

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0098522 del 23/11/2016 - 09:14



Autorità Nazionale Anticorruzione

Area Vigilanza

Dr.ssa Nicoletta Torchio

E.p.c. Commissario ad Acta per il piano di rientro della Regione Campania

Dr. Joseph Polimeni

Sub Commissario ad acta per il piano di rientro della Regione Campania

Dr. Claudio D'Amario

Responsabile Prevenzione della Corruzione Regione Campania

Dr.ssa Giovanna Paolantonio

Direttore Generale D.G. 04 Regione Campania

Dr. Antonio Postiglione

Oggetto: II Relazione analisi processo organizzativo area a rischio rapporto con gli accreditati (codice procedura ANAC 0067747)

Ad integrazione della relazione trasmessa l'8 giugno 2016 prot. n° 51359, qui di seguito si relaziona sulle azioni messe in campo secondo le sequenze individuate nelle risposte al questionario elaborato da codesta ANAC:

- Si è intervenuti fortemente sull'area di criticità (liste di attesa e limiti di spesa per strutture accreditate di riabilitazione etc.) per quelle linee prestazionali ad alto impatto di disagio da parte dei cittadini:
 - Delibera n°279 del 3/5/2016 (**allegato n°1**) Istituzione delle Unità di Valutazione Bisogno Riabilitativo Territoriale;
 - Il fabbisogno assistenziale verrà riprogrammato sulla base di profili di complessità delle cure differenziando il budget e le liste di attesa per livelli di complessità, tale rimodulazione garantirà un adeguato livello assistenziale nei 12 mesi per patologie ad alto livello assistenziale ed un adeguato controllo e monitoraggio sull'appropriatezza delle prestazioni riabilitative (DCA 89/2017), consentendo per patologie ad alto livello di complessità la disponibilità del budget, che non potrà essere utilizzato per prestazioni a

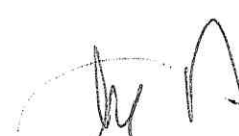
basso livello assistenziale. Inoltre per tale fattispecie di prestazione, l'Azienda, in prima fase, attiverà una propria offerta interna.

- E' stato costituito un gruppo di lavoro " Liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica " con la finalità di verificare le modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica ed all'individuazione di soluzioni utili al superamento delle criticità eventualmente identificate, all'utilizzo di uno strumento informatico di evidenza, in tempo reale della domanda dell'offerta e dei relativi tempi di attesa, oltre alla valutazione mensile della performance di struttura, (nota n° 60276 del 6/07/2016 **allegato n° 2 e 2 bis**), con l'obiettivo inoltre di definire uno specifico programma collegato al sistema incentivante per i responsabili delle aree professionali coinvolte;
- E' stato assegnato al Coordinatore Nucleo Operativo Controllo (N.O.C.), con numerose note tra cui la nota n° 93378 del 8 novembre 2016 con oggetto "Tetti di spesa per gli erogatori privati anno 2016/2017 (**allegato n°3**), il mandato di monitorare costantemente con report mensili il rispetto delle disposizioni regionali ed aziendali delle diverse strutture aziendali coinvolte;
- Si stanno effettuando controlli a tappeto sul mantenimento dei requisiti in corso di accreditamento su tutti gli accreditati del territorio di competenza a carico del Direttore di Dipartimento e dei distretti sanitari. Gli Stessi presenteranno report dell'esito dei controlli entro il 15 gennaio 2017. (Relazione a cura del Direttore Dipartimento di Prevenzione **allegato n° 4**). **Detta verifica è propedeutica all'accREDITAMENTO definitivo da parte della R.C..**
- Il Dipartimento di Prevenzione segue precisa procedura per la gestione cronologica dei controlli (**allegato n°4/BIS**);
- Il 15 novembre 2016 si è tenuta la prima riunione per la valutazione, da parte di tutti gli attori del processo, del manuale operativo "analisi sequenze processo organizzativo AccREDITAMENTO" per l'individuazione di azioni anche ai fini della Prevenzione della Corruzione. (si allega prima stesura **allegato n° 5**). Il manuale prevedrà nella stesura finale tutte le corrette azioni per ogni sequenza organizzativa del processo "rapporto con accreditati", il documento condiviso anche con la regione Campania sarà adottato con atto formale; il manuale è lo strumento principale ai fini della individuazione di "anticorpi" necessari per contrastare azioni corruttive o di malagestio nell'area ad alto rischio "rapporti con gli accreditati". Sarà nostra cura trasmettere la versione in progress del documento.

- La Regione Campania pubblica sul Bollettino Ufficiale le delibere di accreditamento definitivo per le strutture accreditate del territorio dell'Asl Napoli 3 sud, tutti gli atti sono visibili anche sul sito istituzionale link "Amministrazione trasparente "strutture accreditate";
- Si allega relazione del direttore UOC Affari Legali sulle modalità di recupero dei doppi incassi ed adeguamenti tariffari (**allegato N° 6**);
- Si allega la nota n° 57064 del 24 giugno 2016, trasmessa al Commissario ad acta per il piano di rientro della R.C., sulla valutazione dell'opportunità della permanenza in rapporto di accreditamento al SSN per quegli accreditati che hanno procedure di recupero per doppie riscossioni, adeguamenti tariffari non dovuti, piani di ammortamento etc. (**allegato n° 7**). Si allega riscontro del Commissario ad acta del 2 novembre 2016 alla nota succitata (**allegato n° 8**);
- L'Adozione dell'Atto Aziendale, con delibera n° 140 del 30 settembre 2016 ha permesso finalmente di individuare una risposta organizzativa all'esigenza di riorganizzare tutto il sistema dei controlli (*estratto Atto aziendale Titolo 6° "Il **Sistema integrato dei Controlli**"*) azione prevista nel Piano della Prevenzione della Corruzione anno 2016 adottato con delibera n° 52 del 29 gennaio 2016 (**Allegato n° 9**);
- Si Allega inoltre delibera **Rotazione** degli incarichi dei Direttori dei Distretti (Delibera n°20 del 08/08/2016 **Allegato n° 10**) **A decorrere** dal 1° settembre sono stati assegnati i nuovi incarichi di direttori di distretto;
- Per quanto riguarda il monitoraggio sul rispetto da parte degli accreditati dell'art.41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i. (obblighi di pubblicazione sui siti degli accreditati) questa Azienda ha trasmesso richiesta al Commissario ad acta che a buon fine si allega (**allegato n° 11**).

E' inoltre necessario sottolineare quali siano le attività di controllo sulle strutture di ricovero (pubbliche e private), analisi necessarie per individuare ulteriori azioni di miglioramento nell'offerta dei servizi.

- Le attività di controllo dei ricoveri implementate presso l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud sono state nel tempo realizzate ed attuate creando una rete di controllori che, applicando quanto previsto dalla normativa in materia, mirano ad abbattere le quote di inappropriatazza al fine di rendere la struttura controllata erogatrice di prestazioni appropriate nell'interesse e nella sicurezza del paziente e consentono alla Azienda l'acquisto solo di prestazioni soddisfacenti i requisiti LEA.



Il sistema di controllo applicato per l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero è :

- Ogni distretto territorialmente competente provvede al controllo dell'attività di ricovero delle strutture accreditate (case di cura) e a gestione diretta (presidi ospedalieri);
- I controlli sono effettuati secondo i criteri delle linee guida regionali;
- Il campione da verificare è estratto tramite procedura informatica il cui server e la cui gestione è di competenza SoReSa;
- Le verifiche effettuate sono registrate sulla procedura informatica di cui al punto precedente e riscontrabili sia dagli organismi regionali deputati ad hoc che dalla nostra Azienda per opportuna diffusione.
- Si sta valutando di concerto con la struttura commissariale della R.C. , la possibilità di effettuare la verifica di inappropriata non a campione, in modo da recuperare periodicamente la percentuale sul budget ed implementare la disponibilità dello stesso.

➤ **Il sistema dei controlli sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero si pone i seguenti obiettivi :**

- ❖ ridurre le quote di inappropriata organizzativa migliorando il corretto utilizzo dell'ospedale, rilevando i ricoveri impropri rispetto all'alternativa di altri regimi assistenziali (day hospital medico e chirurgico, ambulatorio);
- ❖ migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- ❖ promuovere la qualità della compilazione della cartella clinica;
- ❖ valutare gli sviluppi delle azioni correttive intraprese;
- ❖ individuare i fenomeni opportunistici correlati alla manipolazione del sistema DRG attraverso la frammentazione delle cure tramite ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la non corretta compilazione e codifica della scheda di dimissione ospedaliera.

Metodologia

Il sistema dei controlli dell'attività di ricovero è basato su due livelli che avvengono necessariamente in sequenza :

1. **monitoraggio dell'attività ospedaliera**, attraverso l'analisi dei dati contenuti negli archivi informatici relativi alle dimissioni ospedaliere. Questo primo livello di controllo produce le informazioni necessarie per l'attivazione dei successivi livelli di controllo attraverso la valutazione di specifici indicatori e dei relativi valori di riferimento regionali e consente l'eventuale individuazione di così detti obiettivi locali da applicare (campioni mirati per quella struttura dopo l'evidenza di frequenze anomale di parametri valutati)

2. **I controlli di qualità e di appropriatezza**, eseguiti attraverso le verifiche delle cartelle cliniche su base campionaria (mirata e random), il controllo delle cartelle cliniche richiede preliminarmente che siano effettuati i controlli di "congruità" che hanno l'obiettivo di verificare che siano rispettati i criteri per la corretta compilazione delle SDO e che l'iter diagnostico-terapeutico seguito nel corso del ricovero sia fedelmente descritto attraverso l'uso di codici appropriati di diagnosi e procedure contenuti nella classificazione ICD-9-CM. La codifica delle variabili cliniche (in particolar modo delle diagnosi) e l'ordine con cui esse sono riportate sulla SDO determinano l'attribuzione dei DRG e la relativa tariffa, è del tutto evidente che i controlli di congruità hanno previsto anche valutazioni sulla corretta codifica. La valutazione della cartella clinica consente di rilevare l'iter diagnostico terapeutico che ha caratterizzato il ricovero verificando la fedeltà e l'accuratezza della compilazione e codifica delle relative SDO.

Il controllo sulle cartelle cliniche è orientato verso due obiettivi specifici, in particolare:

- ✚ **valutare** la correttezza della compilazione della scheda di dimissione, ossia il grado di corrispondenza tra le patologie trattate e le prestazioni erogate durante il percorso assistenziale evincibili dalla documentazione clinica (cartella clinica, registro di sala operatoria, referti, etc) e quanto registrato e codificato sulla SDO;
- ✚ **accertare** l'eventuale presenza ed entità di fenomeni che indicano comportamenti opportunistici da parte degli istituti di ricovero.

Da quanto esposto si può evincere che il sistema dei controlli è basato su criteri di assoluta trasparenza essendo definiti a priori:

- i criteri di controllo;
- gli indicatori e i valori di riferimento utilizzati;
- l'elaborazione tramite software del campione da controllare;
- la visibilità e diffusione delle informazioni sui risultati conseguiti.

Si rimane a disposizione

Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Dr.ssa Angela Improta



DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Antonietta Costantini

