegato 4 del “Manuale dei controlli logico-formali delle prestazioni ambulatoriali, di day service, termali, riabilitative estensive e socio-sanitario delle strutture private accreditate”, già trasmesso ai distretti e consultabile sul sito aziendale.

#### **- Univocità dei codici di prestazione**

Il catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Campania individua una serie di prestazioni che non sono prescrivibili con altre prestazioni. Anche in questo caso il software effettua un controllo a riguardo all’atto della trasmissione del file da parte della Struttura privata accreditata e, nel caso, restituisce un messaggio di errore bloccante.

#### **- Congruenza tra prestazioni FKT e diagnosi**

Il software effettua una verifica di congruenza tra le prestazioni FKT e le corrispondenti diagnosi che le giustificano.

#### **- Controllo delle quantità**

In una unica ricetta non possono essere prescritte prestazioni afferenti a branche diverse. In ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca, escludendo dal conteggio i prelievi che devono comunque essere riportati in ricetta.

Di regola, alla richiesta di una prestazione corrisponde l’erogazione e la rendicontazione di una singola prestazione. Fanno eccezione le prestazioni, in genere di medicina fisica e riabilitazione ma

anche di altre branche, che recano nella descrizione l'indicazione di "ciclo", e di tutte le prestazioni che, implicitamente ripetitive, indicano nella descrizione un limite al numero di ripetizioni.

Poiché, in pratica, vi possono essere numerose eccezioni alla regola di limitare l'erogazione e la rendicontazione ad una sola prestazione, il software effettua un controllo bloccante delle quantità massime solo per alcune prestazioni, sia nel caso di prassi consolidata sia laddove siano presenti specifici richiami a normative intervenute, ad esempio, da parte del Catalogo regionale di specialistica ambulatoriale.

Inoltre il software effettua:

- **Controllo su autorizzazione ad erogare prestazioni R ed R101.**
- **Controllo su autorizzazione ad erogare prestazioni in base al settore di appartenenza per i laboratori e alla fascia (gruppo) di appartenenza per la radiologia.**
- **Controllo su validità esenzione e in caso di prestazioni per patologia sulle prestazioni erogabili per quella esenzione.**
- **Controllo per i residenti dell'ASL Salerno sul codice del medico prescrittore, esso deve appartenere all'anagrafica caricata nel software.**
- **Controllo obbligo classe di priorità.**
- **Controllo sull'obbligo di compilazione della diagnosi mediante l'indicazione della codifica ICD9.**
- **Controllo sulla registrazione, da parte della Struttura accreditata, dell'erogazione della prestazione sul sistema TS.**

Gli ulteriori controlli e/o elaborazione di report previsti nell'offerta tecnica presentata dalla software house SANTEC saranno oggetto di specifici aggiornamenti da parte della U.O.C. competente.

In particolare il software è in grado di applicare il controllo sulle prestazioni di RM in riferimento alla tipologia di apparecchiature in dotazione (cfr. Circolare Regione Campania prot. n. 480765 del 29/09/2021).



### 6.3 CONTROLLI AMMINISTRATIVI

#### LIVELLO DI RESPONSABILITA': DISTRETTO SANITARIO

I controlli amministrativi riguardano la verifica della documentazione allegata alla fattura trasmessa mensilmente al Distretto da parte dei Centri accreditati.

Preliminarmente si precisa che alcuni controlli vengono già effettuati dal software attualmente in uso per la ricezione dei file e riguardano i controlli logico-formali specificati al paragrafo 6.2. Tale procedura permette di rilevare, all'atto dell'accettazione dei file, le eventuali irregolarità logico-formali da contestare alle Strutture, affinché procedano ai dovuti correttivi prima che i flussi e le relative fatture vengano acquisite dai Distretti.

Ulteriori controlli, invece, possono essere effettuati esclusivamente con l'ausilio delle prescrizioni mediche allegate ai rendiconti che i Centri accreditati trasmettono ai Distretti, o attraverso la consultazione del sistema T.S..

Pertanto la responsabilità dei Distretti concerne le seguenti verifiche amministrative da effettuare sulla documentazione e sulla corretta compilazione della ricetta.

In particolare:

- 1) verifica della corrispondenza **tra le prestazioni prescritte e quelle rendicontate e richieste in pagamento.**
  
- 2) Nello specifico per **la ricetta rossa:**
  - verifica che la stessa sia utilizzata nei soli casi previsti dalla DGRC n.329/2016
  - compilazione di tutti i campi obbligatori
  - presenza del codice regionale e firma del prescrittore
  - presenza del timbro della struttura erogatrice e firma del Direttore Sanitario del Centro
  - Presenza, sul retro della ricetta, o sull'allegata scheda (nel caso di prestazioni a ciclo) della firma dell'assistito ed estremi del documento d'identità in corso di validità, attestante l'avvenuta fruizione della prestazione
  - corretta compilazione sul retro della ricetta per assistiti stranieri con TEAM
  - eventuali correzioni e/o aggiunte, rispetto alla compilazione originaria, rechino timbro e firma del medico prescrittore
  - presenza della diagnosi e/o del quesito diagnostico

- indicazione relativa al livello di priorità clinica

3) **Per le ricette dematerializzate** (DGRC 329 del 6/07/2016 – all.1) si ricorda che “la struttura di erogazione, all’atto del ritiro del promemoria cartaceo, avrà cura di far apporre la firma dell’assistito, come già in uso per le ricette rosse del SSN”.

Il software GAUSS – SANTEC consente di estrapolare un campione random di ricette, pertanto il Distretto può definire la percentuale e la tipologia da estrarre per il prosieguo di competenza.

#### **6.4 CONTROLLI DI CONGRUITA' (COMPATIBILITA' TRA RISORSE UMANE E STRUMENTALI E PRESTAZIONI EROGATE)**

##### **LIVELLO DI RESPONSABILITA': DISTRETTO SANITARIO**

La determinazione e il riconoscimento dei carichi di lavoro massimi erogabili da ogni singolo soggetto erogatore di prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, derivante dai requisiti strumentali, strutturali e professionali posseduti, è in capo alla Commissione Aziendale COM.

Tale definizione rappresenta solo la Capacità Operativa Massima (C.O.M.) invalicabile attribuita, ma non rappresenta un diritto ad effettuare per il S.S.R. un tale numero di prestazioni, in quanto il suddetto limite è demandato alla contrattazione con le AA.SS.LL. territorialmente competenti, ai sensi dell’art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

La Commissione ha l’obbligo di notificare al Distretto, su cui insiste la Struttura, la deliberazione di determinazione o rideterminazione della C.O.M. unitamente all’elenco nominativo del personale con indicazione del profilo professionale e la tipologia di rapporto di lavoro.

Altresì, la Struttura privata accreditata ha l’obbligo di trasmettere l’elenco aggiornato del personale alla Direzione Distrettuale (oltre alla Commissione aziendale), ogni qualvolta vi siano variazioni/integrazioni e, comunque, ad ogni inizio anno.

Il Distretto deve verificare il permanere della consistenza numerica e professionale, nonché l’impegno orario del personale così come determinato nelle deliberazioni di attribuzione COM.

Eventuali incongruenze devono essere comunicate tempestivamente alla Commissione COM per il prosieguo di competenza.

Il Direttore Responsabile di Distretto ha la responsabilità di garantire che le prestazioni erogate annualmente siano compatibili con le risorse umane e strumentali in dotazione al Centro accreditato.

Nello specifico deve essere monitorata l'erogazione delle prestazioni (rese in regime di accreditamento e rese in regime privato) in rapporto alla COM del Centro accreditato.

E', altresì, opportuno che periodicamente il Direttore Responsabile di Distretto attivi delle verifiche in loco presso le strutture accreditate, secondo le modalità indicate al paragrafo 6.7.

## 6.5 CONTROLLI TECNICO SANITARI E DI APPROPRIATEZZA

### LIVELLO DI RESPONSABILITA': DISTRETTO SANITARIO

Le "condizioni di erogabilità" sono **precisi vincoli prescrittivi** che vietano al medico di attuare una prescrizione. Riguardano specifiche situazioni esplicitate nel Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (D.D. Regione Campania n.12 del 21/01/2020) e nel D.M. 9/12/2015 come modificato dalla Circolare applicativa del 25/03/2016 ed ulteriori indicazioni regionali.

Le "indicazioni di appropriatezza", invece, sono uno strumento per il medico prescrittore che consente di identificare le situazioni nelle quali le evidenze scientifiche rendono raccomandabili l'esecuzione di un accertamento. Di per sé non pongono alcun vincolo al medico, che, nella singola situazione clinica, può derogare alle stesse senza che ciò gli venga contestato. Tuttavia le "indicazioni di appropriatezza" consentono di disporre di **indicazioni ufficiali sulle quali indirizzare le attività di controllo e verifica e valutare il comportamento prescrittivo complessivo del medico.**

La responsabilità della diagnosi e della prescrizione appartiene al medico che ha prescritto, con la conseguenza che non spetta all'erogatore una verifica di congruità ovvero di necessità della prescrizione, dovendo la struttura effettuare una verifica meramente formale della stessa ed erogare la prestazione ove questa sia regolarmente prescritta sull'apposito ricettario. Il personale della struttura deve comunque verificare che le prestazioni richieste non esulino dal quesito diagnostico e da quanto riportato nella corrente letteratura scientifica e EBM e, comunque, a quanto attiene la buona pratica medica (Decreto R.C. n.103 del 6/12/2019).

Nell'ambito dei controlli tecnico-sanitari e di appropriatezza il Direttore Responsabile di Distretto, attraverso la competente U.O., è tenuto a:

- 1) Verificare l'appropriatezza prescrittiva in relazione al quesito diagnostico o motivazione clinica.
- 2) Verificare la congruità del quesito diagnostico con le prestazioni richieste in relazione al codice di esenzione per patologia riportato in ricetta. Sebbene i sistemi informatici gestionali in uso presso i Medici Assistenza Primaria e P.L.S. assicurano quanto previsto, è opportuno che presso i Distretti vengano operati, a campione, siffatte verifiche.

Per quanto concerne i Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), il controllo deve essere effettuato tra la tipologia del PACC attivato con quesito diagnostico, esenzione ticket e le prestazioni erogate, anche quelle ricomprese nelle "liste ragionate" di cui al DCA n. 17/2014.

- 3) Verifica delle condizioni di erogabilità e/o appropriatezza prescrittiva ai sensi della seguente normativa:
  - **DGRC 431 del 24/09/2015** "Approvazione del catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali: determinazioni"
  - **D.M. del 9/12/2015** "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN"
  - **Circolare del Ministero della Salute del 25/03/2016** ad oggetto "Prime indicazioni attualmente necessarie all'applicazione del Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015, recante Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"
  - **D.D. 21 del 09/06/2017** "DGRC n.431/2015: revisione del catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali – versione 2"
  - **Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania n. 81 del 19/07/2017** "D.G.R.C. n. 431 del 24 settembre 2015: Revisione del Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali – Versione 2.1."
  - **D.D.12 del 21/01/2020** "Revisione del catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali – versione 3"



- **DCA n.64 del 26/09/2011** “Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al DCA per il piano di rientro del settore sanitario n.32 del 22/06/2010”
- **DCA n.88 del 23/12/2011** “Modifiche ed integrazioni al decreto commissariale n.64 del 26/09/2011 recante “Procedure prescrittive ed erogative delle prestazioni di specialistica di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al DCA per il piano di rientro del settore sanitario n.32 del 22/06/2010”
- **DCA n.101 del 10/10/2013** “Definizione per l’esercizio 2013 dei volumi massimi riconoscibili nell’esercizio 2013 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale contraddistinte dalla lettera R”
- **Circolare Regionale n. 578740 del 5/09/2016** “Decreto commissariale n. 101 del 10.10.2013. Richiesta chiarimenti”
- **D.D. n.348 del 28/09/2021** “D.D. n.33/2021- Revoca e sostituzione”
- **DCA n.31 del 19/04/2018** “Interventi tesi a migliorare l’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri “linee guida per l’attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) – modifiche ed integrazioni al DCA n. 35 del 8/08/2017 e del DCA n.4 del 17/01/2018”
- **DCA n.18 del 9/03/2017** “DCA n.156 del 21/11/2016 ad oggetto: PACC 14.75.1 “Iniezioni intravitreali per terapia antiangiogenetica”. Approvazione. Rettifiche ed integrazioni.”
- **DCA n.71 del 15/07/2016** “Prescrizione delle prestazioni branca di diagnostica per immagini: Medicina Nucleare: Determinazioni”
- **DCA n.5 del 1/02/2017** “Integrazione DCA n. 71 del 15/07/2016 – Rettifica tariffe di specialistica ambulatoriale delle prestazioni PET del DCA n.32 del 27/03/2013”
- **Circolare n.0343046 del 28/06/2021** della Regione Campania “Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate: applicazione dei controlli previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale e previsione delle date di esaurimento dei limiti di spesa”



- Circolare n.0480765 del 29/09/2021 della Regione Campania “Integrazione nota n.0343046 del 28/06/2021”

Eventuali anomalie derivanti dai controlli di cui ai punti precedenti vanno contestate al M.M.G. e P.L.S., dopo specifico contraddittorio in merito e vanno addebitati gli eventuali importi, con atto scritto e motivato al medico interessato, sullo stipendio mensile con comunicazione alla UOC gestione del personale.

## 6.6 CONTROLLI SU ESAMI RIPETUTI

### LIVELLO DI RESPONSABILITA’: DISTRETTO SANITARIO

I Direttori dei Distretti, previa consultazione con la SANTEC, potranno concordare con la stessa le modalità per:

- 1) Estrapolare per C.F. e codice prestazioni i pazienti che hanno ripetuto le stesse indagini nell’arco di sei mesi o un anno (quando le condizioni di erogabilità prevedono la cadenza annuale: es. prestazioni comprese nelle E.T. per patologia).
- 2) Verificare la tempistica prevista per la conclusione dei PACC medici (di norma 60 giorni) e la ripetibilità dello stesso PACC nel corso dell’anno se non diversamente normato.
- 3) Con una disposizione contenuta nel D.C.A. n. 71/2016 e ribadita nel D.C.A. n.5/2017 **non sono retribuibili** le prestazioni di Tomografia Assiale Computerizzata identificate dai 12 codici riportati nella tabella “B” della Circolare regionale n.343046 del 28/06/2021, afferenti alla branca di Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica, laddove eseguite in concomitanza o nell’arco dei 7 giorni precedenti/successivi alla prescrizione e all’erogazione di una delle prestazioni riportate nella tabella “A” della Circolare regionale n.343046 del 28/06/2021, afferenti alla branca Diagnostica per immagini-Medicina nucleare. Qualora vi siano condizioni di necessità ed urgenza di prescrizione congiunta delle prestazioni come sopra definite, il medico prescrittore dovrà inserire **sotto la sua diretta responsabilità**, come previsto nel D.C.A. n. 71/2016, “...una nota specifica nella quale deve essere indicato il preciso riferimento alla letteratura scientifica di tipo clinico, con



*particolare riguardo all'efficacia ed alla necessità diagnostica, alle motivazioni medico-cliniche che inducono a prescrivere a distanza di pochi giorni l'una dall'altra ulteriori prestazioni di Diagnostica per immagini, con possibili rischi di inappropriata prescrizione e di aggravio di spesa per il SSN” .*

In caso di ricetta “suggerita”, tale motivazione è a carico dello specialista.

Inoltre “...detta nota specifica deve essere riportata nelle note testuali esplicative – sia nelle ricette cartacee SSN che nelle ricette dematerializzate (DM 2 nov. 2011) – ed inserita nell'apposito spazio previsto dai gestionali di prescrizione ricetta e debba essere trasmessa al Sistema TS nel campo “descrTestoLiberoNote” del tracciato “InvioPrescrittoRichiesta” e debba apparire nel promemoria alla posizione contrassegnata dal numero 18 del fax simile”

Infine per le ricette SSN in formato cartaceo la motivazione va riportata nella stessa riga della prescrizione immediatamente dopo l'indicazione della prestazione.

E' obbligatorio effettuare gli opportuni controlli sull'appropriatezza di tali eccezioni.

Eventuali anomalie riscontrate, relativamente ai punti precedenti, vanno contestate e, se del caso, addebitate al medico prescrittore previo specifico contraddittorio in merito.

## **6.7 CONTROLLI SULLE INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE LIVELLO DI RESPONSABILITA': DISTRETTO SANITARIO**

Il Direttore Responsabile di Distretto, attraverso personale dedicato, dovrà verificare le eventuali incompatibilità del personale che opera presso i Centri accreditati ubicati sul territorio di competenza.

Nel merito della questione si ricorda:

- ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412: "con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono



configurare conflitto di interessi con lo stesso". In attuazione di tale disposto normativo l'art. 21 dell'ACN 2022 e s.m.i. per la disciplina del rapporto con i medici di medicina generale, l'art. 20 dell' ACN 2022 per la disciplina del rapporto con i Pediatri di libera scelta e l'art. 27 dell'ACN 2021 Specialistica Ambulatoriale sanciscono l'incompatibilità per chi eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale.

- La particolare natura delle istituzioni sanitarie private accreditate, le quali svolgono una funzione integrativa e sussidiaria della stessa rete sanitaria pubblica, impone che il medico che già presta la sua attività in rapporto esclusivo con il SSN non possa, contemporaneamente, operare anche presso una struttura privata accreditata. Per lo stesso motivo anche l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia è consentita dal legislatore purché ciò avvenga oltre l'orario di lavoro, all'interno o al di fuori della struttura sanitaria, ma con l'espressa esclusione delle strutture private convenzionate/accreditate (cui l'art. 1, comma 5, della L. 23 dicembre 1996, n. 662, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", ha affiancato, quanto ad incompatibilità, le strutture private accreditate).
- D.M.S. 31/07/1997 "Attività libero professionale e incompatibilità del personale della Dirigenza Sanitaria del SSN", in particolare artt. 3 e 6
- DPCM 27/03/2000 "*Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della Dirigenza sanitaria del SSN*"
- D.Lgs. 165 del 30/03/2001 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche*"
- D.Lgs.150 del 27/10/2009 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*"
- Legge n. 190 del 6/11/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"

Eventuali incompatibilità del personale sanitario devono essere verificate almeno in ambito regionale, attraverso la richiesta della dotazione organica degli Enti pubblici (ASL., A.O., IRCCS) e privati accreditati del territorio regionale.



## **6.8 SOPRALLUOGHI PRESSO LE STRUTTURE ACCREDITATE LIVELLO DI RESPONSABILITA': DISTRETTO SANITARIO**

E', altresì, obbligatorio che periodicamente il Direttore Responsabile di Distretto, in collaborazione con personale specialistico (individuato dalla Direzione Strategica) in relazione alla struttura oggetto di controllo, attivi sopralluoghi presso le strutture accreditate, per le verifiche di competenza, a titolo esemplificativo:

- personale presente all'atto del sopralluogo, con indicazione della qualifica e dell'orario di servizio
- scadenza dei materiali ove previsti in relazione alla branca
- dotazione strumentale, in particolare verifica della presenza delle attrezzature PET /TAC e RMN così come da indicazioni regionali Circolare prot. n. 343046 del 28/06/2021 e successiva integrazione prot. n. 480765 del 29/09/2021.

Inoltre per i PACC, ai sensi del Decreto 31/2018:

- verifica che presso la struttura erogatrice sia presente il CUP o agenda di prenotazione dei PACC distinte dalle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale
- verifica della tenuta (e relativa archiviazione e conservazione secondo la normativa vigente) della cartella clinica relativa ai PACC attivati, ai sensi dell'allegato A del precitato Decreto.

Il Sopralluogo deve essere effettuato senza preavviso, con eventuale utilizzo di check list, acquisizione copia documentale e verbalizzazione.

All'atto del sopralluogo il personale addetto all'attività di vigilanza e controllo deve:

- qualificarsi presentando apposito tesserino di riconoscimento;
- condurre l'ispezione in modo da arrecare la minore turbativa possibile allo svolgimento delle attività del soggetto ispezionato;
- redigere un verbale dell'ispezione.

Il personale ispettivo è autorizzato a:

- accedere all'interno della struttura ispezionata;



- richiedere dati, informazioni, documenti necessari per l'espletamento delle proprie funzioni;
- prelevare copia dei documenti di interesse, ove necessario;
- segnalare al proprio diretto responsabile eventuali comportamenti omissivi o commissivi diretti ad impedire od ostacolare in modo inequivocabile l'attività di vigilanza.

Il Responsabile della struttura, o suo delegato, nel corso della visita, deve accompagnare sempre il personale addetto al controllo ispettivo.

A conclusione del sopralluogo, il personale ispettivo redige il verbale di controllo a firma congiunta con il responsabile della struttura sottoposta a controllo, o suo delegato.

Il verbale di controllo descrive l'attività svolta e deve includere in modo analitico e dettagliato le contestazioni sollevate alla struttura controllata e proporre le soluzioni da adottare per risolvere le eventuali problematiche emerse.

Copie dei verbali devono essere disponibili, ove richieste, per la Direzione Generale e per i Dipartimenti interessati.

## **6.9 CONTROLLI SU CONVOCAZIONE DEGLI ASSISTITI** **LIVELLO DI RESPONSABILITA': DISTRETTO SANITARIO**

Il controllo su convocazione degli assistiti ha l'obiettivo di verificare l'effettiva erogazione della prestazione presentata in pagamento.

Il metodo consiste nella:

- convocazione in data prestabilita di un campione di assistiti di dimensione congrua con il numero complessivo di pazienti che hanno fruito di prestazioni nel mese oggetto del controllo, di norma comunque, non inferiore al 5% dei pazienti, fatta salva la necessità di attivare in casi specifici ulteriori e più approfonditi controlli su pazienti per la verifica di specifici accertamenti eseguiti;
- compilazione verbale per utente (che dallo stesso dovrà essere sottoscritto) da cui risulti se il paziente ha effettuato le indagini/terapie richieste in pagamento, la patologia da cui è affetto, il reale diritto all'esenzione, ove fruita tramite esibizione della relativa documentazione, il grado di soddisfazione e quant'altro ritenuto utile;



---

- redazione di un verbale conclusivo che descriva in sintesi e quantitativamente, anche per mezzo di indicatori, l'attività posta in essere, i risultati emersi, le eventuali irregolarità rilevate, i consequenziali provvedimenti, anche sanzionatori, adottati.

#### **6.10 CONTROLLI ISPETTIVI A CURA DEL NOC**

Il Nucleo Operativo di Controllo dell'ASL Salerno ha la responsabilità di verificare la corretta applicazione delle presenti linee di indirizzo aziendali, attraverso lo strumento allegato "Check list controllo ispettivo da parte del NOC presso i Distretti Sanitari" (ALL.2).



**QUADRO SINOTTICO DELLA TIPOLOGIA DI CONTROLLI E RELATIVE RESPONSABILITA'**

<b>TIPOLOGIA CONTROLLO</b>	<b>LIVELLO DI RESPONSABILITA'</b>	<b>NOTE</b>
VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO	GRUPPO DI LAVORO INTEGRATO	
CONTROLLI LOGICO-FORMALI	U.O.C. ASSISTENZA ACCREDITATA	PIATTAFORMA GAUSS - SANTEC
CONTROLLI AMMINISTRATIVI	DISTRETTO	
CONTROLLI DI CONGRUITA'	DISTRETTO	
CONTROLLI TECNICO SANITARI E DI APPROPRIATEZZA	DISTRETTO	
CONTROLLI SU ESAMI RIPETUTI	DISTRETTO	
CONTROLLI SULLE INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE	DISTRETTO	
CONTROLLI ISPETTIVI/SOPRALLUOGHI PRESSO LE STRUTTURE ACCREDITATE	DISTRETTO	
CONTROLLI SU CONVOCAZIONE DEGLI ASSISTITI	DISTRETTO	
CONTROLLI ISPETTIVI PRESSO I DISTRETTI	N.O.C.	CHECK LIST



ALLEGATO 2

**CHECK LIST CONTROLLO ISPETTIVO DA PARTE DEL N.O.C. PRESSO I DISTRETTI SANITARI**

Il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ i sottoscritti \_\_\_\_\_

hanno effettuato un controllo ispettivo presso il Distretto Sanitario n. \_\_\_\_\_

sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DCA n. 103/2019).

*Durante il controllo è stato verificato quanto segue:*

<b>LINEE DI INDIRIZZO PER I CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b>	<b>Risposte</b>	
	SI	NO
Sono presenti, al momento del controllo ispettivo, le linee di indirizzo per i controlli della ASL SA?	SI	NO
La direzione sanitaria distrettuale ha organizzato incontri con il personale dipendente per l'applicazione delle suddette linee di indirizzo?	SI	NO
E' stato individuato personale dedicato per l'applicazione delle linee di indirizzo?	SI	NO
Se sì, indicare numero di personale dedicato e qualifica	<hr/> <hr/> <hr/>	

<b>CONTROLLI AMMINISTRATIVI</b>	<b>Risposte</b>	
Percentuale di ricette rosse controllate sul totale di ricette rosse pervenute nel mese di _____	%	
Indicare la/le mazzette di ricette rosse sottoposte ai controlli	<hr/> <hr/> <hr/>	



Percentuale di ricette dematerializzate controllate sul totale di ricette dematerializzate del mese di _____	%	
Note: _____ _____ _____		
Dai controlli effettuati sulle ricette dematerializzate sono emerse condizioni di addebito di cui al punto 6.3 ?	SI	No
Se sì, quante condizioni di addebito?	N°:	
Percentuale delle ricette controllate per la verifica della corrispondenza tra prestazioni prescritte e quelle richieste in pagamento	%	
Note: _____ _____ _____		

<b>CONTROLLI DI CONGRUITA'</b>	<b>Risposte</b>
Quanti centri sono stati sottoposti a verifica dell'eventuale superamento della COM sul totale dei centri accreditati insistenti a livello distrettuale di competenza?	
Numero di centri controllati/numero totale di centri presenti	____ / ____

<b>CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA</b>	<b>Risposte</b>	
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni con la lettera R ?	SI	NO



In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	_____ / _____	
Note: _____ _____ _____ _____		
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni di diagnostica <b>per imaging radiologica</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	_____ / _____	
Note: _____ _____ _____ _____		
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni di <b>medicina nucleare</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	_____ / _____	
Note: _____ _____ _____ _____		
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni di <b>radioterapia</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	_____ / _____	



Note: _____ _____ _____ _____		
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni di <b>laboratorio</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	_____ / _____	
Note: _____ _____ _____ _____		
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni di <b>branche a visita</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	_____ / _____	
Note: _____ _____ _____ _____		
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni <b>FKT</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	_____ / _____	
Note: _____ _____ _____		



Sono presenti nel Distretto centri che erogano <b>Pacchetti Coordinati e Continuativi (PACC)</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	____ / ____	
Note: _____ _____ _____		
Sono presenti nel Distretto centri che erogano prestazioni di <b>dialisi</b> ?	SI	NO
In caso affermativo, indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Numero centri</b></li> <li>• <b>Percentuale controlli effettuati</b></li> </ul>	____ / ____	
Note: _____ _____ _____		
Sono stati effettuati controlli sulle <b>prestazioni di specialistica ambulatoriale ripetute</b> ?  <b>In caso affermativo, breve sintesi degli esiti.</b>		



<b>CONTESTAZIONI</b>	<b>Risposte</b>	
In caso di contestazioni per anomalie prescrittive si sono avuti incontri con i medici di assistenza primaria?	SI	NO
In caso affermativo breve sintesi degli esiti		
In caso di contestazioni alle strutture accreditate sono state richieste note di credito?	SI	NO
In caso affermativo, quante note di credito?	N°:	
Percentuale di note di credito emesse rispetto a quelle richieste?	%:	

<b>SOPRALLUOGHI ISPETTIVI PRESSO LE STRUTTURE ACCREDITATE</b>	<b>Risposte</b>
Numero di strutture sottoposte a controlli ispettivi da parte del Distretto nell'anno solare/ sul numero di strutture afferenti al singolo distretto. Breve sintesi degli esiti	N°:

Distretto Sanitario n. ....

Il Direttore Responsabile

Dr.

U.O.S.D. Servizio Ispettivo e NOC

Il Dirigente Responsabile

Dr.