

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1178 DEL 02/07/2026

O G G E T T O

N.A.C. (NUCLEO AZIENDALE DI CONTROLLO) PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI - AZIENDA ULSS N. 8 BERICA E AGGIORNAMENTO DEI COMPONENTI - ANNO 2026. PRESA D'ATTO.

Proponente: DIRETTORE SANITARIO

Anno Proposta: 2026

Numero Proposta: 1266/26

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

“La Regione Veneto, con DGRV n. 2022 del 28 dicembre 2018 avente ad oggetto: “Aggiornamento del sistema dei controlli dell’attività sanitaria della Regione Veneto”, 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”, e Decreto n. 3 del 12 gennaio 2023 del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria, con il quale si approva il documento “Accordi contrattuali: aspetti inerenti i controlli dell’attività sanitaria”, 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 a carico di 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 ULSS n. 8 Berica per l’anno 2026”, e ad inserirlo nel Portale Regionale in data 31.03.2026.

Sul Piano di cui al capoverso precedente, il Nucleo Regionale di Controllo ha espresso parere positivo con nota del 22 aprile 2026, acquisita agli atti con prot. n. 234983/26.

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.

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

Per tutto quanto suindicato e che qui si intende integralmente richiamato:

1. di prendere atto del “Piano Annuale dei controlli sanitari interni ed esterni - Azienda ULSS n. 8 Berica - anno 2026”, allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
2. di demandare al Coordinatore del N.A.C., o suo delegato, i seguiti di competenza;
3. 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. Roberto Opizzi)

Il Direttore Sanitario
(parere non richiesto)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Leopoldo Ciato)

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Peter Assembergs)

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

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI

AZIENDA U.L.SS. n. 8 “BERICA”

PIANO ANNUALE
DEI CONTROLLI
INTERNI ED ESTERNI

ai sensi
D.G.R.V. n. 2022/2018
Decreto Area San.Soc. 93/2021
Decreto Area San.Soc. 3/2023
ANNO 2026

Data stesura	Marzo 2026	
Redatto da Componenti N.A.C.	Coordinatore N.A.C. Dr.ssa Patrizia Bortolon CUP Manager Dr.ssa Alessia Soattin	F.to F.to
Approvato da	Direttore Sanitario Dr. Alberto Rigo	F.to

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 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 caricato nel Portale Regionale nei tempi e nei modi previsti dalla normativa.

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 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 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, dai Decreto 93/21, Decreto 3/23, interesserà almeno il 12.5% dei ricoveri di pazienti dimessi per l'intera Azienda U.L.SS. n. 8 "Berica" nell'anno. All'interno di tale percentuale, saranno controllate le diverse tipologie di ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza, anche per mezzo di strumenti digitali, 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 comunque adeguate alle indicazioni regionali (decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria nr. 39/24)

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 inappropriatezza (D.G.R.V. 4277/09 – elenco 6A del DM LEA 12/01/2017 e Decreto n. 39/24 -Approvazione del documento 'Verifica dei DGR ad alto rischio di inappropriatezza'). Saranno oggetto di controllo le diverse tipologie di DRG a rischio come previsto dal decreto 39/24 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 e nel DM 2010 (es: parti cesarei...DH diagnostico...).

- **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° 95/2022;
- 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° 95/2022;
- 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 / Tracheotomie....).

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...);
 - ✓ rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in ricoveri ordinari;
 - ✓ area cardiovascolare: mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco, mortalità a 30 giorni per ictus...
- i ricoveri di pazienti affetti da SARS COV-2 (decreto 93/21 e decreto 3/23). Tali controlli sono da considerarsi aggiuntivi ai ricoveri Covid eventualmente già estratti nel campione per altre motivazioni;
- tutte le dimissioni per interventi di chirurgia senologica per patologia maligna per la valutazione dell'appropriatezza del percorso (presa in carico dalla BREST) - D.G.R.V. n. 1708 /2022,
- ricoveri per artrodesi, da considerarsi aggiuntivi se non già estratti nel campione (decreto della Direzione Programmazione Sanitaria nr. 43/24).

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 in modo particolare:

- 1) ricoveri diurni attribuiti ad un DRG complicato;

- 2) ricoveri diurni ad elevato rischio di inappropriatelyzza privi delle procedure di cui al Decreto 95/2022;
- 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: n. 685 del 18/06/24 ad oggetto "*Definizione dei criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riabilitativi (codice 56, codice 28 e codice 75). Modifiche ed integrazioni alla DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007 e ss.mm.ii.*" (SDOr).

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 tra le prestazioni erogate o concluse in una settimana indice del 1^ semestre ed una settimana indice del 2^ semestre (almeno 5 giornate di rilevazione a semestre o sulla base di eventuali ulteriori indicazioni regionali), con particolare riferimento alle prestazioni traccianti (D.G.R.V. 626 del 4.6.2024 (allegato a1). 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 articolari in pazienti ≥ 65 anni;
- ✓ AngioTac coronarica.

Saranno inoltre oggetto di controllo le RMN effettuate in pazienti affetti da sclerosi multipla secondo i criteri previsti dal Decreto n. 46 del 28/03/22 "*Approvazione Linee guida per l'appropriatezza erogativa di prestazioni di Risonanza Magnetica a pazienti affetti da Sclerosi Multipla: controlli dei Nuclei Aziendali di Controllo*"

Per le nuove apparecchiature attivate durante l'anno 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 e D.G.R.V. 109/23) 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, per particolari prestazioni in 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 dell'attribuzione della classe di priorità e del sospetto diagnostico al momento della prescrizione;
- 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;
- la verifica della congruità tra quanto prescritto ed erogato, sulla base dell'analisi della documentazione clinica a disposizione;
- la valutazione di 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, e/o al Direttore della Macrostruttura cui afferisce l'U.O. che eroga/prescrive 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 comunicate a cura del N.A.C.:

- semestralmente al Nucleo Regionale di Controllo mediante inserimento degli esiti nel Portale Regionale, secondo le scadenze previste dalla D.G.R.V. n. 2022/18 e gli schemi riportati nel decreto 93/21 e decreto 3/23:
 - 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.
- 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 e referenti SDO, un **corso di formazione** in aula per illustrare le regole di codifica e l'appropriatezza del setting assistenziale .
- ✓ 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 periodici 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 | C.D.V. Centro Diagnostico Veneto Srl |
| 5 | C.M.S.R. Veneto Medica Srl |
| 6 | C.T.R. di Gobbi Giovanna e C. Snc |
| 7 | CEMES Srl Sede di Vicena |
| 8 | CEMES Srl Sede di Camisano Vicentino |
| 9 | Centro Medico Fisioterapico IGEA Srl |
| 10 | Centro Medico Riabilitativo San Marco |
| 11 | Centro Medico Riabilitativo CAMISANO Srl |
| 12 | Centro Odontoiatrico IN ORE SALUS Sas |
| 13 | Data Clinica Srl |
| 14 | ECODIAGNOSTICA Srl - Sede di Arzignano |
| 15 | ECODIAGNOSTICA Srl - Sede di Vicenza |
| 16 | Fondazione M. Baschirotto |
| 17 | MI.RIA.M. Srl - Sede di Arzignano |
| 18 | MI.RIA.M. Srl - Sede di Barbarano Mossano |
| 19 | O.T.I. Medica Vicenza Srl |
| 20 | Ortodont Srl |
| 21 | SE.FA.MO. Srl |
| 22 | Studio ginecologico Ettore Busatta Sas |
| 23 | Studio Radiologico San Lazzaro Srl |

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 (es.: 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 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 ricoveri di residenti nel territorio dell'U.L.SS. n. 8 "Berica" presso altre strutture pubbliche, e 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.

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 inappropriatezza:
 - 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.
- **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 inappropriatelyzza 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° 95/2023;
 - 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° 95/2023;
- 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;
- prestazioni LEA;
- ricoveri estratti casualmente;
- i ricoveri di pazienti Sars-Cov 2, qualora effettuati;
- ricoveri in alcune aree cliniche su particolari indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia Area Ospedaliera (NSG) / Piano Nazionale Esiti (PNE), quali:
 - rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in ricoveri ordinari;
 - particolari casistiche: artrodesi....

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 inappropriatelyzza, privi delle procedure di cui al Decreto 95/2023;
- 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: n. 685 del 18/06/24 ad oggetto "*Definizione dei criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riabilitativi (codice 56, codice 28 e codice 75). Modifiche ed integrazioni alla DGR n. 3913 del 04 dicembre 2007 e ss.mm.ii.*" (SDOr).

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 principalmente tra le prestazioni erogate o concluse nella settimana indice del primo e del secondo semestre (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 articolari in pazienti ≥ 65 anni;
- ✓ AngioTac coronarica.

Saranno oggetto di controllo le RMN effettuate in pazienti affetti da sclerosi multipla secondo i criteri previsti dal Decreto n. 46 del 28/03/22 *"Approvazione Linee guida per l'appropriatezza erogativa di prestazioni di Risonanza Magnetica a pazienti affetti da Sclerosi Multipla: controlli dei Nuclei Aziendali di Controllo"*

Per le nuove apparecchiature attivate durante l'anno 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. 109/23 e 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 prioritarizzazione, su particolari 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 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 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 prioritarizzazione, 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)
4. Centro Medico Polifunzionale Proposte Educative - Cornedo Vicentino (VI)

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, e decreto 51/24 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 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.

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'ideale istruttoria necessaria alla valutazione del caso da parte del Nucleo Regionale di Controllo.

Qualora emergessero criticità, saranno segnalate al Tavolo di Monitoraggio Aziendale.

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 comunicate a cura del N.A.C.:

- semestralmente al Nucleo Regionale di Controllo mediante l'inserimento degli esiti nel Portale Regionale, 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.
- 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 in merito a :

- ✓ appropriatezza classi di priorità/ percorsi assistenziali/ rispetto dei tempi;
- ✓ monitoraggio/formalizzazione della procedura di gestione delle liste.
- ✓ analisi dei flussi, dei tempi di attesa dei ricoveri programmati rispetto alle classi di priorità assegnate secondo le indicazioni regionali;
- ✓ verifica a campione su eventuali criticità emerse.

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. 626/2024 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 seguendo la check list fornita da Azienda Zero, 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) così come aggiornati dalla D.G.R.V. n. 1450 del 18/11/2022 *“Aggiornamento e ricognizione anno 2022 dei Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico e aggiornamento e rinnovo delle autorizzazioni dei Centri privati non accreditati alla prescrizione a carico del SSN di farmaci indicati per il trattamento dell'infertilità femminile e maschile, soggetta alla nota AIFA 74”*

Qualora venisse attivata la PMA in convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale presso l'U.L.SS. n. 8 “Berica”, si procederà al controllo delle Liste d'attesa.

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. 626/2024, con particolare riferimento al monitoraggio della messa in atto delle misure richiamate dal Piano Nazionale Anticorruzione:

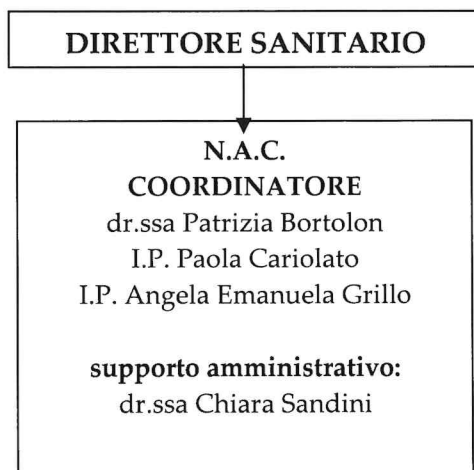
- informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale;
- unificazione del 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 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. Paolo Sandonà (Direttore UOC Cure Primarie - Distretto Est);
- dr.ssa Laura Montecchio (Dirigente Medico UOC Cure Primarie - Distretto Est);
- dr. Francesco Paolo De Siena (Dirigente Medico - Direzione Medica Ospedaliera - Distretto Est);
- dr.ssa Silvia Bolcato (Dirigente Medico - Direzione Medica Ospedaliera - Distretto Ovest);
- dr. Ernesto Zanetel (Dirigente Medico - Direzione Medica Ospedaliera - Distretto Ovest);
- dr.ssa Monica Dalle Carbonare (Dirigente Medico - Direzione Medica Ospedaliera - Distretto Est);
- dr. Stefano Auriemma (Dirigente Medico - Direzione Medica Ospedaliera - Distretto Est);
- sig.ra Maria Stefania Franco (Coordinatore - Direzione Medica Arzignano);
- sig.ra Michela Bisson (Coordinatore - Direzione Medica - Noventa Vicentina);
- sig.ra Michela Fabris (Coordinatore Referente C.U.P. - Distretto Est);
- sig.ra Francesca Valentina Coaro (Fisioterapista - C.U.P. - Distretto Est)
- sig.ra Sabrina Brusaferrò (Coordinatore - Direzione Medica Arzignano);
- dr. Scalchi Giampietro (Funzionario amministrativo - Referente C.U.P. - Distretto Ovest);
- sig.ra Rosa Cangialosi (Funzionario amministrativo - Direzione Medica Arzignano);
- sig.ra Novello Samantha (Assistente amministrativo - Direzione Medica Vicenza)

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

- dr. **Massimiliano Colucci** (Direttore Medico - Direzione Medica Ospedaliera Vicenza)
- dr.ssa **Sara Mondino** (Direttore Medico - Direzione Medica Ospedaliera Arzignano)

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

- dr.ssa **Alessia Soattin** (Responsabile Ufficio – C.U.P. Manager - Direzione Amministrativa Ospedaliera)

controlli sui Piani terapeutici nota AIFA 74:

- dr.ssa **Anna Michela Menti** (Dirigente Farmacista - Servizio Farmaceutico Territoriale)

I diversi componenti, nell'ambito delle proprie professionalità, potranno essere coinvolti nelle diverse tipologie di controllo previste dalla normativa vigente. Per particolari casistiche saranno coinvolti a supporto Specialisti di settore.

Al fine di ottemperare ai controlli previsti dalla D.G.R.V. 2022/2018, Decreto 93/21 e Decreto 3/22, 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 - Direzione Medica Ospedaliera - Distretto Ovest)
- sig.ra **Maria Stefania Franco** (Coordinatore - Direzione Medica Arzignano);
- dr.ssa **Chiara Sandini** (Funzionario Amministrativo – N.A.C. - Vicenza);

2) CONTROLLI SU ATTIVITA' AMBULATORIALE:

- dr. **Paolo Sandonà** (Direttore UOC Cure Primarie - Distretto Est);
- sig.ra **Michela Fabris** (Coordinatore Referente C.U.P. - Distretto Est);
- dr. **Scalchi Giampietro** (Funzionario amministrativo - Referente C.U.P. - Distretto Ovest);

3) CONTROLLI SU ATTIVITA' ISTITUTI EX ART. 26 L- 833/78:

- dr. **Paolo Sandonà** (Direttore UOC Cure Primarie - Distretto Est);
- sig.ra **Michela Fabris** (Coordinatore Referente C.U.P. - Distretto Est)

4) CONTROLLI SU RMN SCLEROSI:

- dr dr.ssa **Silvia Bolcato** (Dirigente Medico - Direzione Medica Ospedaliera - Distretto Ovest);
- sig.ra **Sabrina Brusaferrò** ((Coordinatore - Direzione Medica Arzignano)

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:

- Il dr. **Massimiliano Colucci** (Direttore Medico DMO Vicenza), la dr.ssa **Sara Mondino** (Direttore Medico DMO Arzignano) e la dr.ssa **Alessia Soattin** (CUP Manager Aziendale) quali incaricati 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);
- la dr.ssa **Lorenzi Mariuccia** (Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell’Azienda U.L.SS n. 8 “Berica”) quale 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;
 - **Specialisti di Settore** all'uopo incaricati per supporto al N.A.C. su particolari casistiche.

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).