

OGGETTO: Direttive in attuazione della DGR 143 del 22 marzo 2006. Flussi informativi e fatturazione delle prestazioni sanitarie.

IL DIRETTORE REGIONALE TUTELA DELLA SALUTE E SISTEMA SANITARIO REGIONALE

VISTA la legge regionale 18.02.2002 n.6 e successive modificazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale 6.09.2002 n.1;

VISTA la DGR 11.10.2005 n.851 concernente il conferimento dell'incarico della Direzione regionale Tutela della Salute e Sistema sanitario regionale;

VISTA la DGR 22.03.2006 n.143 concernente la ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006, il finanziamento e il sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie;

CONSIDERATO che in detta delibera la Giunta regionale ha stabilito di rinviare a successivo provvedimento della Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R., sentite le Associazioni maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori, la regolamentazione del sistema di fatturazione delle prestazioni medesime;

RILEVATA la necessità di disciplinare con urgenza la fatturazione dei soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati, rinviando agli accordi previsti dalla citata DGR 143/2006 gli aspetti relativi alla fatturazione delle strutture equiparate al pubblico, per le quali nel frattempo resta in vigore quanto previsto nelle precedenti disposizioni ed intese;

RILEVATA altresì l'esigenza di collegare la fatturazione mensile dei soggetti erogatori privati accreditati delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale ai sistemi informativi specifici e ai connessi controlli automatici, introducendo un sistema che controlli la corrispondenza delle fatture con i dati validati SIO e SIAS e la corrispondenza dell'attività fatturata in un anno – valorizzata a tariffa nominale - con i tetti stabiliti per il 2006 per le singole strutture erogatrici, che rappresentano l'onere massimo da porre a carico del FSR;

RITENUTO inoltre necessario determinare la percentuale di fatturazione in acconto alla quale i soggetti erogatori dovranno attenersi, a garanzia delle eventuali differenze nella remunerazione connesse ai controlli di appropriatezza e di congruità delle prestazioni;

RILEVATO che, per quanto attiene le prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale, appare indispensabile procedere ad una approfondita analisi e verifica dello specifico flusso informativo per renderlo dall'anno 2007 strumento di controllo della produzione e di definizione della remunerazione spettante ai soggetti erogatori;

RITENUTO pertanto di confermare, per l'anno in corso, la fatturazione mensile, da parte dei soggetti erogatori privati accreditati, delle giornate di presa in carico dei progetti riabilitativi attivi al 100% delle tariffe, con le decurtazioni previste per le giornate di assenza e per quelle oltre la durata mediana;

RITENUTO altresì che le ASL debbano vigilare affinché le risultanze economiche dell'attività di controllo dei progetti riabilitativi, definita con la DGR 143/2006, trovino riscontro nella documentazione contabile (non fatturazione delle risultanze del controllo effettuato sulle attività del mese in corso ovvero nota di credito per le risultanze del controllo effettuato sulle attività dei mesi precedenti);

RITENUTO di descrivere in modo dettagliato nei documenti allegati - che formano parte integrante del presente provvedimento - le modalità di fatturazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza riabilitativa territoriale erogate dalle strutture private accreditate;

SENTITE le Associazioni rappresentative dei soggetti privati accreditati;

D e t e r m i n a

per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato ed approvato,

di regolamentare a partire dall'anno 2006 il sistema di fatturazione e le relative procedure di liquidazione da parte delle ASL

1. delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dai soggetti privati accreditati, così come specificato nell'all. **A**;
2. delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati accreditati, così come specificato nell'all. **B**;
3. delle prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale erogate dai soggetti privati accreditati, così come specificato nell'all. **C**.

IL DIRETTORE REGIONALE
(Dott. SILVIO NATOLI)

AII. A

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Dal primo trimestre 2005 è in funzione nel Lazio un sistema di trasmissione e validazione trimestrale delle prestazioni di ricovero per via telematica, denominato QUASIO on line.

A far data dal 1° agosto 2006 (relativamente alle dimissioni avvenute nel mese di luglio 2006) viene attivata la rilevazione mensile dei dati relativi al Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), per le strutture private provvisoriamente accreditate, da effettuare sempre con la stessa procedura per via telematica (QUASIO on line). Per questi soggetti è prevista una fase di sperimentazione di tre mesi (luglio – agosto - settembre) al termine della quale sarà mantenuta anche la consueta trasmissione trimestrale; a partire dal quarto trimestre 2006 non sarà più possibile effettuare l'accettazione trimestrale e sarà, quindi, da considerare valida unicamente l'accettazione mensile effettuata con il QUASIO on line.

Le direttive contenute nel presente documento si intendono valide fintanto che non venga disposto diversamente da successivi provvedimenti regionali.

1. Articolazione dei flussi informativi mensili e trimestrali

Tramite la pagina web del QUASIO on line le strutture private provvisoriamente accreditate dovranno effettuare con cadenza mensile un'accettazione on-line della loro attività di ricovero, trasmettendo per via telematica i file da sottoporre al controllo di qualità (RAD, CedAP e Aborti). I dati confluiranno, attraverso un canale protetto (in rispetto alla Legge 675/96 e 196/03, per il trattamento dei dati personali sensibili) direttamente sull'elaboratore dell'ASP, così come è avvenuto con cadenza trimestrale dal primo trimestre 2005.

Alle ASL e alle strutture erogatrici sono assegnate delle password di accesso alle pagine web necessarie per l'interconnessione.

La trasmissione mensile dei dati di attività da parte delle strutture erogatrici, dovrà riguardare tutti i flussi compresi nel SIO (Ricoveri, Parti e Aborti) e dovrà essere effettuata entro i tempi stabiliti nel presente documento. Oltre tale termine sarà disabilitato l'accesso alla pagina che permette l'accettazione dei dati per il mese corrente.

Resta inteso che ciascuna struttura, entro gli stessi termini temporali e prima di effettuare la trasmissione definitiva dei dati - considerata ufficiale e validata dalla ASL di riferimento - potrà eseguire degli invii di prova, correggere gli errori e processare nuovamente i dati nell'apposita sezione dedicata.

All'inizio di ogni mese, quindi, dovrà essere inviato il dato riferito ai dimessi nel mese precedente ed eventuali dati da correggere (scarti) o non consegnati (residui) potranno essere inclusi nei dati di attività del mese successivo con le procedure attualmente vigenti.

2. Controlli automatici – QUASIO on line

Il controllo automatico sulla qualità e sui contenuti degli archivi viene effettuato, da ciascun soggetto erogatore, collegandosi attraverso la rete Internet ad un Server residente presso l'ASP, seguendo le indicazioni riportate nella Direttiva ASP n.1 /2004. I controlli sulle modalità di codifica e sui formati di registrazione sono effettuati in base alle indicazioni sul tracciato record descritte nell'allegato tecnico alle circolari dell'Assessorato alla Sanità n.39, 43 e 46 del 1999, e successive note ASP per modificazioni ed aggiornamenti.

Al termine dei controlli automatici di qualità dei dati, il programma produrrà:

Per le ASL, l'ASP e gli istituti di ricovero:

- Tre archivi contenenti l'elenco dei record scartati riferiti ai dati Rad, D11/D12 e Cedap con informazioni incomplete e/o errate, denominati RestRad, RestAbo, RestCed.
- Un archivio contenente i record scartati nella fase finale.
- Due archivi disgiunti (anagrafica cittadino e dettaglio ricovero), contenenti i dati dei Rad più i Rad neonato ricavati dall'archivio Cedap, denominati FinaAna e FinaSan.(Per gli istituti c'è un secondo file sanitario che ha come separatore decimale un carattere scelto dalla struttura stessa, invece della virgola FinaSanIst)
- I prospetti riepilogativi sull'attività dell'istituto di ricovero, correttamente documentata e sugli errori riscontrati dal programma di controllo di qualità.
- Alcune tabelle riepilogative sull'attività dell'istituto.

Esclusivamente per le ASL e l'ASP

- Gli archivi finali dei D11/D12 e Cedap accettati.
- I file di input ed output del programma CaseMix per l'attribuzione del DRG

Tutti i suddetti file sono contenuti in file compressi

3. Denominazione degli archivi

I dati anagrafici(due file)devono essere inviati, da parte degli istituti di ricovero, disgiunti dai dati sanitari(tre file) in due file compressi.

I nomi dei file da processare sono così composti:

- Tipo flusso R (Rad), C (Cedap), S (D11/D12) Z (file zip)
- Codice irc (3 caratteri)
- Mese di riferimento (2 caratteri)
- Anno di riferimento (2 caratteri)
- Tipo file A (anagrafico) S(Sanitario) U(solo per D11/D12)

Esempio:

il file Z9050106S.zip sarà composto da

- R9050106S.txt
- C9050106S.txt
- S9050106U.txt

il file Z9050106A.zip sarà composto da

- R9050106A.txt
- C9050106A.txt

4. Scadenze per il flusso mensile

Le strutture coinvolte nella rilevazione mensile potranno processare i file dal 1° al 10° giorno del mese successivo a quello di dimissione.

Le ASL provvederanno ad inviare comunicazione alle strutture dell'avvenuta validazione entro il 15° giorno del mese successivo a quello di dimissione.

Dal 15° al 25° giorno del mese successivo a quello di dimissione, le strutture interessate emetteranno fattura mensile nei confronti della ASL di competenza per le procedure di liquidazione.

5. Controllo del budget

I budget definiti dalla DGR 143/2006 per singolo soggetto erogatore rappresentano il valore economico dei ricoveri attesi a carico del S.S.R.. L'attività erogata entro i tetti di spesa stabiliti sarà remunerata a tariffa regionale, sulla base della rilevazione SIO.

Il suindicato provvedimento ha stabilito altresì che i soggetti erogatori privati accreditati sono tenuti a programmare la loro attività in modo da garantire la continuità assistenziale per l'intero arco dell'anno, in relazione alla domanda espressa con particolare riferimento al livello dell'urgenza. Le ASL sono tenute a verificare, attraverso il Sistema Informativo e il fatturato, se i soggetti erogatori privati accreditati adempiono alla suindicata disposizione e a darne tempestiva comunicazione alla Regione che, se del caso, potrà dare disposizione alle ASL di porre limiti alla produzione dei mesi successivi ed anche effettuando controlli specifici presso le strutture erogatrici.

Di conseguenza, al momento della validazione dei dati del primo e del secondo trimestre, le ASL dovranno verificare quale percentuale del budget è stata complessivamente utilizzata dall'inizio dell'anno e ne daranno tempestiva comunicazione all'ASP e alla Regione nonché segnalazione al soggetto erogatore.

Il monitoraggio proseguirà nella fase del controllo delle prestazioni del mese di luglio con analogo tempestiva comunicazione all'ASP e alla Regione nonché segnalazione al soggetto erogatore.

Qualora, con il mese di agosto, i dati dei primi otto mesi evidenziassero un progressivo e continuo non allineamento della produzione rispetto al budget, la Regione procederà a definire budget mensili per i soggetti erogatori che non si attengono alle disposizioni indicate, inserendo nel controllo automatico di cui al punto **3**. un ulteriore vincolo relativo alle prestazioni eccedenti la soglia economica mensile che di conseguenza verranno considerate non a carico del SSR non entrando in tal modo né nelle valorizzazioni poste dal SIO a carico del Servizio Sanitario Regionale, né nel fatturato.

Per i soggetti erogatori delle prestazioni di ricovero ospedaliero post acuzie i tetti di riferimento per il controllo di che trattasi sono rappresentati dalle giornate di degenza massime erogabili sui posti letto rispettivamente di ricovero ordinario e di day hospital nonché sui posti letto di lungodegenza medica, sulla base delle disposizioni contenute nella DGR 143/2006.

A chiusura dell'anno, l'ASP procederà, entro il 31 marzo, ad attribuire ai budget dei diversi soggetti erogatori la quota per remunerare l'eventuale superamento dei tetti stabiliti - fino ad un massimo di ricoveri pari al 2% del programmato, privilegiando i casi di elevata complessità, previa verifica a consuntivo del rispetto del tasso di ospedalizzazione programmato - e a sottrarre dal valore delle prestazioni ammesse alla fatturazione l'inappropriatezza e i controlli. Qualora, dopo tali operazioni, residuasse una parte del budget, l'ASP provvederà a ricondurre nel SIO la corrispondente quota di prestazioni prelevandola da quelle che durante l'anno sono state considerate non a carico del SSR.

L'attività relativa ai DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) e 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), comunque svolta, sarà considerata erogata in regime ambulatoriale. Per tale attività – che non fa parte del budget – sarà emessa fattura separata.

6. Controllo corrispondenza fatture/dati SIO

Come è noto, Il controllo, per via telematica, sulla qualità dei dati di attività, viene effettuato attraverso un programma informatico denominato QUASIO on line, predisposto a cura dell'ASP, al termine del quale vengono prodotti i prospetti riepilogativi di accettazione.

Il tipo e le modalità dei controlli sono quelle già in vigore nel 2005, alla quale si aggiunge, come descritto al punto **5**. la verifica che la produzione non superi il budget stabilito.

L'ASL di competenza provvederà a certificare l'accettazione finale apponendo timbro e firma sulla copia dei prospetti riepilogativi. Contestualmente, la ASL invierà un messaggio di validazione dell'accettazione alla struttura erogatrice indicandone il numero di protocollo e la data di esecuzione.

Al termine delle accettazioni definitive, il soggetto erogatore procederà ad emettere la fattura e la ASL di competenza effettuerà la verifica della corrispondenza tra i dati di

attività validati ed i dati di fatturazione mediante il confronto tra i dati accettati attraverso il SIO on Line e le fatture cartacee.

La ASL, infine, nel caso di esito positivo del controllo, provvederà nel termine di 5 giorni a certificare la fattura, fatti salvi i risultati dei controlli esterni e dell'applicazione del metodo APPRO che comporta la riclassificazione di ricoveri ordinari in DH con la conseguente nuova valorizzazione.

Nel caso in cui non ci sia corrispondenza tra i dati fatturati e quelli validati dal SIO, la ASL provvederà a chiedere alla struttura accreditata l'emissione della nota di credito per l'importo eccedente e non autorizzerà il pagamento della fattura sino al momento in cui il soggetto erogatore non emetterà la nota di credito richiesta.

Le fatture mensili relative alle prestazioni di ricovero per acuti erogate nei primi sei mesi sono emesse in acconto nella percentuale dell'80 % della tariffa per classe applicata ai dati validati dal SIO del primo e del secondo trimestre.

Questa Direzione, al termine del primo semestre, provvederà a disciplinare entro il 10 agosto l'integrazione della fatturazione in acconto relativa allo stesso periodo, anche in maniera differenziata tra i diversi soggetti erogatori, in relazione all'andamento della produzione rispetto al budget.

Le fatture mensili relative alle prestazioni di ricovero di riabilitazione post acuzie erogate nei primi sei mesi sono emesse in acconto nella percentuale del 100 % della tariffa per classe applicata ai dati validati dal SIO del primo e del secondo trimestre.

Le fatture mensili relativi alle prestazioni di ricovero per acuti e alle prestazioni di ricovero di riabilitazione post acuzie, erogate nel secondo semestre e validate dal SIO secondo il procedimento complessivo sopradescritto, saranno emesse in acconto nella percentuale del 98%, a garanzia della quota di inappropriatazza e dei controlli.

7. Compiti della ASL

Le ASL competenti per territorio garantiscono lo svolgimento delle seguenti attività tramite:

I Responsabili/Referenti SIO

- supportare tutte le strutture erogatrici nelle varie fasi dell'accettazione on-line, segnalando anomalie e fornendo chiarimenti sui risultati delle elaborazioni; qualora fosse necessario il Responsabile SIO di ciascuna ASL potrà fare riferimento direttamente al SIO dell'ASP;
- verificare il rispetto della tempistica stabilita (sia mensile che trimestrale);
- prendere visione dei risultati delle elaborazioni riferite a tutte le strutture afferenti al proprio territorio (prospetti, tabelle, archivi, etc.) e certificare l'accettazione definitiva dei dati che andranno a costituire la base informativa regionale;
- verificare la corrispondenza tra i dati economici relativi all'attività validata attraverso il SIO e dati relativi alle fatturazioni;
- monitorare l'utilizzo del budget assegnato ai singoli soggetti erogatori, rapportando allo stesso il valore economico delle prestazioni complessivamente erogate dall'inizio dell'anno; il sistema QUASIO on line prevede per ogni istituto che venga aggiornata mensilmente, a cura della ASL, una tabella con i budget mensili via via stabiliti in funzione della quota già consumata e dei mesi rimanenti;

- conservare su supporto magnetico i files originali inviati dai soggetti erogatori opportunamente criptati e tutta la documentazione prodotta durante le operazioni di controllo automatico e protocollo effettuate;
- gestire le informazioni amministrative, attraverso la pagina web dedicata, relative all'anagrafica delle proprie strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate, e le informazioni sull'accREDITAMENTO per le diverse specialità di ricovero di ciascuna struttura erogatrice;

il Responsabile del procedimento individuato nell'ambito del servizio Ragioneria e Bilancio

- garantire la registrazione in contabilità delle fatture emesse dalle strutture erogatrici entro 5 giorni dal loro ricevimento;
- certificare, nel caso di esito positivo del controllo, le fatture nei successivi 5 giorni, fatti salvi i risultati dei controlli esterni e dell'applicazione del metodo APPRO che comporta la riclassificazione di ricoveri ordinari in DH con la conseguente nuova valorizzazione.

8. Formazione

Per quanto riguarda il flusso mensile sarà cura dell'ASP organizzare dei corsi di formazione, diretti agli uffici SIO delle strutture interessate (CdC accreditate) e per i Responsabili SIO delle ASL, per illustrare i cambiamenti nelle modalità di accesso ed uso del QUASIO on line e nella gestione degli archivi e delle procedure legate alla fatturazione; contestualmente a tali corsi sarà predisposta una guida all'utilizzo del QUASIO on Line che verrà messa a disposizione delle ASL e dei soggetti erogatori.

9. Trattamento dei dati personali

Al fine di preservare il diritto alla riservatezza delle informazioni individuali, i dati identificativi univoci del cittadino (consistenti in nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, sesso, comune di residenza, municipalità di residenza, AUSL di residenza e cittadinanza) dovranno essere riportati su un archivio separato che sarà utilizzato solo per l'effettuazione dei controlli di qualità e di corrispondenza con il contenuto delle ricette e delle prestazioni effettivamente erogate. Si intende che le informazioni contenute nel suddetto archivio sono sottoposte al segreto d'ufficio e a tutti i vincoli di legge, secondo quanto previsto dalla legge n. 675/96 e n. 196/03.

ALL. B

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

A far data dal 1° maggio 2006 (relativamente alle prestazioni erogate nel mese di aprile 2006) è attivata la rilevazione mensile, per via telematica, dei dati relativi al Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)", per le strutture private provvisoriamente accreditate

Le direttive contenute nel presente documento si intendono vigenti fintanto che non venga disposto diversamente da successivi provvedimenti regionali.

1. Articolazione dei flussi informativi

Tramite una pagina web le strutture dovranno effettuare, con cadenza mensile, una accettazione on-line della loro attività ambulatoriale, trasmettendo per via telematica i file da sottoporre al controllo di qualità. I dati confluiranno, attraverso un canale protetto (in rispetto alla Legge 675/96 e 196/03, per il trattamento dei dati personali sensibili) direttamente sull'elaboratore dell'ASP.

Le strutture private provvisoriamente accreditate provvederanno direttamente alla trasmissione degli archivi per via telematica.

Alle ASL e alle strutture erogatrici verranno assegnate delle password di accesso alle pagine web necessarie per l'interconnessione.

La trasmissione mensile dei dati di attività da parte delle strutture erogatrici, dovrà essere effettuata entro i tempi stabiliti nel presente documento. Oltre tale termine sarà disabilitato l'accesso alla pagina che permette l'accettazione dei dati.

Resta inteso che ciascuna struttura, entro gli stessi termini temporali e prima di effettuare la trasmissione definitiva dei dati - considerata ufficiale e validata dalla ASL di riferimento - potrà eseguire degli invii di prova, correggere gli errori e processare nuovamente i dati nell'apposita sezione dedicata.

Contestualmente all'invio dei dati relativi all'attività erogata nel mese di riferimento, dovrà essere redatta una dichiarazione di corrispondenza tra le informazioni registrate e quanto presente sulle ricette cartacee che dovranno essere inviate alla ASL di competenza. Rimane confermata la consegna trimestrale delle ricette cartacee alle ASL, secondo le modalità correnti.

Il controllo, per via telematica, sulla qualità dei dati di attività, verrà effettuato attraverso un programma informatico, predisposto a cura dell'ASP, al termine del quale verranno prodotti i prospetti riepilogativi di accettazione.

L'ASL di competenza provvederà a certificare l'accettazione finale apponendo timbro e firma sulla copia dei prospetti riepilogativi. Contestualmente, la ASL invierà un messaggio di validazione dell'accettazione alla struttura erogatrice indicandone il numero di protocollo e la data di esecuzione.

Le strutture che non effettueranno l'accettazione ufficiale nei tempi stabiliti verranno considerate inadempienti per il mese di riferimento. Eventuali dati da correggere o non consegnati potranno essere inclusi nei dati di attività del mese successivo con le procedure attualmente vigenti.

2. Controlli automatici

Il controllo automatico sulla qualità e sui contenuti degli archivi, verrà effettuato su un Server presso l'ASP seguendo le specifiche indicazioni fissate nell'allegato tecnico alla delibera n. 1455 del 08/11/2002 "Aggiornamento del Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS)" e successive circolari di modifica ed integrazione.

Al termine dei controlli automatici di qualità dei dati, il programma produrrà:

- Per le ASL, l'ASP e i Soggetti Erogatori:
 - un archivio contenente l'elenco dei record riferiti a prestazioni con dati incompleti e/o errati, denominati Rest;
 - un archivio contenente l'elenco dei record riferiti a prestazioni con dati incompleti e/o errati che non hanno superato i livelli di soglia definiti per alcune variabili critiche, denominati RestMonErr;
 - i prospetti riepilogativi sull'attività della struttura erogatrice correttamente documentata e sugli errori riscontrati dal programma di controllo di qualità, denominate scheda accettazione, prospetto errori, prospetto dialisi e prospetto pacchetti.
- Esclusivamente per le ASL e l'ASP:
 - gli archivi disgiunti (anagrafica cittadino e dettaglio ricetta) relativi alle prestazioni correttamente presentate da ciascuna struttura erogatrice, denominati Ana e Det;

3. Denominazione degli archivi

I dati anagrafici devono essere inviati, da parte dei soggetti erogatori, disgiunti dai dati sanitari. I due file, denominati "file anagrafico" e "file sanitario", hanno in comune il codice identificativo di record univoco e progressivo.

I nomi dei file da processare sono così composti:

- codice della ASL (**3 caratteri**);
- codice della struttura (**6 caratteri**);
- mese di riferimento (**2 caratteri**);
- anno di riferimento (**2 caratteri**);
- tipo di file A (Anagrafico) o S (Sanitario) (**1 carattere**).

Esempio:

File Anagrafico (Ana) = 1021234560106A.TXT

File Sanitario (Det) = 1021234560106S.TXT.

Eventuali file per la compensazione con gli stati esteri saranno così denominati:

- "C"
- codice della ASL (**3 caratteri**);
- codice della struttura (**6 caratteri**);
- mese di riferimento (**2 caratteri**);
- anno di riferimento (**2 caratteri**).

Esempio:

File Compensazione Stati Esteri = C1021234560106.TXT

4. Scadenze

Le strutture coinvolte nella rilevazione potranno processare i file dal 1° al 20° giorno del mese successivo a quello di erogazione.

Le ASL provvederanno - via via che i soggetti erogatori effettuano la trasmissione definitiva dei dati e comunque non oltre il 22° giorno del mese successivo a quello di erogazione - ad inviare comunicazione alle strutture dell'avvenuta validazione. Eventuali difficoltà che le Aziende dovessero incontrare nel rispetto del termine indicato saranno tempestivamente risolte con la collaborazione dell'ASP.

Avvenuta la validazione, le strutture interessate emetteranno fattura mensile – non oltre il 30° giorno del mese successivo a quello di erogazione - nei confronti della ASL di competenza per le procedure di liquidazione e contestualmente invieranno la fattura in formato elettronico (con il sistema on-line centralizzato) all'Azienda Ospedaliera S.Giovanni - Addolorata per le procedure di pagamento.

5. Controllo budget

I budget definiti dalla DGR 143/2006 per singolo soggetto erogatore rappresentano il valore economico delle prestazioni attese a carico del S.S.R.. L'attività erogata entro i tetti di spesa stabiliti sarà remunerata a tariffa nominale al netto del ticket, sulla base della rilevazione SIAS.

Il suindicato provvedimento ha stabilito altresì che i soggetti erogatori privati accreditati sono tenuti a programmare la loro attività in modo da garantire la continuità assistenziale per l'intero arco dell'anno, in relazione alla domanda espressa con particolare riferimento al livello dell'urgenza. Le ASL sono tenute a verificare, attraverso il Sistema Informativo e il fatturato, se i soggetti erogatori privati accreditati adempiono alla suindicata disposizione. e a darne tempestiva comunicazione alla Direzione regionale che, se del caso, interverrà ponendo limiti alla produzione dei mesi successivi ed anche effettuando controlli specifici presso le strutture erogatrici.

Di conseguenza, nella fase del controllo delle fatture relative alle prestazioni del mese di aprile, le ASL dovranno verificare quale percentuale del budget è stata

complessivamente utilizzata dall'inizio dell'anno e ne daranno tempestiva comunicazione all'ASP e alla Regione nonché segnalazione al soggetto erogatore.

Il monitoraggio proseguirà sulle prestazioni di maggio con analoga tempestiva comunicazione all'ASP e alla Regione nonché segnalazione al soggetto erogatore.

Qualora, con il mese di giugno, i dati del primo semestre evidenziassero un progressivo non allineamento della produzione rispetto al budget, la Regione procederà a definire, per il 2° semestre, budget mensili per i soggetti erogatori che non si attengono alle disposizioni indicate, inserendo nel controllo automatico di cui al punto **3**. un ulteriore vincolo relativo alle prestazioni eccedenti la soglia economica mensile che di conseguenza verranno scartate non entrando in tal modo nel validato SIAS e nel fatturato.

Per consentire il monitoraggio dell'utilizzo del budget specifico, le prestazioni di RMN saranno fatturate separatamente.

Le ricette scartate, per superamento del budget mensile, verranno registrate su ulteriori file, denominati:

file anagrafico:

“AnaB” + codice della ASL (**3 caratteri**) + codice della struttura (**6 caratteri**) + mese di riferimento (**2 caratteri**) + anno di riferimento (**2 caratteri**).

file sanitario:

“DatB” + codice della ASL (**3 caratteri**) + codice della struttura (**6 caratteri**) + mese di riferimento (**2 caratteri**) + anno di riferimento (**2 caratteri**).

Esempio:

File Anagrafico (Ana) = AnaB1021234560106.TXT

File Sanitario (Det) = DatB1021234560106.TXT.

Le ricette scartate, per superamento del budget mensile, non potranno essere incluse nella trasmissione dei mesi successivi.

A chiusura dell'anno, l'ASP procederà, entro il 28 febbraio, a verificare che l'importo complessivo della produzione ammessa a fatturazione esaurisca il tetto assegnato. Qualora residuasse una parte del budget, l'ASP provvederà a ricondurre nel SIAS la corrispondente quota di prestazioni prelevandola da quelle che durante l'anno sono state considerate non a carico del SSR e i soggetti erogatori saranno autorizzati ad emettere fattura a saldo.

Le ulteriori eccedenze di produzione, rispetto al tetto di budget, non verranno considerate a carico del S.S.R. ma saranno comunque valutate per stimare la reale attività produttiva della struttura stessa, anche al fine della definizione del budget dell'anno successivo.

Per l'attività relativa agli APA (decompressione del tunnel carpale e interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), ai PAC e all'emodialisi – non compresa nel budget - saranno emesse fatture separate a tariffa 100%.

6. Controllo corrispondenza fatture/dati SIAS

Al termine delle accettazioni definitive, al fine di permettere la verifica della corrispondenza tra i dati di attività validati ed i dati di fatturazione, la ASL di competenza effettuerà il confronto tra i dati accettati attraverso il SIAS on Line, le fatture cartacee e le fatture in formato elettronico trasmesse dalle singole strutture.

L'Azienda Ospedaliera S.Giovanni - Addolorata dovrà, pertanto, fornire a ciascuna ASL l'accesso informatico al sistema di fatturazione centralizzato, relativamente ai dati delle strutture ubicate nelle proprio territorio, per consentire il controllo di che trattasi.

La ASL, infine, nel caso di esito positivo del controllo, provvederà a liquidare la fattura e ad autorizzare l'Azienda Ospedaliera S.Giovanni - Addolorata al pagamento.

Le fatture mensili relative alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nei primi sei mesi sono emesse in acconto nella percentuale del 90 % della tariffa applicata ai dati validati dal SIAS del primo e del secondo trimestre.

Questa Direzione, al termine del primo semestre, provvederà a definire entro il 30 luglio l'eventuale integrazione della fatturazione in acconto relativa allo stesso periodo, anche in maniera differenziata tra i diversi soggetti erogatori, in relazione all'andamento della produzione rispetto al budget.

Le fatture mensili relativi alle prestazioni erogate nel secondo semestre e validate dal SIAS secondo il procedimento complessivo sopradescritto, saranno emesse in acconto nella percentuale del 90% e poste in pagamento dall'Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata entro 90 giorni dal 1° del mese successivo a quello di erogazione.

7. Compiti della ASL

Le ASL competenti per territorio garantiscono lo svolgimento delle seguenti attività tramite:

I Responsabili/Referenti SIAS:

- supportare le strutture erogatrici nelle varie fasi dell'accettazione on-line;
- verificare il rispetto della tempistica stabilita;
- certificare l'accettazione definitiva dei dati che andranno a costituire la base informativa regionale;
- verificare la corrispondenza tra i dati economici relativi all'attività validata attraverso il SIAS e dati relativi alle fatturazioni;

- monitorare l'utilizzo del budget assegnato ai singoli soggetti erogatori, rapportando allo stesso il valore economico delle prestazioni complessivamente erogate dall'inizio dell'anno;
- conservare su supporto magnetico i files originali inviati dai soggetti erogatori opportunamente criptati e tutta la documentazione prodotta durante le operazioni di controllo automatico e protocollo effettuate;
- gestire le informazioni amministrative, attraverso la pagina web dedicata, relative all'anagrafica delle proprie strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate, e l'accreditamento per le diverse specialità ambulatoriali di ciascuna struttura erogatrice;

il Responsabile del procedimento individuato nell'ambito del servizio Ragioneria e Bilancio

- garantire la registrazione in contabilità delle fatture emesse dalle strutture erogatrici entro 5 giorni dal loro ricevimento;
- certificare, nel caso di esito positivo del controllo, le fatture nei successivi 5 giorni, fatti salvi i risultati del controllo esterno.

E' richiamata l'attenzione dei Direttori Generali delle ASL in merito al corretto svolgimento delle procedure sopradescritte e al rispetto dei termini stabiliti.

L'ASP comunque – considerata l'esigenza di garantire il pagamento delle fatture mensili da parte dell'Azienda S.Giovanni-Addolorata a tutti i soggetti erogatori entro lo stesso termine – verificherà via via la conclusione del procedimento presso le ASL e provvederà a segnalare alla Direzione regionale, per i necessari interventi, le eventuali inadempienze.

Per consentire il controllo di che trattasi, l'Azienda Ospedaliera S.Giovanni - Addolorata dovrà fornire all'ASP l'accesso in sola lettura, per l'interrogazione ed estrazione dei dati, al data base del sistema di fatturazione centralizzato.

8. Formazione

Sarà cura dell'ASP organizzare dei corsi di formazione, diretti ai Responsabili/Referenti ASL, per la gestione del programma di accettazione per via telematica e delle pagine web ad esso dedicate e realizzare una guida all'utilizzo del SIAS on Line che verrà messa a disposizione delle ASL e dei soggetti erogatori.

9. Trattamento dei dati personali

Al fine di preservare il diritto alla riservatezza delle informazioni individuali, i dati identificativi univoci del cittadino (consistenti in nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, sesso, comune di residenza, municipalità di residenza, AUSL di residenza e cittadinanza) dovranno essere riportati su un archivio separato che sarà utilizzato solo per l'effettuazione dei controlli di qualità e di corrispondenza con il contenuto delle ricette e delle prestazioni effettivamente erogate. Si intende che le informazioni contenute nel suddetto archivio sono sottoposte al segreto d'ufficio e a tutti i vincoli di legge, secondo quanto previsto dalla legge n. 675/96 e n. 196/03.

Rimangono invariate tutte le precedenti disposizioni, che regolano la gestione del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS), non modificate dal presente atto.

ALL. C

ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE

I soggetti erogatori privati accreditati per l'attività di assistenza riabilitativa territoriale fattureranno mensilmente le giornate di presa in carico dei progetti riabilitativi attivi al 100% delle tariffe regionali con le decurtazioni previste per le giornate di assenza e per quelle oltre la durata mediana.

Alle fatture mensili dovrà essere allegato l'elenco – su supporto elettronico – dei pazienti in carico nel mese, con l'indicazione del codice identificativo del progetto riabilitativo e i dati anagrafici.

La DGR 143/2006 ha stabilito che le ASL sono i soggetti titolari della funzione di controllo dei soggetti privati accreditati che svolgono attività di assistenza riabilitativa territoriale che insistono sul loro territorio ed hanno il compito di organizzare tale attività, sulla base delle seguenti linee generali:

- Attivazione presso ogni ASL di una o più Unità Clinica di Valutazione (UCV) composta con criteri multidisciplinari da personale professionalmente qualificato in servizio presso le strutture territoriali ed ospedaliere dell'Azienda;
- verifica dei progetti riabilitativi inviati dai centri di riabilitazione che insistono nel proprio territorio;
- Valutazione della documentazione clinica, da effettuare presso ogni Centro di riabilitazione che insiste nel territorio, su almeno il 10% dei progetti attivati in un trimestre.

Di conseguenza le ASL devono vigilare affinché le risultanze economiche dell'attività di controllo dei progetti riabilitativi e dell'attività di verifica della capacità produttiva trovino riscontro nella documentazione contabile (corretta fatturazione in relazione alle risultanze del controllo effettuato sulle attività del mese in corso ovvero nota di credito per le risultanze del controllo effettuato sulle attività dei mesi precedenti).

Da quanto sopra emerge, comunque, l'esigenza di procedere - per dare evidenza e certezza anche in questo settore all'attività di controllo e rendere le operazioni di liquidazione delle fatture emesse dai soggetti erogatori privati accreditati più agevoli - ad una approfondita analisi e verifica dello specifico flusso informativo per renderlo dall'anno 2007 strumento di controllo e di definizione della remunerazione spettante ai soggetti erogatori.

Per quanto attiene infine la verifica del non superamento della capacità produttiva (numero di accessi giornalieri previsti dal decreto autorizzativo) dell'attività riabilitativa non residenziale è necessario precisare che la stessa deve essere effettuata in rapporto al numero degli accessi previsti nei progetti riabilitativi e non al numero dei

pazienti in carico. Le ASL potranno agevolmente calcolare il peso giornaliero da attribuire ad ogni paziente in base al livello assistenziale del progetto riabilitativo e in tal modo verificare la congruenza del numero dei pazienti in carico con la capacità produttiva.