

5.1 Che cos'è

La verifica della appropriatezza si riferisce:

- all'utenza
- alle prestazioni
- al processo operativo
- al funzionamento organizzativo

Gli obiettivi quindi sono: la verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate e l'impulso ad un ulteriore miglioramento, qualificando l'azione di controllo comprendendo i livelli sia formale che sostanziale.

Il controllo di appropriatezza intende stimolare nei gestori una modificazione del proprio comportamento, che conduca verso l'integrazione del sistema delle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali, in modo da dare risposte appropriate, tempestive ed economicamente sostenibili, alle domande di assistenza espresse dalla popolazione e garantire al cittadino fragile, la continuità delle cure.

Come effetto dell'azione di controllo, ci si attende, quindi, una modificazione in senso positivo, che non si ottiene solo o soprattutto nel rilevare l'inadempienza per sanzionarla, ma orientando ed accompagnando i gestori, anche attraverso la ferma richiesta del rispetto delle norme stabilite e delle regole condivise.

Al momento si conferma che le verifiche dovranno interessare la documentazione (ivi comprese le classificazioni SOSIA o SIDI ove presenti, fascicoli socio sanitari congiuntamente ai PAI in carenza di classificazione) relativa all'utenza, secondo le indicazioni fornite dalla Regione.

Ciò significa che potranno esserci casi di verifiche superiori o inferiori alla quota definita a livello regionale, in relazione a quanto risultante dai "codici di rischio" o dall'esito dei controlli precedenti, o dall'individuazione/rilevazione di indicatori di rischio (eventi sentinella).

5.2 Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza delle prestazioni.

Il controllo riguarda tutte le unità d'offerta, rivolgendo l'attenzione principalmente a quelle che presentano, a livello territoriale, le maggiori criticità, sulla base di "codici di rischio" identificati attraverso l'esperienza derivante dai controlli storicamente effettuati.

Premesso che una completa e puntuale individuazione degli indicatori di rischio e degli aspetti da sottoporre a controllo mirato, avverrà solo a seguito di una adeguata elaborazione da parte di un gruppo di approfondimento tecnico, appositamente costituito, presso la Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale, a **titolo esemplificativo**, se ne indicano alcuni possibili

- percentuale elevata di ospiti in condizioni di grave fragilità e bassa entità della spesa sanitaria;

- percentuale elevata di ospiti in condizione di grave fragilità e bassa dotazione di personale;

Con particolare riferimento alle R.S.A:

- percentuale di classi di maggiore fragilità SOSIA superiore a 80;

- percentuale di decessi superiore alla media e percentuale delle classi di maggiore fragilità inferiori alla media;

- percentuale delle classi di maggiore fragilità superiore alla media e percentuale di decessi inferiore alla media;

- percentuale di ospiti con decubiti;

- percentuale di ospiti soggetti all'applicazione di strumenti di protezione e tutela;

- percentuale di ospiti con cadute;

Con particolare riferimento agli Hospice:

- durata del ricovero;

Con particolare riferimento alle Strutture di riabilitazione:

- indice di rotazione su posto letto;

- percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore soglia.

Per quanto riguarda ad esempio RSA, RSD, CSS e CDD si deve verificare che l'indicazione dei livelli di fragilità dei parametri descritti nel SOSIA o nel SIDI sia sostenuta in modo congruente dalla documentazione raccolta nel fascicolo socio-sanitario e nel PAI.

Di norma, ciò non significa che l'équipe di controllo sia legittimata a compiere una valutazione rispettivamente clinica (SOSIA) e funzionale (SIDI), in sostituzione di quella condotta dal personale della RSA o delle unità d'offerta per disabili.

Se necessario, d'intesa con il medico di struttura, si potrà provvedere all'osservazione diretta dell'ospite, limitatamente a quegli item previsti dai sistemi di classificazione, non chiaramente definibili o risultanti incongruenti dall'esame della documentazione.

Qualora non vi sia congruenza tra fascicolo socio-sanitario, PAI e SOSIA/SIDI, si dovrà procedere come segue:

a) *nel caso di ospite ancora presente in struttura*, SOSIA/SIDI dovrà essere rifatto;

b) *nel caso di ospite non più presente in struttura*, per quella prestazione non potrà essere riconosciuta una tariffa superiore a quella della classe di minore fragilità.

Qualora la ASL verifichi la non appropriatezza in una classe, ad es. classe 1 SOSIA attribuita dal Gestore al posto della corretta classe 3 SOSIA, la rideterminazione della tariffa dovrà essere fatta dal giorno in cui è iniziata la prestazione nella classe contestata. Se la ridefinizione è invece ad es. classe 1 SOSIA invece di classe 3 SOSIA, la rivalutazione tariffaria non potrà che essere fatta dal giorno della verifica dell'ASL.

Per quanto riguarda gli Hospice e i CDI, il controllo di appropriatezza verrà svolto attraverso la verifica congiunta del fascicolo socio sanitario e dei relativi piani individuali di trattamento. Per le Strutture di riabilitazione il controllo di appropriatezza verrà svolto attraverso la verifica congiunta della cartella clinica e dei relativi progetti/programmi individuali riabilitativi.

Per i Consultori familiari si deve verificare la congruità fra le prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria riportate nella cartella e quelle registrate nel flusso 13 FAM e, dove richiesta, la multiprofessionalità nelle prestazioni rese, rilevabile dalla cartella. Il controllo va effettuato secondo le indicazioni regionali dei nuovi utenti che abbiano usufruito di prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria.

Per i Servizi Territoriali Dipendenze/ Servizi Multidisciplinari Integrati si deve verificare la congruità fra le prestazioni riportate nella cartella e quelle registrate nel flusso del Sistema Informativo Dipendenze. Il controllo va effettuato secondo le indicazioni regionali.

Per i Servizi Residenziali e Semiresidenziali delle Dipendenze si deve verificare la corrispondenza fra la tipologia del servizio in cui è inserito l'utente e la tipologia indicata nella certificazione rilasciata dai Servizi Territoriali Dipendenze/Servizi Multidisciplinari Integrati. Il controllo va effettuato su tutti gli utenti.

Inoltre si deve verificare che il numero massimo di presenze non superi il volume accreditato.

Si ribadisce, considerato l'obiettivo della collaborazione con i gestori, per garantire il miglioramento della qualità, la opportunità/obbligatorietà del preavviso ai gestori in occasione della prima azione di controllo. Per le verifiche successive la opportunità/utilità del preavviso o, meno, potrebbe essere conseguente alle situazioni ed agli esiti riscontrati in occasione dei controlli precedenti.

Oltre ai controlli previsti per gli aspetti ordinari, sono da considerare i controlli inerenti gli obiettivi aggiuntivi, le attività, le prestazioni o la qualità aggiuntiva che fossero previsti negli allegati integrativi di budget o per l'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali (R.A.R.) o per i premi qualità.

5.3 I controlli amministrativi

I controlli devono tenere conto anche dei **flussi informativi**: si dovranno analizzare i *flussi di pagamento delle prestazioni* utilizzando le specifiche forme di rendicontazione della spesa per le prestazioni socio-sanitarie integrate (cfr. modelli RSA1, CD11, TOX1, RSD1, RIA1, CSS1, Hospice1 e 13FAM per i Consultori).

In particolare si dovrà verificare che:

- l'importo delle tariffe corrisponda alle classi/tipologia di ospiti o di prestazioni rendicontate;
- il numero totale delle giornate fatturate in un trimestre (nelle unità d'offerta residenziali e semi residenziali) non sia mai superiore al numero di posti accreditati moltiplicato per il numero delle giornate riferite allo stesso trimestre, fatti salvi i casi previsti espressamente dalla Regione;
- le fatturazioni inerenti le persone decedute corrispondano alle effettive prestazioni erogate fino alla data del decesso.

Per tutti i servizi (budgetizzati e non) il numero di giornate trimestralmente erogabili dai gestori non può eccedere il volume complessivo accreditato, anche nel caso in cui non sussistano limiti di budgetizzazione.

In tal senso, a titolo esemplificativo, si precisa che né le giornate di assistenza prestate nelle unità d'offerta accreditate ad utenti dimessi da OP, né le prestazioni rivolte ad utenza extraregionale, possono essere considerate come aggiuntive ai limiti definiti dai provvedimenti di accreditamento.

Si ricorda che le presenze giornaliere a carico del FSR non possono mai essere superiori ai posti accreditati.

5.4 L'organizzazione della attività di vigilanza e controllo