

INDICAZIONI PROCEDURALI

SUI CONTROLLI

DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Sommario

ABBREVIAZIONI	3
1. SCOPO DELLA PROCEDURA	4
2. AMBITO D'APPLICAZIONE	4
3. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	5
3.1 DEBITO INFORMATIVO	5
3.2 APPROPRIATEZZA CLINICA	6
3.3 ERRORI DI NATURA AMMINISTRATIVA	6
3.4 ERRORI IN FASE PRESCRITTIVA	9
3.5 ERRORI IN FASE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	11
3.6 PROCEDURA DI CONTESTAZIONE	13
4. RIFERIMENTI NORMATIVI	14
4.1 NORMATIVA REGIONALE	14
4.2 NORMATIVA NAZIONALE	16
5. REVISIONE	16

ABBREVIAZIONI

ACN: Accordo Collettivo Nazionale

DGR: Deliberazione della Giunta Regionale

DRG: Diagnosis Related Groups ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi

ENI: Europei non Iscritti

FILE C : Flusso Specialistica Ambulatoriale

FKT: Fisiokinesiterapia

GDL: Gruppo di lavoro

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

MMG: Medico di Medicina generale

NTR: Nomenclatore Tariffario Regionale

PLS: Pediatra di Libera Scelta

PNGLA: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa

PRGLA: Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa

SASN: Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti

STP: Stranieri Temporaneamente Presenti

TEAM: Tessera Europea Assicurazione Malattia

TC (TAC): Tomografia assiale computerizzata

RAO: Raggruppamenti di attesa omogenei

RMN: Risonanza magnetica nucleare

U-B-D-P: Classi di priorità per prestazioni ambulatoriali (Urgente, Breve, Differibile, Programmata)

1. SCOPO DELLA PROCEDURA

Lo scopo di questa procedura è definire le modalità di esecuzione dei controlli di appropriatezza e amministrativi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dai privati accreditati nell'ambito del rapporto contrattuale in essere con ARES SARDEGNA.

Il contratto stipulato con l'ARES SARDEGNA prevede espressamente che la Struttura abbia l'obbligo di accertare la correttezza dei dati identificativi dell'utente e il rispetto delle disposizioni normative in materia di prescrizioni di prestazioni specialistiche; nel caso in cui venga rilevato il mancato rispetto delle medesime, la Struttura è tenuta a non erogare la prestazione a carico del SSN.

La procedura ha, inoltre, lo scopo di uniformare i controlli di conformità, rispetto alle indicazioni di legge e del contratto stipulato con l'ARES SARDEGNA, da parte di tutti gli operatori interessati.

2. AMBITO D'APPLICAZIONE

L'area di applicazione della presente procedura è inerente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale erogate a carico del SSN dalle Strutture private accreditate.

Il controllo viene effettuato sulle singole impegnative, sia ricetta rossa che dematerializzata e sul file C, secondo le specifiche previste dal Disciplinare Flussi.

I controlli dovranno, tra l'altro, sulla base delle disposizioni nazionali, regionali e dell'ARES SARDEGNA, riguardare:

- l'appropriatezza delle prestazioni richieste rispetto a quanto previsto nel Nomenclatore Tariffario Regionale;
- il rispetto delle indicazioni previste sull'erogabilità delle prestazioni presenti nei provvedimenti regionali di applicazione dei L.E.A.;
- il rispetto delle condizioni di prescrivibilità anche in rapporto alla diagnosi/quesito diagnostico;
- le modalità di erogazione delle prestazioni.

3. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Questa procedura analizza nell'ordine: il debito informativo delle Strutture in relazione alle prestazioni erogate (3.1), l'appropriatezza clinica (3.2), gli errori di natura amministrativa (3.3), gli errori nella fase di prescrizione di una ricetta (3.4), gli errori nella fase di erogazione delle prestazioni (3.5), individuando per ogni punto il comportamento che il personale preposto ai controlli dovrà seguire in merito alla contestazione delle ricette con anomalia. Inoltre, viene riportato il procedimento in caso di contestazione delle prestazioni erogate dalle Strutture private accreditate e convenzionate con ARES Sardegna (3.6).

3.1 DEBITO INFORMATIVO

Le Strutture devono assolvere ai loro debiti informativi (FILE C e ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente). Il flusso C comprende tutte le informazioni ("C1" informazioni anagrafiche e "C2" informazioni amministrative, cliniche e di processo) inerenti le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate agli utenti, siano essi residenti e non residenti, presso gli erogatori pubblici e privati accreditati ubicati nel territorio regionale e previste dal "Nomenclatore Tariffario Regionale" di cui alla DGR n. 19/6 del 28/04/1998 aggiornato periodicamente dalla RAS (ultimo aggiornamento del 16/02/2023).

I dati relativi alle prestazioni che costituiscono il debito informativo da parte delle Aziende Sanitarie nei confronti dell'Amministrazione Regionale e, da questa, nei confronti del Ministero della Salute, coprono tutti i Livelli Essenziali di Assistenza (Disciplinare tecnico flussi informativi sanitari della Regione Sardegna aggiornato periodicamente dalla RAS).

I file relativi al flusso informativo vengono trasmessi mensilmente dalle Strutture private accreditate entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni e contengono tutte le prestazioni effettuate dalla Struttura per il mese di riferimento. L'invio del file C dovrà avvenire secondo le modalità indicate dai Servizi del Dipartimento per il Governo del Privato Accreditato e l'Appropriatezza.

I controlli logico-formali dei files si realizzano in modalità informatizzata, sulla base dei controlli che possono essere operati sui "campi" contenuti nel file, secondo quanto stabilito dai tracciati record definiti dalla Regione Sardegna.

3.2 APPROPRIATEZZA CLINICA

Sebbene la responsabilità della diagnosi e della prescrizione appartenga al medico prescrittore, la Struttura erogante dovrà comunque verificare che le prestazioni richieste non esulino dalla diagnosi/quesito diagnostico e da quanto riportato nella corrente letteratura scientifica e dalla Evidence Based Medicine e, comunque, conformemente a quanto attiene la buona pratica medica. In coerenza con il principio di appropriatezza, la struttura dovrà erogare le prestazioni nel rispetto dei tempi, dei modi e delle quantità effettivamente necessarie al soddisfacimento del bisogno diagnostico terapeutico del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni cliniche contenute nei provvedimenti regionali di applicazione dei Livelli Essenziali di assistenza individuati dal DPCM 12 gennaio 2017.

3.3 ERRORI DI NATURA AMMINISTRATIVA

La Struttura erogante, prima di ammettere il cittadino alla fruizione delle prestazioni, dovrà procedere alla verifica della regolarità, anche formale, della ricetta e alla identificazione del paziente. E' opportuno precisare che le normative vigenti che regolamentano le modalità di prescrizione e di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN non cambiano con l'utilizzo della ricetta dematerializzata.

Di seguito si riportano gli errori di natura amministrativa più comuni che comportano la contestazione delle prestazioni alle Strutture eroganti.

1) Ricette senza indicazione del Nome e Cognome del paziente (o sigle o iniziali per anonimato nei casi previsti dalle disposizioni vigenti): si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta¹. Nelle ricette dematerializzate, i relativi campi, riportano automaticamente i dati del nome e cognome dell'assistito per cui è stato inserito un codice fiscale o codice STP, solo se questo risulta essere in archivio². Nel caso in cui l'erogatore o il paziente si rendano conto di errori o omissioni nella prescrizione riportata nel promemoria, non sarà consentita nessuna modifica o integrazione della ricetta³;

¹D.M. 17 marzo 2008, allegato 1.

²Sistema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette dematerializzate, 30/01/2013.

³D.G.R. del 22/10/2019, n. 42/35, allegato 1.

2) Ricette con codice fiscale dell'assistito SSN non presente in ricetta oppure incompleto o con correzione non controfirmata dal medico prescrittore o non coerente con il codice fiscale riportato nel file C: si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta⁴ (tranne il caso in cui la Struttura alleggi copia della tessera Sanitaria per codice fiscale difforme o incompleto);

3) Ricette a favore di particolari categorie di cittadini stranieri e comunitari:

a) Ricette SSN (rosse) e SASN

- Ricette a favore di soggetti assicurati da istituzioni estere, italiani o stranieri, in temporaneo soggiorno in Italia o residenti, prive del codice UE (per istituzioni estere) o EE (nel caso di istituzioni estere extraeuropee) nel campo "tipo ricetta" e/o con codice fiscale valorizzato (in questo caso l'elemento non dovrà essere compilato) e/o prive delle informazioni desumibili dalla tessera TEAM o documento equivalente che devono essere riportate nel retro della ricetta, nell'area apposita: si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta (tranne il caso in cui la Struttura alleggi copia della tessera TEAM in corso di validità che contiene i dati necessari da inviare all'Ufficio Rapporti Internazionali). Dovrà essere, comunque, obbligatoriamente presente la firma dell'assistito che attesta la fruizione della prestazione specialistica e la data di esecuzione della prestazione.

- Ricette con codice STP o ENI non valorizzato o errato e/o prive del codice ST nel caso di stranieri temporaneamente presenti oppure della sigla UE nel caso di cittadino europeo non iscritto nel campo "tipo ricetta": si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta (tranne il caso in cui la Struttura alleggi copia del tesserino STP o ENI in corso di validità che contiene i dati necessari per identificare il paziente)⁵.

- Ricette a favore di assistiti Servizio Assistenza Sanitaria ai Naviganti (SASN) italiani e stranieri. Per tali prescrizioni si rimanda al D.M. 22/02/1984 e ss.mm.ii. e alla nota R.A.S del 28/04/2016 prot. N°0012103.

b) Ricette elettroniche dematerializzate

Anche per le prescrizioni mediche dematerializzate a favore di pazienti che non sono assistiti dal SSN, non in possesso di Tessera Sanitaria, sarà necessario specificare il tipo di ricetta e compilare i dati relativi all'assistito: il campo contenente il codice dell'assistito, il quale dovrà essere vuoto per

⁴L.24/11/2003, n.326, art. 50, comma 7.

⁵D.Lgs 25 luglio 1998, n. 286 Art. 35 e ss.mm.ii. e D.P.R. 31 agosto 1999, n.394 art. 43.

i soggetti stranieri privi di codice fiscale; i campi con le informazioni per i soggetti assicurati dalle istituzioni estere, che dovranno essere compilati per i soggetti stranieri privi di codice fiscale. Per questi ultimi soggetti si dovrà scegliere uno dei seguenti valori del "TIPO RICETTA": EE/UE.

In caso di assenza dei dati che identifichino i soggetti assicurati da istituzioni estere o i soggetti STP/ENI si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta (tranne il caso in cui la Struttura alleggi copia della tessera TEAM o del tesserino STP/ENI in corso di validità da inviare all'Ufficio Rapporti Internazionali)⁶.

4) Ricette prive di data di prescrizione: si contesteranno le prestazioni riportate in ricetta;

5) Ricette con sigla provincia e codice ASL di appartenenza errate o assenti: si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta (tranne nel caso di assistiti STP e assicurati da istituzioni estere). Tale dato è necessario per poter attivare la compensazione interaziendale ed interregionale⁷. Nel caso della ricetta dematerializzata, l'applicazione propone automaticamente la provincia e la ASL di residenza dell'assistito, se presente in archivio⁸;

6) Ricette con casella barrata "assenza esenzione" e contemporanea indicazione del "codice esenzione": se il campo relativo al codice di esenzione riporta timbro e controfirma del medico prescrittore si riconosce l'esenzione; in caso contrario si considera il paziente come non esente e si contesta la quota ticket non riscossa⁹. Nel caso della ricetta dematerializzata, le eventuali esenzioni di tipo sanitario a carico dell'assistito vengono automaticamente indicate dall'applicazione¹⁰;

7) Ricette senza timbro identificativo e/o firma e/o codice regionale del medico titolare del ricettario: si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta. (Allegato 1 al D.M. 17 marzo 2008). Nel caso della ricetta dematerializzata, il medico prescrittore sceglie nella sezione apposita la giusta combinazione tra i valori proposti dal sistema¹¹. In particolare, nella voce "DISPOSIZIONI REGIONALI" nel promemoria, va indicato il ruolo del medico prescrittore (MMG, PLS, GM, GT,

⁶D.G.R. del 22.10.2019 n. 42/35 Allegato 1; Sistema TS- Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette dematerializzate del 30/01/2013.

⁷ D.M. 17 marzo 2008, allegato 1; Circolare RAS del 05/07/2005.

⁸ Sistema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette dematerializzate del 30/01/2013.

⁹D.M. 17 marzo 2008, allegato 1.

¹⁰Sistema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette de materializzate del 30/01/2013.

¹¹ Sistema TS-Manuale d'uso-Predisposizione e invio delle ricette de materializzate del 30/01/2013.

specialista con codice branca o con codice disciplina). L'indicazione del medico specialista è importante nel caso di prestazioni "prescrivibili dallo specialista"¹².

3.4. ERRORI IN FASE PRESCRITTIVA

Di seguito si riportano gli errori più comuni riscontrati in fase prescrittiva che comportano la contestazione delle prestazioni alle Strutture eroganti.

- 1) Ricette prive di diagnosi o sospetto diagnostico: si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta¹³.
- 2) Ricette con indicazioni diagnostiche generiche, prive di ulteriori specificazioni, che non consentano di valutare l'appropriatezza delle prestazioni richieste in relazione al quesito o motivazione clinica (per es. "accertamenti", "procedure di prevenzione", "controllo periodico", ecc): si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta rispetto alle quali non è possibile valutare l'appropriatezza;
- 3) Ricette che riportano prestazioni totalmente escluse dai LEA. Si citano a titolo indicativo e non esaustivo le seguenti prestazioni: esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, uso assicurativo, partecipazione a concorsi, assunzioni, rilascio di certificazioni da utilizzare in caso di visite per il riconoscimento di invalidità civile e/o Legge 104, certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica e non agonistica per i cittadini maggiorenni, idoneità al servizio civile, ecc. Si contesteranno le prestazioni totalmente escluse dai LEA¹⁴;
- 4) Ricette che riportano esami pre-operatori e controlli post-operatori: la richiesta di prestazioni correlate al ricovero programmato, sia in regime di ricovero ordinario che di ricovero diurno, relativamente agli accertamenti di pre-ricovero e al controllo post-ricovero, (quest'ultimo da effettuarsi entro i 30 giorni successivi alla dimissione) dovrà essere fatta direttamente dallo specialista del reparto che ha in carico il paziente su apposita modulistica. Quindi non compete al

¹²D.G.R del 22.10.2019 n. 42/35, Allegato 1.

¹³D.G.R. del 22.10.2019, n. 42/35; D.G.R. del 4.12.2020 n. 62/24 allegato; PNGLA 2019-2021.

¹⁴D.P.C.M. 29.11.2001; D.G.R. del 20.12.2002 n.43/9; DPCM del 12.01.2017.

MMG e al PLS. Tali esami sono esenti ticket (in quanto il costo è compreso nel DRG). Pertanto, tali prestazioni non saranno remunerabili¹⁵;

5) Ricette che riportano più prestazioni dello stesso tipo (fino a 8) sulla medesima ricetta intestate a pazienti NON esenti per malattia cronica. Si contesteranno le prestazioni in eccesso e si riconosce una sola prestazione. Fanno eccezione le prestazioni riconducibili a ciclo di terapie (es. esercizi posturali–propriocettivi nella branca di fisiokinesiterapia) e le prestazioni seriate¹⁶ (es. dosaggi ormonali nella branca di laboratorio);

6) Ricette che riportano prestazioni non previste dall'esenzione ticket per patologia o gravidanza riportata in ricetta. Se la prestazione prescritta è appropriata rispetto al quesito diagnostico, si contesta alla Struttura solo l'importo della quota ticket non riscossa fino ad un massimo di € 46,15;

7) Ricette che riportano prestazioni previste dall'esenzione indicata nella prescrizione assieme a prestazioni non previste dalla stessa esenzione. Si addebita alla Struttura l'importo della prestazione non esente, fino ad euro 46,15¹⁷;

8) Ricette che riportano un numero di prestazioni superiore a 8 oppure 16, se sono richiesti in ricetta i prelievi di branca 11 (91.48.4 Prelievo citologico, 91.48.5 Prelievo di sangue arterioso, 91.49.1 Prelievo di sangue capillare, 91.49.2 Prelievo di sangue venoso, 91.49.3 Prelievo microbiologico¹⁸) o con un numero di cicli superiore a tre per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione incluse nel NTR che recano l'indicazione del ciclo¹⁹. Si riconoscono come corrette le prestazioni fino alla concorrenza del numero massimo di prestazioni prescrivibili in una ricetta mentre si contesteranno le prestazioni in eccesso;

9) Ricette che riportano prestazioni che appartengono a branche specialistiche differenti. Si riconoscono le prestazioni più numerose appartenenti ad una sola branca per la quale la Struttura risulta accreditata e si contesteranno le altre²⁰;

¹⁵Legge 662 del 23/12/1996, n.662, art.1 co.18; Circolare del 1/4/199n.100/SCPS/21.4075.

¹⁶ Art.8 della L. 24 dicembre 1993 n.537; circolare del Ministero di Sanità n.100/SCPS/15.162 del07/02/1994.

¹⁷D.M. della sanità 28/05/1999, n. 329, art.3 co. 2°

¹⁸Circolare Ministero Sanità del 01/04/1997 n.100/SCPS/21.4075.

¹⁹D.G.R. del 28/04/1998 n. 19/6; D.G.R. del 21/3/2006, n. 11/7, allegato 1 ; Art. 35 Legge 27/12/1997,n.449.

²⁰Art. 35 Legge 27/12/1997, n.449.

-
- 10) Ricette che riportano prestazioni non appropriate rispetto al quesito diagnostico. Si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta;
- 11) Ricette che riportano visita generale (cod.89.7; 95.02; 89.26; 89.13) riferita alla malattia per la quale l'assistito risulta esente: si contesta la prestazione e si riconosce la prestazione identificata dal cod. 89.01 - visita di controllo, salvo i casi in cui i codici indicati sono ricompresi nei codici di esenzione per patologia²¹;
- 12) Ricette che riportano esenzione dalla partecipazione alla spesa per patologia incongruente rispetto alla diagnosi enunciata. (es. esenzione 045 e diagnosi di asma). Si contesteranno le prestazioni presenti in ricetta;
- 13) Ricette che riportano coppie di codici prestazione che non possono essere contemporaneamente prescritte in quanto una prestazione include l'altra (es. creatinina e/o creatinuria e clearance creatinina, proteine totali sieriche ed elettroforesi proteine sieriche, glicemia e curva da carico, ecc.). Si contesta la prestazione inclusa.
- 14) Ricette che riportano prestazioni monolaterali destra e sinistra laddove nel NTR esista una codifica che le includa entrambe (es. mammografia bilaterale se prescritte singolarmente mammografia monolaterale destra e sinistra, risonanza magnetica bilaterale della mammella se prescritte RMN mammella destra e sinistra, ecografia mammella bilaterale se prescritte singolarmente ecografia mammella destra e sinistra, ecc.) oppure prestazioni richieste contemporaneamente per arto destro e sinistro laddove il NTR preveda una codifica che include entrambi gli arti (superiori e/o inferiori). Ad es. ecocolordopplergrafia degli arti inferiori o superiori arteriosa o venosa. Si contesteranno le doppie prestazioni monolaterali e si riconosce la prestazione bilaterale.

3.5. ERRORI IN FASE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Di seguito si riportano gli errori più comuni riscontrati in fase di erogazione delle prestazioni che comportano la contestazione delle prestazioni alle Strutture eroganti:

- 1) Ricette SASN (Servizi Assistenza Sanitaria Naviganti): le prestazioni mediche per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile sono a carico del Ministero della Salute. Pertanto, qualora la Struttura erogante inviasse erroneamente una ricetta SASN al Servizio Committenza per

²¹Circolare del Ministero della Salute n. 13 del 13/12/2001, Allegato 2; D.P.C.M. del 12/01/2017, Allegato 8 BIS.

il rimborso, si procede con la contestazione delle prestazioni erogate e si invia comunicazione alla Struttura stessa invitandola a ritirare la ricetta SASN originale e ad inviarla ai competenti uffici del Ministero della Salute; si rimanda al D.M. 22/02/1984 e ss.mm.ii. e alla nota R.A.S. del 28/04/2016 prot. N°0012103;

2) Ricette prive di allegati (es. fogli firma e prescrizioni specialistiche). Per tali ricette che dovranno essere corredate o dalla prescrizione del medico specialista o dal foglio firma contenente le date di erogazione delle prestazioni unitamente alle firme leggibili dei pazienti (es. FKT), la mancanza di tali giustificativi comporterà la contestazione delle prestazioni erogate.

Per tali casistiche, la Struttura avrà la possibilità di regolarizzare la documentazione mancante al fine di evitare il mancato rimborso delle prestazioni contestate²²;

3) Prestazioni erogate differenti da quelle prescritte in ricetta (es. erogata visita cod. 89.7 e prescritta visita 89.01): si contesta la prestazione erogata e si riconosce la prestazione prescritta in ricetta solo nei casi in cui è possibile riconvertire la prestazione stessa. Può essere ammessa la prestazione differente solo se giustificata da referto inviato dalla struttura erogante (vedi esami endoscopici con biopsia o somministrazione di mezzo di contrasto ove non previsto in ricetta).

4) Prestazioni erogate in numero superiore rispetto al numero di prestazioni previsto dall'accreditamento oppure per le quali la Struttura non risulta accreditata con il SSN, per l'anno considerato. Si contesteranno le prestazioni non accreditate e quelle in eccesso rispetto ai volumi previsti dall'accreditamento²³;

5) Ricette con più prestazioni dello stesso tipo erogate a pazienti con esenzione per patologia oltre i tre mesi rispetto alla data di prescrizione: non sono remunerabili le prestazioni erogate oltre il periodo di tre mesi dalla data di prescrizione²⁴;

6) Ricette prive di data nella quale la prestazione è stata erogata e/o priva di firma dell'assistito attestante la fruizione delle prestazioni specialistiche. Ovvero ricette prive dei dati identificativi dell'assistito che non sa o non può firmare o minore e/o di chi firma in sua vece: si contesteranno o si reintegrano le prestazioni presenti in ricetta se la Struttura fa pervenire al Servizio copia del

²²D.G.R. del 28.04.1998n. 19/6; D.G.R. del 21/03/2006, n. 11/7.

²³D.G.R. del 9/4/2021, n.13/12 art.2, allegato 2

²⁴ Circolare del Ministero della Sanità del 07/02/1994n. 100/SCPS/15/162

referto attestante l'avvenuta prestazione o copia dei documenti del paziente e/o di chi ha firmato in sua vece (madre, padre, figlio, tutore, ecc)²⁵;

7) Prestazioni erogate e rendicontate dalla Struttura privata accreditata ma NON prescritte in ricetta: si contesteranno le prestazioni non richieste in ricetta (es. erogata e rendicontata prestazione cod. 91.49.2, prelievo venoso, ma non richiesta in ricetta²⁶).

3.6. PROCEDURA DI CONTESTAZIONE

L'ARES SARDEGNA, sulla base delle risultanze dei controlli sanitari e di appropriatezza effettuati, contesta alla Struttura erogante le prestazioni non ammesse al pagamento richiedendo alla stessa l'emissione della relativa nota di credito.

La contestazione, tramite comunicazione di avvio del procedimento di cui alla L. 241/90 e s.m.i., dovrà essere formulata con comunicazione indirizzata al Legale Rappresentante della Struttura specificando:

- 1) mese cui si riferisce il controllo effettuato;
- 2) le ricette oggetto di contestazione ed il tipo di difformità/irregolarità riscontrata, nonché l'ammontare del relativo, eventuale, addebito.

Entro il termine di 30 giorni la Struttura potrà presentare le proprie contro-deduzioni e provvedere alla produzione di documentazione, e quant'altro ritenuto utile, a giustificazione e supporto delle irregolarità rilevate.

In sede di contraddittorio, in accoglimento totale o parziale delle osservazioni e proposte fornite dalla Struttura, l'ufficio procedente, senza pregiudizio del diritto di terzi e, in ogni caso, nel perseguimento del pubblico interesse, procede alla rideterminazione dell'eventuale addebito.

In assenza di controdeduzioni, la contestazione diventa definitiva e la Struttura dovrà emettere la nota di credito per l'importo contestato.

²⁵D.M. 17 marzo 2008, allegato 1; D.G.R. del 22/10/2019, n. 42/35, allegato 2.

²⁶Circolare del 1.4.1997 n.100/SCPS/21.4075.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

4.1 NORMATIVA REGIONALE

- 1) **D.G.R. n. 19/6 DEL 28/04/1998** Approvazione del NTR delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nell'ambito del SSR.
- 2) **D.G.R. del 20/12/2002-(43/9)**. Disposizioni attuative del DPCM 29/11/2001 "Definizione dei LEA".
- 3) **D.G.R. n. 11/7 del 21/03/2006**. Ridefinizione dei LEA afferenti alla branca specialistica di medicina fisica e riabilitativa.

- 4) **D.G.R. n. 41/29 del 29/07/2008**. Disposizioni attuative del DPCM 5 marzo 2007 recante aggiornamento dei LEA.
- 5) **D.G.R. n. 39/57 del 23.9.2011 (PRGLA triennio 2010-2012)** con la quale si avviavano le azioni della pianificazione strategica delle attività di controllo.
In particolare All. 1 punto 2.1 Miglioramento della appropriatezza prescrittiva:
 - a) Correttezza della compilazione della prescrizione;
 - b) Indicazione del quesito diagnostico o diagnosi,
 - c) Distinzione tra prima visita o prime prestazioni diagnostiche /terapeutiche e visite di controllo o prestazioni successive (specialistica ambulatoriale);
 - d) Indicazione della classe di priorità (specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri);
 - f) Monitoraggio dell'aderenza tra quesito diagnostico, prestazione prescritta/erogatae classe di priorità.
- 6) **D.G.R.n. 51/23 del 17/11/2017**. Scopo: raggiungimento degli obiettivi già fissati con la DGR 46/44 del 27.12.2010: sensibilizzazione dei prescrittori all'uso sistematico dell'indicazione di primi accessi e successivi, del quesito diagnostico, la definizione pertinente della classe di priorità.
- 7) **D.G.R.n. 59/5 del 4.12.2018**. Allegato 1 "Liste di attesa. Definizione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali".
- 8) **D.G.R.n. 61/26 del 18.12.2018**. **Nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale.** Aggiornamento delle tariffe in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 4902/2018. Modifica della DGR. 19/6 del 28 aprile 1998 e successive modifiche ed integrazioni e della DGR. n. 21/12 del 24.4.2018.
- 9) **D.G.R. n. 42/35 del 22.10.2019. D.M. 02.11.2011. Ricetta dematerializzata.**
 - I. Allegato 1 alla DGR n. 42/35 del 22.10.2019. Linee guida per i medici prescrittori
 - II. Allegato 2 alla DGR n. 42/35 del 22.10.2019. Linee guida per gli erogatori

-
- 10) **D.G.R. n. 62/24 del 4.12.2020. (PRGLA triennio 2019-2021.)**
- 11) **D.G.R. n.13/12 del 9.4.2021 (Allegato 2). Schema tipo di contratto per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali**
- 12) **Determinazione della Direzione Generale Sanità n. 53 del 27 1 2020. Disciplinare tecnico flussi informativi sanitari della Regione Sardegna. Versione 4.0**
- I. *Appendice Disciplinare Tecnico Flussi Informativi Sanitari Versione 2.0*
- II. *Allegato alla Determinazione della direzione Generale Sanità n. 1501/53 del 27 gennaio 2020.*
- 13) **Circolare RAS del 21/03/2005 Prot n.10641/3. Linee guida operative per la compilazione dei nuovi modelli di ricetta medica a lettura ottica previsti dall'art. 50 della Legge 326/03. Precisazioni regionali.**
- 14) **Circolare RAS del 05/07/2005 Prot. n. 24068/3. Ulteriori chiarimenti sulla compilazione dei nuovi modelli di ricetta a lettura ottica.**
- 15) **Circolare RAS del 25/06/2015 Prot. n. 15763. Disposizioni in materia di prescrizione di prestazioni erogabili su ricettario del SSN.**
- 16) **Circolare RAS del 14/03/2016 Prot. n. 7761. Prescrizione farmaci e prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN attraverso l'utilizzo del ricettario regionale**
- 17) **Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot. n. 0011396 del 20.4.2016. DM 09/12/2015. "Condizioni di erogabilità e i criteri di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".**
- 18) **Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0016570 del 13.6.2016. Applicazione DM 09/12/2015. chiarimenti in ordine alla Circolare Ministeriale 3012 del 25.3.2016.**
- 19) **Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0009085 del 31.3.2017. Nuovi LEA. Prime indicazioni in merito alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale da erogare in favore di pazienti affetti da patologie croniche ed invalidanti.**
- 20) **Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0012205 del 8.5.2017. DPCM 12.1.2017 i nuovi LEA. Prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogare in favore di pazienti affetti da malattia rara o patologie croniche ed invalidanti. Chiarimenti.**
- 21) **Circolare Direzione Generale della Sanità Regione Sardegna Prot n. 0019228 del 20.7.2017. DPCM 12.1.2017 i nuovi LEA. Specialistica ambulatoriale. Esenzioni in favore dei pazienti affetti da patologie croniche ed invalidanti.**

4.2 NORMATIVA NAZIONALE

Decreto del Ministero della Sanità 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe.

Decreto del Ministero della Sanità 10 settembre 1998. Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.

Decreto Ministero della Sanità 28 maggio 1999, n. 329. Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Decreto del ministero dell'economia e delle finanze del 18 maggio 2004. Decreto Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica.

Decreto del ministero dell'Economia e delle Finanze del 17/03/2008. Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del SSN. Allegato 1: Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN.

Decreto Ministero della salute 09/12/2015. Condizioni di erogabilità e i criteri di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12/01/2017. Nuovi LEA. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Circolare del Ministero della Sanità N. 100/SCPS/15/162 spec del 07/02/1994. Applicazione dell'articolo 8 della Legge 24 dicembre 1993, N. 537.

Circolare del Ministero della Sanità n.100/SCPS/ 214075 del 01/04/1997. Prime indicazioni per l'applicazione del Decreto Ministeriale 22 luglio 1996.

Circolare Ministero della Salute prot. n. 12830/100/DGPS/4 del 08/10/2001. D.M 22 luglio 1996-quesito prestazioni di oculistica.

Circolare del Ministero della Salute del 13 dicembre 2001, n.13. indicazioni per l'applicazione dei regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare.

Circolare Ministero della Salute del 26/07/2006 n. 17030. D.M. 22 luglio 1996

Circolare Ministero della Salute. 0003012-P-25.3.2015. *“Prime indicazioni attualmente necessarie all'applicazione del decreto ministeriale 9.12.2015, recante “Condizioni di erogabilità e i criteri di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”.*

Circolare ministero della Salute. 0015141-P-16.5.2016. *Chiarimenti Circolare prot. 3012 del 25.3.2015. Punto 2.1. Indicazioni per i medici specialisti.*

Circolare Ministero Salute 25 maggio 2017. *Assistenza Specialistica ambulatoriale e branche specialistiche. DGPROGS 0016275-P-25.5.2017*

Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012

Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021

5. REVISIONE

La procedura sui controlli di appropriatezza potrà essere aggiornata in funzione di nuovi provvedimenti nazionali e regionali relative alle prestazioni specialistiche ambulatoriali ed anche a seguito di eventuali cambiamenti organizzativi del Servizio di Committenza.

Gruppo di lavoro:

SC Servizio per i Controlli di Appropriatezza:

Carlo Nioteni;

Diego Cabitza;

Daniela Mura;

Caterina Cosseddu;

Maria Stella Farigu;

Isa Picciau;

Rossana Ortu;

Maria Chiara Mereu;

Tiziano Orrù;

Manuela Bodano;

Marco Mocci.

APRILE 2023