

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1061 DEL 23/06/2022

O G G E T T O

N.A.C. (NUCLEO AZIENDALE DI CONTROLLO) PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI - U.L.SS. N. 8 BERICA E AGGIORNAMENTO DEI COMPONENTI - ANNO 2022. PRESA D'ATTO.

Proponente: DIRETTORE SANITARIO

Anno Proposta: 2022

Numero Proposta: 1146/22

Il Direttore Sanitario, di concerto con il Coordinatore del N.A.C., Nucleo Aziendale di Controllo, riferisce quanto segue:

“La Regione Veneto, con D.G.R.V. n. 2022 del 28 dicembre 2018 avente ad oggetto: “*Aggiornamento del sistema dei controlli dell’attività sanitaria della Regione Veneto*” e del Decreto del Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale n. 93 del 10 settembre 2021 “*Approvazione delle “Linee guida per le attività dei Nuclei Aziendali di Controllo”* nonché del “*Regolamento dei Nuclei Aziendali di Controllo*”, descrive il sistema dei controlli dell’attività sanitaria (di ricovero ed ambulatoriale) erogata dalle strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e dagli erogatori equiparati, disciplinandone le modalità di attuazione.

Tali provvedimenti prevedono, tra l’altro, l’obbligo in carico a ciascun erogatore, pubblico, privato accreditato ed equiparato, di predisporre un Piano Annuale dei Controlli sanitari interni ed esterni, che ricomprenda le tipologie di controllo effettuate nel corso dell’anno.

In ossequio ai dettami della normativa precitata, l’Azienda ha provveduto ad elaborare il “Piano annuale dei controlli sanitari interni ed esterni dell’Azienda U.L.SS. n. 8 “Berica” per l’anno 2022”, e ad inviarlo al Nucleo Regionale di Controllo in data 30/03/2022, con nota prot. n. 34844 che si allega alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale.

Sul Piano di cui al capoverso precedente, il Nucleo regionale di Controllo ha espresso parere positivo con nota del 21 aprile u.s., acquisita agli atti con prot. n. 182278.

Il compito di effettuare sia i controlli interni che i controlli esterni sulle prestazioni sanitarie erogate ai propri assistiti da altre strutture pubbliche e private accreditate è attribuito al Nucleo Aziendale di Controllo, di seguito definito per brevità “N.A.C.”, istituito presso ogni Azienda U.L.SS per effetto della D.G.R.V. n. 4807 del 28 dicembre 1999.

Tanto premesso, in ossequio ai dettami della D.G.R.V. precitata e ed alla luce dell’avvicendamento che si è reso necessario per la cessazione di alcuni componenti del N.A.C., si ritiene opportuno procedere all’aggiornamento della composizione del Nucleo Aziendale di Controllo (N.A.C.) dell’Azienda U.L.SS. n. 8 “Berica”, così come meglio specificato nell’allegato “Piano Annuale dei Controlli Interni ed Esterni A.U.L.SS n. 8 “Berica” - ANNO 2022” quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento”.

Il medesimo Direttore ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo e dei Servizi Socio Sanitari hanno espresso parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

- 1) di prendere atto del “Piano Annuale dei controlli sanitari interni ed esterni - Azienda ULSS n. 8 “Berica” - anno 2022”, allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale (All.1);
- 2) di aggiornare il Nucleo Aziendale di Controllo (N.A.C.) dell’U.L.SS. 8 “Berica”, nella composizione e con i compiti indicati nel Piano annuale dei Controlli di cui al capoverso precedente;
- 3) di demandare al Coordinatore del N.A.C., o suo delegato, i seguiti di competenza;
- 4) di stabilire che la presente deliberazione venga pubblicata all’Albo on line dell’Azienda e nel sito internet aziendale alla pagina “Amministrazione Trasparente” ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e ss.mm.ii.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Fabrizio Garbin)

Il Direttore Sanitario
(Parere non richiesto)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Maria Giuseppina Bonavina)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI

AZIENDA U.L.SS. n. 8 "BERICA"

PIANO ANNUALE
DEI CONTROLLI
INTERNI ED ESTERNI

E

COMPOSIZIONE N.A.C.

ai sensi della D.G.R.V. n. 2022/2018 e Decreto Area San.Soc. 93/2021
e successive precisazioni

ANNO 2022

Data stesura	Marzo 2022	
Redatto da	Nucleo Aziendale di Controllo (N.A.C.)	
Verificato da	Responsabile Piano Anticorruzione e Trasparenza	
Approvato da	Direttore Sanitario	

FINALITA' DEL PIANO DEI CONTROLLI

Le finalità principali dei controlli sull'attività sanitaria sono:

- *garantire comportamenti uniformi in tutta l'Azienda, comprese le strutture private accreditate insistenti nel territorio dell'Azienda U.L.S.S. n. 8 "Berica", rispetto all'erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, con l'obiettivo di assicurare:*
 - *un livello omogeneo di codifica delle diagnosi e degli interventi;*
 - *una riduzione dei ricoveri inappropriati riconducibili ad altri setting assistenziali, con conseguente miglioramento della casistica e riduzione dei tassi di ospedalizzazione;*
 - *l'attivazione in modo uniforme in tutta l'Azienda delle "prestazioni complesse" contenute nel Nuovo Tariffario Regionale;*
- *garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari nel rispetto dei protocolli di prioritarizzazione, anche mediante l'integrazione dell'offerta privata con quella pubblica nei sistemi CUP.*

Il Piano Annuale dei Controlli Interni ed Esterni sarà trasmesso entro il mese di marzo a:

- Nucleo Regionale di Controllo
- Responsabile U.O.C. Ispezioni Sanitarie e Socio Sanitarie Azienda Zero

I controlli sull'attività di ricovero ed ambulatoriale sia interna che esterna saranno effettuati dai componenti N.A.C. specificati nel Piano medesimo e da specialisti eventualmente all'uopo nominati.

PIANO ANNUALE CONTROLLI INTERNI

ATTIVITÀ DI RICOVERO

L'attività di controllo sui ricoveri si basa sulla valutazione della compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) annessa alla cartella clinica e la corrispondenza della stessa con quanto riportato nella documentazione presente in cartella.

L'attività di controllo sull'attività di ricovero è finalizzata alla verifica:

- *della corretta codifica ICD9-CM delle diagnosi e delle procedure riportate nella SDO,*
- *del rispetto delle direttive regionali in materia di codifica,*
- *dell'appropriatezza del setting assistenziale in cui viene erogata la procedura,*
- *delle prestazioni risultate più critiche a livello aziendale,*
- *della corretta gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità.*

CAMPIONE

Il numero delle cartelle cliniche sottoposte a controllo, come previsto dalla D.G.R.V. n. 2022/18, e dal Decreto 93/21 e successive indicazioni, interesserà almeno il 12.5% dei ricoveri di pazienti dimessi per l'intera Azienda U.L.S.S. n. 8 "Berica" nell'anno. All'interno di tale percentuale, saranno controllati i ricoveri con DRG a rischio di inappropriately secondo le criticità rilevate nei diversi Presidi e comunque in numero pari ad almeno il 2.5%. La tipologia e la quantificazione del campione esaminato saranno adeguate ad eventuali ulteriori indicazioni regionali e comunque alla variazione di attività derivante dall'emergenza COVID-19.

Le Strutture oggetto di controllo sono:

P.O. Vicenza
P.O. Noventa
P.O. Arzignano
P.O. Lonigo
P.O. Montecchio Maggiore
P.O. Valdagno

TIPOLOGIA DEI CONTROLLI (COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE)

In analogia ai controlli esterni, il campione oggetto di controllo sarà costituito da:

- **CAMPIONE MIRATO:** ricoveri afferenti all'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriately (D.G.R.V. 4277/09) dando priorità alle casistiche più critiche e numerose a livello aziendale e comunque garantendo un numero di controlli pari ad almeno il 2.5% della produzione dei ricoveri totali. Suddetti controlli sono finalizzati al miglioramento del setting assistenziale di erogazione della prestazione e relativa presa in carico del paziente.
Sono altresì oggetto di controllo particolari categorie indicate nel QLEA (es: parti cesarei).

- **CAMPIONE CASUALE:** 10% della produzione dei ricoveri totali comprendente:

RICOVERI ORDINARI IN UU.OO. PER ACUTI :

Saranno oggetto di controllo:

- 1) i ricoveri attribuiti ad un DRG complicato;
- 2) i ricoveri urgenti;
- 3) i ricoveri con DRG ad elevato rischio di inappropriately;
- 4) i ricoveri con degenza breve: ricoveri attribuiti a D.R.G. chirurgici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), nel corso dei quali sia stata erogata un'unica prestazione contenuta nel Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 40 del 22 marzo 2012;
- 5) i ricoveri con degenza breve: ricoveri attribuiti a D.R.G. medici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), privi di procedure di cui al Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 40 del 22 marzo 2012;
- 6) la casistica di alcune UU.OO. finalizzata al miglioramento della performance dell'Unità Operativa, alla valutazione dell'appropriatezza del setting assistenziale ed alla rispondenza della codifica alle Linee Guida Regionali per la corretta codifica delle SDO;
- 7) particolari ricoveri con DRG ad alto costo;
- 8) ricoveri estratti casualmente o contemporaneamente ad altre attività sulle cartelle cliniche;
- 9) ricoveri con utilizzo di particolari dispositivi/ apparecchiature (ECMO....);

Saranno inoltre oggetto di controllo:

- ricoveri in alcune aree cliniche su particolari indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia Area Ospedaliera (NSG) / Piano Nazionale Esiti (PNE), quali:
 - ✓ particolari procedure chirurgiche (proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < a 3gg...);
 - ✓ area perinatale (% parti cesarei primari...);
 - ✓ rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in ricoveri ordinari.
- tutti i ricoveri (100%) di pazienti affetti da SARS COV-2 (decreto 93/21). Tali controlli sono da considerarsi aggiuntivi ai ricoveri Covid eventualmente già estratti nel campione casuale.

RICOVERI DIURNI in UU.OO. PER ACUTI:

La valutazione dell'attività di ricovero diurno è finalizzata al miglioramento del setting assistenziale di erogazione delle diverse procedure, considerata anche la riorganizzazione dell'attività di ricovero programmato legata alla pandemia COVID-19.

Saranno oggetto di controllo in modo particolare:

- 1) ricoveri diurni attribuiti ad un DRG complicato;
- 2) ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriately privi delle procedure di cui al Decreto 40/2012;
- 3) ricoveri diurni effettuati per prestazioni ricondotte anche a regime ambulatoriale;
- 4) ricoveri estratti casualmente o contemporaneamente ad altre attività sulle cartelle cliniche.

RICOVERI in UNITA' OPERATIVE DI RIABILITAZIONE:

I controlli nelle unità operative (codici 28, 75, 56) presenti in Azienda saranno effettuati secondo quanto indicato nella

- D.G.R.V. 3913/2007 ad oggetto "*Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle U.O. di riabilitazione*" (progetto/programma, trattamento intensivo...)

- D.G.R.V. n. 94 del 31 gennaio 2012 ad oggetto “*Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): Indirizzi alle Aziende U.L.SS. e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i disturbi del comportamento alimentare tra Centri pubblici e Case di cura convenzionate*” e successive modifiche e/o integrazioni (riabilitazione nutrizionale);
- Decreto 93/2021 “*Linee Guida per le attività dei Nuclei aziendali di Controllo*” (riabilitazione cardiologica, respiratoria...)

RICOVERI in U.O. di PSICHIATRIA (cod. 40)

I controlli saranno mirati alla verifica della congruenza tra quanto riportato nella SDO e quanto contenuto nella cartella clinica e alla completezza della stessa, come previsto dalla D.G.R.V. 2022/2018.

ATTIVITA' AMBULATORIALE

CAMPIONE

Il campione sarà selezionato individuando principalmente le prestazioni erogate o concluse nelle giornate di rilevazione dei tempi di attesa (settimane Taps) con cadenza semestrale (almeno 5 giornate di rilevazione a semestre o sulla base di eventuali ulteriori indicazioni regionali), con particolare riferimento alle prestazioni traccianti. Potranno essere controllate anche particolari prestazioni risultate critiche a livello aziendale (anche se non traccianti).

Nel campione saranno ricomprese anche selezionate prestazioni in accorpamento ed eventuali altre prestazioni indicate dalla Regione:

- ✓ RMN in pazienti affetti da sclerosi multipla;
- ✓ RMN articolari in pazienti ≥ 65 anni;
- ✓ AngioTac coronarica.

Sarà inoltre richiesta la "*Relazione sulle caratteristiche delle apparecchiature per Risonanza Magnetica (RM) e Tomografia Computerizzata (TC) necessarie per eseguire in maniera ottimale le prestazioni di branca 69 Radiologia Diagnostica da nomenclatore tariffario*" (D.G.R.V. 110/20) attestante il rispetto dei contenuti del relativo provvedimento.

L'attività di controllo sull'attività ambulatoriale è finalizzata a:

- *verifica della correttezza della compilazione delle ricette;*
- *accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'art. 38 della L.R. 30/2016;*
- *verificare il rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione, in particolare su determinate prestazioni individuate dalla Regione, con particolare attenzione alle branche critiche (es: radiologia, area cardiovascolare...);*
- *accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999 e dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017.*

TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

I controlli saranno effettuati su impegnativa cartacea o sul tracciato informatico della stessa, e riguarderanno:

- la verifica del rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione, in particolare su determinate prestazioni individuate dalla Regione e con specifica attenzione alle branche critiche (es: radiologia, area cardiovascolare...);

- la verifica dell'attribuzione della classe di priorità e del sospetto diagnostico al momento della prescrizione;
- accertare la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. 329 del 28 maggio 1999 e dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- verifica, su un campione di prestazioni appartenenti alle branche specialistiche comprese nell'allegato A della D.G.R.V. 600/2007 e 863/2011, della congruità tra quanto prescritto ed erogato, sulla base dell'analisi della documentazione clinica a disposizione;
- valutare eventuali criticità nella erogazione di prestazioni con successiva segnalazione al Tavolo di Monitoraggio Aziendale.

ESITO DEI CONTROLLI INTERNI

Qualora si evidenziasse un errore di codifica sistematico e ripetuto in più del 25% si procederà alla verifica della totalità della produzione con le medesime caratteristiche.

Le criticità emerse dai controlli saranno oggetto di confronto con i clinici di riferimento/referenti SDO nominati in ogni U.O..

In specifici casi (es: stranieri, solventi...) le modifiche apportate saranno comunicate alla Direzione Amministrativa di Ospedale per le relative ricadute economiche.

Qualora emergessero criticità nei controlli ambulatoriali, queste saranno segnalate al Tavolo di Monitoraggio Aziendale, oltre che al Direttore delle U.O. Attività Specialistiche ed al Direttore dell'U.O. che eroga la prestazione.

Le risultanze del processo valutativo verranno riportate in uno schema riassuntivo comprendente:

- identificativo della documentazione clinica controllata (numero SDO, numero impegnativa);
- tipologia di controllo (es. DRG complicato);
- esito (confermato/modificato) (appropriato /NON appropriato);
- breve descrizione delle eventuali modifiche apportate.

Le risultanze dei controlli effettuati saranno inviate a cura del N.A.C.:

- semestralmente al Nucleo Regionale di Controllo e alla U.O.C. Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda Zero, secondo le scadenze previste dalla D.G.R.V. n. 2022/18 e gli schemi riportati nel decreto 93/21:
 - controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di ottobre dello stesso anno;
 - controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di aprile dell'anno successivo.
 Gli esiti dei controlli saranno inoltre inseriti nelle tabelle del Portale Regionale.
- annualmente ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, al Direttore delle U.O. Attività Specialistiche e al Responsabile dell'Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione dell'ULSS 8 Berica.

FORMAZIONE

- ✓ L'esito delle correzioni delle SDO costituisce, di norma, oggetto di **confronto/verifica interni** con gli specialisti di riferimento, appositamente nominati in ogni Unità Operativa di degenza.
- ✓ Per particolari criticità saranno effettuati **audit interni** con le Unità Operative/Servizi interessati, con eventuali momenti di formazione specifica.
- ✓ Con l'Ufficio Formazione sarà inoltre organizzato per gli Specialisti, ed in modo particolare per i neo assunti, un **corso di formazione** in aula per illustrare le regole di codifica e l'appropriatezza del setting assistenziale ("*Linee Guida alla codifica SDO e Monitoraggio Obiettivi di Salute – ANNO 2022*").

Le criticità emerse durante i controlli sui ricoveri e sull'attività ambulatoriale (sia interni che esterni) saranno inoltre oggetto di confronto durante gli incontri plenari trimestrali del NAC.

PIANO ANNUALE CONTROLLI ESTERNI

Le Strutture Private Accreditate che erogano prestazioni attualmente insistenti nel territorio dell'A.U.L.SS n. 8 "Berica" sono:

- 1 Casa di Cura Eretenia
- 2 Casa di Cura Villa Berica
- 3 Casa di Cura Villa Margherita
- 4 Ecodiagnostica S.r.l Sede di Arzignano
- 5 Ecodiagnostica S.r.l Sede di Vicenza
- 6 C.D.V. Centro Diagnostico Veneto S.r.l.
- 7 C.M.S.R. Veneto Medica S.r.l.
- 8 C.T.R. di Gobbi Giovanna e C. S.n.c.
- 9 CEMES S.r.l. Sede di Vicenza
- 10 CEMES S.r.l. Sede di Camisano Vicentino
- 11 Centro Medico Riabilitativo San Marco
- 12 Centro Odontoiatrico in Ore Salus S.a.s.
- 13 Data Clinica S.r.l.
- 14 Fondazione M. Baschiroto
- 15 MI.RIA.M. S.r.l. Sede Arzignano
- 16 MI.RIA.M. S.r.l. Barbarano Mossano
- 17 O.T.I. Medica Vicenza S.r.l.
- 18 SE.FA.MO. S.r.l.
- 19 Studio ginecologico Ettore Busatta S.a.s.
- 20 Studio Professionale Dr. Cassin Enrico
- 21 Studio Professionale Dr. Londei Salvatore
- 22 Studio Radiologico San Lazzaro S.r.l.
- 23 Ortodont S.r.l.

ATTIVITÀ DI RICOVERO

I controlli esterni saranno effettuati sui ricoveri erogati ai propri assistiti da altre strutture pubbliche della Regione Veneto e sull'attività di ricovero delle Strutture Private Accreditate presenti nel territorio (sia verso i propri residenti che per i residenti in altre aziende).

Saranno oggetto di controllo le Aziende Pubbliche che registrano una maggiore mobilità passiva: A.U.L.SS n. 7 "Pedemontana"...

Qualora le Aziende di residenza richiedessero particolari approfondimenti su ricoveri di loro assistiti presso le Strutture Private Accreditate insistenti nel territorio dell'A.U.L.SS n. 8 "Berica" i ricoveri saranno inseriti nell'elenco dei controlli previsti per la struttura considerata.

Su richiesta, l'U.L.SS di residenza potrà partecipare in modo congiunto con il N.A.C. Berico ai controlli dei ricoveri dei propri residenti.

Analogamente si prevede che il N.A.C. dell'U.L.SS n. 8 "Berica" possa richiedere al N.A.C. di competenza eventuali approfondimenti sull'attività prodotta dalle aziende/strutture insistenti nel territorio.

Le Strutture Private Accreditate insistenti nel territorio dell'A.U.L.SS n. 8 "Berica" che effettuano ricoveri sono:

- 1 Casa di Cura Eretenia
- 2 Casa di Cura Villa Berica
- 3 Casa di Cura Villa Margherita

L'attività di controllo sui ricoveri si basa sulla valutazione della compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera annessa alla cartella clinica e la corrispondenza della stessa con quanto riportato nella documentazione presente in cartella.

Verranno perseguite le seguenti finalità, così come previsto dalla D.G.R.V. n. 2022/2018:

- *controllo dell'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero rispetto ad eventuali modalità alternative di assistenza;*
- *controllo della rispondenza tra quanto riportato sulla SDO e quanto documentato nella cartella clinica;*
- *controllo della correttezza della codifica ICD9-CM delle diagnosi e delle procedure utilizzate dai clinici e del rispetto delle Linee Guida Regionali per la codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera.*

L'attività di ricovero viene divisa in:

- Ricoveri ordinari e diurni in Unità Operative per acuti
- Ricoveri in Unità Operative di riabilitazione (cod. 28, 75, 56)
- Ricoveri in Unità Operative di psichiatria
- Ricoveri in Unità Operative di lungodegenza (cod. 60).

CAMPIONE

I controlli esterni saranno effettuati ai sensi della D.G.R.V. n. 2022/2018, e del Decreto 93/21 e successive integrazioni su almeno il 12.5% dei ricoveri di residenti nel territorio dell'U.L.SS. n. 8 "Berica" presso altre strutture pubbliche, e su almeno il 16.5% dell'intera produzione per ciascuna Struttura Privata Accreditata che insiste nell' U.L.SS. n. 8 "Berica". La tipologia e la quantificazione del campione esaminato saranno adeguate ad eventuali ulteriori indicazioni regionali, e comunque a variazioni dell'attività derivanti dall'emergenza COVID-19.

TIPOLOGIA DEI CONTROLLI (COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE)

Il campione oggetto di controllo sarà costituito da:

- **CAMPIONE MIRATO:** ricoveri afferenti all'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza:
 - Strutture Pubbliche: 2.5% dei ricoveri di residenti dell'ULSS 8 Berica in mobilità;
 - Strutture Private Accreditate: (2,5% + un controllo aggiuntivo dell'1.5%) 4% del prodotto totale dei ricoveri. Sarà inoltre acquisita la Relazione del N.A.C. interno alla struttura relativa all'analisi dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza prodotti dalla struttura stessa.
- **CAMPIONE CASUALE:**
 - Strutture Pubbliche: 10% dei ricoveri di residenti dell'ULSS 8 Berica in mobilità;

- Strutture Private Accreditate: (10% + un controllo aggiuntivo del 2.5%) 12,5% sul prodotto totale dei ricoveri.

Nel campione saranno ricompresi:

RICOVERI ORDINARI IN UU.OO. PER ACUTI:

Saranno oggetto di controllo:

- i ricoveri attribuiti ad un DRG complicato;
- i ricoveri urgenti;
- i ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza afferenti all'elenco dei 108 DRG ed in particolar modo:
 - i ricoveri attribuiti a D.R.G. chirurgici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), nel corso dei quali sia stata erogata un'unica prestazione contenuta nel Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 40 del 22 marzo 2012;
 - i ricoveri attribuiti a D.R.G. medici erogati in regime ordinario con degenza breve (0-2 notti), privi di procedure di cui al Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari n° 40 del 22 marzo 2012;
- la casistica di alcune UU.OO. o di particolari procedure, finalizzata all'analisi dell'appropriatezza del setting assistenziale ed alla rispondenza della codifica a quanto previsto nelle Linee Guida Regionali per la corretta codifica delle SDO;
- particolari ricoveri con DRG ad alto costo;
- ricoveri estratti casualmente;
- i ricoveri di pazienti Sars-Cov 2, qualora effettuati. Sarà inoltre acquisita la Relazione del N.A.C. interno alla struttura tenuto alla verifica della totalità (100%) dei ricoveri Covid-19 (decreto 93/21);
- ricoveri in alcune aree cliniche su particolari indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia Area Ospedaliera (NSG) / Piano Nazionale Esiti (PNE), quali:
 - particolari procedure chirurgiche (proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < a 3gg...);
 - area perinatale (% parti cesarei primari...);
 - rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in ricoveri ordinari.

RICOVERI DIURNI in UU.OO. PER ACUTI: la valutazione dell'attività di ricovero diurno è finalizzata al miglioramento del setting assistenziale di erogazione delle diverse procedure.

Saranno oggetto di controllo:

- 1) Ricoveri diurni attribuiti ad un DRG complicato;
- 2) Ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatazza, privi delle procedure di cui al Decreto 40/2012;
- 3) Ricoveri diurni effettuati per le prestazioni ricondotte anche a regime ambulatoriale.

RICOVERI in UNITA' OPERATIVE DI RIABILITAZIONE:

I controlli nelle unità operative (codici 28, 75, 56) presenti in Azienda saranno effettuati secondo quanto indicato nella

- D.G.R.V. 3913/2007 ad oggetto "*Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle U.O. di riabilitazione*" (progetto/programma, trattamento intensivo...)

- D.G.R.V. n. 94 del 31 gennaio 2012 ad oggetto “*Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): Indirizzi alle Aziende U.L.S.S. e Ospedaliere del Veneto e Protocollo di collaborazione per i disturbi del comportamento alimentare tra Centri pubblici e Case di cura convenzionate*” e successive modifiche e/o integrazioni (criteri appropriatezza riabilitazione nutrizionale);
- Decreto 93/2021 “*Linee Guida per le attività dei Nuclei aziendali di Controllo*” (indicazioni riabilitazione cardiologica, respiratoria...).

RICOVERI in UNITA' OPERATIVE DI LUNGODEGENZA:

I controlli relativi ai ricoveri nelle Unità Operative con codici 60 saranno effettuati secondo quanto indicato dalla D.G.R.V. n. 839 dell'8 aprile 2008 ad oggetto “*Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Lungodegenza (codice 60)*”.

RICOVERI in U.O. di PSICHIATRIA:

I controlli saranno mirati alla verifica della congruenza tra quanto riportato nella SDO e quanto contenuto nella cartella clinica e alla completezza della stessa, come previsto dalla D.G.R.V. 2022/2018.

ATTIVITA' AMBULATORIALE

CAMPIONE

La casistica sarà selezionata individuando principalmente le prestazioni erogate o concluse nelle giornate di rilevazione dei tempi di attesa (settimane Taps) con cadenza semestrale (almeno 5 giornate di rilevazione a semestre o sulla base di eventuali ulteriori indicazioni regionali), con particolare riferimento alle prestazioni traccianti.

Qualora la Struttura non produca prestazioni traccianti o le prestazioni erogate nel periodo indicato siano in numero esiguo, saranno selezionate anche altre prestazioni critiche a livello aziendale o numericamente significative.

Nel campione saranno ricomprese anche selezionate prestazioni in accorpamento ed eventuali altre prestazioni indicate dalla Regione:

- ✓ RMN in pazienti affetti da sclerosi multipla;
- ✓ RMN articolari in pazienti ≥ 65 anni;
- ✓ AngioTac coronarica.

Sarà richiesta la “*Relazione sulle caratteristiche delle apparecchiature per Risonanza Magnetica (RM) e Tomografia Computerizzata (TC) necessarie per eseguire in maniera ottimale le prestazioni di branca 69 Radiologia Diagnostica da nomenclatore tariffario*” (D.G.R.V. 110/20) attestante il rispetto dei contenuti del relativo provvedimento.

I controlli hanno l'obiettivo di verificare, mediante l'analisi della prescrizione specialistica e relativa documentazione sanitaria:

- *la correttezza della compilazione delle impegnative;*
- *l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'art. 38 della L.R. 30/16;*

- *l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritizzazione, in particolare su determinate prestazioni individuate dalla Regione, con particolare attenzione alle branche critiche (es: radiologia, area cardiovascolare...);*
- *la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e della corretta erogazione delle stesse prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. n. 329 del 28 maggio 1999 e dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017.*

TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

I controlli riguarderanno:

- a) verifica su un campione di prestazioni appartenenti all'allegato A della DRG 859/2011, della congruità tra quanto prescritto e quanto erogato, sulla base dell'analisi della relativa documentazione clinica, referti, cartella ambulatoriale;
- b) verifica della presenza del sospetto diagnostico al momento della prescrizione e attribuzione sistematica della classe di priorità;
- c) verifica su un campione di ricette della corretta indicazione delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e della corretta erogazione delle stesse prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. n. 329 del 28 maggio 1999 e dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- d) verifica del rispetto dei protocolli in tema di prioritizzazione, in particolare su determinate prestazioni individuate dalla Regione.

STRUTTURE ex art. 26 L. 833/78

Le Strutture ex art. 26 L. 833/78 che erogano prestazioni attualmente insistenti nel territorio dell' A.U.L.SS n. 8 "Berica" sono:

1. Associazione La Nostra Famiglia Vicenza
2. Suore Maestre di Santa Dorotea Figlie dei Sacri Cuori - Villa Maria - Monticello Conte Otto (VI)
3. Centro Archimede A.S.S.P. ONLUS - Torri di Quartesolo (VI).

I controlli riguarderanno prestazioni effettuate/concluse in una settimana campione con cadenza semestrale, tenuto conto delle prestazioni prodotte ed eventuali ulteriori indicazioni regionali.

I controlli hanno l'obiettivo di verificare, mediante l'analisi della documentazione sanitaria, l'erogazione dell'attività riabilitativa dei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione ed i Presidi di Riabilitazione Funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche psichiche e sensoriali ex articolo 26 L. 833 del 78.

In modo particolare, come indicato nel decreto 93/21, è prevista la verifica:

1. della presenza della cartella ambulatoriale;
2. della presenza dell'impegnativa del medico prescrittore con riportate le prestazioni da erogare;
3. della corrispondenza delle prestazioni prescritte, erogate e scaricate nel flusso informatico.

MODALITA' OPERATIVE DEI CONTROLLI ESTERNI

L'erogatore oggetto del controllo riceverà comunicazione scritta almeno 15 giorni prima della data prefissata, con allegato l'elenco delle SDO/prestazioni specialistiche oggetto della verifica, come previsto dalla normativa vigente.

Al momento del controllo dovranno essere presenti almeno un rappresentante della struttura controllata e due componenti del N.A.C. dell'Azienda U.L.SS..

Per particolari casistiche, il N.A.C. potrà coinvolgere nei controlli "professionisti esperti" all'uopo incaricati.

VERBALI DI CONTROLLO

Ad ogni controllo esterno sarà steso verbale cartaceo che riporti i seguenti dati essenziali:

- identificativo della documentazione clinica controllata (numero SDO, numero impegnativa);
- tipologia di controllo (es. DRG complicato);
- esito del controllo (confermato/modificato/accordo non raggiunto) (appropriato/NON appropriato);
- breve descrizione delle eventuali modifiche apportate o eventuali note.

In caso di controllo effettuato in modo congiunto a rappresentanti di altra A.U.L.SS su ricoveri riferiti a loro residenti, verrà redatto distinto verbale.

Il verbale redatto in duplice copia sarà sottoscritto da entrambe le parti.

Al verbale sarà allegato un prospetto riassuntivo delle SDO oggetto di controllo (decreto 93/21).

La sottoscrizione del verbale comporta l'accettazione di tutti gli esiti registrati sullo stesso.

Nel verbale saranno individuate in modo chiaro ed esplicito le prestazioni per le quali non sia stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo.

Se necessario, sarà acquisita la documentazione utile per la trasmissione dell'idonea istruttoria necessaria alla valutazione del caso da parte del Nucleo Regionale di Controllo.

Qualora emergessero criticità, saranno segnalate al Tavolo di Monitoraggio Aziendale e al Direttore delle Attività Specialistiche.

Il verbale sarà inviato al Coordinatore N.A.C. che lo trasmetterà ai Servizi Amministrativi interessati:

- UFFICIO Privati Accreditati per l'applicazione delle ricadute economiche di cui alla D.G.R.V. n. 2022/18 e la regolazione degli aspetti finanziari con le strutture private accreditate;

- Direzione Amministrativa Territoriale per l'applicazione delle ricadute economiche di cui alla D.G.R.V. n. 2022/18 e la regolazione degli aspetti finanziari con le strutture ex art. 26 L. 833/78;

- Ufficio Mobilità per l'applicazione delle ricadute economiche e la regolazione degli aspetti finanziari con le strutture pubbliche (per i controlli effettuati sulle e dalle strutture pubbliche);

- Uffici/Organi competenti per eventuali segnalazioni di criticità riscontrate durante i controlli;

- Nucleo Regionale di Controllo per eventuali contestazioni in esito ai rilievi effettuati dal N.A.C.: a tal fine il verbale sottoscritto in occasione del controllo sarà accompagnato da idonea istruttoria utile alla valutazione del caso oggetto di contestazione.

Le risultanze dei controlli effettuati saranno inviate a cura del N.A.C.:

- semestralmente al Nucleo Regionale di Controllo ed alla U.O.C. Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda Zero, secondo le scadenze previste dalla D.G.R.V. n. 2022/2018 e gli schemi riportati nel decreto 93/21 :

- controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di ottobre dello stesso anno;
 - controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di aprile dell'anno successivo.
- Gli esiti dei controlli saranno inoltre inseriti nelle tabelle del Portale Regionale.

- annualmente all'Azienda di residenza dei pazienti FUORI U.L.S.S. ricoverati presso le Case di Cure Private Accreditate, la cui SDO sia stata oggetto di controllo, ai Direttori Medici, al Direttore dell'U.O. Attività Specialistiche ed al Responsabile dell'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione dell'A.U.L.S.S n. 8 "Berica".

CONTROLLI LISTE D'ATTESA

(allegato O D.G.R.V. 2174/2016 - D.G.R.V. 1191/2016 - Decreto 93/21)

RICOVERI

La vigilanza sull'attività del responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione, sarà effettuata, come previsto dal Decreto 93/21, mediante l'acquisizione di Relazione Annuale del Responsabile dei Registri (sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate) con descrizione di quanto effettuato in relazione a :

- ✓ qualità dei dati contenuti nei Registri (appropriatezza classi di priorità/ percorsi assistenziali/ rispetto dei tempi);
- ✓ monitoraggio/formalizzazione della procedura di gestione dei Registri.

Su casistiche mirate sarà inoltre effettuato:

- 1) analisi dei flussi, dei tempi di attesa dei ricoveri programmati rispetto alle classi di priorità assegnate secondo le indicazioni regionali;
- 2) verifica a campione, con visione della documentazione clinica, dei ricoveri programmati con tempi d'attesa incongrui rispetto alla priorità assegnata (data di prenotazione, classe di priorità, presenza della ricetta del MMG se il ricovero origina da visita non istituzionale).
- 3) trasmissione di eventuali criticità emerse al Tavolo di Monitoraggio Aziendale;

AMBULATORIALE

In modo analogo, la verifica del governo del rispetto dei tempi di attesa sarà effettuata mediante l'acquisizione della Relazione Annuale del CUP Manager, volta ad accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni (art 38 L30/2016), mediante:

- 1) controllo periodico del rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011 ed analisi delle criticità;
- 2) monitoraggio del sistema delle agende di prenotazione nell'ambito del CUP Aziendale, con particolare attenzione all'integrazione tra pubblico e privato accreditato;
- 3) rilevazione di eventuali criticità nella erogazione di prestazioni e trasmissione al Tavolo di Monitoraggio Aziendale.

PIANI TERAPEUTICI

Come previsto dalla DGR 904/2019 *“La prescrizione dei farmaci per il trattamento dell'infertilità maschile e femminile è soggetta alla nota AIFA n 74 che limita l'impiego a carico del SSN a specifiche indicazioni terapeutiche e che prevede l'utilizzo da parte delle strutture autorizzate (pubbliche, private accreditate e private) di un Piano Terapeutico specialistico.....”*

Rimane in capo ai Servizi Farmaceutici Territoriali delle Aziende Sanitarie, di concerto con il Nucleo Aziendale di Controllo nelle fattispecie previste, l'attività periodica di controllo sui Piani Terapeutici, al fine della verifica del rispetto delle regole di prescrivibilità ed appropriatezza del trattamento con i farmaci in nota AIFA 74.

A tal fine sarà acquisita la Relazione Annuale del Servizio Farmaceutico relativa all'attività svolta in riferimento al controllo sulla prescrizione dei farmaci soggetti alla nota AIFA n. 74.

Sarà inoltre effettuato un controllo congiunto NAC - Servizio Farmaceutico su un campione (percentuale pari almeno al 10%) dei PT pervenuti al Servizio Farmaceutico (PT pervenuti sia dagli istituti pubblici che privati autorizzati), seguendo la check list fornita da Azienda Zero.

Attualmente presso l'ULSS 8 Berica sono autorizzati solamente Centri Privati e pertanto le Liste d' Attesa, non saranno oggetto di controllo.

TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

L'allegato O della DGR 2174/2016 prevede che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza certifichi il buon funzionamento dei processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'allegato A alla DGR n. 863 del 21 giugno 2011, con particolare riferimento al monitoraggio della messa in atto delle misure richiamate dal Piano Nazionale Anticorruzione:

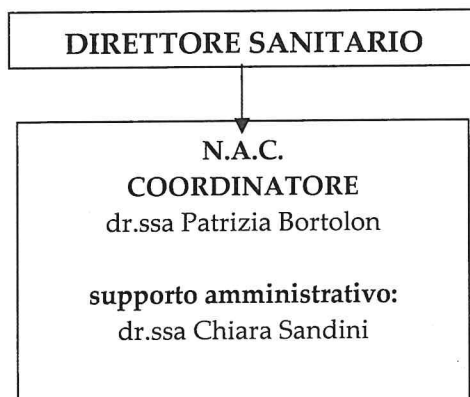
- informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale;
- unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, etc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza trasmetterà al NAC relazione annuale attestante l'attività svolta.

NUCLEO AZIENDALE DI CONTROLLO (N.A.C.)
A.U.L.SS n. 8 "BERICA"

COMPOSIZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

In attuazione di quanto previsto nell'Atto Aziendale (del D.G. 79, 80, 81 del 18/01/2018) si descrive di seguito l'organigramma del Nucleo Aziendale di Controllo dell'A.U.L.SS n. 8 "Berica":



Fanno parte del Nucleo Aziendale di Controllo i seguenti specialisti operanti presso altre Unità Operative e/o Servizi dell'Azienda:

Controlli sull'attività di ricovero ed ambulatoriale

- dr. **Massimiliano Colucci** (Dirigente Medico presso la Direzione Medica Ospedaliera del Distretto);
- dr.ssa **Maria Paola Zanon** (Dirigente Medico presso la Direzione Medica Ospedaliera del Distretto Est);
- dr.ssa **Sofia Zanovello** (Dirigente Medico presso la Direzione Medica Ospedaliera del Distretto Ovest);
- dr. **Ernesto Zanetel** (Dirigente Medico presso la Direzione Medica Ospedaliera del Distretto Ovest);
- dr.ssa **Chiara Sguotti** (Dirigente Medico presso Cure Primarie Distretto Est);
- sig.ra **Maria Stefania Franco** (Coordinatore presso la Direzione Medica - Arzignano);
- sig.ra **Michela Fabris** (Coordinatore del C.U.P. Distretto Est);
- sig.ra **Sabrina Brusafferro** (Coordinatore presso la Direzione Medica - Arzignano);
- sig.ra **Michela Bisson** (Coordinatore presso la Direzione Medica - Noventa Vicentina).
- dr.ssa **Doriana Maddalena** (Funzionario amministrativo presso la Direzione Medica - Vicenza);

controlli sul rispetto dei tempi d'attesa dei ricoveri programmati:

- dr.ssa **Romina Cazzaro** (Direttore Medico Distretto Est);
- dr.ssa **Alessandra Zenere** (Direttore Medico ff. Distretto Ovest);

controlli sul rispetto dei tempi d'attesa dell'attività specialistica:

- sig.ra **Rosa Cangialosi** (Funzionario amministrativo presso la Direzione Medica- Arzignano)
- dr.ssa **Alessia Soattin** (Responsabile Ufficio - CUP Manager di Direzione Amministrativa di Ospedale)

- dr.ssa **Mariuccia Lorenzi** (Responsabile Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione)
- dr.ssa **Anna Michela Menti** (Dirigente presso il Servizio Farmaceutico Territoriale)

La suddivisione dei controlli aziendali in “macroaree” non è da considerarsi esclusiva e pertanto i diversi componenti, nell’ambito delle proprie professionalità, potranno essere coinvolti nelle diverse tipologie di controllo previste dalla normativa vigente.

Al fine di ottemperare ai controlli previsti dalla D.G.R.V. 2022/2018, considerato le molteplici professionalità coinvolte nei diversi ambiti dei controlli, si individuano i seguenti Referenti di Area:

1) CONTROLLI SU ATTIVITA’ DI RICOVERO:

- dr. **Ernesto Zanetel** (Dirigente Medico presso la Direzione Medica - Distretto Ovest);
- sig.ra **Maria Stefania Franco** (Coordinatore presso la Direzione Medica - Arzignano);
- dr.ssa **Doriana Maddalena** (Funzionario amministrativo - Direzione Medica - Vicenza);

2) CONTROLLI SU ATTIVITA’ AMBULATORIALE:

- dr. **Massimiliano Colucci** (Dirigente Medico presso la Direzione Medica - Distretto Est);
- sig.ra **Michela Fabris** (Coordinatore C.U.P. - Distretto Est);
- dr. **Scalchi Giampietro** (Funzionario amministrativo, Referente CUP – Distretto Ovest)

I referenti di area supporteranno il Coordinatore del N.A.C. per lo svolgimento delle seguenti attività:

- predisporre il “Piano annuale dei controlli”, declinando le tipologie di controllo che verranno effettuate nel corso dell’anno;
 - pianificare ed organizzare, con la collaborazione dei professionisti di settore sopra elencati, i controlli previsti dalla normativa vigente;
 - garantire l’effettuazione dei controlli previsti dalla normativa Regionale;
 - relazionare periodicamente al Coordinatore N.A.C., segnalando eventuali criticità emerse;
 - redigere entro i tempi previsti relazione riportante l’esito dei risultati dei controlli del primo e del secondo semestre.
- Si individuano inoltre la dott.ssa **Romina Cazzaro**, Direttore Medico Distretto Est, e dr.ssa **Alessia Soattin**, CUP Manager Aziendale, quali incaricate referenti dell’applicazione nell’Azienda U.L.SS. n. 8 “Berica” della D.G.R.V. 1191/2016 (verifica della corretta gestione delle liste d’attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità) e dell’allegato O della D.G.R.V. n. 2174 del 23/12/2016 (controlli sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni previste dalla D.G.R.V. 863/2011).
- **Responsabile Prevenzione, Corruzione e Trasparenza dell’Azienda U.L.SS n. 8 “Berica”:** dr.ssa **Lorenzi Mariuccia**, referente del monitoraggio della messa in atto delle misure richiamate dal Piano Nazionale Anticorruzione (delibera ANAC 831/2016).
- Fungeranno da **supporto** per il N.A.C., con sede presso l’Ospedale “S. Bortolo” di Vicenza:
- **Il Controllo di Gestione e l’Ufficio Privati Accreditati-**: che saranno incaricati di:
 - estrarre la casistica da controllare su indicazioni del Referente di Area,
 - elaborare/predisporre report periodici;
 - elaborare periodicamente report di monitoraggio sui tempi di attesa;
 - **L’Ufficio Mobilità, la Direzione Amministrativa di Ospedale e l’Ufficio Privati Accreditati**, che dovranno dar seguito alle correzioni poste in essere dal N.A.C. rispettivamente verso le strutture pubbliche i primi e verso le strutture Private Accreditate il secondo;
 - **Direttori/Specialisti di Settore/referenti SDO** che saranno di volta in volta incaricati per coadiuvare il N.A.C. per controlli su particolari e/o specifici argomenti.

Tutto il personale del NAC, ognuno per quanto di competenza, assicura attenzione ai diritti ed alla privacy del malato, alle leggi che regolano il sistema dei controlli e delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza (decreto 93/2021).

I componenti sono altresì tenuti al segreto d’ufficio in relazione alle attività svolte, alle informazioni di cui vengano a conoscenza (art 13 riservatezza); sono responsabili della protezione della privacy dei malati (art 14 tutela della privacy); sono tenuti al rispetto delle indicazioni operative del dipendente e collaboratori in materia di privacy (D.Lgs. 196/2003).