



UNIONE EUROPEA
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



Ministero dello Sviluppo Economico

DIPARTIMENTO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE ECONOMICA
DI REGIONE GENERALE PER LA POLITICA REGIONALE UNITARIA E COMUNITARIA



Governo italiano

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Funzione pubblica

PON Governance
e Assistenza Tecnica
2007-2013

Etica e Trasparenza in Sanità

Processo, strumenti e risultati della mappa del rischio applicata all'accreditamento delle strutture sanitarie in Sicilia

Analisi del rischio nei processi di accreditamento delle strutture sanitarie nella Regione Sicilia

ENZO BIVONA

Dipartimento DEMS - Università di Palermo

enzo.bivona@unipa.it

02 LUGLIO 2013



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

Formez PA

Agenda

- **Obiettivi del progetto**
- **Metodologia adottata**
- **Principali attività e risultati del progetto**
- **Alcuni spunti di riflessione derivanti dalla matrice del rischio “etico” sviluppata**

- **Gruppo di lavoro:**

*Fabio Sanfilippo, Federico Tosi, Francesco Corallo, Marco Burgarello e Maria Giovanna Titone - Direttore DASOE – Resp.li UUOO
Accreditamento*

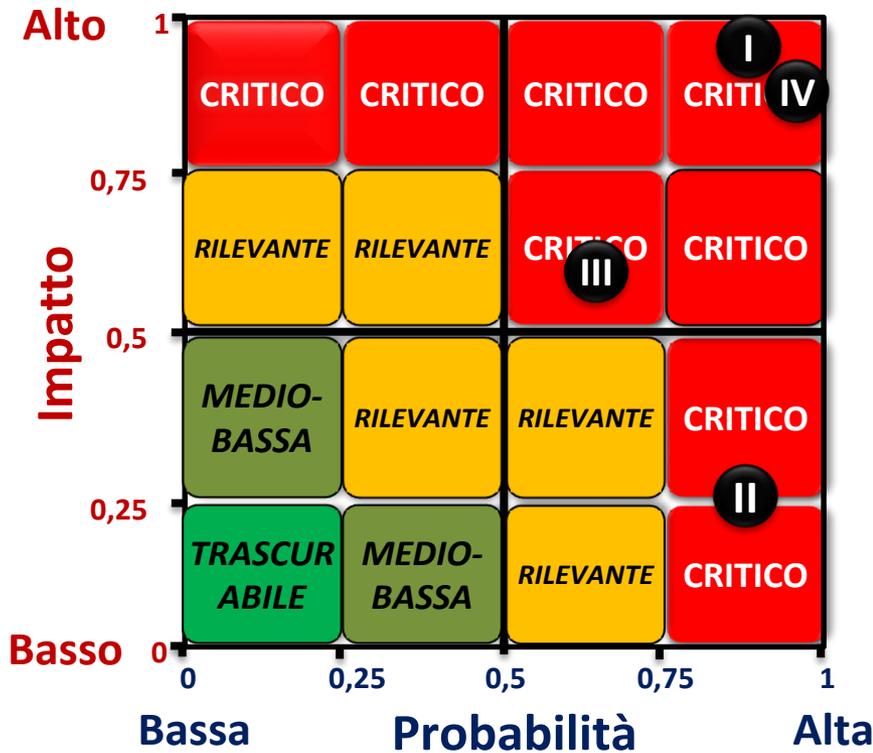
Obiettivi del progetto

➤ OBIETTIVO

- ***Valutazione del rischio etico nei processi di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e individuazione di strategie e interventi atti a ridurlo***
- ***Costruzione di una 'mappa del rischio etico' della procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Sicilia***

Obiettivi del progetto

- **Mapa del rischio etico della procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Sicilia**



Processi

- I Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria
- II Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria
- III Predisposizione e consegna del verbale della verifica
- IV Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni

Metodologia adottata

➤ RISK MANAGEMENT

- **FOCUS GROUP E WORKSHOP** con i Responsabili dell'Accreditamento (DASOE – Reg. Sicilia; UUOO Accreditamento ASP)
- **INTERVISTE** con i Responsabili delle UUOO Accreditamento ASP
- **RILEVAZIONE SUL CAMPO DELLA DOCUMENTAZIONE** relativa alla *procedura di accreditamento* in un campione composto da:
 - **Case di cura:** 100% delle strutture accreditate;
 - **RSA:** 100% delle strutture accreditate;
 - **CTA:** 100% delle strutture accreditate;
 - **Consorzi:** 50% delle strutture accreditate;
 - **Altre strutture:** 5% delle strutture accreditate.
- **RILEVAZIONE SUL CAMPO DEL CONTENZIOSO** relativo alla procedura di accreditamento

Attività del progetto

➤ Finalità dell'accreditamento:

- ✓ Accreditare chi è in possesso dei requisiti previsti dal sistema vigente
- ✓ Escludere chi non è in possesso dei requisiti
- ✓ Fornire alle strutture sanitarie, nelle quali sono state accertate delle “non conformità” sanabili, le indicazioni per il raggiungimento dei requisiti richiesti

• Dimensioni del rischio etico:

- **Trasparenza:** le procedure ed i dati in output da esse derivanti devono essere accessibili a tutti coloro che ne hanno diritto
- **Legalità:** intesa come certezza delle “regole del gioco” e degli esiti legati a determinati eventi, e dunque anche come pari trattamento

Attività del progetto

- **Mappatura dei processi** sottostanti alla procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Sicilia



Attività del progetto

- **Valutazione della PROBABILITÀ di rischio etico:**
deficit di Trasparenza e Legalità in termini di presenza (o meno) di:
 - “**strumenti di regolazione dell’attività**” (atti assessoriali o dipartimentali);
 - “**standard di svolgimento delle attività**” (prassi formalizzate o comunque desumibili dall’esame dei fascicoli relativi alle verifiche) disponibili per le UUOO di accreditamento.
- **Valutazione dell’IMPATTO di rischio etico:**
 - (1) # **di contenziosi** sorti con le strutture sanitarie relativi alla procedura di accreditamento,
 - (2) # **contestazioni di irregolarità** a seguito attività ispettive “diverse” e ulteriori rispetto alla procedura di accreditamento,
 - (3) # **reati contro la PA**, connessi allo svolgimento della procedura di accreditamento (es. corruzione, falsa rappresentazione dell’esistenza dei requisiti).

PROCESSI	ATTIVITÀ SOTTOSTANTI	ULTERIORI ATTI REGIONALI DI RIFERIMENTO	PRASSI FORMALIZZATE PRESSO LE SINGOLE ASP									DIVERGENZA PRASSI FORMALIZZATE PRESSO LE SINGOLE ASP	DIVERGENZA PRASSI TENUTO CONTO DELLE PRASSI NON FORMALIZZATE PRESSO LE SINGOLE ASP		
			PA	CT	ME	SR	RG	CL	TP	AG	EN				
Programmazione e della visita ispettiva/verifica a alla struttura sanitaria	Calendarizzazione ed esecuzione delle verifiche	-	X									X		NON RILEVANTE	MEDIO
	Modalità di prima interfaccia con le strutture accreditate	-										X		NON RILEVANTE	MEDIO
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	Identificazione dei referenti presso le strutture accreditate	-										X		NON RILEVANTE	BASSO
	Competenze del gruppo di lavoro e carichi di lavoro assegnati	ESISTENTI	X	X	X				X					NON RILEVANTE	MEDIO
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	Numero di visite per struttura e durata delle visite	-										X		NON RILEVANTE	ALTO
	Modalità di compilazione del rapporto di verifica e modulistica utilizzata	-												NON RILEVANTE	ALTO
	Instaurazione dei flussi informativi di informazioni verso il DASOE relativi allo stato ed all'andamento delle verifiche	ESISTENTI										X		NON RILEVANTE	MEDIO
Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni	Modalità di gestione delle contestazioni: assegnazione delle prescrizioni e della relativa tempistica – modalità di verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni	-										X		NON RILEVANTE	ALTO

Dati acquisiti durante la rilevazione presso le singole UUOO Accreditazione delle ASP

PROCESSI (VEDI FIGURA 1)	ATTIVITÀ SOTTOSTANTI	EVENTI RISCHIOSI	INDICATORI DI RISCHIOSITÀ									PROBABILI TÀ DI RISCHIO ETICO
			1. Assenza di strumenti di regolazione			2. Assenza di sovrapposizione tra strumenti di regolazione e prassi operative			3. Divergenza tra le prassi operative			
Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria	Calendarizzazione ed esecuzione delle verifiche	Lesione del principio di pari trattamento nella calendarizzazione delle verifiche	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,87
	Modalità di prima interfaccia con le strutture accreditate	Lesione del principio di pari trattamento nella comunicazione o meno delle verifiche programmate	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	Identificazione dei referenti presso le strutture accreditate	Lesione del principio di pari trattamento con riferimento ad eventuali deficit informativi dei referenti identificati nel corso della verifica	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,78
	Competenze del gruppo di lavoro e carichi di lavoro assegnati	Lesione del principio di pari trattamento in relazione alla presenza di differenti competenze nel gruppo di lavoro	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
	Numero di visite per struttura e durata delle visite	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione all'oggetto della verifica ed alla gestione e conclusione delle verifiche	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	Modalità di compilazione del rapporto di verifica e modulistica utilizzata	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione ai contenuti del rapporto ed alle modalità di comunicazione alla struttura sanitaria	B	M	A	B	M	A	B	M	A	0,67
	Instaurazione dei flussi informativi di informazioni verso il DASOE relativi allo stato ed all'andamento delle verifiche	Lesione del principio di trasparenza	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni	Modalità di gestione delle contestazioni: assegnazione delle prescrizioni e della relativa tempistica – modalità di verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni	Lesione del principio di pari trattamento e di trasparenza in relazione alle modalità per stabilire i criteri alla base delle prescrizioni e la relativa tempistica	B	M	A	B	M	A	B	M	A	1

**Mappatura
della
probabilità
del rischio
etico**



Ripartizione del contenzioso

STATO CONTENZIOSO	QUANTITA'	PERCENTUALE SUL TOTALE
A. NON ANCORA DEFINITO	48/147	32,65 %
B. DEFINITO PRIMA DELLA DECISIONE	0/147	0 %
C. DEFINITO CON ESITO FAVOREVOLE ALL'ASSESSORATO	10/147	6,80 %
D. DEFINITO CON ESITO SFAVOREVOLE ALL'ASSESSORATO	89/147	60,55 %
TOTALE	147/147	100 %

PROCESSI	ATTIVITÀ SOTTOSTANTI	DISTRIBUZIONE CON RIFERIMENTO ALLA TABELLA 6		% PER ATTIVITA'	% PER PROCESSO	DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DI IMPATTO SULLA BASE DELLA RILEVANZA DEL CONTENZIOSO "D"
Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria	Calendarizzazione ed esecuzione delle verifiche	A	12/68	A 17,65	A 17,65%	1
		B	0/68	B 0,00		
		C	1/68	C 1,47	B 0,00 %	
		D	55/68	D 80,88		
	Modalità di prima interfaccia con le strutture accreditate	A	-	-	C 1,47 %	
		B	-	-		
		C	-	-	D 80,88 %	
		D	-	-		
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	Identificazione dei referenti presso le strutture accreditate	A	-	-	-	0,25
		B	-	-		
		C	-	-		
		D	-	-		
	Competenze del gruppo di lavoro e carichi di lavoro assegnati	A	-	-		
		B	-	-		
		C	-	-		
		D	-	-		
	Numero di visite per struttura e durata delle visite	A	-	-		
		B	-	-		
		C	-	-		
		D	-	-		
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	Modalità di compilazione del rapporto di verifica e modulistica utilizzata	A	20/34	A 58,82	A 58,82 %	0,6
		B	0	B 0		
		C	6/34	C 17,65	B 0 %	
		D	8/34	D 23,52		
	Instaurazione dei flussi informativi di informazioni verso il DASOE relativi allo stato ed all'andamento delle verifiche	A	-	-	C 17,65 %	
		B	-	-		
		C	-	-	D 23,52 %	
		D	-	-		
Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni	Modalità di gestione delle contestazioni: assegnazione delle prescrizioni e della relativa tempistica – modalità di verifica dell'ottemperanza	A	14/34	A 41,17	A 41,17 %	0,85
		B	-	B 0	B 0 %	
		C	3/34	C 8,83	C 8,83 %	
		D	17/34	D 50,00	D 50,00 %	

Definizione degli indicatori di impatto con riferimento ai processi sottostanti alla procedura di accreditamento

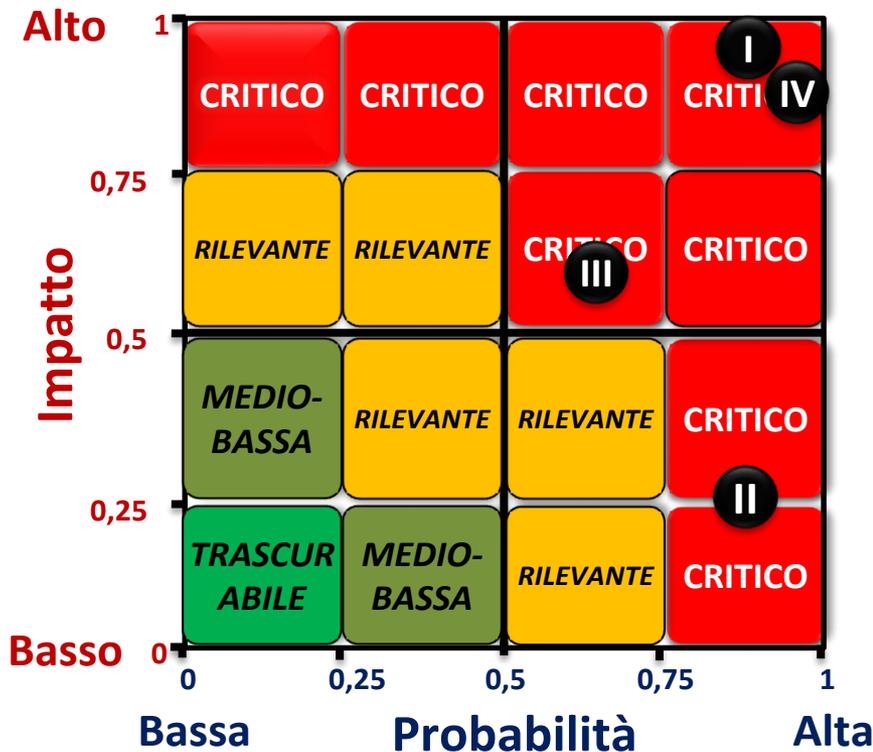
Risultati del progetto

- *Mapa del rischio etico della procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Sicilia*

PROCESSI	<u>PROBABILITÀ DI RISCHIO ETICO</u>	<u>IMPATTO DI RISCHIO ETICO</u>
Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria	0,87	1
Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria	0,78	0,25
Predisposizione e consegna del verbale della verifica	0,67	0,6
Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni	1	0,85

Risultati del progetto

- **Mapa del rischio etico della procedura di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Sicilia**



Processi

- I Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria
- II Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria
- III Predisposizione e consegna del verbale della verifica
- IV Verifica ex-post dell'adozione delle prescrizioni



Spunti di riflessione derivanti dalla matrice del rischio “etico”

I. “Programmazione della visita ispettiva/verifica alla struttura sanitaria”

- **Criticità:** mancato rispetto dei termini nello svolgimento delle verifiche, contestazione da parte delle strutture sanitarie e conseguente giudizio sfavorevole nei confronti dell’amministrazione regionale
- **Possibile intervento:** es., Adozione di un *approccio proattivo* piuttosto che *reattivo*

II. “Svolgimento della verifica presso la struttura sanitaria”

- **Criticità:** variabilità delle “competenze effettive” dei “carichi di lavoro” del personale delle UUOO Accreditamento e di conseguenza del “numero delle visite per struttura” e “durata delle visite stesse”.
- **Possibile intervento:** es., **Opportuno dimensionamento**, con le **competenze richieste, delle singole UUOO Accreditamento** e abbandono (?) delle cd “stagioni dell’accreditamento”



Spunti di riflessione derivanti dalla matrice del rischio “etico”

III. “Predisposizione e consegna del verbale della verifica”

- **Criticità:** “divergenza tra le prassi operative”, sia per quanto attiene alla “modalità di compilazione del rapporto di verifica” che alla tipologia dei “flussi informativi verso il DASOE relativi allo stato e all’andamento delle verifiche”.
- **Possibile intervento: es.,**
modalità di compilazione del rapporto di verifica, attraverso una modulistica disponibile su *piattaforma informatica* accessibile al momento della verifica dal personale dell’UUOO Accreditamento e che possa garantire *elementi di tracciabilità* delle modifiche effettuate dai singoli operatori e una *data certa* di chiusura del rapporto;
standardizzazione dei flussi informativi da parte delle UUOO Accreditamento al DASOE, attraverso l’utilizzo della stessa piattaforma informatica utilizzata per la compilazione del report di verifica da parte del personale delle UUOO Accreditamento.



Spunti di riflessione derivanti dalla matrice del rischio “etico”

IV. “Verifica ex-post dell’adozione delle prescrizioni”

- **Criticità:** carenza di definizione del concetto di prescrizione e conseguente assenza di regolazione delle “prescrizioni”, dei “tempi necessari per colmare le carenze riscontrare” nonché delle “modalità di verifica dell’ottemperanza alle prescrizioni”.
- **Possibile intervento: es.,** definizione del concetto di prescrizione e regolamentazione del processo di verifica ex-post dell’adozione delle **prescrizioni**, attraverso una griglia contenente le prescrizioni e la relativa tempistica in seguito al riscontro da parte del personale delle UUOO di determinate carenze riscontrate durante la verifica.