AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

ORIGINALE ☐

COPIA ☐

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 291 **del** 22-02-2018

OGGETTO: Regolamento e manuale delle procedure CTM/CCAA/NOC.

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio, alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(Firma del proponente)

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno: 23 FEB. 2018

ai sensi dell'art.124 c.1 L.vo 267/2000, per giorni 15

Il Responsabile Ufficio Delibere e Determine

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all' autorizzazione :

n. del

n. del

n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

☐ Il presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

PROPOSTA DI DELIBERA

Oggetto: Regolamento e manuale delle procedure CTM/CCAA/NOC.

La Dott.ssa Emilia Anna Vozzella in qualità di Direttore Sanitario aziendale/Dipartimento di Prevenzione

PREMESSO che:

che con la deliberazioni del Direttore Generale della ASL di Avellino n° 1238 del 19/09/2012 e n. 1407 del 17/10/2012 si procedeva alla costituzione del Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento (CCAA) e Nuclei di Valutazione per 1'Accreditamento (Nu.Va) ex Decreto Commissariale n. 90/2012, nonché alla composizione della CTM;

CONSIDERATO che:

il Direttore Generale ha chiesto, al gruppo di lavoro aziendale, appositamente costituito, come da verbale del 28/09/2017, di avviare la stesura o la revisione dei Regolamenti relativi alle procedure operative da adottare per le attività riferite a CTM, CCAA e NOC;

RITENUTO

di dover definire le interconnessioni e la necessaria interoperabilità tra Commissioni, al fine di predeterminare principi, criteri e regole che assicurino il rispetto e la trasparenza nelle procedure delle normative in materia così come da nuovo regolamento, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO altresì di stabilire che la Direzione strategica aziendale può disporre delle commissioni CTM, CCAA, NOC per controlli ulteriori;

DATO ATTO CHE:

tutta la documentazione originale a supporto del presente atto e che le risultanze delle attività del gruppo di lavoro sono depositate e custodite presso il Dipartimento di Prevenzione;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

l'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

DI SOSTITUIRE i Regolamenti adottati con Deliberazioni del Direttore Generale ASL Avellino n. 1007 del 20/07/2017 CTM; n.1437 del 24/10/2012 e n.1570 del 22/11/2012 CCAA; n.465 del 27/03/2015, n.1205 del 28/09/2015, n.1615 del 22/12/2015 NOC;

DI ADOTTARE il nuovo Regolamento e manuale delle procedure CTM/CCAA/NOC che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI STABILIRE che la Direzione strategica aziendale può disporre delle commissioni CTM, CCAA, NOC per controlli ulteriori;

DI STABILIRE altresì che il nuovo Regolamento Aziendale potrà essere integrato e/o modificato a seguito di nuove disposizioni di legge;

DI DARE immediata eseguibilità al presente atto.

Direttore Sanitario aziendale/Dipartimento di Prevenzione

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 427 del 27/07/2016 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.179 del 01/08/2016, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dr. Ferdinando Memoli e dal Direttore Sanitario Dott.ssa Emilia Anna Vozzella ha adottato la seguente delibera:

Vista la suesposta proposta del Direttore Sanitario aziendale/Dipartimento di Prevenzione avente ad oggetto: Aggiornamento regolamento e manuale delle procedure CTM/CCAA/NOC;

Preso atto dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore Sanitario aziendale/Dipartimento di Prevenzione a seguito della istruttoria dallo stesso effettuata e come dallo stesso attestato ed articolato;

Di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

Ritenuto di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con i pareri favorevoli resi, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

Il Direttore Amministrativo
Dr. Ferdinando Memoli

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

DELIBERA

L'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

DI SOSTITUIRE i Regolamenti adottati con Deliberazioni del Direttore Generale ASL Avellino n. 1007 del 20/07/2017 CTM; n.1437 del 24/10/2012 e n.1570 del 22/11/2012 CCAA; n.465 del 27/03/2015, n.1205 del 28/09/2015, n:1615 del 22/12/2015 NOC;

DI ADOTTARE il nuovo Regolamento e manuale delle procedure CTM/CCAA/NOC che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI STABILIRE che la Direzione strategica aziendale può disporre delle commissioni CTM, CCAA, NOC per controlli ulteriori;

DI STABILIRE che il nuovo Regolamento Aziendale potrà essere integrato e/o modificato a seguito di nuove disposizioni di legge;

DI DARE immediata eseguibilità al presente atto;

DI TRASMETTERE il presente atto alla CTM, alla CCAA, al NOC, alla COM della ASL Avellino, alla U.O.C. Gestione Valorizzazione Risorse Umane, alla U.O.C. AA.GG, all'U.O.C. Assistenza Giuridico Legale, al Collegio Sindacale ed alla Dr.ssa M.R. Troisi per la pubblicazione sul sito internet aziendale – sez. Regolamenti .

Il Direttore Generale
Dr.ssa Maria Morgante

ASL AVELLINO

Regolamenti e manuali delle procedure
Commissione Tecnica Multidisciplinare ex DGRC 7301/2001 –
C.C.A.A./Nu.Va – N.O.C.

Regolamento e manuale delle procedure C.T.M. ex DGRC 7301/2001- Revisione

Art. 1 - Definizione

La Commissione Tecnica Multidisciplinare, di seguito denominata CTM, costituita ai sensi della D.G.R.C. 7301/2001 ha lo scopo di verificare i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per il rilascio di parere per l'autorizzazione sindacale alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e/o socio-sanitarie di strutture pubbliche e private. E' presieduta dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Art. 2 - Ambito di attività

L'ambito di attività della CTM è rappresentato dai 118 Comuni afferenti al territorio provinciale della ASL di Avellino.

Art. 3 - Finalità

Il parere della CTM finalizzato al rilascio dell'autorizzazione sindacale alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, stabilito dalla Regione Campania con DGRC 7301/2001, vuole garantire la qualità delle prestazioni delle strutture sanitarie e socio sanitarie soggette ad autorizzazione sanitaria all'esercizio.

Art. 4 – Sede di attività

La CTM ha sede presso i locali del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Avellino.

Art. 5 – Strutture soggette ad autorizzazione ed a vigilanza

La DGRC 7301/2001 individua, ai sensi dell'art.8 del Dgls 229/99 le strutture soggette ad autorizzazione :

- *Strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale* (attività specialistiche ambulatoriali mediche e chirurgiche, attività specialistiche ambulatoriali odontoiatriche, di medicina di laboratorio, di anatomia patologica, di medicina trasfusionale, centri erogatori di prestazioni di diabetologia, attività di diagnostica per immagini, di radioterapia, di medicina nucleare in vivo, ambulatoriale di riabilitazione, di dialisi, di terapia iperbarica, di salute mentale, consultori familiari, presidi ambulatoriali per la prevenzione ed il trattamento delle tossicodipendenze).

- *Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, a ciclo continuo e/o diurno.*

- *Strutture sanitarie e/o socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale* (presidi di riabilitazione estensiva per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - presidi per la tutela della salute mentale : centri diurni psichiatrici,day hospital psichiatrici e strutture residenziali psichiatriche - strutture di riabilitazione e strutture educativo/assistenziali per tossicodipendenti - residenze sanitarie assistenziali - centri residenziali per cure palliative).

Art. 6 – Articolazione organizzativa

a) La CTM è istituita con deliberazione del Direttore Generale della ASL di Avellino, che ne individua i suoi componenti e la sua costituzione in gruppi per attività omogenee.
b) Tali gruppi, presieduti dal Presidente CTM o suo delegato, sono composti ciascuno da almeno : n. 2 dirigenti medici e n. 1 tecnico (ingegnere, geometra, architetto...).
c) La CTM è costituita in Gruppi funzionali con specifiche attribuzioni di competenza, come definiti nella delibera del D.G. Asl Avellino n. 1010 del 26.7.2017 e precisamente :
Gruppo 1 : rilascio pareri e vigilanza presso le strutture sanitarie e/o socio-sanitarie pubbliche e private accreditate e non, per impellenze e per tipologie di interventi riferiti a specifici obiettivi regionali o strategici aziendali (riconversioni, aggregazioni, rimodulazioni strutturali, tecnologiche e aspetti organizzativi ecc...) ;

Gruppo 2 : rilascio pareri e vigilanza presso le strutture sanitarie e/o socio-sanitarie pubbliche ;

Gruppo 3 : rilascio pareri e vigilanza presso le strutture sanitarie e/o socio-sanitarie private accreditate e non accreditate ;

Gruppo 4 : rilascio pareri e vigilanza presso le strutture sanitarie e/o socio-sanitarie private accreditate e non accreditate.

d) La Commissione potrà avvalersi, se ritenuto necessario, della collaborazione di personale dipendente esperto che sarà individuato di volta in volta dal Presidente della Commissione stessa.

e) Ciascun Gruppo è di regola presieduta dal Presidente o suo delegato, in caso di assenza, individuato tra i componenti/partecipanti dei gruppi stessi.

Art. 7 –Ufficio di Presidenza- Segreteria e attività amministrativa di supporto

L'Ufficio di Presidenza del CTM è costituito da almeno un Dirigente Medico ed un'unità amministrativa.

L' Ufficio di Segreteria è composto da personale amministrativo, che provvede all'acquisizione ed alla archiviazione delle pratiche, oltre a curare tutta la corrispondenza e l'anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate ed in particolare ad assicurare :

- il supporto amministrativo durante le sedute della CTM ;
- la corretta archiviazione e tenuta delle pratiche ;
- la registrazione della posta in entrata e in uscita, che dovrà necessariamente essere munita del protocollo generale della Asl ;
- la raccolta dei verbali dei Gruppi ;
- la registrazione delle presenze in seno alla CTM e la rendicontazione delle spese viaggio qualora si utilizzi il mezzo proprio ;
- la trasmissione degli esiti delle istanze ai Comuni, Società e/o ai diretti interessati e a tutte le ulteriori incombenze predisposte dal Presidente della CTM per il regolare funzionamento dell'attività della Commissione stessa ;
- la trasmissione del provvedimento autorizzativo sindacale all'esercizio pervenuto, al gruppo che ha rilasciato il parere, per il controllo della correttezza, sia formale che sostanziale, del provvedimento autorizzativo (conformità al parere espresso e presenza di tutte le indicazioni previste dalla DGRC 7301/2001).
- la presa d'atto mediante atto deliberativo, previa controllo e verifica se necessari, della Voltura Amministrativa dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie pervenute dai Comuni e sua trasmissione in copia ai Direttori dei Distretti Sanitari di competenza, al CCA, alla UOC Controllo di Gestione, al referente dei tetti di spesa, alla Commissione COM, NOC centrale ed alla struttura individuata dall'Atto Aziendale per la stipula dei contratti;
- la presa d'atto relativa a variazione della Direzione sanitaria/tecnica e dell'organico mediante acquisizione agli atti CTM e successiva trasmissione ai Direttori di Distretto competenti, al CCAA ed alla struttura individuata dall'Atto Aziendale per la stipula dei contratti;
- la trasmissione immediata degli esiti dei sopralluoghi effettuati in sede di vigilanza alla Direzione Generale in caso di sospensione temporanea o di proposte di revoca dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio.

Art. 8 – Articolazione funzionale

Il Presidente provvede alla pianificazione ed alla calendarizzazione delle attività di verifica, assegnando i tempi per la conclusione del procedimento ed all'uopo procede a trasmettere le convocazioni ai Gruppi, per il tramite del personale dell'Ufficio di Segreteria, con indicazione della sede e dell'ordine del giorno.

Art. 9 - Regolarità delle sedute

a) Le sedute di ogni Gruppo sono da ritenersi valide, solo in presenza del numero legale, rappresentato da almeno tre unità.
b) I Gruppi si riuniscono di regola con cadenza settimanale.
c) Il Presidente della CTM, sentiti i componenti della Commissione, proporrà al Direttore Generale della ASL la sostituzione di quei componenti che dovessero risultare assenti, senza valido motivo, per più di tre volte.

Art. 10 - Iter procedurale

a) Le istanze di nuova realizzazione e di autorizzazione all'esercizio vengono, di regola, rigorosamente esaminate secondo l'ordine cronologico del protocollo generale della ASL.
b) Il Presidente della CTM, sempre nel rispetto dell'ordine cronologico, dispone l'assegnazione delle pratiche, che rimarranno in capo ai gruppi individuati fino alla loro completa definizione. Le eventuali prescrizioni effettuate devono necessariamente indicare un termine entro il quale essere ottemperate. In tal caso la pratica sarà rivalutata entro il termine di gg 30 dalla ricezione della comunicazione di ottemperanza alle prescrizioni, mentre nel caso di decorrenza del termine indicato, in assenza di giustificato motivo, il Presidente dovrà comunicare al Sindaco del Comune di appartenenza la proposta di chiusura dell'attività.
c) La CTM, per il tramite dei Gruppi, esamina qualsiasi comunicazione di variazione rispetto al provvedimento autorizzativo, prendendone atto in caso di variazioni formali sopravvenute (variazioni del Direttore Sanitario/Tecnico, del Legale rappresentante, Sede legale , ecc.) ed esprimendo nuovo parere nel caso vengano riscontrate variazioni sostanziali (ampliamenti, trasformazioni) ;
d) Il Presidente della CTM procede alla convocazione della stessa in forma plenaria e/o a convocazioni straordinarie, in caso di giustificati motivi.

e) I Gruppi procedono alla verifica documentale delle istanze ed alle relative visite ispettive, utilizzando le check list regionali predisposte e, se del caso, schede aziendali.
f) Il Presidente della CTM procede, di regola mensilmente, ad una convocazione della commissione in forma plenaria ed a convocazioni straordinarie qualora dovessero emergere aspetti da valutare collegialmente.

Art. 11 - Verifica periodica dei requisiti minimi autorizzativi

Così come previsto dalla DGRC 7301/2001 i soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria inviano al proprio Comune, con cadenza triennale, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali,tecnologici ed organizzativi minimi.
Il Comune trasmette le dichiarazioni sostitutive ricevute al Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Avellino, che provvederà, per il tramite della CTM, ad eventuali controlli e sopralluoghi con le stesse modalità previste per l'autorizzazione all'esercizio.

Art. 12 - Rapporti con le altre strutture aziendali

I rapporti con le altre articolazioni e strutture aziendali saranno curati dal Presidente della CTM, che avrà cura di assicurare la corretta circolazione dei flussi informativi.
dott. Onofrio Manzi
dott. Antonio Brogna
dott.ssa Mariella Ferrucci
dott.ssa Maria Rosaria Troisi
dott.ssa Immacolata Giusto
dott. Giovanni Marino
dott.ssa Elisabetta Granata
ing. Teodoro Martino
dott.ssa Elvira Bianco

AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO

Regolamenti e manuali delle procedure
Commissione Tecnica Multidisciplinare ex DGRC 7301/2001 –
C.C.A.A./Nu.Va – N.O.C.

DISCIPLINARE DI FUNZIONAMENTO DEL COMITATO DI COORDINAMENTO AZIENDALE PER L'ACCREDITAMENTO E DEI NUCLEI DI VALUTAZIONE PER L'ACCREDITAMENTO DELL'ASL AVELLINO

PREMESSE

Le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie della Campania, disciplinate con la legge 23 del 14 dicembre 2011, art.1, comma 237 duodecies, affidano la verifica del possesso dei requisiti per accedere all'accreditamento istituzionale alle Commissioni Locali previste dall'art.8 della legge regionale 28 novembre 2008, n.16.
Il presente documento disciplina la costituzione ed il funzionamento delle Commissioni Locali di cui all'art. 8 L.R. 16/2008 in ordine alla verifica del possesso dei requisiti richiesti per accedere all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie insistenti sul territorio dell'ASL Avellino, ai sensi della vigente normativa in materia.

L'attività di valutazione viene strutturata con la costituzione:
- del **Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento** (CCAA):
- dei **Nuclei di Valutazione per l'accreditamento** (NuVA).

ART. 1
CCAA - Composizione - durata

Il **Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento (CCAA)**, così come stabilito da ultimo nell'allegato A al DCA 124 del 10.10.2012 è composto :

- Dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda che lo presiede e lo coordina o suo delegato ;
- Da almeno n.4 Dirigenti dell'Azienda, di comprovata esperienza in materia di accreditamento istituzionale, individuati dal Direttore Generale;
- Da un amministrativo che svolge il compito di segretario.

La partecipazione all'attività del Comitato è a titolo gratuito.

ART. 2
Funzioni

Il CCAA ha le seguenti funzioni:

- Definizione dei criteri e dei principi che regolamentano la programmazione delle visite di verifica al fine di rispettare i canoni di imparzialità e buona amministrazione ;
- Valutazione, in ordine cronologico, della corrispondenza indirizzata al CCAA ;
- Istruttoria delle istanze di accreditamento e/o di rinnovo dell'accreditamento istituzionale e valutazione dei titoli autorizzativi rispetto alle attività da accreditare;
- Pianificazione e programmazione delle visite di verifica, nel rispetto dell'ordine cronologico di registrazione delle istanze, presso le strutture sanitarie che hanno chiesto l'accreditamento e/o il rinnovo dell'accreditamento ;
- Individuazione, nell'ambito del personale con qualifica di valutatore e di quello afferente alla CTM ex DGRC 7301/2001 individuati con apposito atto deliberativo, dei valutatori che andranno a costituire i singoli Nu.Va.;
- Valutazione dei rapporti di verifica finali redatti dai Nu.Va., a seguito delle visite di verifica effettuate presso le strutture da accreditare ;
- Redazione, sulla base dei rapporti di verifica, delle relazioni motivate da trasmettere al Direttore Generale ;
- Predisposizione della proposta di deliberazione di accreditabilità o di rinnovo dell'accreditamento istituzionale ;
- Predisposizione e continuo aggiornamento, anche su supporto informatico, dell'anagrafe delle strutture accreditate.
- Pianificazione e programmazione delle visite di vigilanza annuali prima del rinnovo dei contratti, come disciplinato nell'art.16 del presente documento.
- Acquisizione della presa d'atto della Voltura Amministrativa dell'autorizzazione all'esercizio trasmessa dalla CTM e predisposizione, previa verifica e controllo ove ritenuti necessari ed opportuni, della delibera di accreditabilità, ai fini della Voltura del titolo di accreditamento, da trasmettere alla Regione Campania per il DCA di accreditamento istituzionale.

ART. 3
Convocazione

Il CCAA si riunisce, di norma, con cadenza settimanale, tramite convocazioni a mezzo fax , e-mail o vie brevi.

Può essere convocato in seduta straordinaria, su richiesta del Presidente o qualora ne facciano richiesta scritta almeno due quinti dei componenti almeno tre giorni prima della seduta.

Nel caso di auto convocazione, riportata nel verbale della seduta, la comunicazione sarà inviata ai soli componenti assenti.

ART. 4
Regolarità delle sedute

Le riunioni del CCAA sono validamente costituite con la presenza di almeno metà più uno dei membri escludendo dal computo il segretario. In caso di assenza o impedimento del Presidente le relative funzioni sono svolte dal Vice Presidente.
Le decisioni del CCAA sono assunte a maggioranza dei membri presenti; in caso di parità prevale il voto del Presidente.
L'assenza ingiustificata da parte dei membri del Comitato a tre riunioni consecutive comporterà la decadenza dall'incarico, previa istruttoria da presentare al Direttore Generale, il quale procederà a nuova designazione.
Delle decisioni del CCAA è redatto apposito verbale ad ogni seduta, predisposto dalla segreteria e firmato da tutti i componenti.
Qualsiasi membro potrà richiedere l'inserimento a verbale di una propria dichiarazione. I verbali sono raccolti e custoditi a cura del segretario. Ciascun componente, in qualsiasi momento potrà prenderne visione, ma non estrarne copia, tranne casi particolari che saranno formalmente autorizzati dal Presidente.

ART. 5
Facoltà e Obblighi

Al CCAA, per l'espletamento delle proprie funzioni, è data facoltà di richiedere alle competenti strutture aziendali ogni informazione o documentazione necessaria.
Ad ogni componente del CCAA è, inoltre, consentito prendere visione di tutti gli atti in ogni fase del procedimento amministrativo.
I membri del Comitato e il segretario sono tenuti alla massima riservatezza e all'obbligo di non divulgare notizie ed informazioni sui procedimenti amministrativi in corso, particolarmente durante la fase istruttoria.

ART. 6
Comunicazioni

La corrispondenza, in arrivo ed in partenza, è protocollata presso la Segreteria del CCAA su apposito registro di protocollo dedicato. Tutte le comunicazioni fra CCAA, strutture aziendali, Nuclei di Valutazione per l'accreditamento, e con strutture esterne, nonché tutta la documentazione afferente l'attività del CCAA sono custodite a cura del Segretario del Comitato.
In particolare il CCAA avrà cura di trasmettere ai Distretti Sanitari, al NOC, alla COM, alla CTM ogni provvedimento regionale di accreditamento, rinnovo, modifica e/o eventuale revoca dello stesso.

ART. 7
Programmazione delle visite
Criteri di priorità e principi generali

La programmazione delle visite di verifica presso le strutture richiedenti l'accreditamento, afferenti all'ambito territoriale dell'ASL Avellino, e di cui alle istanze trasmesse formalmente a questa ASL dalla Regione secondo le direttive dalla stessa emanate, è improntata a criteri di trasparenza, imparzialità e buona amministrazione.
L'art. 1 comma terdecies della L.R. n. 23 del 14.12.2011 prevede che " per la definizione dei procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo.... la normativa regionale vigente si applica in quanto compatibile con le presenti disposizioni nonché con quella degli ulteriori provvedimenti di attuazione della stessa".

ART. 8
Pianificazione delle visite

Per la pianificazione delle visite il CCAA terrà conto dei seguenti elementi:

- data inizio visita;
- orario svolgimento visita;
- data presumibile di fine visita;
- integrazioni previste dalla normativa e dal successivo art. del presente disciplinare;
- individuazione del Responsabile Nucleo di Valutazione;
- predisposizione credenziali;
- modalità di svolgimento della visita.

Qualora l'attività sia svolta in più sedi operative la pianificazione dovrà riguardare, disgiuntamente, ciascuna sede.

ART. 9
Nuclei di Valutazione per l'Accreditamento

I Nuclei di Valutazione per l'accreditamento (Nu.Va.), come stabilito da ultimo nell'allegato A al DCA 124 del 10.10.2012 sono composti da :

- Personale delle Commissioni Locali di cui all'art.8 della L.R. n. 16/2008, con cui le Aziende Sanitarie provvedono al complesso delle attività relative al rilascio delle autorizzazioni ai sensi della DGRC n. 7301 del 31 dicembre 2001 integrate da almeno un valutatore scelto esclusivamente tra quelli già operativi nominati con specifico provvedimento per la fase di primo avvio dell'accreditamento istituzionale (ex Regolamento n.3/2006) e tra coloro che hanno superato la prima edizione del corso semestrale di formazione previsto dalla DGRC n. 1489 del 22.9.2006 ;
- Un dirigente medico con esperienza lavorativa di almeno 7 anni nel SSR pubblico ed altrettanta specifica competenza nell'area di appartenenza della struttura da verificare (casa di cura, residenza, struttura ambulatoriale). A tal fine il CCAA

individuerà di volta in volta, il dirigente medico dipendente che opera in ambiti di attività di tipologia simile alla struttura oggetto della visita di verifica.

La partecipazione all'attività dei Nu.Va. è a titolo gratuito.

ART. 10
Criteri per la scelta dei valutatori

I Nuclei di Valutatori per l'Accreditamento devono essere costituiti da almeno tre componenti (compreso il responsabile); almeno uno deve essere un valutatore in possesso dello specifico requisito. Il "valutatore" è individuato quale Responsabile del Nucleo. Un ulteriore valutatore è scelto, di volta in volta, sulla base dei criteri innanzi definiti, in ordine alla tipologia di struttura da valutare.

In relazione alla complessità della struttura, da valutarsi a cura del CCAA, quest'ultimo potrà decidere di costituire, all'occorrenza, un nucleo di valutazione più numeroso.

Il CCAA Aziendale sceglierà, inoltre, di volta in volta, il dirigente medico aziendale che operi in ambiti di attività di tipologia simile alla struttura oggetto della visita di verifica, sulla base di una preventiva acquisizione da parte della U.O.C. GVRU, di un elenco dei dirigenti medici in possesso dell'esperienza lavorativa da almeno 7 anni nel SSR pubblico e di altrettanta specifica competenza nell'area di appartenenza della struttura in oggetto.

Il dirigente medico individuato farà parte integrante del nucleo di valutazione per la valutazione di una serie di strutture, fermo restando che per motivi di indisponibilità, anche momentanea, del valutatore individuato, acquisita anche per vie brevi, il CCAA individuerà ulteriore valutatore.

I componenti che, individuati dal CCAA andranno a costituire il Nucleo di Valutazione per l'accreditamento per la singola struttura da verificare non dovranno avere in corso con la stessa alcun rapporto di consulenza o che configuri un conflitto di interessi. A tal fine sottoscriveranno apposita dichiarazione di insussistenza di motivi di incompatibilità, come da Modello allegato.

ART. 11
Funzioni dei Nuclei di Valutazione per l'accreditamento.

I Nuclei di Valutazione per l'accreditamento svolgono le seguenti funzioni:

- Valutazione preliminare della domanda di accreditamento, di concerto con il CCAA;
- Effettuazione delle visite di verifica;
- Valutazione dei titoli autorizzativi rispetto alle attività da accreditare;
- Asseveramento dei requisiti ulteriori sulla check list mediante compilazione dei singoli campi;
- Certificazione del possesso di tutti gli altri requisiti stabiliti dalla legge per l'accesso al sistema di accreditamento istituzionale definitivo;
- Redazione di un rapporto finale di verifica;
- Collaborazione con il CCAA per eventuali ulteriori approfondimenti resisi necessari in seguito alle visite ed al rapporto finale di verifica;
- Svolgimento di visite di verifica per il monitoraggio successivo alla concessione dell'accreditamento , come disciplinato nell'art.16 del presente documento.

ART. 12
Valutazione preliminare del materiale documentale.

Le Commissioni Locali previste dall'articolo 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 ***e s.m.i.*** provvedono alla verifica delle istanze presentate.
Il CCAA esamina congiuntamente ai componenti del Nucleo di Valutazione, come costituito, la documentazione inviata dalla singola struttura.
Preliminarmente il CCAA, fatte salve specifiche disposizioni regionali che saranno successivamente emanate, avrà verificato, attraverso le strutture aziendali competenti l'effettivo possesso:
per le nuove istanze:

- possesso di valida autorizzazione all'esercizio, come dichiarata

per il rinnovo dell'attestato di accreditamento istituzionale:

- presentazione dell'istanza di rinnovo dell'attestato di accreditamento nei termini previsti dalla vigente normativa
- permanere di valida autorizzazione all'esercizio
- permanenza dei requisiti generali e specifici ulteriori per l'accreditamento

I Nuclei di Valutazione, invece, dovranno direttamente verificare e certificare:

- la permanenza dei requisiti stabiliti con la DGRC 7301/2001
- nonché il possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale.

Il CCAA programma la visita di verifica e notifica, tramite la segreteria, ai responsabili della struttura da accreditare: data, orario della visita di verifica, nominativi dei componenti del Nucleo, durata prevista della visita, responsabili o operatori della struttura che si intendono intervistare, estensione della visita di verifica e materiale documentale da fornire da parte della struttura all'atto della visita.
E' compito del CCAA, tramite la segreteria, effettuare le comunicazioni alle strutture da verificare e fornire al Nucleo il materiale documentale da fornire alla struttura.
E' compito del Responsabile del Nucleo di Valutazione, all'atto della verifica, fornire informativa ex D. L.vo 196/2003 e s.m.i., acquisire, dal responsabile della struttura da verificare, liberatoria in ordine all'accesso alla documentazione, all'estrazione di copia, all'autorizzazione alle interviste, all'osservazione diretta, come da modello allegato, precisando che qualora non dovesse essere rilasciata la procedura non potrà avere seguito.
In occasione della prima visita il responsabile del Nucleo presenta le credenziali al richiedente l'accreditamento.
Il Nucleo di Valutazione opererà nella sua interezza. Durante le fasi endoprocedimentali, in caso di impedimento di un componente, è legittimato, comunque, ad operare con la presenza di almeno 3 componenti, fermo restando la garanzia della sua interezza nella stesura e sottoscrizione del rapporto di verifica.

ART. 13
Modalità di svolgimento della verifica

La valutazione della struttura in ordine al possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento di cui ai Regolamenti nn. 3/2006 e n. 1/2007 e s.m.i., avviene previa predisposizione di un piano di verifica contenente la *check list*. Quest'ultima costituisce lo

schema di analisi ed è il documento su cui si basano le relazioni tra il Nucleo di Valutazione e la struttura valutata in quanto permette di capire l'organizzazione e la funzionalità della struttura indicando, requisito per requisito, lo "stato" della stessa. La check list è il documento principale a disposizione del Nucleo per esprimere analiticamente il proprio giudizio. La check list, come definite dalla Regione Campania deve essere compilata, requisito per requisito, asseverando lo stato della struttura in modo da rilevarne l'organizzazione e funzionalità.

ART. 14
Modalità di acquisizione delle evidenze

Durante la visita di verifica vengono raccolte evidenze tramite: osservazioni, esami di documenti, interviste. La non evidenza dei requisiti va rappresentata dal Responsabile del Nucleo al legale rappresentante della struttura o suo delegato prima della chiusura della visita di verifica, per consentire l'eventuale reperimento delle prove di corrispondenza dei requisiti sotto altre forme.
Nel caso in cui gli accertamenti effettuati rilevino una parziale carenza dei requisiti richiesti il Nucleo di Valutazione formula, se necessario, ipotesi prescrittive con relativi termini necessari per l'adeguamento. Tali tempi sono rapportati all'entità delle carenze riscontrate e, comunque, non possono essere superiori a 90 giorni.
Alla scadenza del termine stabilito per l'adeguamento, il Nucleo di Valutazione effettua un ulteriore sopralluogo per verificare se l'adeguamento è stato effettivamente realizzato.
Avverso le prescrizioni o il diniego l'interessato può presentare le proprie controdeduzioni al Presidente del CCAA che decide sull'istanza avvalendosi del Nucleo di Valutazione nel termine di 30 giorni dal ricevimento dell'istanza stessa.
Al termine della visita di verifica, la check list compilata viene illustrata al legale rappresentante della struttura o suo delegato e sottoscritta da entrambe le parti, datata, timbrata nelle congiunture dei fogli.
Il Nucleo di Valutazione, successivamente, consegna al CCAA: il Rapporto di verifica, che contiene la check list, le considerazioni complessive sulla struttura, il resoconto sommario dello svolgimento della visita di verifica, la liberatoria in merito all'accesso alla documentazione, estrazione di copie, autorizzazione alle interviste, osservazione diretta, l'informativa ex D. L.vo 196/2003, firmata per "presa visione" dal legale rappresentante della struttura.
Sulla base di tale Rapporto di verifica il CCAA predispone la Relazione Finale contenente la certificazione:

- del possesso di tutti i requisiti e di tutte le condizioni di cui ai commi 237 sexies ed octies dell'art. 1 della L.R. n. 23 del 14.12.2011;
- del possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dai Regolamenti n. 3/2006 e n. 1/2007 per l'accreditamento istituzionale definitivo.

La trasmette, quindi, al Direttore Generale dell'Azienda che provvederà a prenderne atto, nelle forme di atto pubblico, attestando il possesso, in capo alla struttura da accreditare, di tutti i requisiti e di tutte le condizioni previste dalla legge per il rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo, con indicazione della tipologia di attività,

dell'eventuale numero di posti letto, e della classe di merito (A,B,C). Provvede, quindi, ad inviarla alla Struttura Commissariale.

ART. 15
Rapporto di verifica

Il Rapporto di verifica costituisce la sintesi del lavoro del Nucleo di Valutazione.
Il Rapporto di verifica contiene un giudizio "tecnico" e deve essere firmato dal Responsabile del Nucleo di Valutazione e dai componenti che hanno partecipato alle visita di verifica, in ogni sua pagina e singolo campo, datato ed inviato al Coordinatore del CCAA, di norma entro 5 giorni, comunque entro e non oltre il termine tassativo di 10 giorni dalla conclusione dell'ultima visita di verifica.
Il rapporto di verifica deve contenere i seguenti elementi:
- dati identificativi della struttura oggetto di visite di verifica.
- composizione del Nucleo di Valutazione che ha effettuato le visite.
- data, durata e numero della/e visita/e di verifica.
- ceck list compilata e controfirmata, requisito per requisito, asseverando lo "stato" della struttura in modo da rilevarne l'organizzazione e la funzionalità.
- verbale/i della visita/e di verifica/e effettuata/e.
- eventuali criticità riscontrate.
- eventuali contestazioni/rilievi da parte della struttura sottoposta a verifica.
- eventuali prescrizioni e tempi di adeguamento
- considerazioni finali sulla struttura.

ART.16
Relazione Finale

Il CCAA riceve il rapporto di verifica del Nucleo di Valutazione che ha effettuato le visite di verifica e valuta collegialmente il rapporto. A tal fine:
- può richiedere ai valutatori eventuali integrazioni o tramite relazione integrativa scritta o tramite colloquio diretto con gli stessi. In tale ultima ipotesi sarà redatto apposito verbale a cura del segretario del CCAA. Delle stesse si terrà conto nella redazione finale. Nel caso in cui lo ritenga necessario l CCAA può disporre ulteriore visita del Nucleo presso la struttura, che avverrà previa attivazione delle modalità di cui all'art.11
- può chiedere eventuali integrazioni alla struttura candidata all'accreditamento. Le richieste saranno formulate per iscritto e relative risultanze saranno valutate collegialmente dal CCAA. Tale riscontro costituirà parte integrante della relazione finale di verifica; la mancata o incompleta risposta integrerà comportamento valutabile dal CCAA circa la valutazione della struttura verificata
- riscontra eventuali quesiti formulati dai Nuclei di Valutazione al fine di assicurare omogeneità di procedure ed uniformità di comportamenti.
Al termine delle operazioni di verifica effettuate congiuntamente al Nucleo di Valutazione, il CCAA redige una relazione finale della struttura nella quale dovrà certificare:
- l'ammissibilità della struttura alle procedure di accreditamento istituzionale;

- il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla Legge Regionale n. 23 del 14 dicembre 2011, con particolare riferimento a quelli stabiliti dal comma 237 sexies, per l'accesso al sistema di accreditamento definitivo istituzionale;
- il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dai Regolamenti n. 3/2006 e n. 1/2007;
- l'accreditabilità della struttura con riferimento alla specifica tipologia di attività, all'eventuale numero di posti letto ed alla classe di merito (A,B,C).

La stessa dovrà essere inviata al Direttore Generale per la successiva attestazione, nella forma di atto pubblico, del possesso di tutti i requisiti e di tutte le condizioni previste dalla legge per il rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo, con indicazione della tipologia di attività da accreditare, dell'eventuale numero di posti letto, e della classe di merito (A,B,C). Provvede, quindi, ad inviarla alla Struttura Commissariale.
In caso di esito negativo delle verifiche effettuate dal CCAA congiuntamente al Nucleo di Valutazione in ordine al possesso dei citati requisiti, sulla base di quanto certificato nel Rapporto di Verifica e nella Relazione Finale, il Direttore Generale provvede a darne comunicazione, nelle forme di atto pubblico motivato, alla struttura richiedente ed alla Struttura Commissariale.

ART.17
Vigilanza, sospensione e revoca

La Direzione Generale può disporre una attività di vigilanza nei confronti delle strutture accreditate che può essere eseguita effettuando sopralluoghi di controllo anche senza preavviso.
L'attività di vigilanza finalizzata alla verifica della permanenza dei requisiti necessari per l'accreditamento, è svolta dal Nucleo di Vigilanza istituito ad hoc e così composto da almeno:

1. Un Valutatore, con funzione di Coordinamento
2. Un componente CTM
3. Un esperto nella branca o tipologia di struttura da ispezionare.

La vigilanza, programmata e pianificata dal CCAA, deve essere garantita presso ogni struttura sanitaria accreditata almeno una volta l'anno, fatte salve diverse indicazioni della Direzione Generale ed in riscontro a segnalazioni.
A conclusione dell'attività di vigilanza, il NuVa redige un verbale contenente un giudizio di conformità o non conformità dei requisiti valutati, ovvero di conformità con l'individuazione di un piano di adeguamento. Il predetto verbale viene sottoscritto dai componenti del NuVa e, per accettazione, dal legale rappresentante della struttura o da un suo delegato, e trasmesso al CCAA per gli adempimenti conseguenziali e successivi.
Se viene riscontrata la perdita dei requisiti per l'accreditamento il CCAA diffida il soggetto accreditato a provvedere alla regolarizzazione o a presentare eventuali giustificazioni o controdeduzioni entro un congruo termine, proposto dagli stessi Nuclei di valutazione.
Il CCAA qualora non siano state ritenute sufficienti le giustificazioni addotte o nel caso in cui sia trascorso inutilmente il termine assegnato:

a) propone alla Regione la sospensione dell'accreditamento, fino a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento;

b) propone alla Regione la revoca dell'accreditamento nel caso in cui sia trascorso inutilmente il tempo concesso per la regolarizzazione.

Qualora il gruppo di valutazione, nel corso dell'attività di monitoraggio o di vigilanza nei confronti delle strutture private, accerti la mancata corrispondenza ai requisiti di autorizzazione, procede alla registrazione degli stessi, ne trasmette l'evidenza alla CCAA, che ne dà comunicazione al Dipartimento di Prevenzione, CTM.

L'accreditamento è sospeso o revocato rispettivamente in caso di sospensione o revoca del provvedimento di autorizzazione.

ART.18
Norma di rinvio

Per tutto quanto non previsto espressamente dal presente Regolamento si rinvia alla normativa vigente di settore sottoelencata o che dovesse essere emanata:

- Il Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i.;
- la D.G.R.C. n. 7301/2001;
- il Regolamento n. 3/2006;
- il Regolamento n. 1/2007;
- la Legge Regionale n. 16/08;
- la D.G.R.C. n. 608/2008;
- la Legge Regionale n. 4 del 15.03.2011;
- la Legge Regionale n. 14 del 04.08.2011;
- la Legge Regionale n. 23 del 14.12.2011;
- i decreti commissariali n. 5/2011, 2/2012, n. 19/2012 90/2012 e n. 124/2012;

ART. 19
Norma di garanzia

Il presente disciplinare sarà automaticamente emendato da successivi decreti commissariali, circolari, direttive regionali, etc emanate in materia

ALLEGATI:

1. Modello dichiarazione insussistenza cause di incompatibilità
2. Modello Autorizzazione
3. Informativa privacy
4. Raccomandazioni per il valutatore

N.B. per le Check list si fa riferimento al decreto commissariale 124/2012

dott. Onofrio Manzi

dott. Antonio Brogna

dott.ssa Mariella Ferrucci

dott.ssa Maria Rosaria Troisi

dott.ssa Immacolata Giusto

dott. Giovanni Marino

dott.ssa Elisabetta Granata

ing. Teodoro Martino

dott.ssa Elvira Bianco

ASL AVELLINO

Regolamento e Manuale delle Procedure
CTM/C.C.A.A./NOC

Regolamento e Manuale delle procedure del Nucleo Operativo di Controllo (NOC)

Articolo 1: Definizione

Il Nucleo Operativo di Controllo, di seguito denominato NOC, espleta attività di controllo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di verificare la regolarità dell'erogazione e l'appropriatezza delle prestazioni effettuate, nonché la coerenza tra prestazioni effettivamente erogate e la documentazione attestante l'effettuazione delle prestazioni.

Articolo 2: Ambito di attività

L'ambito di attività riguarda:

- controllo della produzione sanitaria accreditata, pubblica e privata;
- controllo della produzione sociosanitaria accreditata, pubblica e privata;
- controllo delle attività di assistenza socio assistenziali
- controllo delle attività di assistenza farmaceutica ed il monitoraggio delle prestazioni.

Articolo 3: Articolazione organizzativa

L'attività di controllo aziendale si compone di un:

- NOC Centrale,
- Nuclei operativi distrettuali,
- Nucleo operativo integrato per le attività di assistenza socio assistenziali,
- Nucleo operativo ospedalità privata accreditata e pubblica,
- Nucleo operativo per l'appropriatezza farmaceutica.

Articolo 4: NOC Centrale

E' coordinato da un Presidente ed è composto dal Direttore UOC controllo di gestione, dal Referente dei file A, C, F, H, E, dal Referente Aziendale Tetti di spesa, da un Direttore dei Distretti Sanitari, un Direttore dei Presidi Ospedalieri, dal Direttore UOC Coordinamento Socio sanitario, dal Direttore UOC Farmaceutica, dal Direttore UOC Assistenza Anziani,

dal Direttore UOC struttura di verifica e miglioramento qualità. Si avvale di un amministrativo che svolge funzioni di segreteria.

Il NOC centrale monitora la regolare attività dei NOC periferici, e non sostituisce le funzioni e le responsabilità, anche di controllo, insite in ogni singola struttura e/o articolazione aziendale.

Il Presidente convoca le riunioni trimestralmente, o comunque ogni qualvolta si renda necessario.

Elabora relazioni trimestrali alla Direzione Strategica circa le attività aziendali svolte dai NOC periferici, predispone controlli extra, su richiesta della Direzione Strategica.

Il NOC centrale rappresenta l'interfaccia aziendale con gli uffici Regionali e con le Commissioni interne all'azienda, in particolare CTM e CCA.

Articolo 5: NOC Distrettuali

Il NOC distrettuale sotto la diretta responsabilità del Direttore del Distretto o suo delegato, è così costituito:

- Direttore del Distretto o suo delegato,
- il dirigente distrettuale competente a seconda della tipologia di prestazioni rese dalle strutture da controllare,
- figure amministrative di riferimento,
- per le strutture socio sanitarie un rappresentante del Piano di Zona formalmente designato,
- una figura specialistica attinente la struttura oggetto di controllo, laddove le professionalità richieste per la valutazione non fossero attribuite al Distretto, ove ritenuto necessario. I Direttori delle UU.OO.CC. interpellati garantiranno il supporto.

La funzione dei NOC Distrettuali si esplica attraverso le attività di controllo:

- della produzione sanitaria accreditata, pubblica e privata (escluse le case di cura accreditate),
- della produzione socio sanitaria accreditata pubblica e privata,
- della appropriatezza delle prestazioni erogate, conformemente alle regole specifiche generali e di settore,
- degli aumenti delle prestazioni erogate rispetto alla COM,
- dell'inesatta compilazione della documentazione sanitaria attestante l'erogazione delle prestazioni;
- ogni altro comportamento che non corrisponda ad un impiego ritenuto adeguato del sistema di remunerazione a prestazione.

La reportistica relativa a tali verifiche dovrà essere resa trimestralmente ai NOC Centrale e alla Direzione Centrale. Per le verifiche della sussistenza dei requisiti strutturale e tecnologici ed organizzativi e dei requisiti ulteriori per l'accreditamento, si rimanda al regolamento CTM e CCA.

Il Dipartimento di salute mentale/SerD assicurerà le verifiche relativamente alle strutture di competenza:

- della produzione sanitaria e socio sanitaria accreditata, pubblica e privata,
- della appropriatezza delle prestazioni erogate, conformemente alle regole specifiche generali e di settore,
- degli aumenti delle prestazioni erogate rispetto alla COM,
- dell'inesatta compilazione della documentazione sanitaria attestante l'erogazione delle prestazioni;
- ogni altro comportamento che non corrisponda ad un impiego ritenuto adeguato del sistema di remunerazione a prestazione.

La reportistica relativa a tali verifiche dovrà essere resa trimestralmente ai NOC Centrale e alla Direzione Centrale.

Articolo 6: NOC integrato per le attività di assistenza socio assistenziali

Il NOC integrato centrale verifica l'appropriatezza dei ricoveri nelle Case Albergo, Strutture Socio assistenziali e Comunità tutelari. Le attività di verifica e controllo di competenza del Piano di Zona/Comune potranno essere svolte nell'ambito delle attività del NOC integrato.

Il NOC integrato è composto:

- Il Direttore UOC competente o suo delegato a seconda della tipologia di prestazioni rese dalle strutture da controllare,
- Dirigente Medico Specialista in Geriatria o nella branca,
- Dirigente Distrettuale individuato dal Direttore del Distretto competente per territorio,
- Referente ufficio socio sanitario/ Assistenza sociale ,
- Un Amministrativo,
- Il Rappresentante designato dal Piano di Zona competente per territorio

La reportistica relativa a tali verifiche dovrà essere resa trimestralmente ai NOC Centrale e alla Direzione Centrale.

Articolo 7: NOC ospedalità pubblica e privata accreditata

Il NOC si articola in due gruppi di controllo: uno per l'ospedalità pubblica ed uno per l'ospedalità privata accreditata, che assume le seguenti attività di controllo:

- di aumenti artificiosi delle prestazioni erogate (ad esempio dimissioni anticipate e frazionamento improprio dei casi o dei trattamenti);

- selezione della casistica trattata;
- diversa rappresentazione delle prestazioni effettivamente erogate;
- inesatta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e in genere della documentazione attestante l'erogazione delle prestazioni;
- ingiustificata frequenza, nella casistica trattata, degli episodi di ricovero classificati come anomali, in base ai criteri di cui alla vigente normativa;
- di ogni altro comportamento che non corrisponda ad un impiego ritenuto adeguato del sistema di remunerazione a prestazione;

Il NOC ospedalità pubblica e privata accreditata è coordinato dal referente del flusso informativo SDO, che assume funzioni di coordinamento dei nuclei di controllo, sia per l'ospedalità pubblica che per l'ospedalità privata accreditata, e della regolarità delle procedure informatizzate.

La funzione del NOC, attraverso le attività di controllo (DCA 6/2011 e ss.mm.ii.), si esplica per l'ospedalità pubblica presso i presidi ospedalieri dell'ASL, ivi compresa la "Don Gnocchi" nel P.O di Sant'Angelo dei Lombardi, e l'Azienda Ospedaliera "Moscati"; per l'ospedalità privata accreditata presso tutte le Case di Cura insistenti sul territori ASL (esclusa la Struttura "Villa dei Pini" ad indirizzo neuropsichiatrico, di pertinenza del Dipartimento di Salute Mentale) .

Per le verifiche da effettuarsi presso la Don Gnocchi del Presidio di Sant'Angelo dei Lombardi, il NOC ospedaliero si dovrà avvalere della collaborazione di un dirigente medico con specifica esperienza in riabilitazione afferente all'UO Fasce Deboli del Distretto di Sant'Angelo dei Lombardi, espressamente indicato dal Direttore del Distretto n.3 , secondo un calendario concordato dal NOC ospedalità pubblica con il Direttore del Distretto.

I controlli devono essere effettuati su base campionaria, almeno in misura del 10% delle cartelle cliniche dell'insieme dei dimessi dagli istituti ubicati nel territorio ASL.

I controlli devono essere effettuati con un preavviso di almeno 48 ore alla struttura ed indicando il numero nosologico delle cartelle cliniche da controllare; il controllo deve essere eseguito in presenza del Direttore Sanitario della struttura o suo delegato.

Al termine delle verifiche dovrà essere redatto un verbale. In caso di contestazioni non accettate dalla struttura, il legale rappresentante di questa potrà entro 15 giorni presentare le relative controdeduzioni.

Nello specifico dei PP.OO. per le contestazioni non accettate dai Direttori Sanitari, sarà redatto il verbale ma, saranno oggetto di apposita valutazione del Direttore Generale della ASL.

Per l'A.O. Moscati, ricevute le controdeduzioni, il NOC provvede alle ulteriori valutazioni ed a redigere il verbale conclusivo che sarà inviato all'Azienda Ospedaliera. Tutte le correzioni effettuate sulle SDO sono riportate nello specifico flusso informativo inviato alla SORESA.

Mentre per le case di cura, per ciascuna cartella clinica/SDO viene compilato un modulo di verifica nel quale è riportato l'esito del controllo (ricovero contestato/non contestato) e il motivo dell'eventuale contestazione. Il modulo è sottoscritto sia dai Dirigenti Medici

dell'ASL che hanno condotto il controllo sia dal Direttore Sanitario della Struttura che ha facoltà di indicare l'accettazione o meno della contestazione.

Al termine delle operazioni di controllo viene redatto un verbale riassuntivo nel quale vengono riportati, per ciascun ricovero in contestazione, i numeri della cartella clinica, le eventuale variazioni di codifica e/o il motivo della contestazione stessa, con precisazione del nuovo DRG calcolato. Il verbale è redatto in duplice copia: una è consegnata o trasmessa al Direttore Sanitario e al Rappresentante Legale della Struttura, l'altra è custodita ed archiviata dal NOC preposto al controllo. Il Direttore Sanitario della struttura entro 15 gg dalla modifica del verbale può produrre controdeduzioni alle contestazioni che aveva ritenuto di non accettare in sede di verifica. Il NOC di concerto con la Direzione Sanitaria valuta le controdeduzioni e redige verbale conclusivo. Tutte le correzioni effettuate sulle SDO sono riportate nello specifico flusso informativo inviato alla SORESA.

Le eventuali contestazioni vengono trasmesse ai Direttori dei Distretti che provvedono a richiedere debita nota di credito al Legale Rappresentante della Struttura.

La reportistica complessiva relativa a tali verifiche dovrà essere resa trimestralmente al NOC Centrale e alla Direzione Centrale.

Articolo 8: NOC farmaceutico

Il NOC farmaceutico, sotto la diretta responsabilità del Direttore UOC farmaceutico, con il compito di coordinare le attività e di convocare di norma trimestralmente le riunioni, o comunque ogni qual volta si rende necessario è composto dalle seguenti figure professionali:

- Direttore UOC farmaceutico o suo delegato
- Referente Aziendale file F,
- Referente Aziendale file CO(consumi ospedalieri),
- Referente SANIARP,
- Referente Flussi DM (Dispositivi Medici),
- Un Farmacista.

La funzione del NOC farmaceutico si esplica attraverso le seguenti attività:

- Analisi attività di controllo per l'appropriatezza prescrittiva,
- Verifica delle aree di iperconsumo ed iperprescrizione sulla base dei dati forniti dal Controllo di Gestione (Saniarp, Cirff),
- di corretta prescrizione di farmaci di particolare impatto economico, di farmaci per patologie emergenti,
- evidenziazione di fenomeni di distorsione prescrittiva,
- attività di monitoraggio e verifica degli adempimenti relativi ai flussi dei dispositivi medici.

Il NOC farmaceutico dovrà verificare inoltre l'appropriatezza organizzativa del Centro

Prescrittore e a campione l'appropriatezza clinica e farmaceutica delle prescrizioni anche in relazione ai DCA subentranti emanati dalla Regione Campania, aventi ad oggetto l'appropriatezza prescrittiva.

La reportistica relativa a tali verifiche dovrà essere resa trimestralmente ai NOC Centrale, UOC Cure Primarie (Commissione appropriatezza prescrittiva, ...) e alla Direzione Centrale.

La reportistica dovrà altresì essere inviata al Direttore del Distretto Sanitario e/o al Direttore del P.O. a seconda dell'ubicazione del centro prescrittore ambulatoriale ASL o dell'ambito del Medico prescrittore di medicina generale, affinché per questi ultimi si attivino le previste procedure tramite UCAD e/o altre commissioni centrali.

INTEROPERABILITA' ED INTERAZIONE

Interoperabilità è da considerarsi come la capacità di un sistema di cooperare e di scambiare informazioni con altri sistemi in maniera più o meno completa e priva di errori, con affidabilità e con ottimizzazione delle risorse. Obiettivo dell'interoperabilità è dunque facilitare l'interazione nonché lo scambio e il riutilizzo delle informazioni anche fra sistemi differenti.

Pertanto l' interconnessione tra le commissioni aziendali CTM , CCAA, NOC, risulta essenziale ai fini del reciproco scambio di informazioni/dati d'interesse a garanzia di una maggior efficienza, efficacia ed economicità dei processi di competenza di ciascuna delle commissioni.

L'UOSD Strutture Private Accreditate , individuata nell'atto Aziendale come posizione organizzativa del Dipartimento dei Servizi Strategici , poichè si occupa dei rapporti con i fornitori privati di prestazioni sanitarie, del settore sanitario e socio sanitario, che operano in regime di accreditamento e con cui vengono stipulati i contratti definendo tipologia e quantità delle prestazioni offerte, sulla base dei bisogni di cura rilevati e finanziati dalla Regione Campania, può costituire un elemento che favorisce l'interoperabilità .

La struttura esercita infatti un'attività di raccordo centrale e concorre con gli altri Comitati/Commissioni (CCAA, CTM, COM, NOC) deputati al controllo sulla erogazione delle prestazioni dei privati accreditati, non soltanto in ragione di quelli che sono i controlli istituzionali e di merito, che vanno dall'appropriatezza, alla verifica del mantenimento dei requisiti minimi organizzativi, alla valutazione delle capacità operative.

La Unità Operativa opera inoltre per il coordinamento centrale e la definizione dei volumi di attività in ragione delle capacità operative e dei tetti di spesa indicati dalla Regione, anche attraverso una continua verifica della produttività che influenza ed orienta la ripartizione delle risorse finanziarie, in quanto si traduce in un diretto beneficio per la collettività.

L'interesse primario da perseguire è l'elevazione dello standard qualitativo del servizio nel suo complesso. Le strutture accreditate costituiscono una "rete" assistenziale per il soddisfacimento dei bisogni che si va' ad integrare con le strutture aziendali anche in ragione dei tempi di attesa.

Diagramma di Flusso attività istruttoria CTM

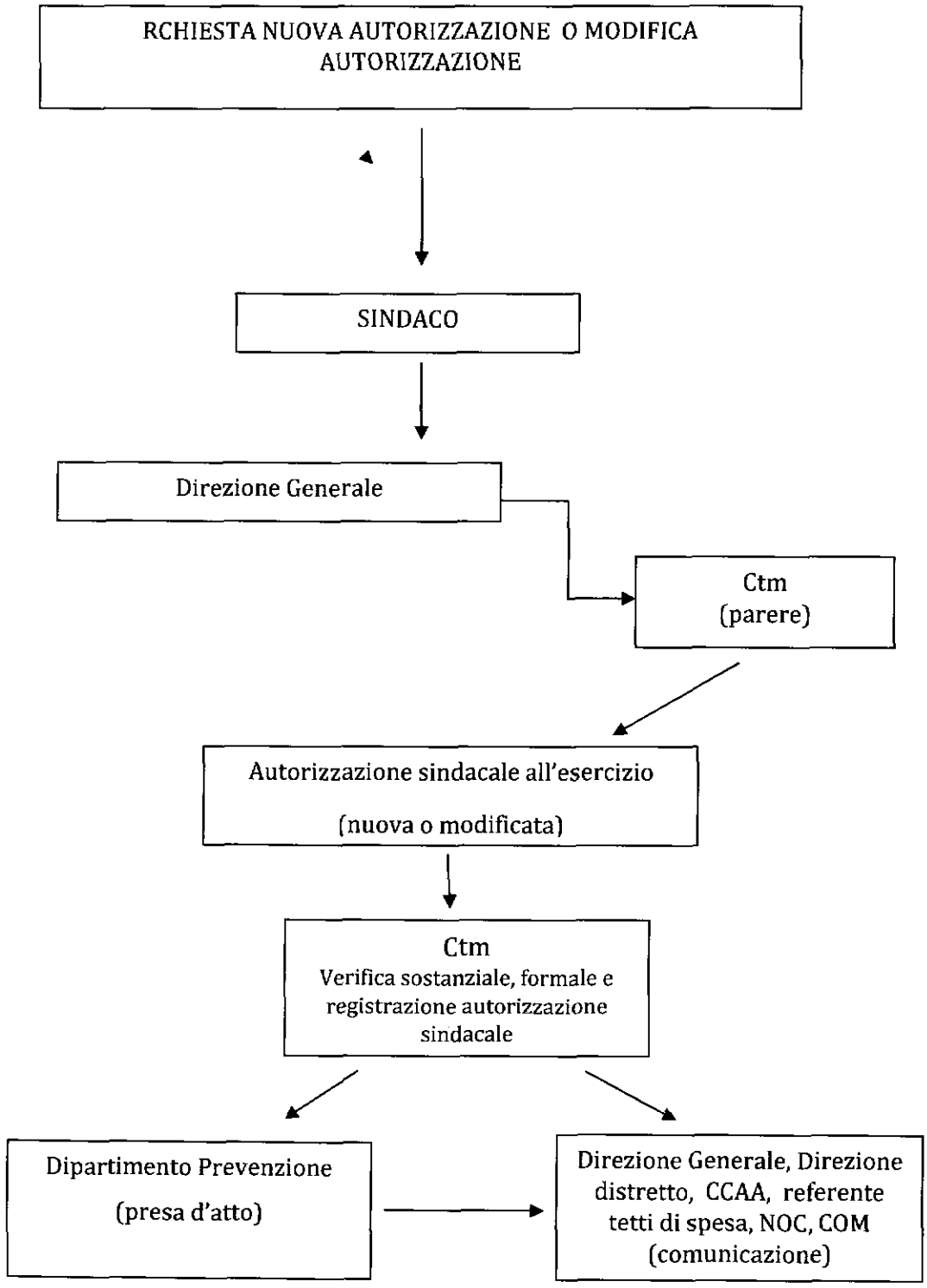


Diagramma di flusso attività vigilanza CTM

ai sensi DGRC 7301/2001

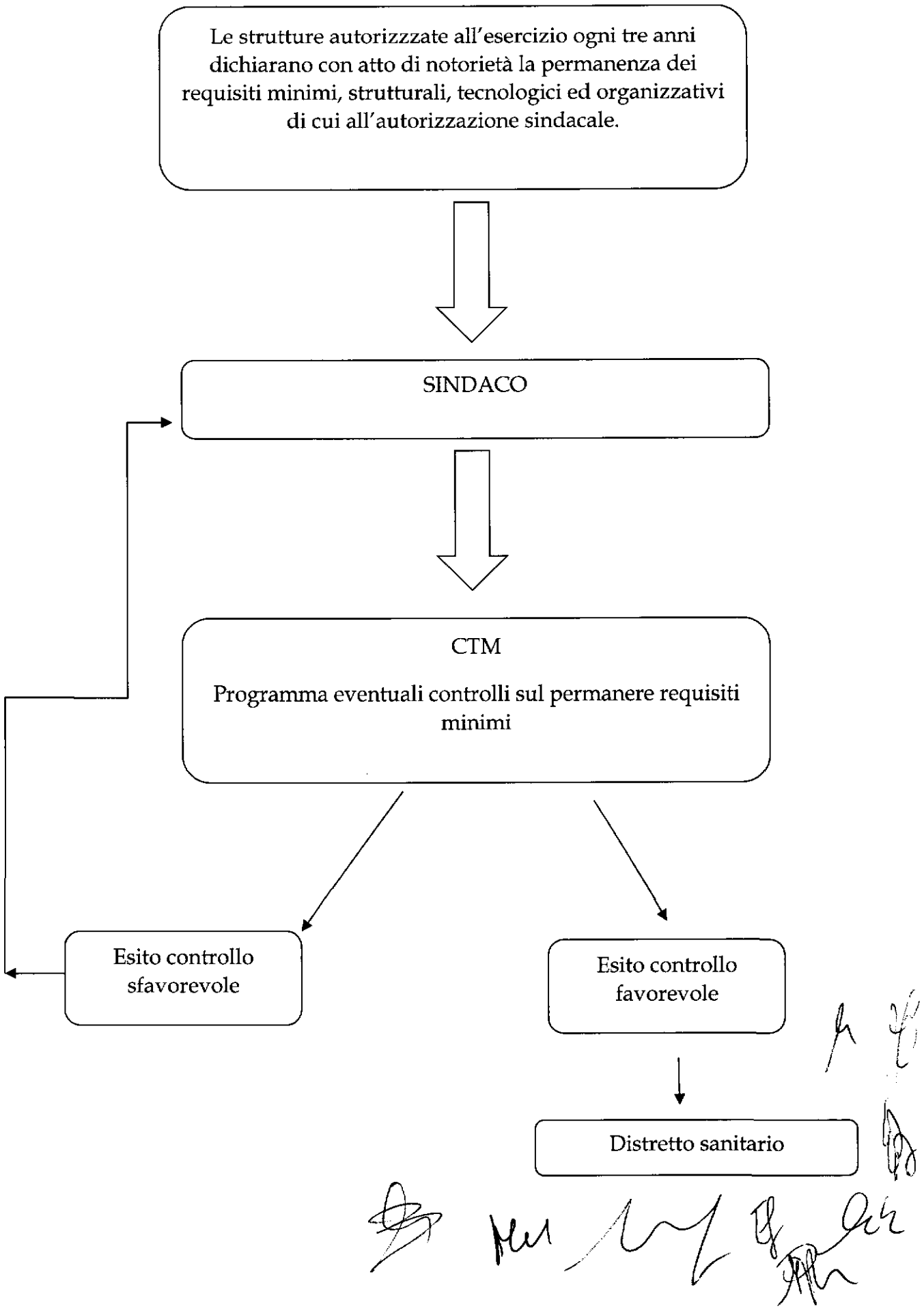
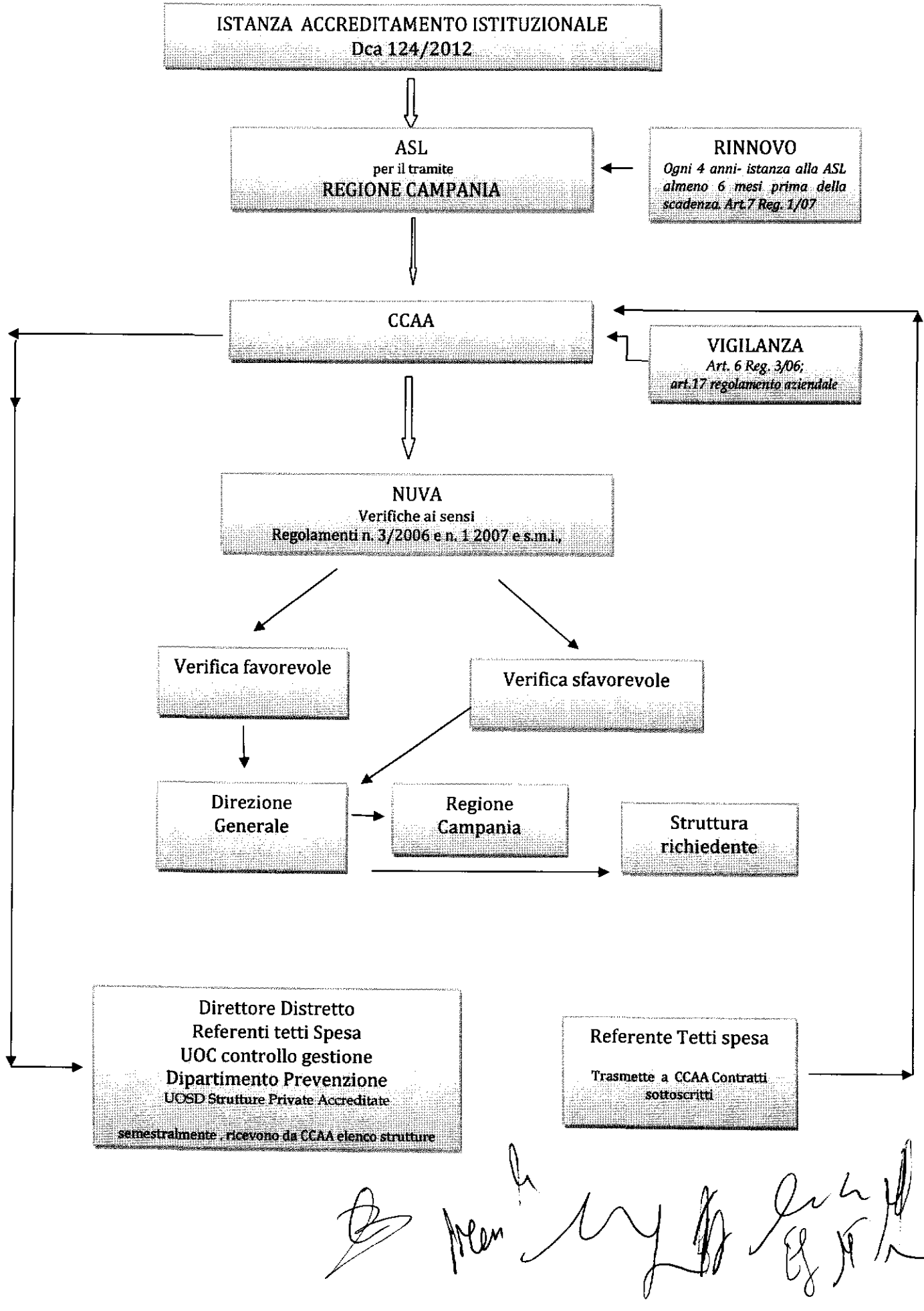


Diagramma di flusso attivita' CCAA



☐ Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 572 ***del*** 23 FEB. 2018

Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine