

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Bergamo

## **PIANO DEI CONTROLLI**

**Anno 2019**

(ai sensi della DGR X/6502 del 21/04/2017 – DGR XI/1046 del 17.12.2018)

**ATS della Provincia di Bergamo**

**dott. Massimo Giupponi**

Direttore Generale



# INDICE

<i>PREMESSA – CONTESTO TERRITORIALE ATS BG</i>	<i>2</i>
<i>AREA SANITARIA – RETE D’OFFERTA DELLE STRUTTURE ACCREDITATE</i>	<i>5</i>
<i>NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO DEGLI EROGATORI – RICOVERO (NOCER)</i>	<i>8</i>
<i>NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO DEGLI EROGATORI – AMBULATORIALE (NOCEA)</i>	<i>20</i>
<i>RECUPERO TICKET</i>	<i>32</i>
<i>SERVIZIO AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE</i>	<i>34</i>
<i>NEGOZIAZIONE E ACQUISTO PRESTAZIONI SANITARIE</i>	<i>43</i>
<i>AREA SALUTE MENTALE</i>	<i>44</i>
<i>ACCREDITAMENTO, VIGILANZA E CONTROLLO (AVC) AREA SOCIOSANITARIA E SOCIALE</i>	<i>46</i>
<i>CUSTOMER SATISFACTION</i>	<i>100</i>
<i>SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE</i>	<i>100</i>
<i>PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI</i>	<i>114</i>
<i>DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE</i>	<i>117</i>

## PREMESSA

Il presente Piano dei Controlli è redatto sulla base delle indicazioni fornite dalla d.g.r. n. XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019", ed in continuità con quanto definito nel Piano dei controlli di cui alla d.g.r. X/6502 del 21.04.2017 proposto dall'ACSS costituita ai sensi dell'art.11, comma 4, lettera a) della l.r. 23/15 quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, in grado di garantire continuità, uniformità, equità e sviluppo alle attività di verifica e controllo.

Si configura quale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo, esplicitando le strategie, gli obiettivi e gli indicatori al fine di garantire il miglioramento continuo dei servizi forniti.

Alle Agenzie di tutela della Salute sono infatti attribuite, ai sensi dell'art. 6 comma 3, lettera i) della l.r. 23/15, " le funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11"

## IL CONTESTO TERRITORIALE DELL'ATS DI BERGAMO

L'ATS di Bergamo opera su un territorio coincidente con la provincia di Bergamo, con una popolazione complessiva di 1.111.035 assistiti attivi (fonte dati: NAR al 31/12/2018), distribuiti in 243 comuni, suddivisi in 3 distretti e 14 ambiti socio sanitari.

La distribuzione della popolazione per classi di età e genere è la seguente:

Distribuzione assistiti per genere e classi di età		genere		
		F	M	Totale
Classi età	0-13	78.198	73.830	152.028
	14-64	371.706	357.848	729.554
	65-74	56.380	60.142	116.522
	75 e oltre	44.650	68.281	112.931
	Totale	550.934	560.101	1.111.035

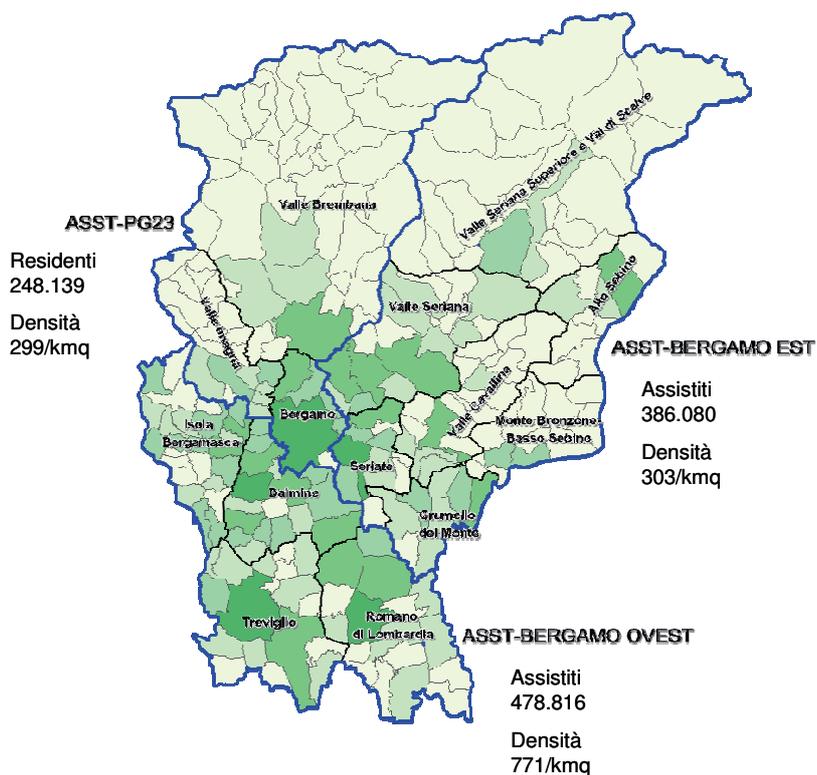
Gli assistiti si distribuiscono per genere e ambito come da tabella seguente:

Distribuzione assistiti per genere e distretto		Genere		
		Femmine	Maschi	Totale
Distretto	BERGAMO	120.312	127.827	248.139
	BERGAMO EST	238.484	238.332	476.816
	BERGAMO OVEST	192.138	193.942	386.080
	Totale	550.934	560.101	1.111.035

### Situazione territoriale e demografica

La struttura demografica della popolazione presenta un indice di vecchiaia pari a 140,4, con ulteriore incremento rispetto all'anno precedente (pari a 136,3). Il tasso di natalità appare leggermente in calo (8,19 per 1.000 abitanti, rispetto a 8,50 per 1.000 abitanti). L'indice di dipendenza strutturale peggiora modestamente anch'esso, passando da 54,4 a 54,7.

In termini di densità abitativa, sulla base di una superficie complessiva 2.724 Km<sup>2</sup>, la densità media è pari a 408 ab./km<sup>2</sup>. Nella mappa che segue si presenta la densità abitativa per i Comuni (scala colorimetrica verde monocromatica) e la sintesi per Distretto.



## STATO DI SALUTE: ELEMENTI DI EPIDEMIOLOGIA DESCRITTIVA

### Mortalità generale e causa-specifica (anni 2014-2016)

Il quoziente di mortalità generale della provincia di Bergamo, è pari a 9,23 per 1.000 abitanti, inferiore rispetto al quoziente medio di Regione Lombardia (9,91 per 1.000 ab.) e Italia (10,72 per 1.000 ab.).

La tabella che segue descrive la mortalità proporzionale per i principali gruppi di patologie, per i maschi e per le femmine

GRUPPI DI PATOLOGIE-MORTALITÀ PROPORZIONALE	% MASCHI	% FEMMINE	% TOTALE
Tumori	37,73	28,91	33,11
Malattie del sistema circolatorio	28,86	35,16	32,16
Malattie dell'apparato respiratorie	7,54	6,19	6,83
Malattie del sistema nervoso	4,56	6,37	5,51
Trumatismi e incidenti	5,08	3,13	4,06
Altro	16,22	20,25	18,33

Le due tabelle a seguire dettagliano la mortalità per cause tumorali specifiche

• Decessi tumorali più frequenti – maschi

PATOLOGIA TUMORALE	N	PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE MORTI TUMORALI %	TASSO STANDARDIZZATO Su popolazione standard europea- (x100.000)	TASSO GREZZO (x100.000)	Media annuale
Tumori di bronchi e polmoni	830	22,80	74,54	117,44	409
Tumori del fegato	351	9,64	32,01	50,44	176
Tumori di colon-retto	341	9,37	27,88	43,93	153
Tumori dello stomaco	287	7,88	24,66	38,86	135
Tumori del pancreas	241	6,62	21,99	34,65	121
Tumori della prostata	240	6,59	15,49	24,41	85

• Decessi tumorali più frequenti – femmine

PATOLOGIA TUMORALE	N	PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE MORTI TUMORALI %	TASSO STANDARDIZZATO -popolazione standard europea- (x100.000)	TASSO GREZZO (x100.000)	Media annuale
Tumori del mammella	416	13,21	40,51	69,34	227
Tumori di bronchi e polmoni	341	10,83	33,42	57,21	187
Tumori di colon-retto	312	9,90	23,65	40,48	132
Tumori del pancreas	296	9,40	23,35	39,97	131
Tumori del fegato	251	7,97	17,58	30,08	98
Tumori dello stomaco	220	6,98	16,56	28,35	93

Le tabelle evidenziano come la mortalità maschile sia prevalentemente determinata da cause oncologiche e cardiovascolari; simile osservazione è applicabile anche al genere femminile. Nei maschi, tumori polmonare e cardiopatie ischemiche sono tuttora le cause specifiche più rilevanti. Nelle femmine, le forme ischemiche cardiache ed i disturbi circolatori dell'encefalo sono le cause specifiche di maggior peso.

Tra i tumori, per le femmine, oltre al carcinoma mammario, sta sempre più acquistando rilevanza il carcinoma polmonare. Nei maschi, la mortalità per carcinoma polmonare rimane di gran lunga la più rilevante. Particolare rilevanza, in entrambi i generi, è assunta dai tumori dell'apparato gastroenterico (fegato, stomaco e pancreas). I tassi di mortalità per tumore al polmone e alla mammella sono in linea con i rispettivi tassi regionali, così come quello per cause cardiovascolari.

**Le tendenze temporali della mortalità**

Per quanto riguarda, nello specifico, le cause tumorali, è rilevante verificare come i trend temporali per genere siano differenziati: negli uomini è in costante flessione, mentre nelle donne è sostanzialmente stabile. I trend relativi alla mortalità per patologie cardiovascolari mostrano invece una costante flessione in entrambi i generi.

## AREA SANITARIA - RETE D'OFFERTA DELLE STRUTTURE ACCREDITATE

Il territorio dell'ATS di Bergamo presenta una rete d'offerta sanitaria ampia e diversificata, in presenza di diversi punti di erogazione in capo ad Enti di diritto pubblico e privato, strutturati tra ambito ospedaliero e rete territoriale, accreditati e contrattualizzati col Servizio Sanitario Regionale.

La disponibilità di posti letto appare adeguata al fabbisogno della popolazione; i provvedimenti regionali di programmazione di riduzione della dotazione di posti letto effettivamente a carico del Servizio Sanitario e la sospensione degli accreditamenti e contrattualizzazione per attività di ricovero per acuti, hanno portato ad una progressiva riduzione, a partire dal 2010, del numero di posti letto ordinari e di quelli di day hospital. Il trend si è mantenuto, seppure in misura più ridotta, nell'ultimo triennio, durante il quale si è passati da 4081 posti letto a contratto agli attuali 4035, di cui 3.764 ordinari e 271 a ciclo diurno. In area riabilitativa sono presenti n. 754 posti letto di degenza ordinaria e n. 15 posti letto di DH accreditati e a contratto. La disponibilità di posti letto attivi e a contratto nell'area per acuti così come per l'area riabilitativa è pressoché in linea con gli standard nazionali previsti dal DM 70/2015.

Il numero di ricoveri complessivamente registrati nel 2018 a favore di cittadini bergamaschi, ovunque erogati, è stato pari a 142.301; la tabella successiva mostra le rispettive quote proporzionali tra degenze ordinarie, day hospital e degenze per sub-acuti.

Tipo ricovero	Freq.	%
Degenza Ordinaria	115.830	82,6
Day Hospital	22.867	16,3
Sub-acuti	1.473	1,1
Totale	140.170	100,0

La mobilità attiva è stata pari a 21,9%.

**Profilo dell'offerta**

La distribuzione territoriale delle attività presenti al 31/12/2018 viene riassunta e visualizzata nelle tabelle successive.

<b>Totale posti letto pubblici 31/12/2018</b>				
<b>Strutture pubbliche</b>		<b>Posti letto a contratto</b>		<b>Totale p.l. a contratto</b>
		ordinari	Dh/Ds	
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	Osperdale Civile San Giovanni Bianco	99	4	<b>103</b>
	Ospedale Papa Giovanni XXIII	953	71	<b>1024</b>
ASST DI BERGAMO OVEST	Ospedale Treviglio Caravaggio	376	27	<b>403</b>
	Ospedale Santissima Trinità	166	15	<b>181</b>
ASST DI BERGAMO EST	PO Pesenti Fenaroli Alzano Lomb.	212	11	<b>223</b>
	PO F.M. Passi Calcinatè	71	2	<b>73</b>
	PO Briolini Gazzaniga	48		<b>48</b>
	PO SS.Capitanio e Gerosa Lovere	79	4	<b>83</b>
	PO Bognini Seriate	236	19	<b>255</b>
	PO MO A. Locatelli Piario	95	13	<b>108</b>
<b>Totale</b>		<b>2335</b>	<b>166</b>	<b>2501</b>

<b>Posti tecnici</b>									
		Dialisi	Cal	Mac	Cure sub acute	Chirurgia a bassa	Nido	Cure Palliative	Totale presidio
030132	Osperdale Civile San Giovanni Bianco			8	16	3			<b>27</b>
030905	Ospedale Papa Giovanni XXIII	30	27	79		14	44	12	<b>206</b>
030131	Ospedale Treviglio Caravaggio	25		18		7	24		<b>74</b>
030138	Ospedale Santissima Trinità		12	10	18	3			<b>43</b>
030133	PO Pesenti Fenaroli Alzano Lomb.			17		3	21		<b>41</b>
030134	PO F.M. Passi Calcinatè				30	2			<b>32</b>
030136	PO Briolini Gazzaniga			4					<b>4</b>
030137	PO SS.Capitanio e Gerosa Lovere			3	12	2			<b>17</b>
030140	PO Bognini Seriate			12		9	20		<b>41</b>
030382	PO MO A. Locatelli Piario			11	10	4			<b>25</b>
030143	Humanitas Gavazzeni	13		2		2			<b>17</b>
030144	Casa di Cura "Beato Palazzolo"			2	5	1		12	<b>20</b>
030145	Humanitas Castelli			2	5	2			<b>9</b>
030146	Casa di Cura San Francesco			2	10	2			<b>14</b>
030147	Policlinico San Marco	20		9	10	3			<b>42</b>
030148	Policlinico San Pietro	23		10	12	2	16		<b>63</b>
030149	Istituto Clinico Quarenghi s.r.l.			1					<b>1</b>
030350	Ferb Onlus - Ospedale "S. Isidoro"			4					<b>4</b>
030354	Nephrocare Spa	24	36						<b>60</b>
030356	Istituto Clinico Habilita			4					<b>4</b>
030360	FERB Alzheimer Gazzaniga			2					<b>2</b>
030379	Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico			11					<b>11</b>
	<b>Totale</b>	<b>135</b>	<b>75</b>	<b>211</b>	<b>128</b>	<b>59</b>	<b>125</b>	<b>24</b>	<b>757</b>

Totale posti letto strutture private autorizzate e/o accreditate										
Strutture private		Posti letto a contratto		Totale p.l. a contratto	Posti letto accreditati non a contratto		Totale p.l. accreditati non a contratto	Totale p.l. solo autorizzati		Totale Strutture
		ordinari	Dh/Ds		ordinari	Dh/Ds		ordinari	Dh/Ds	
030143	Humanitas Gavazzeni	236	9	245	29	27	56	8		309
030144	Casa di Cura "Beato Palazzolo"	118	10	128						128
030145	Humanitas Castelli	23	7	30	67		67			97
030146	Casa di Cura San Francesco	132	3	135	23		23			158
030147	Policlinico San Marco	265	29	294						294
030148	Policlinico San Pietro	254	34	288						288
030149	Istituto Clinico Quarenghi s.r.l.	98	1	99	14					99
030350	Ferb Onlus - Ospedale "S. Isidoro"	87		87		1	1			88
030354	Nephrocare Spa	10		10						10
030356	Istituto Clinico Habilita	53	6	59	28		28			87
030360	FERB Alzheimer Gazzaniga	46		46						46
030379	Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico	107	6	113						113
030384	Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Dacco'				8	10	18			18
019558	Chir One Day Clinic					2	2			2
030337	Villa S. Apollonia s.r.l.						0	16	4	20
026681	Daina Centro Odontostomatologico						0		2	2
	<b>Totale</b>	<b>1429</b>	<b>105</b>	<b>1534</b>	<b>169</b>	<b>40</b>	<b>209</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>1759</b>

#### Strutture territoriali accreditate e contrattualizzate

Tipologia di attività	pubblici	privati
Poliambulatori	11	13
Centri di medicina dello sport	1	8
Laboratori analisi		3
Psichiatria/NPIA (CRA-CRM-CPA-CPM-CPB-CD)	25	22

## REPORT FINALE DI ATTIVITÀ ANNO 2018

### Introduzione

Il NOCE/Ricoveri dell'ATS di Bergamo effettua attività di controllo delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero presso le strutture pubbliche e private accreditate esistenti sul territorio provinciale, in conformità alle indicazioni riguardanti le tipologie di controlli definite da Regione Lombardia (DGR X /2989 e X/ 3993).

I controlli delle SDO effettuati dal NOCE/Ricoveri hanno ottemperato ai contenuti del Piano dei Controlli della ATS di Bergamo riguardante l'anno 2018 e adottato con Deliberazione del Direttore Generale n° 331 del 16/04/2018.

I controlli effettuati sono stati eseguiti per verifica di congruenza tra: dati inviati dagli enti erogatori accreditati, le codifiche riportate sulla SDO, le informazioni desunte dall'esame accurato dell'intera cartella clinica depositata e custodita presso le varie strutture pubbliche e private accreditate.

Nel 2018, al fine di allineare l'esercizio di controllo stesso con l'esercizio di produzione, la DGR 7600 del 20/12/2017 disponeva che le annualità di controllo coincidessero con l'annualità solare, prevedendo quindi, che le attività di controllo si concludessero entro il 31.12.2018. Al fine di consentire la regolare conclusione dell'esercizio, il 2018 è stato un anno di transizione con durata di 10 mesi, e in considerazione della prevista contrazione del tempo utile per l'attività di controllo, la Regione disponeva che la quota complessiva di controlli attesi per le attività di ricovero fosse eccezionalmente ridotta dal 14% all'11,5%, riproporzionando quindi la quota minima sulle mensilità di attività effettivamente disponibili.

### Tipologia dei controlli

Come da indicazione regionale si è provveduto al controllo del 11,5% delle SDO così suddivise:

- quota di almeno il 5%: riferita ad attività di controllo di congruenza e appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato
- quota fino al 3%: riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e selezionata con modalità di campionamento casuale seguita da controllo NOC
- quota fino al 3,5%: riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori seguita da controllo NOC

I campionamenti ed i controlli sono stati effettuati rispettando le procedure di qualità, garantendo così la tracciabilità e la trasparenza del processo decisionale alla base dei criteri di campionamento di volta in volta adottati, con l'intento di favorire le verifiche interne ed esterne riferite alla Legge n. 190/2012 (Anticorruzione) e al D.L. n. 33/2013 (Trasparenza) e rendere trasparente il processo decisionale alla base dei criteri di campionamento di volta in volta adottati per gli Erogatori controllati.

### Sintesi attività di controllo anno 2018

L'intero campione provinciale analizzato ha avuto come periodo temporale di competenza il periodo esteso tra aprile 2017 settembre 2018.

Nel corso del 2018 è stata eseguita un'attività di controllo effettivo di verifica che ha interessato **18.242** SDO/cartelle cliniche pari al **12%** della produzione dei ricoveri ospedalieri, raggiungendo gli obiettivi prefissati da Regione Lombardia (11.5%).

Nella tabella 1 è indicata l'attività suddivisa per le tre tipologie di controllo

Tab.1 Attività 2018  
SDO controllate

	controllate	% SDO controllate
Congruenza Guidata	8.064	5,3%
Autocontrollo qualità	4.610	3,0%
Autocontrollo congruenza	5.568	3,7%
<b>TOTALE</b>	<b>18.242</b>	<b>12%</b>

Si specificano nelle tabelle sottostanti, per le varie tipologie di controllo: congruenza guidata, autocontrollo di congruenza e autocontrollo di qualità documentale, la numerosità, i corrispettivi esiti, le valorizzazioni tariffarie pre/post controllo e le decurtazioni effettuate.

Tab.2 Esiti  
Congruenza Guidata e Autocontrollo Di Congruenza

ESITI	Congruenza Guidata n° SDO per esito	% SDO per esito	Autocontrollo di Congruenza n° SDO per esito	% SDO per esito
A	7.212	89,4%	5.416	97%
B	64	0,8%	7	0,13%
C	39	0,5%	0	0,00%
D	168	2,1%	107	1,9%
E	198	2,5%	13	0,2%
F	4	0,05%	1	0,0%
G	0	0,0%	0	0%
H	0	0,0%	0	0%
J	0	0,0%	0	0%
I	0	0,0%	0	0%
L	0	0,0%	0	0%
M	93	1,2%	1	0,0%
X	270	3,3%	22	0,4%
K	16	0,2%	1	0%
<b>TOT</b>	<b>8.064</b>		<b>5.416</b>	

Dalla tabella esiti di congruenza emerge che il maggior numero di modifiche, il 2,5% hanno riguardato correzioni del DRG attribuibile alla pratica (esito E), mentre nella tipologia di autocontrollo di congruenza la maggior parte delle modifiche (1.9%) hanno riguardato le giornate di ricovero che sono state decurtate perché risultate inappropriate.

Tab.3 Esiti  
Autocontrollo Qualità Documentale

ESITI		%
<b>Cartella conforme</b>	4.549	98,68%
<b>Cartella parzialmente conforme</b>	40	0,87%
<b>Cartella non conforme</b>	21	0,46%
<b>Totale</b>	<b>4.610</b>	

Come chiaramente evidente dalla tabella, la qualità documentale delle cartelle ha una elevata (98.68%) correttezza formale anche se ancora passibile di miglioramento.

Tab. 4  
Decurtazioni Economiche Per Tipologia Di Controllo

	Valorizzazione pre - verifica	Valorizzazione post - verifica	Differenza	%
Congruenza	€ 40.580.276,00	€ 39.620.465,00	-€ 959.811,00	2,4%
Autocontrollo documentale	€ 10.402.759,00	€ 10.330.444,80	-€ 72.314,20	0,7%
Autocontrollo congruenza	€ 20.119.352,00	€ 20.023.407,30	-€ 95.944,70	0,5%
<b>TOTALE</b>	<b>€ 71.102.387,00</b>	<b>€ 69.974.317,10</b>	<b>-€ 1.128.069,90</b>	<b>1,6%</b>

Controlli Di Congruenza ed Appropriatezza Generica 5%

Entrando nel dettaglio dei controlli deputati esclusivamente ai NOC nella Tabella 5 sono indicati gli indicatori utilizzati con il relativo tipo campione e nella tabella 6 gli esiti di tale controllo.

Tab.5  
**Indicatori Campione Di Congruenza**

TIPO CAMPIONE	INDICATORE
<b>1</b>	Ricoveri ripetuti per acuti (stesso MDC entro 45 giorni)
<b>2</b>	I2_DRG Complicati
<b>3</b>	DRG anomali
<b>4</b>	Ricoveri ordinari per acuti di durata superiore ai 4 giorni con DRG non chirurgico
<b>5</b>	DH diagnostico con nessuna o una sola procedura
<b>6</b>	ricoveri ordinari in Riabilitazione: presenza del soggetto durante tutto l'arco del ricovero.
<b>7</b>	Ricoveri in Riabilitazione: presenza del piano riabilitativo individuale
<b>8</b>	OBIETTIVI D' INTERESSE LOCALE
<b>D</b>	Ricoveri con DRG dermatologici
<b>R</b>	I9_% di casi ordinari con degenza 4/5 giorni
<b>S</b>	I8_importo medio reparto
<b>T</b>	I7_procedure effettuate in ambulatorio
<b>U</b>	I6_accessi _DH_per SDO
<b>V</b>	I5_ripetuti _stesso ospedale
<b>W</b>	I4_ripetuti _stesso MDC stesso ospedale
<b>X</b>	I3_incidenza di un DRG sul mix_ospedale
<b>Y</b>	I2_casi Complicati
<b>Z</b>	I1_Casi Ordinari con degenza 2-3 giorni

Tab.6

## Controllo Di Congruenza Mirato SDO Controllate Anno 2018

ESITO													
TIPO CAMPIONE	INDICATORE	A-Pratica confermata	B-Pratica non confermata, valorizzazione annullata perchica	C-Pratica non confermata. Valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale	D-Pratica non confermata, con modifica della degenza ordinaria e degli accessi in Day hospital	E-Pratica non confermata, con modifica del DRG	F-Pratica non confermata con modifica del DRG e degenza ordinaria/accessi in DH	M -Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	X-Pratica confermata, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica.	K-Pratica confermata con modalità dimissione modificata	TOTALE CONTROLLATE	% Modificate sul totale delle ontrollate (escluso esito A e X)	%SDO modificate per tipo campione sul totale delle modificate (escluso esito A e X)
1	ricoveri ripetuti per acuti (stesso MDC entro 45gg)	954	22	0	5	24	0	6	39	5	1.055	5,9%	<b>0,8%</b>
2	I2_Drg Complicati	952	3	0	27	55	0	6	77	2	1.122	8,3%	<b>1,2%</b>
3	DRG anomali	71	0	0	1	9	0	3	3	0	87	14,9%	<b>0,2%</b>
4	Ricoveri ordinari per acuti di durata superiore ai 4 giorni con DRG non chirurgico	68	0	1	19	2	0	2	1	0	93	25,8%	<b>0,3%</b>
5	DH diagnostico con nessuna o una sola procedura	29	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0,0%	<b>0,0%</b>
6	ricoveri ordinari in Riabilitazione: presenza del soggetto durante tutto l'arco del ricovero.	280	3	0	20	9	1	2	4	2	321	11,5%	<b>0,5%</b>
7	Ricoveri in Riabilitazione: presenza del piano riabilitativo individuale	299	1	0	0	0	0	21	0	0	321	6,9%	<b>0,3%</b>
8	obiettivi di interesse locale	3.606	31	20	76	95	3	41	132	7	4.011	6,8%	<b>3,4%</b>
9	Estensione per errori	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	<b>0,0%</b>
D	ricoveri con DRG dermatologici	206	1	14	0	1	0	2	2	0	226	8,0%	<b>0,2%</b>
R	I9_% di casi ordinari con degenza 4/5 giorni	30	0	0	3	0	0	0	1	0	34	8,8%	<b>0,0%</b>
S	I8_importo medio reparto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	<b>0,0%</b>
T	I7_procedure effettuate in amb	173	1	2	0	1	0	5	4	0	186	4,8%	<b>0,1%</b>
U	I6_accessi_DH_per SDO	85	0	1	0	0	0	1	1	0	88	2,3%	<b>0,0%</b>
V	I5_% ripetuti stesso ospedale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	<b>0,0%</b>
W	I4_% ripetuti stesso MDC stesso ospedale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	<b>0,0%</b>
X	I3_incidenza di un DRG sul mix_osp	142	1	0	1	0	0	0	4	0	148	1,4%	<b>0,0%</b>
Y	I2_% casi Complicati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	<b>0,0%</b>
Z	I1_% Casi Ordinari con degenza 2-3 gg	317	1	1	16	2	0	4	2	0	343	7,0%	<b>0,3%</b>
	<b>totale</b>	<b>7.212</b>	<b>64</b>	<b>39</b>	<b>168</b>	<b>198</b>	<b>4</b>	<b>93</b>	<b>270</b>	<b>16</b>	<b>8.064</b>	<b>7,2%</b>	<b>7,2%</b>

Il maggior numero di modifiche è stato apportato alla tipologia di DRG con conseguente esito E della pratica, a seguire gli esiti D, modifica giornate di degenza, e M modifiche di valorizzazione legate in modo prevalente alla qualità documentale.

L'incidenza di SDO modificate, escluse l'esito A (Pratica confermata) e l'esito X (Pratica confermata con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica), presentano una percentuale significativa (3,4%) nel tipo di campione che riguarda le criticità di interesse locale tipo 8. Criticità che vengono esaminate più in dettaglio nelle tabelle successive.

Nella successiva tabella gli obiettivi locali vengono valutati in base all' MDC (Mayor Clinic Group); l'incidenza delle SDO modificate risulta più rilevante nei DRG dell'area delle malattie e disturbi cardiocircolatori e delle malattie dell'apparato muscolo scheletrico, e riguardano in primis l'errore di codifica seguito dalle giornate inappropriate.

Tab.7

**Controllo Di Congruenza Mirato Obiettivi di interesse locale**

MDC	A-Pratica confermata	B-Pratica non confermata, valorizzazione annullata perché ricompresa in altra pratica	C-Pratica non confermata. Valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale	D-Pratica non confermata, con modifica della degenza ordinaria e degli accessi in Day hospital	E-Pratica non confermata, con modifica del DRG	F-Pratica non confermata con modifica del DRG e degenza ordinaria/accessi in DH	M-Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	X-Pratica confermata, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica.	K-Pratica confermata con modalità dimissione modificata	TOTALE CONTROLLATE	Totale modificate per MDC	% Modificate (escluso esiti A e X)	% modificate sul totale modificate Incidenza
01_Malattie e disturbi del sistema nervoso	241	5		7	9		3	2	7	274	26	9,5%	9,5%
02_Malattie e disturbi dell'occhio	89	6		1	1				1	98	8	8,2%	2,9%
03_Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	138	1	18	2	2		1	3	5	170	27	15,9%	9,9%
04_Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	200			2	11			1	8	222	14	6,3%	5,1%
05_Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	545	1		20	19		2	4	21	612	46	7,5%	16,8%
06_Malattie e disturbi dell'apparato digerente	325	1		10	5		1	6	10	358	23	6,4%	8,4%
07_Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	144			6	2	1		3	11	167	12	7,2%	4,4%
08_Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	517	7		9	6	1		7	12	559	30	5,4%	11,0%
09_Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	199	2	2	1	5			4	13	226	14	6,2%	5,1%
10_Malattie e disturbi endocrini, metabolici, nutrizionali.	195	2		1	3				3	204	6	2,9%	2,2%
11_Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	132	1		1	1				3	138	3	2,2%	1,1%
12_Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	96			1				1		98	2	2,0%	0,7%
13_Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	126	1		2	4			5	6	144	12	8,3%	4,4%
14_Gravidanza, parto e puerperio	52			8	1					61	9	14,8%	3,3%
15_Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	85			1					8	94	1	1,1%	0,4%
16_Malattie e disturbi del sangue e degli organi emopoietici	30				2				2	34	2	5,9%	0,7%
17_Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori	123			1	1			1	2	128	3	2,3%	1,1%

poco differenziati													
18_Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	83				5				7	95	5	5,3%	1,8%
19_Malattie e disturbi mentali	14				1				1	16	1	6,3%	0,4%
20_Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	2									2	0	0,0%	0,0%
21_Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	64				1	1		1	1	68	3	4,4%	1,1%
22_Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	3									3	0	0,0%	0,0%
23_Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	127	4			3	15		2	6	157	24	15,3%	8,8%
24_Traumatismi multipli significativi	15				1				2	18	1	5,6%	0,4%
25_Infezioni da HIV	7									7	0	0,0%	0,0%
PRE	54							1	3	58	1	1,7%	0,4%
<b>totale</b>	<b>3.606</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>76</b>	<b>95</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>41</b>	<b>132</b>	<b>4.011</b>	<b>273</b>	<b>6,8%</b>	<b>100,0%</b>

La tabella 8 evidenzia l'incidenza di modifica per singoli DRG.

Il DRG con maggior incidenza di modifica è stato il DRG 467 *altri fattori che influenzano lo stato di salute*, DRG medico, in cui affluiscono circa 60 codici, seguito dai DRG 288 Interventi per obesità e dal DRG 353 eviscerazione pelvica.

Tab.8  
Controllo Di Congruenza Mirato Obiettivo di interesse locale

ESITO per DRG												
DRG	A_Pratica confermata	B_valorizzazione annullata	D_modifica della degenza ordinaria	E_modifica del DRG	F_modifica del DRG e degenza	K_modalità di dimissione modificata	M_modifiche della valorizzazione	X_modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica.	TOTALE controllate	Totale Modificate X DRG escluso esito X	% Modificate per DRG escluse esito A e X	% SDO modificate sul totale modificate escluse esito A e X
9	6			1					7	1	14,3%	0,96%
14	34			1				1	36	1	2,8%	0,96%
15	8		1	2					11	3	27,3%	2,88%
27	1			2		1		1	5	3	60,0%	2,88%
29	20								20	0	0,0%	0,00%
35	17		2	1					20	3	15,0%	2,88%
36	28			1				1	30	1	3,3%	0,96%
37	2								2	0	0,0%	0,00%
38	5	2							7	2	28,6%	1,92%
39	9	2							11	2	18,2%	1,92%
40	17	1							18	1	5,6%	0,96%
41	4								4	0	0,0%	0,00%
42	20	1							21	1	4,8%	0,96%
44	1								1	0	0,0%	0,00%
45	1		1						2	1	50,0%	0,96%
47	2								2	0	0,0%	0,00%
49	8							1	9	0	0,0%	0,00%
50	5							1	6	0	0,0%	0,00%
51	1								1	0	0,0%	0,00%

52	1							1	0	0,0%	0,00%	
56	6							6	0	0,0%	0,00%	
66	2							2	0	0,0%	0,00%	
120	22		1	1				24	2	8,3%	1,92%	
127	72			1		1		3	77	2	2,6%	1,92%
144	11			1				12	1	8,3%	0,96%	
173	15			1				1	17	1	5,9%	0,96%
182	2							2	0	0,0%	0,00%	
183	18		3				1	22	4	18,2%	3,85%	
204	23				1		1	2	27	2	7,4%	1,92%
207	4						1	5	1	20,0%	0,96%	
208	20							20	0	0,0%	0,00%	
210	6							6	0	0,0%	0,00%	
223	2							2	0	0,0%	0,00%	
234	26	1	2					29	3	10,3%	2,88%	
288	141	2		3				3	149	5	3,4%	4,81%
346	1							1	0	0,0%	0,00%	
347	26							26	0	0,0%	0,00%	
353	17			3			2	3	25	5	20,0%	4,81%
356	8						1	9	1	11,1%	0,96%	
359	34							1	35	0	0,0%	0,00%
361	12		1					13	1	7,7%	0,96%	
362	6			1				7	1	14,3%	0,96%	
365	8							8	0	0,0%	0,00%	
370	1							1	0	0,0%	0,00%	
372	4							4	0	0,0%	0,00%	
385	7							1	8	0	0,0%	0,00%
386	6							6	0	0,0%	0,00%	
387	5							5	0	0,0%	0,00%	
388	27							27	0	0,0%	0,00%	
389	8							1	9	0	0,0%	0,00%
390	22		1					6	29	1	3,4%	0,96%
391	10								10	0	0,0%	0,00%
410	13							13	0	0,0%	0,00%	
464	13			1				2	16	1	6,3%	0,96%
467	73	2	3	13			2	4	97	20	20,6%	19,23%
471	6							6	0	0,0%	0,00%	
473	7						1	8	1	12,5%	0,96%	
479	19		1					20	1	5,0%	0,96%	
480	5							5	0	0,0%	0,00%	
481	8							8	0	0,0%	0,00%	
482	9							1	10	0	0,0%	0,00%
485	6							1	7	0	0,0%	0,00%
486	5							1	6	0	0,0%	0,00%
487	4			1				5	1	20,0%	0,96%	
489	6							6	0	0,0%	0,00%	
490	1							1	0	0,0%	0,00%	
491	13							13	0	0,0%	0,00%	
492	4							4	0	0,0%	0,00%	
493	3							3	0	0,0%	0,00%	
494	26		1					2	29	1	3,4%	0,96%
541	11						1	1	13	1	7,7%	0,96%
542	17								17	0	0,0%	0,00%
543	3		1					4	1	25,0%	0,96%	
544	47	1						4	52	1	1,9%	0,96%
545	8							1	9	0	0,0%	0,00%
547	4			1				1	6	1	16,7%	0,96%
548	3							2	5	0	0,0%	0,00%
549	1							1	0	0,0%	0,00%	
550	4							4	0	0,0%	0,00%	
551	10		1	3				1	15	4	26,7%	3,85%
552	23		2					1	26	2	7,7%	1,92%
554	7							1	8	0	0,0%	0,00%
555	11			2				13	2	15,4%	1,92%	
557	30		1	1			1	2	35	3	8,6%	2,88%
558	28		3				1	32	4	12,5%	3,85%	
559	12							12	0	0,0%	0,00%	
560	4							4	0	0,0%	0,00%	
561	6							6	0	0,0%	0,00%	
562	1							1	0	0,0%	0,00%	
563	1							1	2	0	0,0%	0,00%

564	1							1	0	0,0%	0,00%	
565	7		1					8	1	12,5%	0,96%	
566	5							5	0	0,0%	0,00%	
567	4		1					5	1	20,0%	0,96%	
568	7		1				1	9	1	11,1%	0,96%	
569	13	1	2			1	1	18	4	22,2%	3,85%	
570	12							12	0	0,0%	0,00%	
571	1							1	0	0,0%	0,00%	
572	6		1					7	1	14,3%	0,96%	
573	15						1	16	0	0,0%	0,00%	
574	4							4	0	0,0%	0,00%	
575			1					1	1	100,0%	0,96%	
576	49						4	53	0	0,0%	0,00%	
577	4	1						5	1	20,0%	0,96%	
578	2						2	4	0	0,0%	0,00%	
579	4		1				1	6	1	16,7%	0,96%	
Totale	<b>1.348</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>62</b>	<b>1.514</b>	<b>104</b>	<b>6,9%</b>	<b>100,00%</b>

Nell'ultima tabella il dettaglio degli esiti dei controlli nei singoli presidi ospedalieri suddivisi per pubblici e privati. In entrambi troviamo come prevalente la modifica del DRG, al secondo posto per le strutture pubbliche troviamo la decurtazione delle giornate di ricovero e per le private l'annullamento di ricoveri ripetuti.

Nel corso dei controlli effettuati sono state eseguite estensioni dei campioni per riscontro di errori ripetuti che superavano la soglia di significatività. Sono state segnalate alla U.O.C Autorizzazione Accreditamento e Controlli Area Sanitaria situazioni che configuravano mancato mantenimento di requisiti autorizzativi/di accreditamento, passibili di sanzionamento. Sono state irrogate n. 2 sanzioni amministrative calcolate come stabilito dalla DGR n XI/2057/2011 per percentuali di decurtazione economica => 5%.

Tab9 e 10  
**Controllo Di Congruenza Mirato SDO Controllate Anno 2018**  
**Strutture pubbliche e private accreditate**

		ESITO																				
<b>STRUTTURA</b>	A-Pratica confermata	574	8																			
	B-Pratica non confermata, valorizzazione annullata perché ricompresa in altra pratica																					
	C-Pratica non confermata. Valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale																					
	D-Pratica non confermata, con modifica della degenza ordinaria e degli accessi in Day hospital																					
	E-Pratica non confermata, con modifica del DRG																					
	F-Pratica non confermata con modifica del DRG e degenza ordinaria/accessi in DH																					
	M -Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione																					
	X-Pratica confermata, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica.																					
	K-Pratica confermata con modalità dimissione modificata																					
	TOTALE CONTROLLATE	681	78	11,5%	1,0%																	
	Totale modificate	171	12	7,0%	0,1%																	
	% Modificate (escluso esiti A e X)	435	43	9,9%	0,5%																	
	% modificate sul totale modificate Incidenza	17	2	11,8%	0,0%																	
	ASST	31		6,1%	0,0%																	
ASST	177	3	5,7%	0,1%																		
ASST	226	2	6,6%	0,2%																		
ASST	538	6	13,8%	1,1%																		
ASST	223	3	5,3%	0,2%																		
ASST	1.886	1	6,8%	1,8%																		
totale	4.197	30	8,6%	5%																		

		ESITO															
<b>STRUTTURA</b>	A-Pratica confermata	689	11			7	12			1	36	1	757	32	4,2%	0,4%	
	B-Pratica non confermata, valorizzazione annullata perché ricompresa in altra pratica	173	1				3		1	9			187	5	2,7%	0,1%	
	C-Pratica non confermata. Valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale	237	2				4			4			247	6	2,4%	0,1%	
	D-Pratica non confermata, con modifica della degenza ordinaria e degli accessi in Day hospital	206	5			2	13		2	5			233	22	9,4%	0,3%	
	E-Pratica non confermata, con modifica del DRG	681	5			16	20		11	15			751	55	7,3%	0,7%	
	F-Pratica non confermata con modifica del DRG e degenza ordinaria/accessi in DH	773	9			2	9		2	9			804	22	2,7%	0,3%	
	G-Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	71				5	2		3		2			81	10	12,3%	0,1%
	H-Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	54					4		1		2			61	5	8,2%	0,1%
	I-Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	21					1							22	1	4,5%	0,0%
	J-Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	34	1				1		1				38	3	7,9%	0,0%	
	K-Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	23									1		24	1	4,2%	0,0%	
	L-Pratica non confermata, con modifiche della valorizzazione	53					2	4		2	2		63	8	12,7%	0,1%	
	Totale	<b>3.015</b>	<b>34</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>61</b>	<b>24</b>	<b>83</b>	<b>2</b>	<b>3.205</b>	<b>170</b>	<b>5,3%</b>	<b>2,1%</b>				

**PCP 2019 - TABELLA DI PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI – NUCLEO OPERATIVO CONTROLLO EROGATORI RICOVERI**

DESTINATARIO DEL CONTROLLO	FINALITA' DEL CONTROLLO	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	
(CHI?)	(PERCHÉ?)	(COSA?)	(CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	(COME?)	(QUANTE/I?)	
Strutture Sanitarie di ricovero e cura dell'ATS di Bergamo	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni di ricovero rendicontate per il pagamento da parte del SSR	Qualità formale Qualità documentale Qualità sostanziale	La selezione delle cartelle cliniche terrà conto delle indicazioni regionali (DGR n. 4799/2007 come modificata dalla DGR n. 2633/2011), delle indicazioni del GDL regionale e dell'ACSS, sia delle analisi elaborate in materia a livello locale, anche sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli esercizi precedenti.	Attraverso l'analisi della SDO e della cartella clinica viene verificata la congruenza e l'appropriatezza generica delle prestazioni erogate e la qualità documentale .	La programmazione delle attività per l'Esercizio 2019, in ottemperanza a quanto richiamato dalla DGR 1046/2018 che prevede la verifica del <b>13.5%</b> delle SDO distribuite come segue: <b>3%</b> come Autocontrollo qualità documentale con modalità di estrazione Casuale (ex DGR n. IX/621/2010, n. IX/4334/2012 e relativa Circolare esplicativa n. 36178/2012) <b>3.5%</b> come Autocontrollo sulla congruenza con modalità di mirata a cura dei soggetti erogator (ex DGR n. X/1185/2013, n. X/2313/2014 e ss.mm.ii.) <b>7%</b> come Congruenza modalità estrazione mirata Estensione delle verifiche a tutta la casistica prodotta qualora si evidenziassero comportamenti non casuali Erogazione sanzioni per violazioni statisticamente significative come da DGR n. IX/2057/2011.	in allegato il dettaglio degli indicatori regionali e degli obiettivi di interesse locale 2019

<b>Criticità</b>	<p>La selezione delle cartelle cliniche terrà conto sia delle indicazioni regionali (DGR n. VIII/4799/2007 e come modificati dalla DGR n. IX/2633/2011), delle indicazioni del GDL regionale e dell'ACSS, sia delle analisi elaborate in materia a livello locale, anche sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli esercizi precedenti.</p> <p><b>INDICATORI REGIONALI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I-2 DRG Complicati</li> <li>• DRG anomali</li> <li>• Ricoveri ordinari per acuti di durata superiore ai 4 giorni con DRG non chirurgico</li> <li>• DH diagnostico con nessuna o una sola procedura</li> <li>• Ricoveri ordinari in Riabilitazione: presenza del soggetto durante tutto l'arco del ricovero.</li> <li>• Ricoveri in Riabilitazione: presenza del piano riabilitativo individuale</li> <li>• Ricoveri con DRG dermatologici</li> <li>• I_9 % di casi ordinari con degenza 4/5 giorni</li> <li>• I_8 importo medio reparto</li> <li>• I_7 procedure effettuate in ambulatorio</li> <li>• I_6 accessi _DH_per SDO</li> <li>• I_5 ripetuti _stesso ospedale</li> <li>• I_4 ripetuti _stesso MDC stesso ospedale</li> <li>• I_3 incidenza di un DRG sul mix_ ospedaliero</li> <li>• I_2 casi Complicati</li> <li>• I_1 casi Ordinari con degenza 2-3 giorni</li> </ul> <p><b>OBIETTIVI D' INTERESSE LOCALE 2019:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parti cesarei (DRG 371 DRG 371)</li> <li>• Bronchite e asma età &lt;18 anni (DRG 098)</li> <li>• Gastroenteriti età &lt; 18 anni (DRG184)</li> <li>• Aborto senza dilatazione o raschiamento (DRG 380)</li> <li>• Artrodesi (DRG 496 497 498)</li> <li>• Chirurgia plastica</li> <li>• Neonato patologico</li> <li>• Prematuri con affezioni maggiori</li> <li>• Subacuti</li> <li>• Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti</li> <li>• Odontostomatologia</li> <li>• Dermatologia</li> <li>• TAVI</li> <li>• 108 DRG</li> <li>• Endoprotesi (di cui alla DGR n. XI/1046/2018)</li> </ul>
<b>Azione Concreta</b>	<p>La programmazione delle attività per l'Esercizio 2019, in ottemperanza a quanto richiamato dalla DGR 1046 del 17.12.2018, che prevede la verifica dell' <b>13.5%</b> delle SDO distribuite come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3% come Autocontrollo qualità documentale con modalità di estrazione Casuale di cui alle DGR n. IX/621/2010, n. IX/4334/2012 e relativa Circolare esplicativa n. 36178/2012</li> <li>• 3.5% come Autocontrollo sulla congruenza con modalità di mirata a cura dei soggetti erogatori DGR n. X/1185/2013, n. X/2313/2014 e successive integrazioni</li> <li>• 7% come Congruenza modalità estrazione mirata</li> </ul> <p>Estensione delle verifiche a tutta la casistica prodotta qualora si evidenziassero comportamenti non casuali</p> <p>Erogazione sanzioni per violazioni statisticamente significative come da DGR n. IX/2057 del 28.07.2011</p>
<b>Indicatore di Risultato</b>	<b>verifica di n° SDO 20.300 entro il 10/01/2020</b>

## NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO DEGLI EROGATORI – AMBULATORIALE (NOCEA)

### REPORT FINALE DI ATTIVITÀ ANNO 2018

La seguente analisi descrive la distribuzione dei controlli con l'effetto economico per tipologia di Struttura e il riepilogo generale aggiornato al 25 gennaio 2019.

#### ANNO 2018: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2017

SU TUTTE LE STRUTTURE			
	RECORD CONTROLLATI	RECORD CONTESTATI	DETRAZIONI ECONOMICHE
<b>Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC</b> (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre/post BIC)	876	196	7374
<b>Controllo formale congruenza</b> (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)	58.416	1.082	19.125
<b>Applicazione LEA:</b> prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza	28.487	254	7.192
<b>Prestazioni complesse e ad alto costo</b> (BIC, MAC, mucosectomie)	847	8	5.315
<b>Controlli di interesse locale</b> (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV)	47.970	233	12.696
<b>Prestazioni di NPI</b>	245	6	434
<b>TOTALE</b>	<b>136.841</b>	<b>1.779</b>	<b>52.136</b>

STRUTTURE PUBBLICHE	RECORD CONTROLLATI	RECORD CONTESTATI	DETRAZIONI ECONOMICHE
<b>Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC</b> (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)	668	160	6.326
<b>Controllo formale congruenza</b> (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)	44.678	846	14.498
<b>Applicazione LEA:</b> prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza	24.558	188	5.166
<b>Prestazioni complesse e ad alto costo</b> (BIC, MAC, mucosectomie)	485	5	3.430
<b>Controlli di interesse locale</b> (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV)	34.314	158	7.206
<b>Prestazioni di NPI</b>	235	6	434
<b>TOTALE</b>	<b>104.938</b>	<b>1.363</b>	<b>37.060</b>

<b>STRUTTURE PRIVATE</b>	<b>RECORD CONTROLLATI</b>	<b>RECORD CONTESTATI</b>	<b>DETRAZIONI ECONOMICHE</b>
<b>Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC</b> (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)	<b>208</b>	<b>36</b>	<b>1.048</b>
<b>Controllo formale congruenza</b> (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)	<b>13.738</b>	<b>236</b>	<b>4.627</b>
<b>Applicazione LEA:</b> prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza	<b>3.929</b>	<b>66</b>	<b>2.026</b>
<b>Prestazioni complesse e ad alto costo</b> (BIC, MAC, mucosectomie)	<b>362</b>	<b>3</b>	<b>1.885</b>
<b>Controlli di interesse locale</b> (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV)	<b>13.656</b>	<b>75</b>	<b>5.490</b>
	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>31.903</b>	<b>416</b>	<b>15.076</b>

Le attività del Servizio NOCEA hanno riguardato la verifica della qualità della documentazione e l'appropriatezza prescrittiva, incentivando il miglioramento della qualità dei referti e delle cartelle ambulatoriali, anche attraverso il coinvolgimento di specialisti e responsabili dei settori interessati.

Di seguito sono riportate le specifiche osservazioni in merito alle diverse tipologie di controllo, che si prevede di mantenere per l'anno 2019.

#### **1) Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC**

(PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre/post BIC)

Il numero di prestazioni erogate in corso di ricovero e di PS seguiti da ricovero mantiene il trend di diminuzione grazie ad un discreto controllo messo in atto dalle Strutture. Anche la scorretta rendicontazione delle prestazioni incluse nella tariffa BIC presso le Strutture Pubbliche è risultata in costante riduzione rispetto agli anni precedenti.

#### **2) Controllo formale congruenza**

(indicazioni DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)

Gli errori rilevati, anche se in calo rispetto all'anno precedente, rivelano che il controllo interno da parte degli Enti presenta ancora criticità.

#### **3) Applicazione LEA**

La verifica ha incluso i controlli relativi a prestazioni di Laboratorio Analisi soggette a indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Ogni criticità emersa dalle verifiche è stata puntualmente oggetto di confronto con i Direttori Sanitari degli Enti e con gli Specialisti di branca.

#### **4) Prestazioni complesse e ad alto costo (BIC, MAC, mucosectomie)**

La documentazione esaminata si è rivelata complessivamente completa ed esaustiva; le MAC riabilitative rispettano i criteri di appropriatezza condivisi a suo tempo con gli Specialisti, mentre permangono criticità per altre branche specialistiche su cui si prevede di indirizzare il controllo nell'anno 2019.

#### **5) Controlli di interesse locale (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV)**

La verifica ha evidenziato in alcuni casi, una scorretta rendicontazione del numero delle prestazioni ad alto costo, erroneamente raddoppiate. In tale ambito si è evidenziata tuttavia una maggiore attenzione da parte degli erogatori rispetto all'anno precedente.

La verifica ha confermato la tendenza ad un utilizzo non sempre appropriato delle esenzioni per patologia cronica nel caso di pazienti con patologie tumorali, in attesa di trapianto, ecc. Queste patologie rendono

esenti solo “le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti i Pz”. La verifica delle diagnosi o sospetti diagnostici apposti sulle prescrizioni talvolta sono attribuiti anche a prestazioni non pertinenti alla patologia che ha determinato il diritto all’esenzione.

Test per la ricerca HPV: dall'esame dei dati si conferma che sono state rispettate le indicazioni della Circolare 5/SAN/2010.

#### **6) Prestazioni di NPI**

Le cartelle ambulatoriali visionate sono risultate generalmente complete ed esaustive. La documentazione è risultata ordinata, a conferma del fatto che sono state recepite le indicazioni poste in occasione dei precedenti controlli, finalizzate ad un raggruppamento più omogeneo dei documenti che fanno parte della cartella.

### **VERIFICA FLUSSO INFORMATIVO DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE**

L’ATS, nel corso del 2018, ha supportato gli EEPA, che inviano autonomamente il flusso informativo sulla piattaforma SMAF, nella verifica degli errori rilevati da R.L. Quando necessario l’ATS ha provveduto a sollecitare gli Enti ritardatari nell’invio dei flussi.

La percentuale degli errori rilevati è stata:

#### **Flusso ambulatoriale**

Prescrizioni: 2.116.950 Errori: 450 (0,02%)

Record: 2.360.479 Errori: 490 (0,02%)

#### **Flusso NPI**

Prescrizioni: 484 Errori: 0 (0,00%)

Record: 484 Errori: 0 (0,00%)

### **VERIFICA DATI STRUTTURE PSICHIATRICHE PRIVATE**

Per quanto riguarda le strutture private accreditate, nel corso dell’anno 2018 è stato eseguito il controllo mensile delle valorizzazioni; sono stati identificati gli errori e normalizzati i dati, arrivando a definire alla chiusura dell’anno 2019, la corrispondenza con il dato pubblicato da Regione Lombardia.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche, nel corso dell’anno è stato avviato un sistema di verifiche interne all’ATS e di confronto con gli Enti al fine di allineare il dato conclusivo.

### **VERIFICA DATI ATTIVITÀ TERMALE**

Durante l’anno 2018 è stato effettuato il controllo della correttezza del tracciato e del relativo invio entro i termini previsti.

### **VERIFICA TEMPI DI ATTESA COME DA INDICAZIONI REGIONALI**

Nel 2018 sono state effettuate 12 rilevazioni mensili dei tempi d’attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero previste dalla Regione Lombardia, integrate dalle rilevazioni Nazionali sulle prestazioni in regime SSN e in libera professione e solvenza.

Come negli anni precedenti la verifica dei dati relativi ad MTA sulla piattaforma SMAF, è stata integrata con l’elaborazione dei dati relativi ai tempi d’attesa “ex post” sul flusso informativo 28/SAN.

## **COLLABORAZIONE CON URP E CONSULENZA A STRUTTURE SANITARIE E DISTRETTI**

Il Servizio NOCEA risulta incaricato della gestione degli esposti per quanto di competenza, inoltrati dall'URP aziendale attraverso l'Ufficio Protocollo. Nel corso del 2018 le pratiche trattate hanno interessato prevalentemente i tempi d'attesa, il diritto all'erogazione di prestazioni in regime di SSR e le prestazioni regolamentate da specifici criteri di accesso.

Il servizio supporta anche altri soggetti quali PreSST, Strutture Sanitarie, MAP, PDF, fornendo informazioni e chiarimenti in merito alla codifica delle prestazioni ambulatoriali, diritto all'esenzione, appropriatezza prescrittiva, corretto utilizzo del ricettario SSN.

La media delle richieste scritte è di circa quindici al mese, mentre le richieste telefoniche sono quotidiane.

## **PIANO ATTUATIVO SISS**

Il NOCEA collabora con il Sistema Informativo strategico aziendale per Sviluppo del Sistema Informativo Socio-Sanitario nella predisposizione ed attuazione del Piano Annuale SISS per il governo del sistema informativo socio sanitario degli EEPA, realizzando le azioni di competenza nel rispetto della modalità e della tempistica definita da Regione Lombardia.

Il Servizio effettua annualmente il monitoraggio degli obiettivi del Piano Attuativo degli EEPA e li comunica periodicamente agli Enti.

**PCP 2019 - TABELLA DI PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI – NUCLEO OPERATIVO CONTROLLO EROGATORI AMBULATORIALE**

DESTINATARIO DEL CONTROLLO <i>(CHI?)</i>	FINALITA' DEL CONTROLLO <i>(PERCHÉ?)</i>	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO <i>(COSA?)</i>	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO <i>(CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)</i>	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO <i>(COME?)</i>	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI <i>(QUANTE/I?)</i>	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Rispetto della normativa nazionale/regionale	Verifica della correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2018 (dati validati) di tutte le Strutture erogatrici.	Verifica della correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture attraverso la valutazione della documentazione sanitaria	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	Il controllo riguarderà: prestazioni di Pronto Soccorso seguite da ricovero; Verifica delle prestazioni di emodialisi in corso di ricovero (cod. 3995A) all. 11 DGR 937/2010; ricerca di prestazioni potenzialmente comprese nella tariffa ambulatoriale (es. visita anestesiologicala, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo). Saranno verificate le prestazioni eseguite 15 gg prima e 25 giorni dopo l'intervento.

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate Controllo formale congruenza (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009) su dati validati 2018	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2018 (dati validati) di tutte le Strutture erogatrici.	Utilizzo degli indicatori specifici per la valutazione delle prestazioni rendicontate	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	A: Prestazioni senza e con contrasto B: presenza di due o più codici di radiodiagnostica D: presenza di codici ripetuti di radiodiagnostica E: prestazioni comprese nella tariffa di Dialisi F: presenza di creatinina e creatinina clearance G: presenza di glicemia e curva da carico H: presenza di bilirubina frazionata e bilirubina totale I: presenza di proteine totali e elettroforesi proteica K: presenza contemporanea di esame colturale e antimicogramma O: estrazione RNA/DNA compresa nelle prestazioni di biologia molecolare P: congruenza tra codice esenzione e prestazioni rendicontate R: data contatto coincidente con ricovero S: verifica dell'esistenza in vita dell'assistito T: verifica sul medico prescrittore U: ricerca di codici che non possono essere rendicontati contemporaneamente V. ricerca di codici che non possono essere presenti contemporaneamente

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili secondo linee guida emanate dalla normativa LEA: DGR 3111 del 1 agosto 2006, DRG 7292 del 19 maggio 2008, D.P.C.M. 5/03/2007	Applicazione della Normativa LEA: prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea (su dati validati 2018)	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2018 (dati validati) di tutte le Strutture erogatrici.	Verifica della correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture attraverso la valutazione della documentazione sanitaria	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	<p><b>Medicina Fisica e Riabilitazione:</b> selezione di un campione delle prestazioni erogate nel 2018 e verifica in loco della completezza della documentazione</p> <p><b>Odontostomatologia:</b> selezione di un campione di pazienti per fasce d'età e tipologia di esenzione, con verifica delle pratiche che appaiono, nella rendicontazione, prive dei requisiti d'accesso. Verifica delle autocertificazioni per criteri socioeconomici. Verifica della documentazione di un campione casuale, in osservanza dei criteri di appropriatezza dettati dalla DGR 6006/2016</p> <p><b>Densitometria Ossea:</b> selezione di un campione delle prestazioni erogate nel 2018 e verifica in loco della appropriatezza prescrittiva.</p>

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili secondo linee guida emanate dalla normativa DGR 3993/2015	Appropriatezza prescrittiva dei marcatori tumorali Appropriatezza erogativa per la determinazione del gruppo sanguigno Appropriatezza prescrittiva delle analisi molecolari BRCA1 e BRCA2	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2018 (dati validati) di tutte le Strutture che erogano tali prestazioni	Verifica della correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture attraverso la valutazione della documentazione sanitaria	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in esenzione	Applicazione delle indicazioni sull'appropriatezza prescrittiva di prestazioni in regime di esenzione	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2018 (dati validati) di tutte le Strutture che erogano tali prestazioni	Valutazione della documentazione sanitaria	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	Verifica delle prescrizioni in esenzione 048 della prestazione 1475 (iniezione intravitreale). Sono prescrittibili in esenzione solo le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia tumorale.

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Alla luce delle indicazioni Regionali, da quanto scaturito nel corso degli incontri svolti presso la DG Sanità con i referenti NOC e dalle criticità rilevate nel corso dei controlli, nel 2018 saranno implementate alcune tipologie di verifiche (su dati validati 2019)	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2018 (dati validati) di tutte le Strutture che erogano tali prestazioni	Valutazione della documentazione sanitaria e controllo statistico formale attraverso l'utilizzo di indicatori specifici per il controllo dei dati rendicontati	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	Verifiche in merito a: a) codici di "Prima visita" ripetuti. Saranno individuati tutti i codici 897 ripetuti, nella rendicontazione dello stesso anno, sullo stesso paziente e per la stessa branca specialistica. Le prestazioni saranno trasmesse agli Erogatori, con invito all'autoverifica. b) documentazione di un campione casuale delle prestazioni di chirurgia a bassa complessità (BOCA). c) rendicontazione di codice 897 (prima visita) in Paziente con esenzione per patologia cronica. Le prestazioni saranno contestate d'ufficio agli Erogatori. d) prestazioni diverse dalla colonscopia rendicontate con codice di esenzione D04 e) prestazioni MAC f) prestazione 90.53.G Anticorpi Anti Transglutaminasi Reflex. g) prestazioni rendicontate impropriamente con accesso diretto: verifica presenza prescrizione medica h) corretta rendicontazione dell'ecocardiocolordoppler a riposo i) prestazioni rendicontate in quantità superiore a 1, dando la preferenza a prestazioni ad alto costo. j) prestazioni ricomprese nella gastroscopia e colonscopia k) test per la ricerca HPV

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Alla luce delle indicazioni Regionali, da quanto scaturito nel corso degli incontri svolti presso la DG Sanità con i referenti NOC e dalle criticità rilevate nel corso dei controlli, nel 2018 saranno implementate alcune tipologie di verifiche (su dati validati 2019)	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2018 (dati validati) di tutte le Strutture che erogano tali prestazioni	Valutazione della documentazione sanitaria e controllo statistico formale attraverso l'utilizzo di indicatori specifici per il controllo dei dati rendicontati	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	l) controllo della documentazione di prestazioni ambulatoriali selezionate casualmente. m) corretta rendicontazione Urinocoltura e TSH-R – verifica appropriatezza n) corretta applicazione criteri di appropriatezza delle prestazioni di videoendoscopia (allegato 11 DGR 937/2010) o) appropriata erogazione delle prestazioni di NPI p) esami di genetica medica, mucosectomie, scintigrafie: verifica appropriatezza e corretta rendicontazione q) verifica corretta erogazione prestazioni "H", erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero r) controllo sulle prestazioni erogate in esenzione per patologia (048 / 050 / 052 / 053 / 014 / 018 / 020 / 041 / 046) per la verifica della effettiva prescrizione delle prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Verifica del flusso informativo ambulatoriale che interessa le strutture private accreditate	Verifica della correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	Controllo dei dati pubblicati su SMAF	Analisi e correzione mensile dei flussi ambulatoriali per garantire una trasmissione puntuale dei dati a Regione Lombardia.	Calcolo dei record in ritardo inviati dalle Strutture accreditate private all'ATS con obiettivo di < 1% di record 28/SAN trasmessi in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista.	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Verifica del rispetto degli accordi contrattuali per gli aspetti relativi al monitoraggio tempi d'attesa	Monitoraggio delle liste d'attesa RL_MTA. Realizzazione di strumenti volti al controllo e all'inibizione di comportamenti prescrittivi inappropriati, all'analisi dei dati e alla messa in atto di idonee misure di contenimento	Controllo dei dati pubblicati su SMAF	Analisi dei flussi informativi	Monitoraggio dei dati inerenti ai tempi attesa secondo calendario Regionale e Nazionale. Valutazione del 100% dei dati pubblicati.	Verrà contestualmente monitorato il flusso 28/SAN relativamente alle prestazioni ambulatoriali con priorità U, B e D per verificare la congruità con il tempo d'attesa indicato dal prescrittore.
Enti che erogano prestazioni di psichiatria	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	Verifica correttezza delle prestazioni rendicontate. Monitoraggio attività erogate (46/SAN)	Controllo dei dati pubblicati su SMAF	Analisi dei flussi informativi	Calcolo dei dati dichiarati dagli Erogatori e confronto con quanto valorizzato da R.L. 100% dei dati pubblicati	Identificazione di eventuali errori e loro correzione. Condivisione con il NAPSS dell'Agenzia

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Enti che erogano cure termali	Verifica della correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	Garantire il rispetto delle regole per l'erogazione delle prestazioni termali	Esame della correttezza formale dei dati attraverso il controllo del tracciato e relativo invio dei dati in Regione nel rispetto delle tempistiche.	Analisi dei flussi informativi	100% dei dati pubblicati	
Enti che erogano attività ambulatoriale	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	Garantire la collaborazione con il NAPSS dell'Agenzia, valutando il rispetto delle regole per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali riguardanti il regime di erogazione 9	Verifica delle prestazioni ambulatoriali riguardanti il regime di erogazione 9	Controllo statistico formale e controllo della documentazione	Percentuale complessiva pari ad almeno il 3,5% delle pratiche	

## RECUPERI TICKET PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PER FARMACI FRUITI INDEBITAMENTE IN ESENZIONE ED IRROGAZIONE DELLE RELATIVE SANZIONI

A seguito del dispositivo di cui al DM (MEF) 11 dicembre 2009, dal 1° luglio 2011 il diritto all'esenzione per reddito dal pagamento del ticket non è più autocertificato dagli assistiti al momento della fruizione delle prestazioni presso le strutture sanitarie erogatrici, ma viceversa viene autocertificato dagli interessati presso gli sportelli di "Scelta e Revoca" dei Presidi Territoriali delle ASST. Come da indicazioni regionali (nota prot. n. H1.2011.0021830 del 19.07.2011), i controlli su tali autocertificazioni competono alle ATS che, ex art. 18 c. 1a) della Legge regionale n. 19 dell'8.7.2014, sono anche competenti ad irrogare le relative sanzioni amministrative pecuniarie di cui alla Legge n. 689/1981.

Per le autocertificazioni (E01, E02, E03, E04, E05, E09, E12, E14, E15) rilasciate presso le articolazioni territoriali delle ASST, risultate non veritiere dall'elenco fornito dal Portale TS, si procede come segue:

1. verifica che l'assistito all'atto dell'accertamento sia deceduto o meno; in caso affermativo non si procede al recupero dei ticket e si chiude la posizione nel Portale TS;
2. verifica che l'assistito possieda o meno altre esenzioni (per patologia 048 – oncologici -, 023 – dializzati, 020 – HIV-, 018 - fibrosi cistica -, 041 – neuromielite ottica -, 046 – sclerosi multipla -, 049 – soggetti affetti da pluripatologie -, 050 – soggetti in attesa di trapianto -, 059 – sprue celiaca -, 064 – sindrome da talidomide -, malattia rara, invalidità civile dal 67%, invalidità del lavoro dal 67%, invalidità per servizio dalla 1^ alla 5^ categoria, ciechi assoluti e parziali, sordomuti, invalidi di guerra - tali dati sono disponibili nell'Anagrafe Assistiti Regionale); se tali esenzioni sono già attive all'atto dell'autocertificazione non si procede al recupero del ticket e si chiude la posizione nel Portale TS;
3. successivamente, tramite il Portale TS, stampa della posizione dell'assistito comprensiva dell'elenco delle prestazioni ambulatoriali e ricette farmaceutiche (così come dettagliate e valorizzate dal sistema TS), usufruite in esenzione per reddito/status;
4. quantificazione della relativa sanzione, sulla base degli importi da recuperare già valorizzati dal Portale TS (si veda punto 3), prendendo in considerazione la data di erogazione della prestazione (data accertata dal Sistema TS);
5. notifica all'assistito del verbale di accertamento di illecito amministrativo;
6. valutazione di eventuali scritti difensivi pervenuti, emettendo a seguire ordinanza di archiviazione o ordinanza di ingiunzione al pagamento;
7. chiusura di ogni pratica nel portale TS dopo l'avvenuto pagamento degli importi specificati su verbale d'illecito/ordinanza archiviazione-ingiunzione, fornendo l'esito e ogni specifica eventualmente necessaria.

### RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ 2018

Con riferimento alla specialistica ambulatoriale, nel 2018 sono state controllate n. 3.596 posizioni negative relative ad autocertificazioni finalizzate ad attestare l'esenzione dal ticket per status e reddito.

Il numero di verbali emessi sono stati n. 2.830, cui sono seguite n. 188 ordinanze di archiviazione e n. 9 ordinanze di ingiunzione al pagamento.

Durante l'anno sono state trasmesse n. 3 diffide (per il recupero del ticket).

Per una maggiore comprensione del volume dei controlli effettuati (dati forniti dal portale Progetto Tessera Sanitaria), si riportano di seguito i dati relativi agli importi introitati da questa ATS:

totale tickets      € 958.508,69  
totale sanzioni    € 760.544,41  
totale generale € 1.719.053,10

## PROGRAMMA ATTIVITÀ 2019

La Legge Regionale n. 23 del 28 dicembre 2018 (art. 18) e la successiva DGR n. XI/1317/2019 hanno introdotto alcune disposizioni specifiche in materia di sanzioni per chi in passato ha autocertificato in modo non corretto il proprio stato di esente.

Tale disposizione normativa ha previsto, tra le altre, la possibilità, per coloro che non abbiano ancora ricevuto un verbale di accertamento, di presentare all’Agenzia di Tutela della Salute formale richiesta di regolarizzazione spontanea della propria posizione debitoria derivante da esenzioni indebitamente fruite; ciò al fine di procedere al regolare pagamento dei ticket dovuti, con esonero dal pagamento della sanzione.

Per tale motivo nel corso del 2019 si stanno processando:

- le diffide anno 2011, 2012, 2013 ulteriormente elaborate dal sistema TS;
- gli illeciti (tramite invio di verbali) per le contestazioni riferite all’anno 2014 (per evitare la prescrizione delle relative sanzioni);
- le “autodenunce” consentite dalla nuova normativa

Nel periodo gennaio – dicembre 2019 l’attività si è numericamente attestata su un numero di posizioni già verificate pari a n. 2530 codici fiscali, suddivisi come segue:

<b>tipologia</b>	<b>n. codici fiscali</b>	<b>n. protocolli TS</b>
verbali (anno 2014)	956	961
diffide (anni 2011, 2012, 2013)	1.283	1.307
autodenunce	291	607
<b>totale</b>	<b>2.530</b>	<b>2.875</b>

Inoltre, in previsione:

anno 2014 esenti per disoccupazione: n. codici fiscali 3.076

anno 2014 esenti per reddito (E03-E04): n. codici fiscali 1.734

**TOTALE stima codici fiscali da lavorare anno 2019: n. 7.340**

Le autodenunce non sono a priori quantificabili.

Prosegue inoltre anche l’attività di valutazione degli scritti difensivi pervenuti, con conseguente emissione di ordinanze di archiviazione o ingiunzione. Al pari delle autodenunce, queste non sono quantificabili a priori.

## SERVIZIO AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE

Il Servizio garantisce la qualificazione delle strutture sanitarie che fanno parte del Sistema Sanitario Regionale attraverso la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti autorizzativi/di accreditamento contribuendo in tal modo a garantire la qualità delle prestazioni rese e la sicurezza dei cittadini-utenti.

L'attività può essere così sintetizzata:

- espletamento delle procedure per il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di strutture sanitarie di ricovero e cura e ambulatoriali, e delle eventuali successive variazioni;
- verifica del mantenimento dei requisiti attraverso visite ispettive effettuate sulla base del Piano dei Controlli annuale ovvero su segnalazione;
- monitoraggio puntuale della dotazione organica.

Alcune attività sopra indicate vengono eseguite con il supporto del Dipartimento di igiene e Prevenzione Sanitaria per la valutazione degli aspetti di competenza.

### REPORT FINALE DI ATTIVITÀ ANNO 2018

#### Gestione istanze

Nel corso del 2018 sono state processate, entro i termini previsti dalle vigenti normative, le seguenti tipologie di istanza:

- n. **7** istanze di autorizzazione all'esercizio per trasformazione;
- n. **25** istanze di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per ampliamento. Tale fattispecie ricomprende n. 10 istanze per apertura di punti prelievo;
- n. **2** istanze di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di nuove strutture;
- n. **2** istanze di accreditamento di strutture ambulatoriali già autorizzate;
- n. **1** istanza di autorizzazione e accreditamento per trasferimento di attività già autorizzata e accreditata;
- n. **1** istanza di autorizzazione all'esercizio di struttura di ricovero a ciclo diurno – Day Surgery.

#### Attività di prelievo

Con dgr n. X/2989/2014 Regione Lombardia ha stabilito la possibilità per i SMEL accreditati e a contratto con il SSR di apertura di "attività di prelievo" secondo le modalità previste dall'allegato 3 C della dgr n. VII/3313/2001, presso locali che dispongano dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa di settore, con accesso per tutti i cittadini e su richiesta delle amministrazioni locali, allo scopo di facilitare l'accesso alle attività di prelievo in particolare delle categorie fragili.

Sono state presentate nel 2018 n. **4** comunicazioni, processate con esito positivo.

#### Processi anagrafica delle Strutture Sanitarie Regionali (ASAN)

Tutte le procedure sugli Enti/strutture quali inserimenti, aggiornamenti, così come le variazioni (di ragione sociale, cambi di titolarità, modifiche di assetto ecc.) hanno comportato specifici processi mediante l'utilizzo dell'applicativo "Autorizzazione/Accreditamento delle Strutture Sanitarie" che viene costantemente aggiornato dal Servizio.

## Pareri preventivi edilizi

Si è proceduto alla valutazione di n. **9** progetti preliminari/esecutivi e al rilascio dei relativi pareri tecnici in merito alla verifica circa il possesso dei requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici, inerenti la realizzazione di nuove strutture, ristrutturazioni, adeguamenti di strutture di ricovero e cura, ambulatoriali e residenzialità psichiatrica. In relazione alla complessità di alcune pratiche, per la valutazione delle stesse ci si è avvalsi della competenza del personale afferente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione dell'ATS.

## Riclassificazioni

- Elettrofisiologia

In attuazione alla D.G.R. n. X/7540 del 18.12.2017 "Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'attività di elettrofisiologia" sono state riclassificate, previ sopralluoghi di verifica, n. **5** Attività di Elettrofisiologia. Si fa presente che da richiesta degli Enti gestori, le verifiche sono state precedute da incontri preliminari per un'analisi congiunta delle potenziali criticità al fine di individuarne le possibili soluzioni.

- Procreazione Medicalmente Assistita

Nell'ambito dell'attuazione della d.g.r. n. X/4103 del 02/10/2015 "Determinazioni in merito alla procreazione medicalmente assistita (PMA) – recepimento degli Accordi Stato-Regioni del 15/03/2012 (Rep. Atti 59/CSR) e del 25/03/2015 (Rep. Atti 58/CSR)", ai fini del rilascio della certificazione Europea per i Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), nel corso del 2017 in collaborazione il Centro Nazionale Trapianti erano state effettuate le verifiche da due operatori del servizio formati tramite corso dedicato e inseriti nell'elenco nazionale quali valutatori dei centri PMA, presso le tre strutture provinciali. Nel corso del 2018 sono terminati gli adeguamenti di tipo strutturale e organizzativo per la risoluzione delle criticità emerse in una struttura.

- Cure Palliative

Sono state stata effettuate in collaborazione con funzionari della UOC Accreditamento, vigilanza e controllo area sociosanitaria e sociale e funzionari del DIPS le verifiche necessarie per la riclassificazione di **1** unità di offerta di cure palliative comprensiva di attività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale, cure domiciliari, day hospital e hospice.

## Verifiche mantenimento dei requisiti

### Sistema Trasfusionale

Si è provveduto all'effettuazione delle verifiche di mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010 in ottemperanza all'art. 5 d.lgs 261/2007 per il rispetto della periodicità biennale degli accertamenti, presso n. **12** Unità di Raccolta associative e n. **2** attività di raccolta macroattività di SIMT afferenti ad ASST. Oggetto di verifica, in particolare, i processi di riqualificazione delle attrezzature e convalida del trasporto sangue ed emocomponenti. I verbali sono stati conclusi con esito positivo solo dopo la verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni/obiettivi di miglioramento assegnati alle strutture.

### UU.OO. di Cure Sub-acute e Riabilitazione

A completamento del piano dei controlli dell'anno 2017 si è proceduto alla conduzione di n. **1** verifica dell'unica struttura di ricovero e cura non ancora vigilata. Fattispecie oggetto di controllo, i requisiti strutturali e organizzativi specifici, ponendo particolare attenzione ai requisiti inerenti la dotazione organica sia in termini quantitativi che qualitativi (verifica del possesso dei titoli abilitanti). Particolare riguardo è

stato posto alla presenza e corretta applicazione del “Protocollo provinciale di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione LdP “ trasmesso alle Direzioni Sanitarie delle Strutture pubbliche e private accreditate dell’ASL di Bergamo il 18.07.2014, ovvero di protocolli prodotti dalle singole strutture.

### Servizi di Medicina di Laboratorio

Sono state effettuate verifiche trimestrali delle partecipazioni al programma VEQ da parte dei SMEL sia per quanto attiene le performance quantitative che qualitative. Tutte le non conformità sono state giustificate. Non sono pervenute segnalazioni di mancata partecipazione da parte di SMEL autorizzati e/o accreditati e/o a contratto; permane la criticità già nota, relativa a SMEL già stato oggetto di diverse verifiche che hanno comportato la revoca dell’accreditamento.

### Strutture residenziali di Psichiatria /NPIA

Si è proceduto a verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento di n. **16** delle cinquanta strutture residenziali di Psichiatria e NPIA autorizzate, accreditate e/o a contratto presenti sul territorio dell’ATS, sia pubbliche che private accreditate, in collaborazione con il personale afferente all’Area salute mentale e al NOCEA del Dipartimento PAAPSS. Sono state prioritariamente selezionate le strutture non vigilate negli ultimi cinque anni, e quelle per le quali erano state rilevate criticità meritevoli di monitoraggio (es. con riguardo alla dotazione organica, verifica dei titoli degli educatori, iscrizione al collegio professionale per il personale infermieristico, verifica rispetto dell’orario minimo di presenza ecc.). Nello specifico è stato verificato il mantenimento dei requisiti di accreditamento in 5 CRA, 5 CRM, 2 CPA, 1 CPM, 2 CPB e 1 Comunità residenziale di NPIA.

#### **Criticità:**

Inserimento personale: a fronte di corretti protocolli di inserimento il training formativo è risultato in alcune circostanze inferiore alla durata prevista dal requisito (due mesi).

Presenza dello psichiatra in comunità a media assistenza: difficoltà nell’assolvimento del requisito inerente la presenza giornaliera di 2 ore da lunedì a venerdì per il quale è stato posto specifico quesito ai competenti uffici regionali. Carezza di personale nella fascia notturna in un presidio di comunità con 2 unità d’offerta, dovuto all’impossibilità di condivisione degli operatori. Tale situazione ha comportato l’avvio dell’iter sanzionatorio conclusosi nel 2019.

### Blocchi operatori

Sono state oggetto come da piano di controllo le UU.OO. Blocco operatorio (una per ASST), e le UU.OO. Blocco operatorio di strutture private accreditate non vigilate negli ultimi 5 anni. Fattispecie oggetto di controllo sono stati sia i requisiti strutturali e tecnologici specifici, sia gli organizzativi. I sopralluoghi sono stati condotti in collaborazione con funzionari del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria presso le seguenti strutture:

- P.O. SS. Trinità Romano di Lombardia (ASST Bergamo Ovest)
- Ospedale Papa Giovanni XXIII (ASST Papa Giovanni XXIII)
- P. O. Pesenti Fenaroli di Alzano Lombardo (ASST Bergamo Est)
- Casa di Cura Beato Palazzolo
- Casa di Cura San Francesco
- Casa di Cura Humanitas Gavazzeni

Esito: le verifiche si sono concluse con esito positivo

### Verifiche possesso/mantenimento dei requisiti non comprese nel programma d’attività 2018

Sono pervenuti a questa ATS n. **5** esposti riferiti a criticità organizzative e/o strutturali. In due casi si è reso necessario effettuare verifiche in loco che hanno comportato emissione di prescrizioni. Per tutte le

segnalazioni pervenute, anche per quelle non oggetto di sopralluogo, particolare attenzione è stata posta ai requisiti inerenti la dotazione organica sia in termini quantitativi che qualitativi, procedendo al puntuale controllo dei titoli professionali di tutti gli operatori sanitari operanti nelle UU.OO. oggetto di segnalazione/verifica (titoli di studio, iscrizioni ad ordini o albi professionali, diplomi di specializzazione) oltre all'accertamento della congruità delle funzioni svolte dal personale di supporto (OSS, infermieri generici).

E' stato effettuato n. **1** sopralluogo presso un Poliambulatorio in collaborazione con personale tecnico del DIPS in relazione all'installazione di apparecchiatura di Risonanza Magnetica Articolare.

E' stata attestata mediante sopralluoghi e analisi documentale, l'idoneità di n. **2** strutture di ricovero e cura a fronte della richiesta di effettuare sperimentazione clinica di farmaci ex art. 2 DM 19/03/1998.

E' stata verificata, con esito positivo, in una struttura di ricovero e cura, il completamento di tre progetti di cui al ddg. N. 11242 del 08/11/2010 " *Approvazione progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi strutturali e tecnologici presentati da soggetti privati no profit in attuazione alla legge regionale n.33/2009 - Bando 2009*".

#### Verifica Dotazione organica

E' stato monitorato l'invio delle dichiarazioni quadrimestrali inerenti la dotazione organica da parte delle strutture accreditate (Decreto R.L. n° 16792 del 10/07/01 art. 5). Le situazioni di potenziale incompatibilità del personale, sono state segnalate alle Aziende Ospedaliere.

Sono stati verificati i dati inseriti nell'applicativo ASAN-DDO, controllando che i valori del "dovuto" inserito dalle strutture fossero = o > a quanto richiesto dall'applicativo, consolidando positivamente il processo. In caso di scostamento in negativo sono state contattate le strutture interessate che hanno fornito le necessarie integrazioni/delucidazioni consentendo la chiusura positiva dei processi.

Permane la necessità per le Strutture che hanno in assetto UU.OO. di Riabilitazione e U.O. di Cure Subacute, di trasmissione dei dati quadrimestrali secondo regole prestabilite al fine di uniformare l'invio degli stessi. Tale scelta è motivata dalla necessità di effettuare una puntuale verifica degli standard di accreditamento per la dotazione organica delle UU.OO. non ancora ricomprese nel software denominato "DDO".

#### Sanzioni amministrative

Si è provveduto all'irrogazione di n. **4** sanzioni amministrative ex art. 17 L.R. 33/09 come modificato dall'art. 27 quinquies l.r. 23/2015.; copia dei provvedimenti è stata trasmessa ai competenti Uffici regionali. Due sanzioni sono state irrogate a seguito del rilievo di mancato mantenimento di requisiti autorizzativi/di accreditamento su segnalazione del NOCER.

#### Flussi informativi

In ottemperanza alle note Regione Lombardia Direzione Generale Welfare del 10/01/2017 prot. G.1.2017.0000461, del 30/05/2017 prot.ATS I0049459, del 27.07.2017 prot.G.1.2017.0024417 i Flussi (FLS, STS, HSP) sono stati curati, monitorati e validati sulla piattaforma "Flussi Informativi Ministero della Salute" (FLMI), rispettando le procedure e le tempistiche previste dalle scadenze indicate nelle note regionali sopracitate.

#### Attività di supporto

L'ufficio fornisce supporto tecnico e informativo agli utenti sia in fase di avvio di nuove attività o per trasformazione di strutture esistenti, assicurando il sostegno necessario attraverso la valutazione preventiva di progetti, ausilio nell'utilizzo dell'applicativo ASAN per la compilazione istanze, sia preliminarmente alla presentazione di istanze di ampliamento, per un'analisi preventiva della procedibilità

delle pratiche; si è consolidata inoltre negli anni la disponibilità all'effettuazione di tavoli per l'approfondimento di tematiche di interesse comune e per la discussione di problematiche emerse nel corso dell'attività; nel corso dell'anno 2018 sono stati effettuati in sede circa 60 incontri con stakeholders.

#### Riallineamento assetto organizzativi ASST/POAS

A seguito delle DGR inerenti le Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali e delle verifiche istruttorie condotte sulla base degli adempimenti concordati durante gli incontri tenutisi presso la DGW, si è provveduto, attraverso processi struttura, al riallineamento degli assetti accreditati delle tre ASST ai relativi POAS.

### **PROGRAMMA DI ATTIVITÀ 2019**

In linea generale, l'individuazione delle strutture oggetto di controllo viene effettuata sulla scorta delle indicazioni definite dalle Regole di Sistema per l'anno in corso e di quanto contenuto nel piano predisposto dall'ACSS.

La priorità degli interventi di verifica del mantenimento dei requisiti, è definita sulla base di:

- necessità di garantire il rispetto di quanto previsto dall'art. 2 comma 3 del DPR 14.01.1997 con riferimento alla periodicità almeno quinquennale della verifica della permanenza dei requisiti;
- adempiere a disposizioni regionali che definiscano tempistiche precise per specifiche attività (es. attività oggetto di riclassificazione e/o adeguamento per individuazioni di nuovi requisiti)
- analisi dei fattori di rischio con conseguente individuazione di aree critiche.

#### POSSIBILI ULTERIORI ATTIVITA' DEL SERVIZIO IN BASE ALLE DETERMINAZIONI DELLA DGR 1046

##### Farmacie Ospedaliere

È stato prorogato il termine ultimo per la presentazione di istanza per UO Farmacia Ospedaliera al 31/12/2019. Sono in corso incontri con le strutture per definire le modalità di adeguamento ai requisiti strutturali e organizzativi.

##### POT e PREST

Si resta in attesa della delibera alla ridefinizione delle tipologie di offerta dell'area delle cosiddette "cure di transizione", per definire le eventuali linee di intervento che potranno coinvolgere il servizio .

PCP 2019 - TABELLA DI PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI - SERVIZIO AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
<u>Strutture sanitarie</u> Processazione istanze di autorizzazione/accreditamento	Rispetto della normativa regionale	Verifica possesso dei requisiti previsti	Presentazione di istanza di autorizzazione all'esercizio/accreditamento/SCIA	Visita ispettiva programmata e sopralluogo con check list	100%	
<u>Strutture Sanitarie oggetto di segnalazioni/esposti</u>	Rispetto della normativa regionale, sicurezza dell'operatore e del paziente compresa l'appropriatezza assistenziale	Presenza di segnalazioni/lamentele Documentate e significative	Strutture oggetto di segnalazione documentate e significative che incidono sulla sicurezza degli operatori e l'appropriatezza assistenziale dei pazienti	Visita ispettiva straordinaria e sopralluogo con check list	100% segnalazioni documentate e significative	
<u>Strutture sanitarie</u> gestione variazioni	Rispetto del ddg. 6859/2000	Verifica documentazione attestante la variazione	Soggetti che presentano richiesta di variazione	documentale	100%	

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Sistema trasfusionale: saranno oggetto di verifica 3 SIMT e 6 Unità di Raccolta ( afferenti ad ASST o a gestione associativa)	Rispetto della normativa nazionale/regionale	Requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 selezionati in relazione a criticità rilevate nel corso dei precedenti controlli. L'attenzione verrà in particolare accentrata sulla dotazione organica e sul rispetto delle raccomandazioni fornite agli erogatori nel corso degli audit con la ditta Kedrion	ottemperanza all'art. 5 D.Lgs 261/2007 che definisce la necessità di garantire il rispetto della periodicità biennale degli accertamenti	Predisposizione di specifiche check list e sopralluogo	n. sedi 9 - 100%	

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Strutture residenziali di Psichiatria/NPIA Accreditate 3 sedi afferenti ad ASST pubbliche, e 1 privata accreditata	Strutture non vigilate negli ultimi 5 anni	Rispetto dei requisiti di accreditamento relativi alla dotazione organica (quantitativi e qualitativi), modalità di inserimento del personale, presenza ed applicazione di protocolli per la gestione di emergenze cliniche, aggressioni e allontanamento, fughe	Continuità con la programmazione precedente	Predisposizione di specifiche check list e sopralluogo	n. sedi 4 - 100%	Valutazione ricorrenza criticità riscontrate nei controlli 2018 per uguali tipologia di unità d'offerta: durata training formativo, orari di presenza dello psichiatra, presenza di personale infermieristico nelle ore notturne
Strutture sanitarie soggette ad accertamenti relativamente al possesso o al mantenimento di requisiti ( limitatamente alle U.O. oggetto di verifica)	Rispetto della normativa nazionale/ regionale	Verifica dei requisiti inerenti il possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle professioni/arti sanitarie	Personale operante a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie, limitatamente alle UO oggetto di verifica	Controllo documentale (anche on-line per il personale iscritto ad ordini professionali)	Verifica dei titoli del 100% del personale sanitario e assistenziale (OSS)	

DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO (CUT-OFF DI RISCHIO O TARGET?)	AZIONI PREVISTE		INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
				TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	
Laboratori di Genetica Molecolare e Citogenetica 1 struttura pubblica 1 IRCSS	Riclassificazione	Rispetto requisiti DGR 7466 del 4/12/2017	Strutture aventi in assetto UO SMeI genetica	Applicazione di specifiche check list e sopralluogo	n. sedi 2 - 100%	
U.O. Psichiatria- Comunità Psichiatriche Bassa Assistenza	Riclassificazione	Rispetto delle disposizioni previste dalla DGR 7600/2017 e 1046/2018	CPB per le quali è stata presentata richiesta di riclassificazione (3 Enti, 5 CPB)	sopralluogo con check list	100%	
DEA II	Verifica post classificazione Regionale	Rispetto requisiti DGR 1046 del 17/12/2018	DEA II° liv. Identificato con DGR /1179 DEL 28.01.2019	Predisposizione di specifiche check list e sopralluogo	n. sedi 1 - 100%	

## NEGOZIAZIONE E ACQUISTO PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE

### **CONTRATTI CON GLI ENTI EROGATORI SANITARI (ex DGR IX/4606/2012 e ss.mm.ii.)**

Ai fini del controllo dei requisiti previsti per il mantenimento dell'accREDITAMENTO e/o la sottoscrizione dei contratti tra ATS ed erogatori di prestazioni sanitarie a carico del SSN, il Servizio NAPS sanitario procede come segue:

1. vengono acquisite, entro il 31 dicembre, da parte di tutti gli Enti:
  - dichiarazioni sostitutive di atto notorio, attestanti l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia;
  - dichiarazioni sostitutive della certificazione CCIAA;
  - autocertificazioni in merito alla sussistenza di carichi pendenti o condanne penali;
  - autocertificazioni in merito allo stato di famiglia;
2. tali dichiarazioni sostitutive vengono controllate tramite collegamenti *on line* con la Camera di Commercio e con il Ministero degli Interni, nonché tramite richieste via pec al Tribunale ed ai Comuni;
3. si procede invece d'ufficio con i controlli di regolarità contributiva (DURC) tramite collegamento *on line* (INPS/INAIL).

I controlli in merito ad antimafia, carichi pendenti, DURC (3-4 volte all'anno) e CCIAA vengono eseguiti tutti gli anni sulla totalità degli Erogatori.

Per quanto concerne i controlli con i Comuni, ogni anno viene controllato a campione circa 1/3 degli Enti, per un totale di circa 150 posizioni/anno. In tal modo entro un triennio tutti gli Erogatori sono soggetti a controllo anche rispetto alla veridicità dei dati anagrafici autocertificati.

In caso si rilevino difformità/irregolarità a seguito dell'attività di controllo, vengono predisposte apposite diffide ad adempiere entro 15 giorni.

Ai fini della sottoscrizione del contratto integrativo annuale, vengono inoltre acquisiti entro il 28 febbraio (o scadenza successiva rispetto al bilancio consuntivo):

1. da parte delle strutture di ricovero e cura con un budget annuale pari o superiore ad € 800.000,00, la relazione sull'ultimo bilancio approvato (o, in via di prima applicazione, istanza motivata di essere ammessi ad un regime transitorio, come previsto dalla DGR 4606/2012);
2. da parte delle strutture sanitarie diverse da quelle di ricovero e cura con un budget annuale pari o superiore ad € 800.000,00, un sintetico estratto della relazione dell'organismo di vigilanza (D.Lgs. 231/2001) attestante in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità.

In merito alla documentazione di cui ai punti 1) e 2) il Servizio NAPS sanitario provvede a controllare che la stessa sia redatta a norma di legge e che risulti dichiarata in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità.

Vengono inoltre monitorate d'ufficio *on line* le iscrizioni in Camera di Commercio delle strutture sanitarie che erogano prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria (mediamente circa 70/anno) non a contratto (flusso 43/san).

### **STRANIERI: CONTROLLI e RECUPERO ONERI 7**

Sulla base dei dati forniti dalla Regione Lombardia e verificati in collaborazione con la Direzione e gli altri Servizi del Dipartimento PAAPSS, vengono controllate amministrativamente tutte le fatture relative a prestazioni - sia sanitarie (compresa spesa farmaceutica e quota del MAP/PdF laddove prevista) che sociosanitarie - rese da strutture bergamasche a favore di cittadini con assistenza a carico di Casse Estere (onere 7). Il NAPS - Settore Estero procede, dopo aver acquisito anche le pratiche cartacee dagli erogatori, al controllo delle stesse ed al recupero dei relativi crediti tramite utilizzo della piattaforma ministeriale ASPE UE secondo le scadenze previste dai regolamenti comunitari (entro 30 maggio recupero oneri relativi al I semestre dell'anno precedente; entro 30 novembre recupero oneri relativi al II semestre dell'anno precedente).

## AREA SALUTE MENTALE

Nel 2018 si è proceduto al trasferimento di circa il 10% dell'assegnazione 43 san su posti a contratto dopo un'approfondita verifica della tipologia di inserimento nelle strutture residenziali di psichiatria e neuropsichiatria. In particolare si è tenuto conto della rilevanza delle misure di sicurezza che per il territorio di competenza della nostra ATS superano il 50% della spesa complessiva 43 san.

Gli incontri con gli Enti gestori delle Strutture residenziali psichiatriche private e con le assistenti sociali dei CPS e delle NPIA delle tre ASST bergamasche sono proseguiti, rilevando tra le criticità l'insufficienza dei posti a contratto.

Per quanto riguarda la verifica dei punti previsti dal piano controlli sui progetti specifici delle ASST:

### **1. Inclusione sociale e inserimento lavorativo**

Nell'ambito dei programmi innovativi in psichiatria è continuato il monitoraggio dei programmi innovativi (TR04 – TR05), attraverso anche l'acquisizione di specifica documentazione, relativi all'integrazione sociale e il lavoro di rete sul territorio.

E' stata acquisita la documentazione di monitoraggio dei progetti finanziati nel 2017 e conclusione agosto 2018 per i tre progetti finanziati:

- Area Ovest – titolare Associazione Aiutiamoli Associazione per la salute mentale: "Oltre gli orizzonti nella salute mentale"
- Area Est – titolare Consorzio Sol.Co. Città Aperta: "Distretto Bergamo est: territorio e lavoro per la salute mentale 2.0"
- Area Papa Giovanni XXIII – titolare Associazione Piccoli Passi Per... - "Esco. Dalla casa al territorio. Percorsi di autonomia per la salute mentale"

### **2. Integrazione tra psichiatria, NPIA, dipendenze, psicologia sulla fascia di età 14 – 25 anni**

Sono stati monitorati i programmi innovativi in psichiatria per l'individuazione e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi negli adolescenti (TR01) e i progetti innovativi sull'intervento integrato neuropsichiatrico/psicologico per adolescenti con disturbi psichiatrici e problematiche sociali complesse (G009).

### **3. Disturbi psichici del periodo perinatale**

Non risultano attivati nel corso del 2018 specifici protocolli diagnostici per i disturbi psichici del periodo perinatale. È proseguito il monitoraggio dei programmi innovativi che hanno come riferimento il trattamento precoce dei disturbi psichici nelle donne (TR03 e TR06).

*Rapporti di collaborazione tra DSMD e soggetti del terzo e quarto settore:*

Si conferma che i rapporti di collaborazione attivi tra le ASST (Bergamo Ovest e PG 23) e i soggetti del terzo settore (cooperative sociali) sono rinviabili al solo ambito dei programmi innovativi della psichiatria.

Per il quarto settore (strutture e attività attivate e gestite dalle stesse persone utenti e familiari che vivono il disagio cui esse si applicano) non siamo a conoscenza dell'attivazione di specifici accordi con le tre ASST.

Al fine di verificare il perseguimento degli obiettivi previsti dalla normativa, l'ATS di Bergamo nel corso del **2019** provvederà alla verifica dell'esistenza di progetti specifici stilati dalle ASST inerenti:

### **1. Inclusione sociale e inserimento lavorativo**

È stato seguito l'esito del Bando 2018 della Fondazione della Comunità Bergamasca Onlus per l'individuazione di progetti di utilità sociale, disagio, fragilità per l'area salute mentale che ha determinato la finanziabilità di interventi per il reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo.

È stata acquisita la documentazione relativa ai tre (n. 3) nuovi progetti finanziati :

- Area Ovest – titolare Associazione Aiutiamoli Associazione per la salute mentale: "Nuovi orizzonti nella

salute mentale. Adolescenti, esordio, adulti, un supporto alle famiglie e l'integrazione possibile dei servizi"

- Area Est – titolare Consorzio Sol.Co. Città Aperta: "Territorio e lavoro. Nuove opportunità per la salute mentale nel distretto Bergamo Est"
- Area PG 23 – titolare Associazione Piccoli Passi Per... - "Esco. Dalla casa al territorio. Percorsi di autonomia per la salute mentale"

## **2. Verifica appropriatezza degli inserimenti di pazienti presenti da più di cinque anni in strutture residenziali extracontratto (in regione e fuori regione) per quanto riguarda psichiatria e NPIA**

Si procederà alla verifica di almeno il 70% dei pazienti con esclusione delle misure di sicurezza (in quanto l'ingresso in struttura è determinato da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria) e degli ex OP (Ospedale Psichiatrico).

Pertanto si ipotizza la verifica su un numero pari a circa trenta pazienti inseriti in struttura dai servizi psichiatrici da più di cinque anni.

Per la Neuropsichiatria dal riscontro attuale nessuno è inserito da più di cinque anni.

### PIANO DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO 2019 SULLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

#### PREMESSA

Le attività di vigilanza e controllo sulle Unità d'Offerta (UdO) sociosanitarie descritte in questo Piano, sono gestite dall'Unità Operativa Complessa "Accreditamento, Vigilanza e Controllo – Area Sociosanitaria e Sociale" (UOC AVC), nell'ambito del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (DPAAPSS), afferente alla Direzione Generale, così come definito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ATS di Bergamo, adottato con deliberazione n. 18 del 17 gennaio 2017 e approvato formalmente dalla Giunta Regionale con D.G.R. X/6325 del 13/03/2017.

Il presente Piano delle attività di vigilanza e controllo sulle Strutture Sociosanitarie, è steso ai sensi della D.G.R. n° XI/1046 del 17 dicembre 2018 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2019", in recepimento della L.R. 11 agosto 2015 n. 23 e in continuità con quanto definito nel Piano dei Controlli e dei Protocolli dell'Agenzia di controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) del 2017, come approvato da Regione Lombardia, ed anche sulla scorta di quanto indicato dalla stessa Agenzia con nota pervenuta a questa ATS in data 31.01.2019.

Il presente documento, che sarà naturalmente integrato e/o modificato secondo le indicazioni eventualmente in futuro fornite dall'ACSS, così come approvate dalla Giunta regionale, rappresenta un atto programmatico territoriale a valenza strategica e costituisce lo strumento fondamentale per rendicontare l'attività svolta nell'anno 2018 e declinare in concreto le azioni che verranno perseguite nel corso del 2019.

#### OBIETTIVI

È obiettivo irrinunciabile dell'attività istituzionale di ATS Bergamo il verificare che i servizi offerti ai cittadini fragili e alle loro famiglie siano erogati nel rispetto della centralità della persona, monitorando la corretta relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle unità d'offerta sociosanitarie e sociali (UdO), così come configurata nel territorio di competenza. I Servizi, infatti, devono essere in grado di rispondere in modo flessibile e personalizzato ai bisogni individuali, sulla base di una valutazione multidimensionale delle persone, soprattutto se si trovano in una condizione di fragilità.

Le funzioni di vigilanza e controllo, in quest'ottica, si esercitano sui Soggetti Gestori e sulle UdO della rete, oltre che in tutte le eventuali situazioni ove, per la tipologia di utenza e per i servizi offerti, si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all'esercizio.

L'attività svolta si prefigge di promuovere l'efficacia, l'efficienza, la qualità, l'appropriatezza e l'economicità di tutti i servizi erogati. A tal fine massima attenzione si pone alla complementarietà e al raccordo fra l'attività di verifica dei requisiti di accreditamento ed il controllo di appropriatezza, ponendo l'accento sull'effettiva personalizzazione delle prestazioni in ambito assistenziale.

Pertanto l'attività prevede sopralluoghi presso le UdO d'interesse, assicurando la verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto, garantendo così l'integrazione fra la verifica degli aspetti gestionali e organizzativi e quella dell'assistenza, ponendo anche grande attenzione agli aspetti strutturali e tecnologici, vigilati con l'imprescindibile contributo del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS).

Altro imprescindibile compito dell'ATS, che connota quotidianamente l'attività istituzionale dell'UOC AVC, è quello di garantire il più adeguato supporto ed accompagnamento alle strutture che erogano prestazioni e servizi nella provincia di Bergamo, parti integranti del Sistema Sociosanitario Lombardo.

Per garantire questa collaborazione la Direzione e i funzionari dell'UOC raccolgono le specifiche richieste dei soggetti erogatori e soddisfano i quesiti emersi illustrando i pertinenti contenuti della normativa di settore, orientando così gli interlocutori verso le soluzioni più opportune e praticabili. Spesso per gestire al meglio il bisogno delle strutture, inquadrando al meglio le problematiche d'interesse, sono organizzati incontri che configurano vere e proprie *conferenze di servizio preliminari*, a cui vengono invitati anche

funzionari di altri settori dell’Agenzia, in maniera da poter fornire indicazioni complete e puntuali rispetto a possibili quesiti sugli argomenti d’interesse.

## ANALISI DI CONTESTO

La distribuzione territoriale delle UdO presenti sul territorio di competenza di ATS Bergamo, al 01/01/2019, viene riassunta e visualizzata aggregando i dati per i tre Distretti corrispondenti alle aree di pertinenza delle tre ASST “Papa Giovanni XXIII”, ASST Bergamo Est e ASST Bergamo Ovest, così come nelle tabelle che seguono:

### UNITA’ D’OFFERTA SOCIOSANITARIE

ANZIANI							
RSA	posti abilitati all'esercizio	posti accreditati	posti a contratto	CDI	posti abilitati all'esercizio	posti accreditati	posti a contratto
14	1694	1615	1508	6	191	191	130
22	2059	2013	1811	13	375	370	305
29	2521	2479	2118	12	266	266	223
65	6274	6107	5437	31	832	827	658

DISABILITA'												
	CDD	posti abilitati all'esercizio	posti accreditati	posti a contratto	RSD	posti abilitati all'esercizio	posti accreditati	posti a contratto	CSS	posti abilitati all'esercizio	posti accreditati	posti a contratto
ASST PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO	5	143	143	143	4	66	66	56	5	45	43	43
ASST BERGAMO DI OVEST	6	175	175	170	2	107	107	107	6	57	53	48
ASST DI BERGAMO EST	12	252	239	234	5	243	239	234	8	81	75	70
	23	570	557	547	11	416	412	397	19	183	171	161

	AREA MINORI E FAMIGLIA	ADI		DIPENDENZE													
	C.F. PUBBLICI (sedi principali n.10 + 08 sedi secondarie) + C.F. PRIVATI 14	UCP DOM (Enti Gestori)	ADI (Enti gestori)	SMI	SER.D	Servizi residenziali per le dipendenze				Servizi semiresidenziali per le dipendenze				Bassa Intensità Assistenziale area Dipendenze			
						n°	abilitati all'esercizio	posti accreditati	postura contratto	n°	abilitati all'esercizio	posti accreditati	postura contratto	n°	abilitati all'esercizio	posti accreditati	postura contratto
ASST PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO	8	7	9		1	2	23	23	23	0	0	0	0	7	29	29	29
ASST BERGAMO DI OVEST	11	10	10	1	3	6	157	157	157	2	38	23	11	4	19	19	19
ASST DI BERGAMO EST	13	8	9	1	2	5	109	109	102	1	15	15	10	0	0	0	0
	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>289</b>	<b>289</b>	<b>282</b>	<b>3</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>48</b>

	RIA	INT	RIA/INT	posti abilitati all'esercizio	posti accreditati	posti a contratto	HOSPICE	posti abilitati all'esercizio	posti accreditati	posti a contratto
ASST PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO	1	1	2	191	191	191	1	9	9	9
ASST BERGAMO DI OVEST				70	70	70	2	16	16	12
ASST DI BERGAMO EST	1	0	1				2	25	25	25
	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>261</b>	<b>261</b>	<b>261</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>46</b>

UNITA' CURE PALLIATIVE ( HOSPICE EX SANITARI)		TIPOLOGIA	posti
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	U.O. Cure Palliative Casa di Cura Palazzolo	Hospice	12
		Day hospital	1
		Ambulatorio	specialità anestesia
		Cure domiciliari	Territori delle:
		ASST Papa Giovanni XXIII	
		ASST Bergamo EST	
		ASST Bergamo Ovest	
U.O. Cure Palliative ASST Papa Giovanni XXIII	Hospice	12	
	Day hospital	2	
	MAC	2	
	Ambulatorio	n.2 sedi territoriali	
	Cure domiciliari	Territorio della ASST Papa Giovanni XXIII	

## ATTUAZIONE PIANO DEI CONTROLLI 2018 RELAZIONE A CONSUNTIVO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Nel corso del 2018 l'attività di vigilanza e controllo è stata condotta sulle Strutture sociosanitarie nel territorio dell'ATS di Bergamo in applicazione del "Piano dei controlli 2018", approvato con delibera ATS n. 331 del 16 aprile 2018, steso ai sensi della D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2018", in recepimento della L.R. 11 agosto 2015 n. 23 e in continuità con quanto definito nel "Piano dei Controlli" dell'Agenzia di controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) del 2017, come approvato dalla Giunta regionale, tenendo anche presente quanto precisato dalla Direzione Generale Welfare nella nota pervenuta a questa ATS il 15 marzo 2018.

I principali ambiti in cui si è esercitata l'attività istituzionale di vigilanza e controllo sono:

- vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo, (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate), ai sensi della D.G.R. 2569/2014, come modificata dalla DGR n. 4702/2015, e delle specifiche normative di settore;
- vigilanza sull'applicazione dei contenuti del contratto sottoscritto con l'ATS e relativi adempimenti;
- vigilanza sulle Unità d'Offerta (U.d.O.) sociosanitarie innovative, anche a carattere sperimentale, e sulle misure applicative della D.G.R. n. X/7769 del 17/01/2018;
- controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso l'esame della documentazione sociosanitaria, che comprende sia la verifica delle caratteristiche del bisogno che determina l'accesso all' U.d.O., sia la coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate, oltre che la corretta classificazione dell'utente e delle relative prestazioni a lui erogate;
- controllo della congruenza fra quanto riportato nel Fascicolo sociosanitario e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale;
- funzioni amministrative di vigilanza e controllo previste dagli articoli 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche di diritto privato operanti in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario;
- controllo sulla puntuale osservanza del debito informativo a cui sono tenuti gli Enti accreditati, secondo le modalità e i tempi previsti dalle Circolari regionali di riferimento.

La funzione di vigilanza sul possesso e sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento si è svolta in stretta complementarietà e raccordo con l'attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate per avere una conoscenza integrata e complessiva delle modalità di funzionamento dei Servizi e per restituire agli Enti Gestori un esito unitario delle osservazioni e delle determinazioni assunte.

Le attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta (UdO) sociosanitarie sono state condotte in recepimento ed applicazione delle disposizioni emanate da Regione Lombardia nel corso del 2014 con DDGR nn. 2569/2014 e 1765/2014 e, sulla scorta dell'indicazione contenuta nella nota della Direzione Generale Welfare del 15 marzo 2018, che ha stabilito la percentuale minima delle strutture su cui effettuare le verifiche di vigilanza e di appropriatezza: 30% del loro totale, maggiorata delle verifiche effettuate a seguito di esposti e segnalazioni.

Nello specifico la DGR n. 2569 del 31/10/2014, adottata al termine di un processo di revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle UdO sociosanitarie, detta linee operative per le attività di vigilanza. La funzione di vigilanza è volta alla verifica del possesso e mantenimento dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.

La funzione di controllo è, invece, riferita all'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle UdO sociosanitarie e viene esercitata in applicazione delle disposizioni approvate con DGR n.1765 del 08/05/2014; tale provvedimento ha ridefinito l'approccio metodologico alla costruzione degli indicatori di appropriatezza che consentono una misurazione del livello raggiunto. Definite le principali fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale nell'ambito del sistema sociosanitario, individuate per ciascuna tipologia di struttura aree di appropriatezza specifica, sono stati identificati per ciascuna UdO degli indicatori che consentono quindi di valutare l'appropriatezza di una o più fasi del processo assistenziale.

Scopo dei suddetti provvedimenti regionali è sostanzialmente favorire l'omogeneità di comportamento delle ATS nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, con particolare attenzione all'appropriatezza dei servizi erogati.

Fra le tipologie di UdO sottoposte a vario titolo alla vigilanza di questa ATS, sono state ricomprese anche quelle realtà che erogano servizi sperimentali e misure o gestiscono lo sviluppo di progetti che Regione Lombardia determina con provvedimenti ad hoc, per i quali sono previste verifiche di corrispondenza alle specifiche caratteristiche indicate nei documenti di riferimento, così come dettagliatamente illustrato nelle sezioni a seguire dedicate alle specifiche realtà vigilate.

Sono, inoltre, state nuovamente oggetto di controlli le UdO per le quali si erano evidenziate nel corso del 2017 rilevanti criticità.

L'attività di verifica dei requisiti connessi alla presentazione di ogni SCIA e/o domanda di accreditamento, poi, ha comportato la disamina e l'attivazione dei relativi controlli per tutte le istanze, a cui si sono sommate le verifiche poste in essere per le attivazioni di realtà e/o servizi connessi a specifici provvedimenti regionali.

L'attività di vigilanza è stata sempre condotta secondo l'ormai consolidato approccio multidisciplinare, reso possibile dalla presenza nell'UOC di operatori con diverse professionalità, e dalla fattiva collaborazione con i colleghi del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), che hanno definito il proprio "Piano di lavoro 2018" programmando l'attività di verifica dei requisiti igienico-strutturali in ambito sociosanitario e sociale.

Al fine di garantire la sinergia fra le due articolazioni organizzative, è ormai consolidato il riferimento alla procedura operativa concordata e redatta nel 2017, poi aggiornata nel corso del 2018, corredata di apposita modulistica.

In conformità alle indicazioni metodologiche regionali, le verifiche sul mantenimento dei requisiti di accreditamento sono state svolte senza preavviso e avvalendosi delle check-list di riferimento per le specifiche tipologie di UdO, che comprendono i requisiti generali indicati nella DGR n°2569/14 e quelli specifici previsti per le singole fattispecie di UdO dalle normative di riferimento. Tale strumento consente una puntuale e omogenea rilevazione, ma proprio la sua complessa e dettagliata articolazione, con particolare riferimento alle sezioni riguardanti i requisiti di sicurezza, ha richiesto un sempre maggiore coinvolgimento del DIPS, nelle sue diverse articolazioni organizzative. Oltre ai colleghi dell'Igiene e Sanità pubblica, le verifiche infatti sono state condotte, per le parti di competenza, anche dai colleghi della Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro e del Servizio di Impiantistica. Il puntuale espletamento dell'attività di vigilanza su tutti gli aspetti elencati nelle check-list ha quindi richiesto un impegno oneroso, in termini di tempo e di professionalità coinvolte, ma ha consentito valutazioni approfondite e specifiche. Certo che tale coinvolgimento ha generato tempi più lunghi nella restituzione degli esiti, con alcune pratiche che, iniziate nel 2018, sono state perfezionate di norma nei primi mesi del 2019, a causa di alcuni approfondimenti richiesti dai funzionari del DIPS.

Va sottolineato come lo svolgere sopralluoghi senza preavviso ha consentito di realizzare una fotografia assolutamente realistica della quotidiana attività di assistenza offerta dalle strutture, specie in relazione al numero di ospiti presenti e alla dotazione degli operatori rapportata all'effettiva corrispondenza con i turni. Durante i sopralluoghi sono stati ispezionati con cura i locali delle unità d'offerta, riservandosi la facoltà di interloquire direttamente con le persone assistite o i loro familiari.

Anche in sede di controllo di appropriatezza è stata utilizzata la check-list regionale. Questa, oltre a rappresentare un irrinunciabile strumento di lavoro per garantire un'esaustiva ed omogenea rilevazione di tutti gli indicatori generali e specifici definiti dalla DGR n. 1765/2014, rappresenta un utile riferimento per i professionisti incaricati della cura e dell'assistenza nelle UdO per la definizione, la conduzione e la tracciabilità di un adeguato processo assistenziale.

Come da indicazioni regionali, nei controlli di appropriatezza le UdO vengono preavvisate secondo la tempistica stabilita. Tale pratica rende possibile l'ottimizzazione dei momenti di confronto con il Responsabile e con i referenti sanitari della Struttura.

Il preavviso, inoltre, ha anche la finalità di consentire all'Ente Gestore di organizzare in maniera adeguata le presenze di personale, in modo da minimizzare l'impatto dell'attività di controllo sull'erogazione dei servizi all'utenza. Inutile ribadire che il preavviso non anticipa indicazioni sui fascicoli campionati per il controllo.

Nell'ambito dell'attività di controllo di appropriatezza esercitata secondo le indicazioni regionali su tutte le UdO socio-sanitarie, è stata dedicata particolare attenzione all'Assistenza Domiciliare (ADI) Ordinaria e di Cure Palliative. Sono stati attivati controlli in back office, avendo ritenuto opportuno effettuare ulteriori approfondimenti sulla corretta tenuta e gestione dei FaSAS, acquisendoli ed effettuandone un'attenta disamina in sede ATS, come di seguito relazionato più dettagliatamente.

Tutte le attività di verifica in loco hanno previsto, doverosamente, una fase di preparazione antecedente in cui si è scelta la composizione dell'équipe, individuato il responsabile della specifica attività ispettiva, compiuta l'analisi sui dati a disposizione per la struttura d'interesse: in primis utilizzando l'imprescindibile banca dati rappresentata dai flussi informativi a disposizione, e poi verificando la documentazione e gli elementi rilevanti già agli atti. Il tutto coronato da una costante attenzione all'aggiornamento della normativa di riferimento.

Ancora una volta preme sottolineare come obiettivo primario nello svolgere il proprio mandato istituzionale sia per l'UOC AVC quello di favorire il miglioramento della qualità dei servizi e di offrire, pur senza mai venir meno al proprio mandato e nel rispetto dei reciproci ruoli, un supporto alla crescita del Sistema. Proprio al fine di perseguire tale scopo, il rapporto con le strutture vigilate è sempre impostato all'insegna della massima collaborazione e sinergia, anche attraverso l'istituzione di tavoli tecnici tesi alla condivisione degli strumenti di verifica, in un'ottica di consapevole miglioramento continuo delle prestazioni.

Tale clima di reciproca stima e fiducia ha contribuito ad ottimizzare i risultati della propria attività istituzionale anche in quei contesti dove, a seguito dei cambiamenti determinati dall'evoluzione del Sistema Socio-sanitario Regionale, si sono create situazioni non sempre di facile gestione.

L'attività per l'anno 2018, oltre ad aver garantito gli interventi più adeguati per realizzare l'attività istituzionale di vigilanza e controllo programmata nel Piano annuale dei controlli, è stata caratterizzata da specifiche attività di **particolare impegno** necessarie a definire alcuni processi o a porre in essere alcune metodologie di lavoro, in relazione ad argomenti o problematiche scelte per la loro pregnanza e/o attualità, come di seguito illustrate.

In tema di vigilanza e controllo sulle persone giuridiche di diritto privato, operanti in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e sanitario, secondo quanto disposto dagli articoli 23 e 25 del Codice civile, il funzionario referente all'interno dell'UOC AVC ha garantito anche per il 2018 lo svolgimento delle attività necessarie a realizzare le attività di vigilanza ordinaria e straordinaria previste dal Regolamento aziendale relativo a questa tipologia di Enti, seguendo le indicazioni operative definite dall'apposita Commissione di vigilanza. La volontà della Direzione Strategica di garantire un controllo più incisivo ed attento all'attività svolte dalle fondazioni ed associazioni sottoposte alla vigilanza dell'ATS, ha determinato nel corso dell'anno un ulteriore consolidamento del rapporto con questi Enti, all'insegna di un ruolo istituzionale più definito nelle proprie competenze e più attento agli aspetti di correttezza e opportunità, sia delle attività di questi Enti in relazione ai propri fini statutari, sia delle garanzie offerte rispetto alla corretta tenuta delle scritture contabili.

Nell'ambito di verifica dei requisiti gestionali ed organizzativi delle strutture socio-sanitarie, si è programmata una valutazione dei testi dei contratti d'ingresso più approfondita e puntuale, al fine sia di migliorarne la trasparenza sia di fornire le massime garanzie di tutela dei cittadini contraenti, verificando la correttezza e l'equità dei termini del sinallagma contrattuale. Tale attività, secondo la consueta metodologia di lavoro dell'UOC, viene gestita in un clima di massima collaborazione con i referenti delle strutture, in un clima di collaborazione e sinergia mirate ad una crescita dei servizi resi ai cittadini, che passa necessariamente anche per gli aspetti più squisitamente amministrativi.

Nell'ambito dell'attività di controllo di appropriatezza esercitata secondo le indicazioni regionali su tutte le UdO socio-sanitarie, è stata dedicata particolare attenzione all'Assistenza Domiciliare (ADI) Ordinaria e di Cure Palliative. Sono stati attivati controlli in back office, avendo ritenuto opportuno effettuare ulteriori

approfondimenti sulla corretta tenuta e gestione dei FaSAS, acquisendoli ed effettuandone un'attenta disamina in sede ATS.

L'analisi della documentazione ha evidenziato, oltre al riscontro frequente di grafie di difficile interpretazione, diffuse e reiterate incongruenze, sia in eccesso sia in difetto, fra le registrazioni degli accessi nel diario e le rendicontazioni nell'applicativo, strumento previsto per l'assolvimento del debito informativo. Gli Enti Gestori sono quindi stati formalmente richiamati a porre particolare attenzione nella compilazione e tenuta della documentazione sociosanitaria, ed all'occorrenza sono stati debitamente sanzionati per non aver garantito la qualità dei dati trasmessi. Inoltre, laddove le prestazioni in flusso di rendicontazione erano in misura eccedente di quanto registrato in FaSAS, in coerenza con i disposti della DGR 1765/14, l'onere economico è stato decurtato in ragione del 30% per l'intero periodo contestato.

Oltre alla consueta garanzia dei necessari interventi per la puntuale e completa gestione dei Flussi Informativi sociosanitari, entro i termini e con le modalità previste dalle circolari regionali di riferimento (Circolare n.4/2016, come aggiornata dalla Circ. reg. n.2/2017 e confermata con nota della Direzione Generale Welfare del 20/02/2018), nel corso del 2018 è stato svolto un approfondimento rispetto al debito informativo "Scheda Struttura 2018". Infatti ATS Bergamo ha provveduto ad attivare i controlli necessari presso le strutture segnalate dalla ACSS per quanto attiene alla correttezza del dato riferito alle presenze del proprio personale.

Questa, infatti, aggregando i dati delle Schede struttura riferiti alle presenze in servizio del personale rendicontato, ha rilevato per alcuni professionisti un monte ore totale non congruo, disallineato rispetto alla media regionale.

Pertanto, l'UOC ha provveduto ad attivare i controlli necessari presso le strutture segnalate, per verificare in prima istanza la correttezza dei dati trasmessi e, in caso di conferma, sottolineare l'opportunità di monitorare le situazioni anomale a garanzia dell'efficienza e della qualità del lavoro svolto dai professionisti in questione. Nel contempo, in assenza di un preciso quadro normativo di riferimento, l'UOC si è attivata per definire con le Istituzioni interessate un proficuo confronto, per condividere la problematica emersa e poter disporre di indicazioni univoche ed omogenee su cui basare eventuali atti conseguenti.

## **FORMAZIONE**

In ossequio al ruolo istituzionale di supporto agli erogatori pubblici e privati operanti all'interno del sistema provinciale, l'UOC AVC ha proseguito anche nell'anno 2018 l'azione di condivisione con gli Enti Gestori dei contenuti, delle metodologie e degli strumenti di controllo indicati da Regione Lombardia.

Così, come già fatto nel 2017, nel 2018 sono stati attivati *laboratori consulenziali*, rivolti a gruppi omogenei di UdO. Per quest'anno sono così stati organizzati incontri con strutture residenziali (RSA) e semiresidenziali (CDI) per anziani, oltre che con i Servizi ambulatoriali dell'Area delle Dipendenze.

Al termine dei percorsi di condivisione attivati con i professionisti operanti in RSA e CDI, realizzati nel primo semestre dell'anno, per un totale di n. 5 incontri, condotti in collaborazione con professionisti esterni selezionati per la formazione professionale ed esperienziale posseduta, sono stati condivisi: materiale relativo a tutti gli argomenti trattati dai relatori e documenti utili per interpretare in modo corretto e univoco quanto richiesto in sede di controllo di appropriatezza, anche ai fini di promuovere un'efficace attività di autocontrollo.

È stata garantita, come programmato, anche una fattiva collaborazione per l'organizzazione e l'attuazione del percorso formativo rivolto ai Servizi Ambulatoriali delle Dipendenze, anche attraverso la diretta partecipazione all'evento formativo svoltosi nel mese di settembre presso la sede ATS.

Tutti i referenti delle UdO partecipanti agli incontri hanno espresso una valutazione più che soddisfacente rispetto alle iniziative formative proposte.

Il personale del Servizio AVC ha poi partecipato singolarmente a momenti formativi in materie di stretto interesse rispetto al ruolo assegnato nell'attività istituzionale oppure inerente la propria professionalità.

## **GESTIONE SEGNALAZIONI**

Anche per il 2018 è stata garantita la gestione di tutte le segnalazioni pervenute ad ATS Bergamo, per presunte carenze, o inapproprietezze, del servizio reso dalle UdO sociosanitarie e sociali operanti sul proprio territorio di riferimento.

Nel corso dell'anno, quindi, sono stati analizzati esposti pervenuti da diverse tipologie di mittenti: nella maggior parte dei casi privati cittadini, ma anche enti pubblici, erogatori privati, oltre qualche caso in cui altre compagini aziendali hanno messo in evidenza situazioni meritevoli di controlli e approfondimenti.

Nessuno dei 23 messaggi ricevuti è stato ignorato, neppure quando di esponente anonimo. Dopo un'attenta disamina del contenuto, per ciascuno è stato attivato il più opportuno percorso di verifica: in alcuni casi sono stati programmati sopralluoghi senza preavviso, mirati a raccogliere gli elementi necessari a valutare le situazioni messe in evidenza, in altri è stata raccolta documentazione poi analizzata in sede d'ufficio, con un'attenta e circostanziata attività di controllo.

Nei casi in cui gli esiti degli accertamenti condotti lo abbiano richiesto, alle strutture interessate sono state inoltrate raccomandazioni piuttosto che censure e conseguenti sanzioni.

Quattro dei processi di verifica attivati, hanno evidenziato anomalie tali da rendere opportuno segnalare alle competenti autorità quanto rilevato (Procura della Repubblica; NAS; Guardia di Finanza Direzione Territoriale del Lavoro).

Tutti i procedimenti avviati si sono conclusi, doverosamente, anche con una risposta all'esponente.

## **ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E ISTANZE DI ACCREDITAMENTO**

In attuazione delle indicazioni della D.G.R. n. 2569/2014, come successivamente modificate dal Sub Allegato n. 9 della DGR 4702/2015 che ha sostituito integralmente il suo allegato n. 2, l'UOC AVC ha assicurato, con riferimento alla verifica dei requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento e contrattualizzazione in materia di unità d'offerta sociosanitarie, il controllo pari al 100% sul totale delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione ai seguenti procedimenti:

- n. 5 SCIA
- n. 12 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento
- n. 7 richieste di accreditamento
- n. 6 volture di accreditamento
- n. 1 riconoscimento Ente Unico.

I sopraindicati procedimenti si sono conclusi con l'adozione dei relativi provvedimenti.

L'accertamento della veridicità delle autocertificazioni è stato effettuato mediante richiesta alle Pubbliche Amministrazioni competenti (Prefettura, Camera di Commercio, Procura della Repubblica, Agenzia delle Entrate, INAIL/INPS, Ufficio Provinciale Collocamento Mirato), come stabilisce la normativa in materia di accertamenti d'ufficio.

Nel corso del mese di dicembre 2018 sono pervenute n. 1 SCIA, n.3 SCIA/accreditamento, n. 1 richiesta di accreditamento da parte di UdO sociosanitarie. Pertanto, si è provveduto all'attivazione delle rispettive istruttorie, che si sono poi concluse nel 2019.

Anche per le n. 2 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento, avviate nel novembre 2018, si è dovuto attendere, per la chiusura definitiva della pratica, la valutazione della documentazione integrativa richiesta dai funzionari del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, perfezionando l'iter nel 2019.

## **VERIFICA SUI REQUISITI SOGGETTIVI PER L'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO**

Come previsto dalla D.G.R. n. 2569/2014 entro il 31 gennaio sono pervenute da parte di tutti i Soggetti gestori di UdO autorizzate, accreditate e contrattualizzate, le autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive.

L'attività è stata espletata mediante verifica della completezza delle autocertificazioni pervenute; il controllo è stato effettuato a campione secondo un criterio rappresentativo delle varie UdO.

Le verifiche condotte presso le Pubbliche Amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazioni, secondo le modalità definite dal DPR n. 445/2000 e s.m.i., hanno interessato il 30% delle stesse.

La verifica dei requisiti dei Gestori inerenti la certificazione antimafia è stata condotta mediante accesso alla piattaforma Si.Ce.Ant. (Sistema Informatizzato Certificazione Antimafia).

In caso di variazione dei Legali Rappresentanti e dei soggetti di cui al Libro II del D. L.gs. n.159/2011 si è proceduto alla puntuale verifica delle dichiarazioni del possesso dei requisiti soggettivi.

## **VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED IGIENICO SANITARI, ORGANIZZATIVI E GESTIONALI, DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO**

Come da disposizioni regionali, il piano dei controlli per il 2018 prevedeva di sottoporre a vigilanza rispetto al mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento il 30 % delle UdO presenti sul territorio dell'ATS di Bergamo.

Con l'obiettivo di uniformare i comportamenti delle vigilanze e assicurare una metodica di rilevazione uniforme in tutte le ATS, Regione Lombardia ha fornito sia i modelli di verbale da utilizzare per le verifiche sia indicazioni operative. Questi consentono la rilevazione dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento, di cui alla DGR 2569/2014 e degli specifici provvedimenti di settore per le singole tipologie di UdO.

Tali modelli sono stati trasmessi per opportuna conoscenza a tutti gli enti gestori presenti sul territorio, anche al fine di promuovere opportune azioni di autocontrollo.

Gli strumenti regionali sono stati integralmente adottati dall'ATS di Bergamo, che ha assolto all'unica incombenza di suddividere la check-list dei requisiti organizzativi e gestionali generali e specifici (comprensiva della sezione per la valutazione dello standard assistenziale contenente le tabelle per la rilevazione dei titoli di studio del personale e il foglio di calcolo) dalla check-list dei requisiti strutturali e tecnologici di esercizio e di accreditamento, che a sua è volta suddivisa in una parte relativa alla vigilanza routinaria e una parte relativa a istanze di variazioni o di nuove strutture. Tale operazione ha permesso di ovviare ad eventuali problemi di utilizzo di una check-list unica nell'evenienza che i professionisti competenti, appartenenti alle diverse compagini organizzative dell'ATS, non potessero condurre le verifiche in modo congiunto.

L'organizzazione dell'attività ispettiva di pertinenza del U.O.C. AVC è stata pianificata e condotta con le modalità già in uso, sia attraverso il sopralluogo, senza preavviso, presso l'UdO sia attraverso verifiche documentali. L'èquipe ispettiva, sempre composta da almeno due operatori del Servizio, si è integrata, laddove possibile, con gli operatori del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria.

La complessa e articolata composizione delle sezioni inerenti i requisiti strutturali, igienico/sanitari, tecnologici e di sicurezza richiede che le verifiche siano condotte in modo specialistico dai competenti Servizi del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria. Tali verifiche sono difficilmente possibili in unico sopralluogo, fatte salve le UdO di minore complessità. Così ad una prima visita ispettiva eseguita di norma da funzionari degli Uffici di Sanità Pubblica (USP), seguono ulteriori approfondimenti, a volte anche solo in back office, a volte con necessari approfondimenti presso le sedi delle UdO, con il coinvolgimento dei Servizi PSAL e Sicurezza impiantistica (SI) per quanto di rispettiva competenza.

Per le strutture socio-sanitarie meno complesse e, per le quali non sia stato previsto l'intervento specialistico dei funzionari degli Uffici PSAL nella programmazione annuale, sulla base di una prima valutazione del Responsabile di Settore, sarà sempre possibile richiedere il loro intervento a fronte di situazioni di particolare e documentata complessità rilevata.

## **CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA**

Come da disposizioni regionali, il Piano dei controlli per il 2018 prevedeva di sottoporre a controlli di appropriatezza il 30% delle UdO sociosanitarie presenti sul territorio dell'ATS di Bergamo.

La DGR di riferimento, la n. 7600 del 20/12/2017, ha confermato sia il sistema di indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla DGR 1765/2014, sia il metodo di rilevazione a mezzo di check list di verifica.

La percentuale dei FaSAS controllata, in ogni UdO è stata pari almeno al:

- 11,5 % per regime residenziali e semiresidenziali
- 3,5 % per regime ambulatoriale e domiciliare.

## **VIGILANZA E CONTROLLO SULLE SPERIMENTAZIONI DI UNITÀ D'OFFERTA E SULLE MISURE INNOVATIVE SPERIMENTAZIONI E MISURE (D.G.R. 7769/2018)**

Per il 2018 sono state eseguite verifiche sulle sperimentazioni di UdO e sulle misure innovative previste dalla D.G.R. 7769/2018.

Per le modalità e le percentuali di verifica sono state applicate le regole previste per le altre UdO.

I requisiti e gli standard verificati sono quelli specifici definiti per la misura innovativa oggetto di controllo, seguendo gli strumenti regionali di riferimento.

Le verifiche sono state pertanto condotte, quindi, sul 30% delle UdO che hanno aderito alla misura con la presa in carico di utenti, assicurando nel contempo la trasversalità dei controlli.

La percentuale dei FaSAS controllata, anche in ogni unità innovativa è stata pari almeno al:

- 11,5 % per regime residenziali e semiresidenziali
- 3,5 % per regime ambulatoriale e domiciliare.

## **CURE INTERMEDIE (EX DGR N. 3383/2015)**

Come da DGR n. 3383/2015, le cure intermedie costituiscono una tipologia di UdO della rete sociosanitaria che prende in carico e assiste in regime di degenza utenti fragili portatori di bisogni complessi in area assistenziale clinica e sociale, di norma nella fase di stabilizzazione a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione.

In tale UdO confluiscono le sperimentazioni regionali di assistenza post acuta, oltre alle strutture residenziali di riabilitazione per adulti.

Le Regole per il 2018 hanno stabilito che le U.d.O. che abbiano aderito al sistema di cure intermedie ai sensi della DGR 3383/2015 proseguano l'attività con le medesime regole definite da tale atto.

Il campione delle strutture su cui effettuare i controlli è rappresentato dal 30% di quelle attive sul territorio.

**Di seguito una dettagliata relazione sull'attività di vigilanza e controllo condotta nell'anno 2018 per le diverse tipologie di unità d'offerta:**

### **Area Anziani**

#### **RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI - R.S.A**

Al 31 dicembre 2018 sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 23 RSA, pari al 100% di quelle campionate per l'anno.

#### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito di questa attività di vigilanza, le verifiche sugli **aspetti organizzativi e gestionali** hanno dato di norma esito positivo.

Una sola UdO è stata oggetto di diffida e sanzione per carenza dello standard qualitativo, in quanto non ha garantito, per tutte le settimane dell'anno, la presenza dell'educatore/animatore sociale. I successivi controlli appositamente disposti hanno permesso di rilevare il ripristino del requisito.

Le verifiche sui requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici hanno dato esito positivo per tutte le realtà valutate, anche se il coinvolgimento del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro

ed il Servizio Impiantistico ha comportato uno slittamento dei tempi di chiusura dei procedimenti, che si sono perfezionati nei primi mesi del 2019.

### **Vigilanza/verifiche a seguito di ingresso di assistiti in Stato Vegetativo.**

Come previsto dalle specifiche normative e dalla procedura quadro ATS "Valutazione ed inserimento nella rete sociosanitaria delle persone in Stato Vegetativo", gli assistiti in stato vegetativo, a conclusione della fase degli esiti e in dimissione dalle Strutture ospedaliere/riabilitative, possono essere accolti presso le RSA in nuclei dedicati o su posti letto ordinari, laddove non sia possibile il rientro a domicilio.

Nel territorio dell'ATS di Bergamo sono presenti 3 UdO che dispongono di nuclei dedicati all'accoglienza di tali pazienti e, tra queste, una sola RSA.

Alcune RSA, poi, hanno dato disponibilità alla loro accoglienza su posti letto ordinari, come espressamente previsto dalle specifiche normative, a seguito della saturazione dei posti letto nei nuclei dedicati o in altre situazioni definite e circostanziate, specie in evasione della volontà espressa dai familiari dei pazienti.

Nell'anno 2018 gli ingressi su posti letto ordinari presso RSA sono stati due.

Il possesso da parte dell'UdO dei requisiti specifici richiesti è stato verificato prima del ricovero.

Entro 10 giorni dall'avvenuta ammissione è stata effettuata, con esito positivo, una vigilanza presso la struttura ospitante per la verifica della sussistenza degli specifici elementi definiti nella DGR di riferimento (n. 4222/2012).

### **Verifiche ex DGR 7406/2017**

A seguito di quanto definito dalla DGR X/7406/2017 "Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza", nel territorio dell'ATS di Bergamo n. 3 RSA si sono rese disponibili a convertire temporaneamente loro posti letto accreditati in posti per subacuti.

Il numero totale di ricoveri effettuati nel periodo gennaio/marzo 2018 – individuato dalla normativa - è stato pari a n. 3.

Nel mese di marzo è stato inoltrato alle tre RSA un file per la rendicontazione a questa ATS dell'attività effettuata. Gli uffici ATS competenti hanno provveduto a verificare la documentazione così acquisita, dando riscontro dei controlli effettuati agli Uffici regionali deputati.

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel corso del 2018 è stata condotta e conclusa una sola istruttoria per la verifica del possesso dei requisiti di esercizio a seguito di n. 1 SCIA per ampliamento della capacità ricettiva, pari a n. 2 posti letto in una RSA.

Per altre n. 2 istanze presentate nell'ultimo periodo del 2018, è stato invece necessario attendere i primi mesi del 2019 per concludere gli iter di competenza. Nello specifico si trattava di:

n.1 SCIA per modifica dell'articolazione degli spazi di n.12 posti letto di una RSA attualmente dedicati all'assistenza residenziale post acuta di cui alla D.G.R. n. X/ 3363/2015

n.1 SCIA, con contestuale richiesta di accreditamento, per modifica dell'attività preesistente a seguito di ampliamento di n. 20 posti letto.

### **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

Nell'anno 2018 sono state prese in carico dall'UOC tutte le segnalazioni pervenute per presunte criticità o carenze relative all'assistenza offerta in RSA nella provincia. Gli esposti sono stati complessivamente 18, inoltrati da diversi soggetti: Regione Lombardia, NAS, UPT, Sindacati, privati cittadini. Sono state prese in carico anche le segnalazioni pervenute in forma anonima, dopo averne ovviamente valutato l'attendibilità e la verosimiglianza dei contenuti.

Per perfezionare le più adeguate istruttorie, necessarie ad accertare quanto evidenziato nei diversi esposti, in otto casi sono stati realizzati appositi sopralluoghi, mentre negli altri casi è stato sufficiente, anche per la natura dei fatti segnalati, incontrare i gestori delle UdO per definire al meglio le situazioni.

Le segnalazioni raccolte evidenziavano sia presunte inadeguatezze strutturali e igienico-sanitarie sia percepite carenze assistenziali, organizzative/gestionali o del servizio di refezione.

L'iter adottato per prendere in carico gli esposti è stato diverso a seconda del loro oggetto: per alcune situazioni si è proceduto a perfezionare l'istruttoria con richieste documentali, in altre si sono organizzati

incontri con gli Enti Gestori e, qualora ritenuto necessario, si è eseguito un sopralluogo di vigilanza straordinaria, anche in collaborazione con altri Dipartimenti dell'ATS (es. Igiene della nutrizione e della sicurezza nutrizionale, Farmacovigilanza)

Tali verifiche sono state condotte con l'ausilio di verbali predisposti ad hoc per approfondire e valutare i diversi aspetti evidenziati nelle segnalazioni.

Le visite ispettive, svolte in équipe, sono state eseguite senza preavviso e in momenti diversi rispetto alle verifiche ordinarie, interessando anche fasce orarie pomeridiane e, persino, serali. Tali modalità hanno consentito di osservare le attività assistenziali non solo nella loro quotidianità ma anche in momenti meno frequentemente visitati in sede di sopralluogo.

Gli esiti delle verifiche condotte non hanno sempre confermato le situazioni segnalate, evidenziando talora la discordanza fra il "percepito" dall'esponente ed il "reale", verificato dall'osservazione e confermato dai documenti agli atti, inducendo ancora una volta a compiere le dovute valutazioni sulle complesse dinamiche a volte sottese all'inoltro di un reclamo.

In altri casi, invece, sulla scorta di quanto riscontrato a seguito degli approfondimenti condotti, sono state date indicazioni alle RSA consigliando soluzioni organizzative in grado di risolvere le problematiche rilevate. In tutte le situazioni si è dato il più opportuno riscontro ai segnalanti rispetto all'attività condotta.

### **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 43 sopralluoghi per le n. 23 strutture campionate per l'anno 2018 e controllati n. 367 FaSAS pari al 100 % del campione previsto per l'anno 2018.

In alcuni casi, considerato il numero elevato di FaSAS da verificare, è stato necessario organizzare più accessi alla stessa UdO.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 93,12 %

I FaSAS oggetto di controllo sono stati scelti con metodologia mista, mirata e casuale.

La quota mirata, pari al 50%, è stata selezionata, sulla scorta delle informazioni desunte dal flusso di rendicontazione SOSIA, secondo i criteri individuati dal Piano dei controlli 2018, includendo un'utenza

- non tipica (Alzheimer in nucleo, Stati vegetativi, SLA, DGR 5000,..)
- di età inferiore a 65 anni entrata nell'anno 2017;
- con lesioni da decubito;
- con contenzione fisica;
- con cadute nell'anno 2017.

Nella RSA con nucleo Alzheimer, la percentuale mirata è stata scelta campionando FaSAS di ospiti affetti da malattia di Alzheimer, con periodo di permanenza nel nucleo specialistico superiore ai 24 mesi.

Introdotta con l'obiettivo di sostenere il miglioramento della qualità dei servizi, anche attraverso un monitoraggio costante dei processi assistenziali, nel 2108 è stata implementata in via sperimentale la metodologia dell'autocontrollo.

La percentuale dei fascicoli interessati, pari al 3% del numero totale del campione da verificare per singola RSA, è stato preventivamente inviato ai gestori, insieme alla check list propedeutica alle verifiche.

Nel corso del sopralluogo, i fascicoli esaminati in autocontrollo sono stati oggetto di confronto con i referenti dell'UdO, al fine di verificare la qualità e la correttezza del lavoro svolto, in un'ottica di proficua sinergia funzionale ad una crescita delle competenze degli erogatori.

L'attività di controllo si è svolta con preavviso all'ente gestore nella giornata precedente al sopralluogo.

Le verifiche si sono svolte in un clima di costruttivo confronto e hanno positivamente rilevato il percorso intrapreso per rendere evidente e documentato il processo assistenziale nelle sue fasi.

Purtroppo permangono comunque alcune criticità, legate agli indicatori generali relativi alla progettazione e pianificazione definitiva, oltre che all'indicatore specifico dedicato alla contenzione fisica.

### **Controlli schede S.O.S.I.A. ( Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza)**

Per tutti i FaSAS valutati nel corso del 2018 si è proceduto ad una puntuale verifica della classificazione S.O.S.I.A. degli assistiti, che ha preceduto i controlli di appropriatezza sopra descritti. Tale specifica attività è stata svolta, con accessi diversificati rispetto a quelli effettuati presso le strutture per altri controlli, da una équipe dedicata composta da un medico ed un laureato in scienze infermieristiche.

L'analisi della documentazione e, in particolare l'osservazione diretta degli ospiti, hanno consentito di confermare la corretta classificazione dei bisogni, con una particolare attenzione ai casi in cui l'utente nel corso dell'anno abbia vissuto peggioramenti o miglioramenti del proprio stato clinico.

Durante le verifiche i medici valutatori delle strutture si sono contraddistinti per la collaborazione offerta all'equipe ATS. Questo clima favorevole ha consentito di verificare in maniera approfondita i casi presi in esame, condividendo in maniera proficua eventuali criticità relative alle codifiche assegnate.

## **CENTRI DIURNI INTEGRATI – C.D.I.**

Nel corso del 2018 sono stati oggetto di vigilanza ordinaria n. 10 CDI pari al 100% delle udo campionate per l'anno.

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nel corso del 2018 sono stati oggetto di vigilanza ordinaria n. 10 CDI pari al 100% delle U.d.O. campionate per l'anno.

Le verifiche condotte sugli aspetti organizzativi e gestionali hanno dato esito positivo.

Ai CDI sono state comunque a volte suggerite indicazioni utili a migliorare ulteriormente i documenti di riferimento, fra i quali la Carta dei Servizi, al fine di ottimizzare i percorsi informativi dedicati ai cittadini.

Anche le verifiche strutturali e tecnologiche hanno dato di norma esito positivo e, in quei casi in cui il competente DIPS abbia richiesto adeguamenti prima di poter esprimere parere di conformità, le UdO hanno prontamente ottemperato entro i tempi stabiliti.

### **Controllo di appropriatezza**

Nell'anno 2018 sono stati effettuati n. 9 sopralluoghi e controllati n. 53 FASAS pari al 100% dei fascicoli campionati.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 96.29%

I controlli non hanno evidenziato criticità di rilievo e i FASAS sono risultati conformi sia agli indicatori generali sia a quelli specifici previsti dalla D.G.R. 1765/2014.

Complessivamente si è registrato un evidente impegno da parte di tutte le strutture a migliorare i processi assistenziali, con un sempre più efficace adeguamento alla normativa ed un'attenzione crescente ai bisogni espressi e non degli ospiti.

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Per dare seguito a questo tipo di istanze sono stati condotti n. 5 sopralluoghi:

n. 3 per procedimenti iniziati nel 2017 (1 verifica a 60 gg e 2 verifiche a 90 gg)

n. 2 per SCIA contestuale (accreditamento)

Gli esiti della vigilanza condotta hanno dato esiti positivi.

### **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

Nel corso dell'anno è stato effettuato un sopralluogo a seguito di una segnalazione per presunte criticità in una UdO. L'attività ispettiva, però, non ha però evidenziato situazioni tali da motivare azioni conseguenti.

## **Area Disabili**

Al 31 dicembre sono stati oggetto di vigilanza ordinaria poco più di un terzo delle strutture per disabili (35 %), pari al 100% di quelle campionate per l'anno.

## **RESIDENZE SANITARIE DISABILI - RSD**

Sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 3 RSD, pari al 100% delle UdO campionate per l'anno 2018.

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Per n. 2 strutture delle vigilate è stato possibile confermare entro il 2018 sia il possesso dei requisiti organizzativo/gestionali sia quello dei requisiti previsti dalle normative vigenti.

Per n.1 struttura, visionata nell'ultimo quadrimestre del 2018, il coinvolgimento del DIPS ha invece determinato uno slittamento dei tempi di chiusura del procedimento, che si perfezionerà a breve in questo 2019.

### **Controllo di appropriatezza**

Sono stati effettuati n. 5 sopralluoghi nelle n. 3 strutture campionate e controllati n. 31 FaSAS, con una rettifica da 34 a 30 fascicoli da campionare, correggendo quanto erroneamente previsto nel "Piano dei Controlli 2018". La percentuale così realizzata risulta del 103% del campione correttamente individuato. La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 95,3%

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel corso del 2018 sono pervenute:

- N. 1 SCIA, con contestuale richiesta di accreditamento per l'attivazione di una nuova RSD con capacità ricettiva di n. 10 posti letto, prevalentemente dedicati a minori in gravi condizioni. Nello specifico "Casa Amoris Laetitia" accoglie minori 0 – 18 anni con disabilità gravissima, con un'importante componente sanitaria, e si propone di evitare l'eccessiva ospedalizzazione dei piccoli ospiti, coinvolgendo attivamente nel percorso post-acuto anche la famiglia. Si avvale della competenza di specialisti in Neonatologia e Neuropsichiatria infantile. L'istruttoria condotta per l'accertamento del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento indicati dalla normativa specifica si è conclusa con esito positivo.
- N. 1 SCIA per ampliamento di 10 posti letto da parte di una RSD già attiva, presentata nella seconda parte del mese di dicembre del 2018. Pertanto, le necessarie verifiche sono state programmate ed eseguite nei primi due mesi del 2019, esitando positivamente per tutti i requisiti indicati dalla normativa di riferimento sia per la parte gestionale che per quella strutturale e igienico/sanitaria.

## **CENTRO DIURNO DISABILI – CDD**

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 8 CDD, pari al 100% del campione annuale individuato.

Per tutte le strutture oggetto di verifica è stato possibile confermare il possesso dei requisiti organizzativo/gestionali ed igienico-sanitari, a seguito della congiunta attività condotta in collaborazione con il DIPS.

Sulla scorta di quanto è stato possibile rilevare, si sottolinea la puntuale adesione da parte dei CDD agli standard quantitativi e qualitativi fissati per il proprio personale. I Centri, infatti, in continuità con quanto già rilevato nel corso dell'anno precedente, hanno implementato la propria dotazione organica con la figura dell'Infermiere e hanno garantito il coinvolgimento, qualora la valutazione multidimensionale dei bisogni lo richiedesse, della figura del fisioterapista.

### **Controllo di appropriatezza**

Sono stati effettuati n. 8 sopralluoghi in altrettante strutture campionate e controllati n. 38 FaSAS, pari al 115 % del campione previsto per l'anno 2018.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 96.1%

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel 2018 sono state condotte e chiuse positivamente istruttorie per:

- n. 1 richiesta di ampliamento della capacità ricettiva da 14 a 18 posti accreditati, incremento risultante dalla conversione di un modulo CSE in CDD.
- un'istruttoria per l'ampliamento della capacità ricettiva, da 20 a 25 posti, iniziata nel 2017.

### **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

È stata presa in carico una segnalazione relativa a presunte carenze di tipo organizzativo/gestionale e assistenziale, che era stata anche trasmessa alla Direzione Generale Welfare.

È stato, quindi, effettuato un sopralluogo senza preavviso al fine di verificare l'effettiva sussistenza della situazione evidenziata nell'esposto, oltre al regolare complessivo funzionamento della struttura oggetto di segnalazione. Per meglio offrire un quadro complessivo della realtà vigilata, sono state visitate anche le altre UdO sociosanitarie e sociali in capo allo stesso Soggetto gestore, ubicate nel medesimo complesso.

Le verifiche condotte hanno evidenziato il regolare funzionamento di tutte queste UdO. Al fine di condurre puntuali approfondimenti per valutare la dotazione di personale nelle strutture, elemento sulla cui presunta criticità verteva il contenuto dell'esposto, sono inoltre stati acquisiti i documenti attestanti la reale presenza in servizio degli operatori in diversi periodi dell'anno. Da questi controlli non è emersa alcuna irregolarità, essendo garantiti gli standard quali-quantitativi previsti dalla normativa.

Alcune delle figure professionali in organico al CDD, però, erogano anche prestazioni nell'ambito del *Case Management "interventi a sostegno delle famiglie con presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico"* (di cui alla DGR 392/2013) e proprio in relazione a tale loro attività sono state rilevate alcune criticità, motivate dalla mancanza di tracciabilità delle prestazioni e dalla non sempre corretta modalità di erogazione di queste.

Per ottimizzare la scelta degli interventi necessari da parte dell'Ente gestore per correggere le criticità riscontrate e, ricondurre così la propria attività alle modalità indicate dalla sopraccitata DGR, è stato organizzato un incontro per illustrare come registrare in maniera adeguata e puntuale gli interventi e, per fornire le indicazioni utili a far individuare l'inizio e la fine delle prestazioni, che devono venire fornite in orari diversi da quelle rese in ambito del CDD, al fine di non creare sovrapposizioni tra le due attività.

Per il 2019 è stata programmata apposita attività per verificare la messa in atto delle indicazioni fornite.

## **COMUNITA' SOCIO SANITARIE – CSS**

Sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 7 CSS, pari al 100% delle CSS campionate per l'anno 2018.

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Per tutte le strutture oggetto di verifica è stato possibile confermare il possesso dei requisiti organizzativo/gestionali previsti dalle normative vigenti, mentre n. 3 istruttorie inerenti i requisiti strutturali e igienico sanitari sono ancora in corso di perfezionamento.

Nel corso delle verifiche condotte è stato possibile accertare che diverse Comunità hanno implementato il proprio organico con la figura dell'infermiere, in funzione dei bisogni rilevati. Questo costituisce sicuramente un valore aggiunto, anche se la normativa di riferimento non la prevede tra le figure a standard, nonostante sarebbe opportuno a fronte di un'utenza ormai sempre più con necessità di assistenza sanitaria e di plurime terapie farmacologiche.

### **Controllo di appropriatezza**

Sono stati effettuati n. 7 sopralluoghi in altrettante strutture campionate e sono stati controllati n. 17 FaSAS, pari al 141,67 % del campione previsto per l'anno 2018.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 98.6%

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel 2018 sono state condotte istruttorie relative a:

- n. 1 istanza di ampliamento dell'accREDITamento, da n. 5 a n. 10 posti, per una CSS per la quale erano state riscontrate carenze di tipo strutturale, che hanno necessitato interventi di adeguamento specifici e consentito così di dare esito positivo alle verifiche del caso;
- n. 2 richieste di accREDITamento inoltrate da altrettante CAH per essere riconosciuti come CSS. Tali istanze sono pervenute nel quarto trimestre 2018, e quindi il perfezionamento dei relativi procedimenti, che hanno dato esiti positivi, è slittato ai primi mesi del 2019.

## **Area Dipendenze**

### **COMUNITA' RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI AREA DIPENDENZE**

Nel corso del 2018 sono stati sottoposti a vigilanza ordinaria n.3 Enti Gestori, per un totale di n. 6 Comunità, pari al 100% delle U.d.O. residenziali e semiresidenziali per le dipendenze campionate.

### **Vigilanza ordinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito di tale attività di vigilanza, le verifiche sugli aspetti organizzativi/gestionali hanno dato esito positivo per tutte le Comunità, come pure quelle condotte e concluse sui requisiti igienico sanitari,

strutturali e tecnologici, che in due delle realtà hanno esitato pure positivamente ma con uno slittamento dei tempi di chiusura del procedimento ai primi mesi del 2019.

### **Controllo di appropriatezza**

Sono stati effettuati sopralluoghi in tutte le n. 6 strutture campionate e sono stati controllati n. 24 FaSAS, pari al 104% del campione previsto per l'anno, corrispondente a n. 23 fascicoli.

Durante le verifiche condotte è stato possibile contare sempre su un costruttivo confronto con i professionisti delle Comunità e ciò ha consentito di rilevare e analizzare al meglio il percorso assistenziale realizzato, reso evidente e documentato nelle sue diverse fasi.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 99,3%

Importante evidenziare, quale azione di miglioramento, l'introduzione da parte di due Comunità di procedure informatizzate per la gestione del fascicolo socioassistenziale, con l'adozione della cartella "GEDI" e l'utilizzo di tablet per la registrazione degli interventi assistenziali, con il supporto della firma elettronica.

Dal punto di vista metodologico, durante gli incontri di vigilanza, è stato possibile condividere la necessità di intraprendere ulteriori percorsi per definire indicatori misurabili riferiti ai Progetti Individuali e ai Piani Assistenziali Individuali (PI e PAI), così da rendere evidente ed oggettivo il raggiungimento degli obiettivi individuati nel progetto personalizzato.

### **Attività di vigilanza a seguito presentazione SCIA e domande di accreditamento**

Nel corso dell'anno 2018 sono state condotte le istruttorie per la verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento a seguito della presentazione di n. 3 SCIA per:

- trasformazione e ampliamento di un Servizio Pedagogico (da pedagogico con n. 13 posti autorizzati, accreditati e a contratto a terapeutico con n. 23 posti autorizzati, accreditati di cui n.11 a contratto).
- trasferimento sede ed ampliamento di un Servizio Terapeutico Riabilitativo Semiresidenziale (da n. 10 posti autorizzati, accreditati e a contratto a n. 15 posti autorizzati, accreditati di cui n.10 a contratto).
- ampliamento sede di un Servizio Terapeutico Riabilitativo Residenziale (da n. 20 posti autorizzati, accreditati e a contratto a n. 27 posti autorizzati, accreditati di cui n. 20 a contratto).

A conclusione degli accertamenti effettuati, è stato possibile attestare il positivo possesso dei requisiti organizzativo-gestionali, strutturali e tecnologici di esercizio e di accreditamento.

### **Vigilanza straordinaria / segnalazioni**

Nel corso dell'anno 2018 è stata effettuata una vigilanza straordinaria a seguito di una segnalazione per presunte carenze di tipo organizzativo-gestionali relative all'assistenza offerta da una Comunità.

Dalle conseguenti verifiche eseguite, non è stato però rilevato alcun riscontro oggettivo rispetto a quanto evidenziato nell'esposto ed è stato verificato il regolare mantenimento di tutti i requisiti organizzativi e gestionali di esercizio e di accreditamento.

### **SER.D**

Al 31 dicembre 2018 sono state sottoposte a vigilanza ordinaria n. 2 UdO, gestite dallo stesso Ente, pari al 100% del campione individuato per l'anno.

### **Vigilanza ordinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito dell'attività di vigilanza programmata per l'anno, le verifiche sugli aspetti organizzativi-gestionali condotte nelle UdO del campione selezionato hanno dato esito positivo. Per quanto concerne l'esito dei controlli condotti sui requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici, di competenza del DIPS, l'esito positivo è stato raccolto nei primi mesi del 2019. Il coinvolgimento nell'attività svolta, infatti, del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro e del Servizio Impiantistico ha determinato uno slittamento nei tempi di chiusura dei procedimenti.

Nell'ambito delle verifiche eseguite per il possesso dei requisiti gestionali, sono stati richiesti i documenti di registrazione della presenza in servizio del personale, da cui si è dedotto il rispetto dei tempi di assistenza

stabiliti dalla DGR 12621/03, nella quale si stabilisce che il personale del comparto dedichi ad ogni utente dai 21 ai 49 minuti settimanali. Dalle verifiche condotte è stato possibile determinare che il risultato medio del tempo dedicato all'utenza si aggira intorno ai 28/30 minuti settimanali.

### **Controllo di appropriatezza**

Sono stati effettuati i sopralluoghi nelle n. 2 strutture campionate e controllati complessivamente n. 36 FaSAS, pari al 100% del campione previsto per l'anno, che prevedeva n. 36 fascicoli.

Durante le verifiche condotte è stato possibile contare sempre su un costruttivo confronto con i professionisti delle strutture e ciò ha consentito di rilevare e analizzare al meglio il percorso assistenziale realizzato e renderlo così evidente e documentato nelle sue diverse fasi.

Il campione selezionato è stato composto in modo mirato, includendo utenti inseriti recentemente, utenti minorenni e/o di età compresa tra i 18 e i 30 anni, utenti con polidipendenze e doppia diagnosi, rispettando così anche un criterio che garantisse l'individuazione di soggetti con alto grado di complessità.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 93,5%.

Preme sottolineare che le verifiche condotte hanno permesso di evidenziare l'accuratezza che caratterizza la fase della valutazione iniziale del paziente, con il ricorso a scale multidisciplinari che ne consentono un ottimale inquadramento.

Purtroppo, invece, è stata registrata la presenza di alcune criticità relative alla stesura di PI e PAI, documenti che risultano spesso scarni di contenuti significativi e poco personalizzati, anche se le note riportate sui diari dai singoli professionisti colmano in parte tali lacune con una specifica e dettagliata descrizione delle attività condotte.

Alcuni operatori hanno motivato tale inadeguatezza alla non ancora piena padronanza nella gestione informatizzata del FaSAS attraverso il sistema GEDI, modalità di lavoro ancora in fase di perfezionamento attraverso uno specifico percorso di formazione.

Si segnala che in molti casi si è ritenuto di valutare positivamente l'indicatore, per la puntuale conoscenza del caso dimostrato dall'operatore durante il controllo.

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel corso dell'anno 2018 è stata condotta un'istruttoria per la verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento a seguito della presentazione di SCIA per una nuova UdO, un Servizio multidisciplinare Integrato (SMI).

A conclusione degli accertamenti effettuati, è stato possibile attestare il possesso dei requisiti organizzativo-gestionali e strutturali/tecnologici di esercizio e di accreditamento.

## **COMUNITÀ BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE AREA DIPENDENZE**

Entro il 31 dicembre 2018 sono stati sottoposti a vigilanza ordinaria n. 6 UdO, gestite da due Enti Gestori, pari al 100% di quelle a bassa intensità assistenziale campionate per l'anno.

### **Vigilanza ordinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito dell'attività di vigilanza ordinaria, le verifiche sugli aspetti organizzativi e gestionali hanno dato esito positivo, come pure quelle condotte per attestare il mantenimento dei requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici.

### **Controllo di appropriatezza**

Durante il 2018 sono stati controllati n. 12 FaSAS, pari al 171% del campione previsto per l'anno 2018, che prevedeva n. 7 fascicoli.

Le verifiche sono sempre state condotte all'insegna di un costruttivo confronto con i professionisti delle UdO, il che ha consentito di rilevare e analizzare al meglio il percorso assistenziale realizzato e renderlo così evidente e documentato nelle sue diverse fasi.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 98,82%

Si sottolinea ancora una volta, quale elemento di miglioramento attivo dei processi di gestione dei FaSAS, che in 5 Comunità è stato adottato il sistema informatizzato di gestione della cartella sociosanitaria, con

l'utilizzo di tablet in dotazione ai professionisti e con il supporto di firma elettronica per la registrazione degli interventi.

Alcune criticità, invece, sono state riscontrate nella predisposizione di PI e PAI, documenti che anche in queste realtà risultano caratterizzati da contenuti un po' scarni e poco personalizzati, anche se le note riportate sui diari dai singoli professionisti ancora una volta colmano in parte tali lacune con la descrizione delle attività condotte.

## **Area Minori/Famiglia**

### **CONSULTORI FAMILIARI PRIVATI**

Al 31 dicembre 2018 sono stati oggetto di vigilanza ordinaria n. 5 Consultori Familiari privati (CF), pari al 100% di questa tipologia di U.d.O. campionate per l'anno.

#### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Sono stati oggetto di attività di vigilanza routinaria complessivamente n. 5 Consultori Familiari (n. 4 contrattualizzati e n.1 autorizzato) del territorio della ATS di Bergamo, pari al 100% dei CF privati campionati per l'anno.

L'attività di vigilanza condotta ha dato esiti positivi sia in relazione agli aspetti organizzativo-gestionali sia rispetto a quelli strutturali e tecnologici in due delle cinque UdO valutate.

Per quanto concerne le restanti tre UdO:

- in un consultorio per definire l'esito finale dei controlli effettuati, già positivi per quanto concerne gli aspetti gestionali/organizzativi, sarà necessario acquisire le valutazioni di competenza del DIPS sui requisiti strutturali e tecnologici, che sono ancora in corso di svolgimento;
- in una realtà, già di recente positivamente valutata dal DIPS, si è potuto verificare il mantenimento anche dei requisiti organizzativo/gestionali;
- un consultorio, già sanzionato nel 2017, è stato oggetto di ulteriore sanzione amministrativa in quanto le criticità e le carenze rilevate nell'esercizio precedente risultavano ancora irrisolte e, nello specifico, riguardavano: carenza del programma annuale e nella definizione degli obiettivi, mancanza della relazione sull'attività dell'anno precedente, frammentarietà dei contenuti delle sezioni della check list.
- A seguito dei controlli eseguiti in relazione all'appropriatezza, si è poi ulteriormente confermata la carenza di alcuni elementi costitutivi del Fascicolo, quali l'assenza di una presa in carico globale della persona nel tempo e la mancanza di un approccio multiprofessionale ed integrato dell'attività socio-sanitaria erogata.

Preme esprimere una riflessione in merito alla dotazione di personale del Consultorio Familiare, UdO deputata principalmente ad attività di tipo preventivo, per la quale la DGR n. 2594/2000 dispone che, in regime transitorio e temporaneo - in attesa dell'emanazione dell'ordinamento didattico per l'attivazione di specifici corsi di formazione - la figura dell'Assistente Sanitario possa essere vicariata dalla figura dell'Infermiere. L'Assistente Sanitario, da profilo professionale, espleta la propria attività in funzione della persona, la famiglia e la collettività, individuando i bisogni di salute e le priorità d'intervento preventivo, educativo e di recupero.

Attualmente, nel corso dell'attività ispettiva, si è rilevato che la figura dell'Assistente Sanitario è ancora spesso rimpiazzata da quella dell'Infermiere, presente con un minimo numero di ore settimanale. Si sottolinea che l'Infermiere, secondo il suo profilo professionale, è un operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Considerando che in Regione Lombardia i corsi di formazione a livello universitario per il profilo di Assistente Sanitario sono attivi da diversi anni e, tenuto conto della carenza cronica di personale infermieristico nelle Strutture sanitarie, si è raccomandato nel corso delle verifiche nei CF che venisse

riconsiderata la dotazione di personale, così da favorire un'ottimale allocazione delle risorse disponibili sul mercato del lavoro, rispondendo con le specifiche competenze dei diversi profili professionali alle peculiari esigenze dei compiti assegnati agli operatori nelle diverse strutture, anche nella piena valorizzazione dei percorsi di studi effettuati.

Altro aspetto degno di nota riguarda l'attuale presenza, nei CF pubblici e privati, della figura dell'Educatore e/o Psicopedagogo (area animativo-educativa). Nelle sperimentazioni attivate con DD.G.R. nn.3239/2012 - 499/2013 - 2022/2014, tali professionisti erano previsti a supporto della presa in carico della famiglia nelle situazioni di criticità e/o fragilità. La DGR n.4086/2015 ha poi stabilizzato le azioni innovative di cui ai citati provvedimenti regionali non confermando, però, la necessità di annoverare fra i requisiti di esercizio la presenza delle due figure professionali.

### **Controllo di appropriatezza**

Nel corso del 2018 sono stati effettuati n. 6 sopralluoghi nei n. 5 Consultori Familiari campionati e controllati n. 101 FaSAS, raggiungendo il 100% del campione previsto per l'anno, calcolato sull'insieme delle strutture consultoriali pubbliche e private.

I controlli di appropriatezza si sono svolti applicando gli indicatori trasversali e specifici previsti dalla checklist regionale e sono stati effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente alla visita.

La campionatura dei FaSAS è stata effettuata con metodologia casuale e mirata, che nello specifico ha fatto includere nel campione sia la totalità dei fascicoli relativi ad interventi "IVG minori", laddove presenti, sia i fascicoli di nuovi utenti con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria, secondo quanto previsto dalla DGR n. 6131/2017.

Il numero dei FaSAS campionati è stato pari al 3,5% dei fascicoli, calcolato sul numero di nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione nell'anno 2017. I fascicoli controllati sono stati selezionati principalmente fra quelli del primo semestre 2018.

Anche in queste UdO è stata implementata in via sperimentale la metodologia dell'autocontrollo, introdotta con l'obiettivo di sostenere il miglioramento della qualità dei servizi, anche attraverso un monitoraggio costante dei processi assistenziali ed una crescita della capacità di autovalutazione da parte dei professionisti.

La percentuale dei fascicoli sottoposti ad autocontrollo, pari al 1% del numero totale del campione da verificare per singolo consultorio, è stato preventivamente inviato ai gestori, corredato della check list propedeutica alle verifiche.

Nel corso del sopralluogo, poi, i risultati dell'attività di autovalutazione svolta sono stati oggetto di confronto con i referenti delle UdO, al fine di verificare la qualità e la correttezza del loro lavoro in una preziosa ottica di crescita delle competenze.

La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO controllate è pari al 80,8%.

Va evidenziato che in n. 1 Consultorio Familiare, quello peraltro oggetto di procedimento sanzionatorio per il secondo anno consecutivo, è stata raggiunta una percentuale di appropriatezza inferiore al 50%. Restano evidenti le carenze legate alla gestione ed alla compilazione del modello FaSAS, come pure traspare la mancanza di una presa in carico globale della persona nel tempo con un approccio multiprofessionale, in grado di garantire una proficua sinergia fra le attività assistenziali realizzate.

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Sono state avviate nel corso dell'anno n. 2 istruttorie:

- n. 1 per SCIA, con contestuale richiesta di accreditamento, presentata a seguito di trasferimento sede. Per questo CF è stato confermato il possesso dei requisiti sia di esercizio sia di accreditamento;

- n. 1 per SCIA, sempre con contestuale richiesta di accreditamento, per una modifica dell'articolazione degli spazi. In questo caso l'istruttoria si è conclusa nei primi mesi del 2019, con esito positivo.

## **CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI**

### **Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento**

Sono stati complessivamente controllati n. 6 Consultori Familiari pubblici (n. 2 sedi principali e n. 4 sedi secondarie) gestiti dalle tre ASST operanti sul territorio della provincia di Bergamo, pari al 100% dei Consultori familiari pubblici campionati per l'anno.

L'attività di vigilanza svolta sul mantenimento dei requisiti di accreditamento ha evidenziato che i Consultori Familiari gestiti dalle tre ASST bergamasche hanno requisiti organizzativo-gestionali conformi a quanto previsto dalla norma, con un'adeguata dotazione di personale. Va a tal proposito però segnalato che, in attesa dell'espletamento del relativo concorso pubblico, la figura dell'Assistente Sociale è nel frattempo garantita in alcuni Consultori dall'apporto di professionisti in realtà assegnati ad altra sede.

Va sottolineato che, nel rispetto del concetto di "rete" e del sinergico coordinamento fra le UdO operanti sul territorio, in tutti i Consultori visitati è in corso l'aggiornamento dei protocolli aziendali, in recepimento delle indicazioni date dal Tavolo di Lavoro Strategico attivato dai Direttori Sociosanitari dell'ATS e delle tre ASST provinciali.

Durante i sopralluoghi eseguiti è stato possibile apprezzare l'ordine e la pulizia dei locali e l'adeguatezza degli spazi, adatti anche ad accogliere le mamme e i loro bambini.

Anche i colleghi del DIPS, componenti dell'equipe di vigilanza, hanno condotto le verifiche di propria competenza su tutte le strutture consultoriali visitate, al fine di attestare il possesso dei requisiti igienico-sanitari, strutturali, tecnologici e di sicurezza. Le relative istruttorie hanno dato esito favorevole, confermando in tutti i casi il mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici di esercizio e di accreditamento.

### **Controllo di appropriatezza**

Per il 2018 il numero dei FaSAS campionati è stato di 121, pari al 5% dei fascicoli dei nuovi utenti che hanno ricevuto prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione nell'anno 2017. Di questi, 14 fascicoli, pari al 1% del totale, sono stati valutati in autocontrollo, come stabilito dalle indicazioni regionali. I FaSAS controllati sono stati selezionati fra quelli del primo semestre 2018.

La campionatura dei FaSAS è stata effettuata con metodologia casuale e con quella mirata, che nello specifico prevede l'inclusione nei controlli della totalità dei fascicoli relativi ad interventi "IVG minori", laddove presenti, e dei fascicoli di nuovi utenti con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria, secondo quanto previsto dalla DGR n. 6131/2017.

L'implementazione della metodologia dell'autocontrollo è stata introdotta con l'obiettivo di sostenere il miglioramento della qualità dei servizi, anche attraverso un monitoraggio costante dei propri processi assistenziali, in un'ottica di crescita della capacità di autovalutazione dei professionisti erogatori.

Il livello di accettabilità complessivo, calcolato come il rapporto percentuale tra la somma degli indicatori soddisfatti, la somma degli indicatori applicabili e la media raggiunta dalle Unità d'Offerta è stata pari al 95.3 %, indice di un significativo miglioramento rispetto allo scorso anno.

### **Criticità**

Nella Programmazione annuale 2018 si è ritenuto di dover prevedere nuovamente la vigilanza sul Consultorio pubblico di Trescore Balneario, sede secondaria del Consultorio Familiare Pubblico di Lovere, al fine di verificare se le indicazioni impartite rispetto alla compilazione del PI e del PAI, risultata in sede di verifica durante il 2017 assai lacunosa ed approssimativa, fossero state recepite in maniera corretta.

L'equipe di vigilanza ha potuto osservare, nel corso dei nuovi sopralluoghi disposti, che gli operatori della struttura hanno ottemperato a quanto richiesto, facendo tesoro delle indicazioni impartite, rendendo così i documenti PI e PAI assai più adeguati rispetto alle regole metodologiche che definiscono la loro compilazione.

Inoltre, durante la vigilanza del consultorio pubblico di Treviglio, sede principale, sono state riscontrate da subito gravi lacune nella compilazione dei FaSAs selezionati a campione. Pertanto, non ritenendo

opportuno implementare il campione con altri fascicoli, dal momento che le carenze nella compilazione risultavano reiterate, non consentendo neppure di effettuare in maniera sufficiente le verifiche di competenza, l'equipe di vigilanza ha ritenuto di sospendere il sopralluogo. Si è reputato più proficuo fissare una nuova data per completare i controlli, dopo aver dato indicazioni su come perfezionare la compilazione della documentazione.

Durante il nuovo sopralluogo disposto, è stato possibile apprezzare lo sforzo compiuto dai professionisti della struttura per rendere evidente e documentato il processo assistenziale nelle sue fasi attraverso un netto miglioramento della compilazione dei FaSAS, come appunto richiesto dall'equipe di vigilanza.

Il livello di accettabilità complessivo, calcolato come il rapporto percentuale tra la somma degli indicatori soddisfatti e la somma degli indicatori applicabili, ha evidenziato un risultato decisamente soddisfacente.

Tale sede consultoriale sarà vigilata nuovamente anche nel 2019, per verificare se le indicazioni che hanno permesso di migliorare la gestione dei FaSAS, oltre che recepite ai fini della vigilanza condotta, siano state assimilate quale metodologia di lavoro ordinaria da mantenere nella quotidianità.

## **RETE CURE PALLIATIVE**

### **UNITÀ OPERATIVE DI CURE PALLIATIVE**

Nell'anno 2018, con l'attività di verifica condotta entro 90 giorni dall'aggiornamento dei relativi registri regionali (finalizzata all'accertamento dell'effettivo possesso di tutti i requisiti di esercizio e di accreditamento previsti), si è perfezionato l'iter di riclassificazione delle Unità operative di Cure Palliative ex DDGR n.5918/2016 e n. 6691/2017.

Sono nello specifico state oggetto di tale riclassificazione:

- U.O Cure Palliative "Casa di Cura Beato Palazzolo" di Bergamo
  - U.O Cure Palliative Terapia del Dolore e Hospice ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo
- entrambe precedentemente afferenti all'ambito sanitario.

In particolare per l'UO Cure Palliative afferente all'ASST Papa Giovanni XXIII sono stati effettuati incontri preliminari alle verifiche, con l'obiettivo di facilitare l'allineamento delle caratteristiche della struttura, a forte impronta sanitaria, con i requisiti a più alta specificità sociosanitaria indicati dalla normativa di nuovo riferimento.

## **HOSPICE**

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito dell'attività di vigilanza calendarizzata per l'anno 2018 è stato verificato con esito positivo il mantenimento dei requisiti di accreditamento organizzativo-gestionali, strutturali, tecnologici e igienico sanitari di un Hospice, anche se gli esiti conclusivi sono stati formalizzati nel mese di gennaio del 2019 per il protrarsi delle verifiche di competenza del DIPS.

### **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 3 sopralluoghi nelle n. 2 strutture campionate. Sono stati controllati n.41 FaSAS, pari al 100% del campione previsto per l'anno 2018.

La quota mirata, pari al 50% dei fascicoli controllati, è stata selezionata nel rispetto dei criteri definiti nel Piano dei controlli 2018 e ha compreso utenti:

- con degenze superiori a 60 giorni;
- con patologie non oncologiche;
- con modalità di dimissione diversa dal decesso;
- non provenienti da struttura ospedaliera o da Udo sociosanitarie.

Tenuto conto del Decreto n.11186/2017, che ha stabilito di assoggettare ai controlli di appropriatezza, secondo quanto previsto dalla DGR 1765/2014, anche le U.d.O afferenti all'ambito sanitario prima della riclassificazione, è stata inserita nel piano dei controlli anche la valutazione di una Unità Cure Palliative (UCP).

L'attività di controllo è stata espletata con l'ausilio delle check list regionali e gli esiti riscontrati hanno evidenziato una buona rispondenza dei processi assistenziali alle specifiche richieste dalla D.G.R. di riferimento.

## **UNITA' CURE PALLIATIVE DOMICILIARI – UCP-DOM**

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nel corso dell'anno 2018 sono state visitate n. 9 U.d.O. pari al 100% del campionamento previsto.

I sopralluoghi si sono svolti senza preavviso, in equipe multiprofessionale e, quando possibile, in presenza dei funzionari del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, che hanno verificato i requisiti strutturali ed igienico sanitari delle sedi.

L'attività di vigilanza si è focalizzata sulla verifica dei requisiti organizzativo-gestionali di esercizio ed accreditamento, in ottemperanza alla DGR 2569/2014, nonché sull'adeguata conservazione e gestione della documentazione sociosanitaria.

Le verifiche hanno dato esito positivo, fatte salve alcune richieste di integrazione documentale, non tali però da inficiare il risultato complessivo dell'attività ispettiva.

### **Controllo di appropriatezza**

Nel 2018 sono state verificate le 10 U.d.O. previste dalla pianificazione annuale, delle quali una non valutata poiché priva di utenza nel periodo osservato. Si specifica che uno degli Ente è stato valutato in quanto operante nel territorio di competenza di questa ATS, ma accreditato da altra ATS.

Il controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di UCP-DOM, secondo il Piano dei controlli 2018, risulta declinato in tre diverse modalità:

- a) presso la sede erogativa del soggetto gestore: controlli ex post;
- b) presso il domicilio degli assistiti: controlli in itinere.
- c) presso la sede ATS: controlli straordinari in back-office.

Il campione è stato determinato, sempre secondo i criteri stabiliti dal medesimo Piano, includendo:

- pazienti con profilo base
- pazienti in carico da maggior tempo
- pazienti con prestazioni base (rilevazione parametri vitali, rilevazione dolore)

#### **a) Controlli ex post**

Per espletare i dovuti controlli di appropriatezza, sono stati considerati i fascicoli (FaSAS) di utenti con percorso assistenziale in UCP-dom concluso nell'anno 2017 o in carico nell'anno 2018.

I fascicoli controllati sono stati n. 29, pari al 153% del campione previsto.

La metodologia dei controlli di appropriatezza assistenziale si è basata sull'analisi dei FaSAS di ciascun assistito campionato, verificando le fasi/attività che hanno caratterizzato il processo assistenziale attraverso l'applicazione degli indicatori trasversali e specifici previsti dalla DGR 1765/2014.

Le maggiori criticità riscontrate sono ascrivibili a due degli item della sezione "Indicatori Generali"

- "Coerenza della valutazione multidimensionale con il progetto (indicatore 3.1)"

Tale indicatore non è stato raggiunto nel 20% circa dei controlli.

- "Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nella documentazione sanitaria/sociosanitaria (indicatore 4)"

Tale indicatore non è stato raggiunto in quasi il 50% dei controlli.

Proprio a causa di tale diffusa incongruenza rilevata, si sono programmate ulteriori verifiche, come di seguito dettagliate.

La percentuale complessiva ottenuta nei controlli Ex post è stata pari al 91%.

Al termine dei sopralluoghi è stato restituito agli Enti l'esito dei controlli, con i rilievi effettuati e le eventuali osservazioni.

#### **b) Controlli in itinere**

Questi controlli avrebbero dovuto svolgersi presso l'abitazione degli assistiti, ma in considerazione della particolare tipologia di malattia e della sofferenza che connota l'intero contesto familiare dove le cure vengono erogate, per il 2018 non si è reputato di applicare tale modalità di verifica.

#### **c) Controlli straordinari in back-office**

Considerati gli esiti dell'attività effettuata, si è ritenuto assolutamente opportuno procedere ad ulteriori approfondimenti sulla corretta tenuta dei FaSAS, acquisendo la relativa documentazione ed effettuando approfonditi controlli in sede ATS.

L'analisi della documentazione ha evidenziato, oltre al riscontro frequente di grafie di difficile interpretazione, diffuse e reiterate incongruenze fra le registrazioni degli accessi a diario e le rendicontazioni inserite nell'apposito applicativo, che configura specifico "debito informativo".

Con nota ATS Prot. U0096585 del 21.09.2018 avente per oggetto "Verifica attività UCP-DOM 2018", gli Enti gestori sono stati quindi formalmente invitati a porre particolare attenzione nella compilazione e tenuta della documentazione sociosanitaria.

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nell'arco dell'anno sono stati condotti n. 6 sopralluoghi:

- n. 2 per procedimenti iniziati nel 2017 (una verifica a 60 gg e una a 90 gg)
- n. 2 per SCIA contestuale (ampliamento territorio)
- n. 2 per voltura

Gli esiti delle verifiche condotte sono state in tutti i casi positive.

### **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

A seguito di nota regionale del 11.07.2018 avente per oggetto "Verifica attività UCP-DOM" relativa al primo trimestre 2018, è stata predisposta una serie di controlli per la verifica dell'appropriatezza della presa in carico dei pazienti con rendicontazione anomala e conseguente remunerazione non corretta.

In particolare, sono stati rilevati 43 casi con CIA < 0.5 rendicontati in tariffa specialistica, casi per i quali si è proceduto alla loro riconduzione in tariffa base e, al conseguente recupero economico.

Si è provveduto, quindi, ad estendere il controllo sul flusso FE4 relativo al secondo trimestre 2018, individuando ulteriori 42 casi con CIA < 0.5, parimenti ricondotti al profilo base.

Gli uffici ATS competenti hanno, inoltre, proseguito il controllo sui flussi di rendicontazione provvedendo alla eventuale riclassificazione, ove necessaria.

L'analisi effettuata ha rilevato inoltre che, su un totale di 180 pazienti assistiti in regime di UCP-DOM nel primo trimestre, in 23 casi il CIA era inferiore a 0.2.

Si è pertanto ritenuto di procedere ad un'analisi della relativa documentazione sociosanitaria, acquisita in copia, redatta nel corso dell'assistenza domiciliare erogata a questi 23 pazienti. Le conseguenti valutazioni hanno consentito di determinare l'appropriata presa in carico degli stessi, secondo le condizioni definite dalla DGR 5918/2016, per l'afferenza al livello di base.

Tuttavia, si evidenzia che l'intensità assistenziale e le prestazioni erogate sono parse assolutamente compatibili a profili di assistenza in regime di ADI ordinaria.

Durante i controlli effettuati sono state anche rilevate delle incongruenze, sia in eccesso sia in difetto, tra il numero degli accessi registrati in diario e il numero degli accessi rendicontati.

Laddove le prestazioni in flusso di rendicontazione fossero in misura eccedente a quanto registrato nei FaSAS, in coerenza con i disposti della DGR 1765/2014, si è proceduto a decurtare l'onere economico in ragione del 30%, per l'intero periodo contestato.

Con successiva nota del 05.12.2018, ad oggetto "Segnalazione anomalie nell'applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle Cure Palliative domiciliari", Regione ha richiesto un ulteriore controllo sulla rendicontazione effettuata nel primo semestre 2018.

A tale ulteriore nota regionale, ATS ha riscontrato il 13.12.2018 (prot. nr. U0126164 "Verifiche in merito alle anomalie segnalate nell'applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle Cure Palliative domiciliari - primo semestre 2018"), evidenziando quanto emerso nei controlli appositamente disposti:

- Pazienti rendicontati con CIA < 0,2

Relativamente a questa casistica, sono state messe in atto puntuali verifiche di appropriatezza.

Ricordato che la DGR 5918/16 stabilisce che il livello base delle Cure Palliative domiciliari sia caratterizzato da percorsi per i quali si preveda, in base al PAI, un coefficiente di Intensità assistenziale (CIA) inferiore a 0.50 e, di norma, superiore a 0.20, si è innanzitutto ritenuto opportuno contestualizzare il PAI segnalato nell'evolversi dell'intero percorso assistenziale dedicato ad ogni paziente. La casistica segnalata da Regione Lombardia per il primo semestre 2018 riguarda 45 pazienti assistiti a domicilio, per ognuno dei quali è stato valutato il complessivo percorso di cura erogato dall'Ente accreditato scelto.

L'analisi e la valutazione di tali percorsi - condotta in equipe da funzionari competenti del Dipartimento PIPSS e dell'UOC AVC - ha considerato diverse componenti:

- l'appropriatezza e la durata della presa in carico
- il regime di erogazione dell'assistenza
- la composizione dei PAI e la loro corrispondenza con gli accessi effettivamente eseguiti.

Premesso che, secondo interpretazione condivisa della norma menzionata, è possibile riconoscere solo in via eccezionale la tariffazione base con un CIA < 0.20, solo laddove il PAI segnalato sia all'interno di un

percorso assistenziale appropriato di UCP-Dom, cioè caratterizzato dalla presenza di PAI con CIA compreso fra 0.20 e 0.50, corrispondenti e confermati dagli accessi eseguiti, si è ritenuto di riconoscere la tariffazione base esposta.

Per quelle situazioni, poi, in cui più casi segnalati siano configurati all'interno di un medesimo percorso assistenziale, talora caratterizzato da prestazioni occasionali o da regime di ADI ordinaria, dopo aver valutato il numero e la tipologia di accessi eseguiti nei PAI in osservazione, non si è ritenuto di confermare il riconoscimento della tariffazione base esposta, ma di ricondurre il riconoscimento economico alla tariffazione prevista per le prestazioni occasionali, in ragione o del rilievo di saltuari accessi infermieristici o del primo profilo ADI, nell'eventualità anche di un accesso specialistico.

Le necessarie decurtazioni, motivate dalle mancate conferme di quanto rendicontato dagli erogatori, saranno oggetto di conguaglio in occasione del saldo annuale.

- Pazienti rendicontati in "profilo specialistica" con CIA < 0,5

Relativamente a questa casistica si è provveduto ad applicare, in occasione della determinazione dei saldi del I semestre 2018 per Cure Palliative domiciliari, le decurtazioni previste al fine di ricondurre a "profilo base" i casi con "profilo specialistica" e CIA < 0.5.

Tali decurtazioni sono frutto della verifica del CIA nel singolo PAI e non sulla base degli accessi effettuati nell'arco di tutto il trimestre, in quanto è stato considerato opportuno che l'intensità assistenziale sia definita per singolo PAI e non su base temporale trimestrale, come pure per gli accessi della singola figura professionale che concorrono a determinare il CIA.

Ciò ha determinato, complessivamente, un valore della decurtazione un po' superiore (€ 91.000,00 circa) rispetto a quanto sarebbe risultato considerando il trimestre (€ 84.000,00 circa).

I controlli effettuati, poi, per indagare il motivo della rilevata ripetizione della tariffa relativa alla presa in carico per lo stesso paziente, hanno evidenziato che alcuni Enti Gestori sono usi addebitare tale tariffa nel caso di "riapertura" della presa in carico a seguito di una precedente temporanea chiusura del percorso di cura.

Dal momento che questa prassi non pare corretta alla luce della normativa vigente in materia, che prevede di riconoscere la tariffa di presa in carico "solo in occasione dell'attivazione del ricovero domiciliare (inizio trattamento)", si intende riconoscere la remunerazione per un'unica presa in carico, considerando pertanto le successive eventuali "riaperture" in un'ottica di prosecuzione dell'intervento assistenziale.

Un'eccezione a tale interpretazione sarà possibile, invece, qualora la nuova presa in carico sarà effettuata per lo stesso paziente da un soggetto gestore diverso.

Da parte di Regione Lombardia è inoltre giunta nel mese di novembre, con nota ad oggetto "Confronto classificazione 2017-2018 utenti ADI in cure palliative", la richiesta di compiere nuovi approfondimenti rispetto all'appropriatezza dell'attivazione dei percorsi di cura in regime di UCP-DOM.

Pertanto, al fine di attivare le necessarie verifiche, questa UOC AVC ha predisposto una nota a firma della Direzione Sociosanitaria, con la quale ha richiesto ai Legali rappresentanti degli Enti gestori l'invio delle previste certificazioni del medico palliatore attestanti "*la presenza di una malattia a prognosi infausta e in fase di evoluzione inarrestabile*", comprensiva della data di presa in carico, con i nominativi dei componenti dell'équipe presenti (medico palliatore e infermiere).

Dalle verifiche effettuate su tale documentazione è emerso che:

- in n. 22 casi la certificazione del palliatore non era corretta, per assenza totale della prescrizione o per mancanza della data di redazione
- premesso che è comunque stata ritenuta accettabile la certificazione prodotta dal medico palliatore nell'immediatezza dell'attivazione del percorso di cure, in 49 casi la data della presa in carico, attestata dal medico, non corrispondeva alla data dell'attivazione in HP, configurandosi, sia la situazione di un certificato redatto ben prima dell'attivazione in HP, sia la frequente situazione di una certificazione di presa in carico posteriore, anche di mesi, a quella di attivazione delle cure.

Per le due casistiche sopradescritte, che si sono considerate riconducibili alla fattispecie prevista dalla DGR 1765/2014 "*prestazione erogata in assenza della dovuta prescrizione medica*", è stata applicata la decurtazione del 30% sull'intero periodo contestato.

Si precisa in particolare che:

- se il certificato del palliatore era stato redatto in data successiva all'attivazione delle cure non è stato riconosciuto il 30% sui PAI precedenti, compreso quello in cui era stata prodotta la certificazione;

- se il certificato di presa in carico del palliatore era antecedente la data di attivazione è stata applicata la decurtazione del 30% su tutto il periodo di assistenza in UCP-Dom.

È stato, inoltre, condotto un ulteriore approfondimento su un Ente erogatore relativo a 12 FaSAS di suoi pazienti assistiti a domicilio in regime di UCP-DOM.

L'analisi della documentazione ha evidenziato frequenti annotazioni in diario di difficile lettura, tali da generare evidenti incertezze d'interpretazione, oltre ad annotazioni con una grafia tale da risultare assolutamente incomprensibili.

E' stato nel contempo rilevato che le annotazioni in diario effettuate da alcuni operatori talora non rispettavano la puntuale e corretta cronologia degli interventi effettuati, in evidente difformità al principio di *attualità* con il quale gli eventi/prestazioni devono essere registrati.

I puntuali raffronti effettuati fra le registrazioni degli accessi documentati nei diari e le rendicontazioni degli stessi nell'applicativo hanno rilevato diffuse e reiterate incongruenze.

La situazione emersa denuncia chiaramente una scorretta tenuta e compilazione della documentazione sociosanitaria e una sistematica inadeguatezza nell'assolvimento del debito informativo, che non garantisce la qualità del dato trasmesso, configurando il mancato possesso di uno dei requisiti di esercizio di cui alla DGR n. 2569/2014.

- Pertanto, si è proceduto a diffidare l'Ente, prescrivendo di :
- adottare adeguate misure, gestionali/organizzative e/o strumentali che garantiscano una corretta e puntuale qualità di ogni dato trasmesso oggetto di flusso informativo;
- compilare in modo scrupoloso la documentazione sociosanitaria nel rispetto dei requisiti imprescindibili di tracciabilità, chiarezza, accuratezza, attualità, appropriatezza e veridicità definiti nel manuale della cartella clinica del 2007 e confermati con DGR n. 4659/13.

Si è inoltre proceduto, ai sensi del comma 3 bis dell'art. 15 della legge regionale n. 3 del 12/03/08 e s.m.i. e della DGR n. 2569 del 31/10/2014, ad applicare il previsto regime sanzionatorio.

In attuazione poi di quanto previsto dalla DGR n.1765/14 è stata applicata una decurtazione del 30% sull'intero periodo contestato, laddove sia stata rilevata la presenza della prestazione nei flussi di rendicontazione/debito informativo in assenza della stessa nella documentazione a riscontro.

In data 03/10/2018, poi, durante un sopralluogo presso una UdO accreditata UCP-Dom nell'ambito dell'ordinaria attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento, è emersa un'ulteriore situazione purtroppo degna di nota negativa.

La sede operativa dell'UdO risultava infatti chiusa, contrariamente al requisito organizzativo specifico di esercizio e di accreditamento, stabilito dalla DGR n. 5918/2016 e nota regionale prot. n. 21199 del 23/06/17, che prevede la necessaria apertura della segreteria della sede accreditata per almeno 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì, con presenza di personale addetto. Nell'area esterna all'edificio, poi, non era presente alcuna segnaletica indicante gli orari di apertura ed i riferimenti telefonici.

I funzionari di questa UOC AVC, grazie all'incontro casuale dell'addetta alla segreteria presente in struttura per altri adempimenti, hanno potuto comunque procedere all'ispezione programmata, con la disamina della documentazione reperibile.

La verifica si è conclusa con la redazione del previsto verbale, dove sono state riportate le numerose carenze documentali e le inadeguatezze rispetto ai requisiti di esercizio e di accreditamento riscontrate.

Evidenziato che, ai fini del mantenimento dell'accREDITamento, l'UdO deve garantire tutti i requisiti di esercizio e di accREDITamento dettati dalle DDGR n. 2569/2014 e n. 5918/2016, si è proceduto a emettere formale diffida.

Si è applicata inoltre, ai sensi del comma 3 bis dell'art.15 della l.r. n. 3 del 12/03/08 e s.m.i. e della DGR n. 2569/2014, la prevista sanzione.

Nel corso del 2018 sono state gestite n. 2 segnalazioni per UCP-Dom .

La prima lamentava la mancata fornitura di farmaci da parte di un Ente Gestore. Sulla base degli esiti della dovuta istruttoria, l'Ente è stato formalmente richiamato a mezzo di nota a firma della Direzione.

La seconda, invece, riguardava una presunta inadeguata assistenza per carenza le prestazioni da parte del medico palliativista. Per verificare quanto esposto, sono stati richiesti i FaSAS riferiti al paziente ad entrambi gli Enti Gestori che in momenti diversi avevano garantito la presa in carico. Subito si è reputato di mettere al corrente della segnalazione la Procura della Repubblica e l'ATS di Brescia, ambito dove uno degli Enti è accreditato.

A seguito dei controlli effettuati, è stata però data comunicazione al segnalante di non aver riscontrato irregolarità tali da configurare un'effettiva carenza assistenziale.

## **CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI (ex /RIABILITAZIONE) - NON RESIDENZIALI**

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'anno 2018 era prevista la vigilanza su n.2 UdO:

“Centro di riabilitazione per l'età evolutiva” sito in Predore, con una capacità ricettiva pari a:

- n. 25 posti letto ripartiti in posti di Specialistica (n.8), Generale (n.8), Mantenimento (n.9)
- n.19120 Trattamenti Ambulatoriali Individuali
- n.14 posti Ciclo Diurno Continuo

Fondazione I.P.S. Card.Gusmini Onlus sita in Vertova.

L'UdO “Centro di riabilitazione per l'età evolutiva” è anche stata oggetto di riclassificazione secondo quanto previsto dalla DGR 7768 del 17/01/2018.

Tale procedimento ha comportato numerose interlocuzioni sia con i competenti Uffici regionali sia con l'Ente Gestore, per ottimizzare gli esiti del processo di adeguamento ai nuovi requisiti previsti dalla succitata deliberazione.

L'iter di riclassificazione si è concluso e la nuova UdO ha acquisita la denominazione “Centro Residenziale terapeutico/riabilitativo a media intensità per minori con disturbi del neurosviluppo e disabilità complesse”. Contestualmente è stato anche verificato il mantenimento dei requisiti di accreditamento dell'attività di riabilitazione in essere (ciclo diurno continuo e prestazioni ambulatoriali).

Per quanto attiene, poi, alle verifiche eseguite presso l'UdO “Cure Intermedie – Ex Riabilitazione della Fondazione I.P.S. Card.Gusmini Onlus” sita in Vertova, il loro esito positivo ha consentito di attestare il possesso di tutti i requisiti di esercizio previsti dalla normativa di riferimento per una ricettività di n. 25 posti di Cure Intermedie – U.O. Mantenimento.

### **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati in totale n. 6 sopralluoghi nelle strutture campionate e controllati n. 67 FaSAS, pari al 100% del campione previsto per l'anno 2018.

L'attività di controllo, più nello specifico, si è articolata come di seguito descritto per le due aree “Cure intermedie residenziali ” e “Riabilitazione non residenziale” applicando gli indicatori generali così come definito dalla DGR 1765/2014.

I FaSAS oggetto di controllo sono stati scelti con metodologia mista, casuale e mirata.

La quota mirata, pari al 50%, è stata selezionata con l'ausilio dei dati estratti dal flusso di rendicontazione SDOFAM, sulla base dei seguenti criteri:

#### **per le UdO residenziali:**

- evento indice con data antecedente a 3 mesi;
- utenti transitati su più aree di ricovero/regimi;
- ricoveri con percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore soglia;
- DRG con valorizzazione più elevata;

#### **per la riabilitazione non residenziale:**

- cicli ripetuti nel corso di dodici mesi;
- percentuale di assistiti con durata di trattamento vicini al valore soglia;
- non esenti;
- assistiti transitati da regime ambulatoriale a domiciliare e viceversa.

La percentuale dei FaSAS da verificare si è differenziata come di seguito:

- 3,5% per ambulatoriale e domiciliare
- 11,5% residenziale e semiresidenziale (CDC).

Per l'area delle **Cure Intermedie Residenziali**, il controllo di appropriatezza è stato effettuato su n. 2 UdO pari al 100 % del previsto campione, verificando n. 33 FaSAS.

Dalle verifiche effettuate è emersa una buona aderenza agli indicatori previsti dalla DGR di riferimento.

Per l'area della **Riabilitazione non residenziale**, l'attività di controllo condotta sulla base della specifica check list, ha riguardato n. 2 strutture, pari al 100% di quelle campionate.

Sono stati visionati n. 34 FaSAS, pari al 100 % del campione totale.

Gli esiti sono stati complessivamente soddisfacenti, anche se si rileva una modesta criticità nella redazione del Progetto e della Pianificazione individuale.

#### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel corso del secondo semestre è stata condotta l'istruttoria relativa a una SCIA per modifica degli spazi, in relazione ad una palestra. Dopo aver accertato, anche con sopralluogo, il mantenimento dei requisiti di accreditamento, si sono raccolti nei primi mesi del 2019 gli esiti delle verifiche condotte da parte del competente DIPS sui requisiti strutturali, igienico-sanitari e tecnologici, perfezionando l'iter di vigilanza e comunicandone il complessivo esito positivo.

#### **CURE INTERMEDIE ex DGR X/3383/2015**

Nel corso del 2018 sono stati oggetto di vigilanza ordinaria n. 3 percorsi attivati di Cure Intermedie, pari al 100 % del campione stabilito per l'anno.

#### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Per le verifiche dell'anno 2018 sono state utilizzate check list predisposte dall'UOC AVC, volte alla verifica dei requisiti organizzativo-gestionali, ed in particolare sono stati oggetto di analisi:

- la presenza delle figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni
- il minutaggio erogato
- gli strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione
- la relazione con le reti istituzionali
- l'esistenza e l'applicazione di un protocollo per la gestione e somministrazione del farmaco
- la modalità di gestione della lista d'attesa.

La situazione rilevata è stata di una complessiva conformità ai requisiti verificati.

#### **Controllo di appropriatezza**

Il controllo di appropriatezza assistenziale si è realizzato con la verifica di n.38 FASaS, pari all'11.5% dei fascicoli relativi ad utenti in carico nell'anno 2017.

Gli esiti dei controlli hanno evidenziato una situazione di sostanziale conformità a quanto previsto dalle disposizioni normative in materia, anche se permangono alcune criticità relative a:

- proroghe, per le quali si è resa necessaria la compilazione della scala GEFI, non adeguatamente supportate da motivazioni tali da giustificare il prolungamento del ricovero;
- scheda unica d'invio non confermata/aggiornata/integrata a cura del medico inviante trascorsi i 30 giorni dalla redazione, come previsto dalla specifica procedura quadro ATS;
- assenza della registrazione e condivisione con l'assistito/familiare del progetto di dimissione.

#### **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – A.D.I.**

#### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nel corso dell'anno 2018 sono state visitate n. 11 UdO pari al 100% del campione previsto.

I sopralluoghi si sono svolti senza preavviso, in equipe multiprofessionale e, quando possibile, in presenza anche dei funzionari del DIPS, che hanno verificato i requisiti strutturali ed igienico sanitari delle sedi.

L'attività di vigilanza si è focalizzata sulla verifica dei requisiti organizzativi/gestionali di esercizio ed accreditamento, in ottemperanza alla DGR 2569/2014, nonché sull'adeguata conservazione e gestione della documentazione sociosanitaria.

Le verifiche hanno dato esito positivo, fatte salve alcune richieste di integrazione documentale, a colmare lacune non comunque in grado di inficiare il complessivo buon esito dei controlli condotti.

#### **Controllo di appropriatezza**

Nell'anno 2018 sono state considerate 15 UdO, come pianificato, comprendendo n. 4 Enti che, accreditati in altra ATS, operano nel nostro territorio. Una delle realtà, però, non è stata di fatto valutata poiché priva di utenza nel periodo osservato.

Il controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di assistenza domiciliare integrata, come previsto dal Piano dei controlli annuale, è stato effettuato in tre diverse modalità:

- presso la sede erogativa del soggetto gestore: controlli ex post;
- presso il domicilio degli assistiti: controlli in itinere.
- presso la sede ATS: controlli straordinari in back-office.

L'estrazione del campione è stata effettuata secondo i criteri stabiliti sempre nel Piano dei Controlli:

- utenti con profili 3, 4
- grandi anziani (>85 anni)
- profili multi-prestazionali (interventi di almeno 2 professionisti)
- pazienti in carico da più di 6 mesi
- pazienti in trattamento fisioterapico

#### **a) Controlli ex post**

Per espletare i dovuti controlli di appropriatezza, sono stati analizzati n. 162 FaSAS di utenti con percorso assistenziale concluso nell'anno 2017 o in carico nell'anno 2018, pari al 100% del campione previsto.

La metodologia dei controlli di appropriatezza si è basata sull'analisi dei FaSAS di ciascun assistito campionato, verificando le fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale attraverso l'applicazione degli indicatori trasversali e specifici previsti dalla DGR 1765/2014.

Le maggiori criticità si sono evidenziate nell'ambito della valutazione dei seguenti item della sezione "Indicatori Generali":

- "Esistenza della pianificazione"
- Tale indicatore, infatti, non è stato raggiunto in buona parte dei controlli. La criticità è da imputarsi
- spesso all'assenza della progettazione posta in capo alle ASST e alla pianificazione incompleta e/o non congruente col PI.
- "Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nella documentazione sanitaria / sociosanitaria (indicatore 4)"

Dall'analisi si sono evidenziate incongruenze per le quali si è ritenuto quanto mai necessario disporre ulteriori verifiche in sede ATS, successivamente meglio dettagliate.

La percentuale totale ottenuta nei controlli Ex post ADI Ordinaria è pari al 93%, in miglioramento rispetto all'anno precedente.

#### **B) Controlli in itinere**

I controlli in itinere prevedono verifiche presso il domicilio dell'assistito, nel periodo in cui riceve la prestazione.

Fino all'anno 2017, tali controlli erano condotti facendo precedere la visita domiciliare da un contatto telefonico all'assistito/famiglia, con contestuale informativa al Servizio territoriale di valutazione multidimensionale di riferimento dei nominativi dei pazienti scelti per tali verifiche a domicilio. Così facendo si rendeva possibile agli assistiti verificare presso gli ex Cead la veridicità istituzionale del controllo preannunciato telefonicamente. Questa procedura però aveva evidenziato nel tempo una serie di problematiche operative: difficoltà nella comunicazione telefonica con il paziente o con il care giver, spesso al lavoro o irraggiungibile; scarsa affidabilità dei riferimenti telefonici nelle anagrafiche; persistere di atteggiamenti di diffidenza, dettati anche da alcune difficoltà a contattare in tempo utile i Cead di riferimento; frequenti disguidi nell'individuazione dell'esatta logistica delle abitazioni dove effettuare i controlli.

Per le motivazioni sopraesposte, dall'anno 2018 è stata adottata in via sperimentale una nuova modalità per i controlli in itinere, prevedendo di eseguirli in affiancamento agli operatori dell'Ente erogatore.

In ottemperanza alle indicazioni regionali, l'Ente viene contattato telefonicamente il giorno precedente al controllo, acquisendo la programmazione degli accessi domiciliari di tutti gli operatori calendarizzati per il giorno successivo. Negli uffici ATS viene selezionato l'infermiere/i che vengono avvisati solo la mattina stessa del controllo e affiancati durante la loro attività.

Tale modalità consente innanzitutto di accedere senza destare ulteriore disturbo al paziente, assicurato dalla presenza di professionisti già conosciuti. Nel corso delle visite così organizzate è possibile, inoltre, meglio valutare l'appropriatezza della presa in carico, non fermandosi alla sola verifica della corrispondenza fra le prestazioni programmate ed effettivamente attuate, ma aggiungendo il valore dell'osservazione diretta degli interventi effettuati (medicazioni, rilievo parametri vitali, somministrazioni di terapia).

Il confronto diretto con i professionisti consente, poi, ulteriori approfondimenti e chiarimenti sui singoli casi.

L'attività di verifica si è concentrata nel controllo della disponibilità e della correttezza sia nella tenuta sia nell'aggiornamento della documentazione sociosanitaria presente al domicilio.

Sono stati verificati n. 71 fascicoli pari al 111% del campione previsto.

Come già emerso nei controlli effettuati in modalità "ex post", le criticità più rilevanti si sono evidenziate nell'ambito della Sezione "Indicatore Generale" agli item:

- 2.1 "Esistenza della pianificazione"
- 4 "Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nella documentazione sanitaria/sociosanitaria", raggiunto nell'89% dei fascicoli visionati.

La percentuale di appropriatezza totale raggiunta è risultata pari al 92%.

Al termine dei sopralluoghi è stato restituito agli Enti l'esito dei controlli con i rilievi effettuati ed le eventuali osservazioni.

### **c) Controlli straordinari in back-office**

Considerati gli esiti dell'attività effettuata, si è ritenuto opportuno effettuare ulteriori approfondimenti sulla corretta tenuta dei FaSAS acquisendo la documentazione in sede ATS.

L'analisi della documentazione ha evidenziato, oltre al riscontro frequente di grafie di difficile interpretazione, diffuse e reiterate incongruenze fra le registrazioni degli accessi a diario e le rendicontazioni nell'applicativo per l'assolvimento del previsto debito informativo. Gli Enti Gestori sono quindi stati formalmente richiamati a porre particolare attenzione nella compilazione e tenuta della documentazione sociosanitaria, ed all'occorrenza sono stati debitamente sanzionati per non aver garantito la qualità dei dati trasmessi. Inoltre, laddove le prestazioni in flusso di rendicontazione erano in misura eccedente di quanto registrato in FaSAS, in coerenza con i disposti della DGR 1765/14, l'onere economico è stato decurtato in ragione del 30% per l'intero periodo contestato.

### **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Sono stati condotti n. 7 sopralluoghi:

- 3 per procedimento iniziati nel 2017 (1 verifica a 60 gg e 2 verifiche a 90 gg)
- n. 2 per SCIA contestuale (trasferimento sede)
- n. 2 per Voltura.

I relativi esiti sono stati tutti positivi.

### **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

Nel corso del 2018 è stata gestita una segnalazione in merito alla mancata assistenza da parte del palliativista di un ente gestore. Sono stati richiesti i FaSAS dei due enti gestori coinvolti in momenti diversi nel percorso di assistenza. Nel contempo si è stata inviata la segnalazione alla Procura della Repubblica e all'ATS di Brescia, dove è accreditato l'ente oggetto dell'esposto.

Eseguiti i controlli necessari per valutare e approfondire l'esposto, è stata data comunicazione al segnalante che non paiono essere emersi elementi di irregolarità assistenziale.

### **ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE MISURE APPLICATIVE DELLA DD.G.R. NN. 116/2013, 4086/15, 7769/2018**

La DGR n. 7600/2017 ha in prima battuta riconfermato le misure "residenzialità assistita", "residenzialità minori disabili gravissimi" e "RSA Aperta".

Con successivo suo provvedimento, Regione Lombardia con la DGR n. 7769 del 17.01.2018, ha dato attuazione alla revisione delle misure sopra indicate definendo che entro il 15 marzo 2018 le persone già beneficiarie delle misure avrebbero dovuto essere rivalutate secondo le nuove modalità definite.

A seguito di ciò e al fine di verificare l'appropriatezza dei servizi erogati in tale ambito, e in attesa dei verbali regionali, le attività di vigilanza e controllo su dette misure innovative sono state implementate a partire dal secondo semestre 2018.

L'attività di vigilanza e controllo è stata organizzata secondo le modalità e le percentuali di verifica previste per le altre unità d'offerta.

Le verifiche sono state condotte con visite ispettive in loco sia utilizzando il format regionale sia mediante l'analisi documentale e dei dati di flusso.

I controlli hanno riguardato almeno il 30% degli enti gestori aderenti alle misure pari a:

- n. 12 RSA per la misura "RSA aperta"
- n. per la misura "Residenzialità assistita"
- n. 1 UdO per la misura ""residenzialità minori disabili gravissimi"

Il campione numerico dei fascicoli da verificare è stato individuato secondo i criteri indicati nelle Regole regionali:

- 11,5% dei fascicoli di soggetti beneficiari di prestazioni erogate in regime residenziale
- 3,5% dei soggetti fruitori delle misure domiciliari.

### **RSA APERTA**

Al 31 dicembre sono state oggetto di verifica il 30% delle RSA del territorio dell'ATS di Bergamo che hanno aderito alla misura "RSA APERTA", prevista dalla DGR 7769/2018.

Pertanto sono state vigilate e sottoposte a controllo di appropriatezza n. 12 delle 36 UdO candidate.

### **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Tutti i soggetti erogatori della misura sono stati sottoposti, con esito positivo, a verifiche inerenti i requisiti soggettivi, attestati dagli stessi entro il 31.01.2017, secondo le modalità previste in materia di esercizio e accreditamento dalla DGR 2569/2014.

Per le verifiche relative al mantenimento dei requisiti organizzativi/gestionali e strutturali sono state utilizzate le check list predisposte da Regione Lombardia per ciascuna misura.

La situazione rilevata in ogni realtà ispezionata è stata di sostanziale conformità a quanto stabilito dalla specifica delibera di riferimento, anche se sono state date agli Enti Gestori alcune indicazioni per apportare miglioramenti alle Carte dei Servizi.

### **Controllo di appropriatezza**

Il controllo di appropriatezza assistenziale, utilizzando gli item previsti nella check list regionale, si è basato sull'analisi della documentazione sociosanitaria contenuta nei 40 fascicoli di utenti, pari al 3,5% degli assistiti nell'anno 2017.

Il campione è stato individuato selezionando i nuovi utenti presi in carico dal mese di aprile 2018; in alcune realtà, al fine di raggiungere la percentuale prevista dal piano dei controlli, è stata considerata anche la documentazione di assistiti in carico nei periodi precedenti, scelti con modalità casuale.

I dati relativi al campione selezionato sono stati estratti dai flussi di rendicontazione trimestrale.

Le verifiche hanno evidenziato una criticità piuttosto diffusa legata alla valutazione multidimensionale, sia per quanto concerne i profili professionali previsti, sia rispetto ai contenuti dettagliati nella DGR 7769/2018 quali:

- l'anamnesi clinica;
- la rilevazione delle condizioni socio-ambientali comprese le risorse attivabili (familiari e non);
- la rilevazione degli eventuali interventi sanitari, sociosanitari e sociali già in atto, anche finalizzata ad escludere eventuali incompatibilità con l'erogazione della misura;
- la somministrazione di scale validate.

Per i fascicoli sottoposti a controllo, si è verificata inoltre la corrispondenza tra le prestazioni riepilogate nel diario, firmate dall'operatore e validate dall'utente o dal suo caregiver, e la rendicontazione delle stesse nello specifico flusso.

Si è proceduto ad un recupero economico di quanto indebitamente corrisposto, in relazione alle situazioni qui di seguito dettagliate:

- n.1 fascicolo in cui non era documentata la diagnosi di demenza supportata né da certificazione specialistica né da esenzione con specifico codice;
- n. 1 fascicolo di anziano non autosufficiente, per il quale i risultati della somministrazione della scala di Barthel evidenziavano un punteggio superiore a 24;
- n.1 fascicolo in cui le prestazioni infermieristiche risultavano non essere state effettuate in tempi congrui rispetto al bisogno rilevato e agli accessi programmati;

- n. 2 fascicoli nei quali le prestazioni erogate erano in sovrannumero rispetto a quanto previsto per la tipologia di utenza (anziani non autosufficienti); nello specifico le prestazioni evidenziate erano del tipo “consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative all’igiene personale” (massimo 6 interventi annui).

Sono state effettuate le verifiche necessarie al controllo del 5% delle autocertificazioni relative al legale rappresentante e all’ente gestore delle UdO che hanno sottoscritto la misura, con il coinvolgimento delle Pubbliche Amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione, secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

## **FUNZIONI AMMINISTRATIVE DI VIGILANZA E CONTROLLO PREVISTE DAGLI ARTT. 23 E 25 DEL CODICE CIVILE SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO, CHE OPERANO IN AMBITO SOCIOSANITARIO, SOCIALE E SANITARIO**

Nel 2018 l’attività di vigilanza e controllo prevista dagli artt. 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche di diritto privato, che operano in ambito sociosanitario, sociale e sanitario è proseguita all’insegna di un maggiore approfondimento, come stabilito dalla Direzione Strategica già per il 2017.

Questi Enti, compresi nell’elenco fornito da Regione Lombardia, sono stati invitati a compilare il data base, opportunamente adattato, per consentire la raccolta entro luglio dei dati di attività e di gestione relativi all’esercizio precedente ormai chiuso, cioè il 2017. In tal modo hanno potuto considerare assolto il proprio onere in relazione alla vigilanza ordinaria disposta dall’ATS.

Nel contempo, come già concordato con la Commissione di controllo appositamente nominata, sono stati effettuati controlli più approfonditi sui sei enti che risultavano, sulla scorta dell’analisi delle informazioni inserite nel database lo scorso anno, essere ancora privi di Revisore Legale. Per questi enti, come di consueto nell’attività straordinaria, sono state inviate lettere personalizzate per richiedere la documentazione più opportuna ad espletare gli approfondimenti necessari, anche in funzione di quanto già agli atti.

Inoltre, dopo aver ottenuto l’avallo sempre della Commissione di controllo, sono stati individuati ulteriori 10 enti da sottoporre a vigilanza straordinaria. Il criterio che ha determinato la scelta è scaturito dall’osservazione del dato raccolto nel 2017 relativo al patrimonio immobilizzato in dotazione. Sono state selezionate, così, le dieci fondazioni/associazioni con il valore patrimoniale più alto, escludendo quelle già precedentemente vigilate in maniera approfondita, invitandole con la consueta lettera personalizzata a voler inviare la documentazione, non già agli atti, funzionale a rendere possibili i controlli del caso.

Appena possibile

è stata effettuata una prima analisi dei dati relativi al 2017 raccolti a mezzo del database entro luglio, anche al fine di individuare gli enti inadempienti, fra i quali selezionare quelli da sottoporre a vigilanza straordinaria.

A seguito di tali controlli e dei necessari solleciti, la vigilanza ordinaria disposta per il 2018 ha però in fine dato esiti tali, per completezza e contenuti, da motivare la scelta di un criterio diverso dalla mancata compilazione del database on line per completare il campione definito per la vigilanza straordinaria (25 fra fondazioni e associazioni).

Pertanto, è stato predisposto un elenco degli enti dichiaranti un risultato di esercizio negativo e ne sono stati poi selezionati i primi otto fra quelli non già sottoposti a vigilanza straordinaria in precedenza.

A questi sono state inviate lettere di richiesta per acquisire la documentazione utile a condurre l’istruttoria, sempre in funzione di quanto già agli atti.

Riassumendo, quindi, nel corso del 2018:

- è stata effettuata ed ottimizzata la raccolta dei dati necessaria ad implementare la prevista attività di vigilanza ordinaria con la compilazione del database on-line, estesa a tutte le persone giuridiche di diritto privato sottoposte al controllo dell’ATS;
- 25 enti sono stati sottoposti anche a vigilanza straordinaria, verificando: l’esistenza di scritture contabili validate dal proprio Revisore legale, la corrispondenza delle cifre imputate nel database on-line con le corrispondenti poste indicate nei bilanci, la conformità ai fini statutari dell’attività concretamente posta in essere.

L’attività svolta è stata condotta in linea con le direttive impartite dalla già citata “Commissione di controllo sulle persone giuridiche di diritto privato ex artt. 23 e 25 c.c.” appositamente nominata dall’ATS, con la

quale sono anche stati naturalmente condivisi i risultati dell'attività di tutti i controlli messi in atto, in relazione ai quali non si è reputato di disporre ulteriori approfondimenti o verifiche mirate.

## FLUSSI INFORMATIVI

Nel corso dell'anno 2018 in ottemperanza alla Circ. reg. del 01 febbraio 2017 n. 2 e, in attuazione a quanto previsto dalla DGR 7600/2017, sono stati curati, monitorati, validati e caricati sulla **piattaforma SMAF** (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi), rispettando le procedure e le tempistiche previste dalle scadenze regionali, i seguenti flussi informativi: **SOSIA - CDI WEB - SIDI WEB – SDOFAM – SDORIAB, AMBRIAB – HOSPICE - RETE UDO ASSI.**

Denominazione	Scadenza per ATS/Enti Gestori	4° TRIMESTRE	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
<b>RETE UdO SMAF</b> <b>Rilevazione della rete delle UdO sociosanitarie</b>	25/01 - 26/04 - 26/07 - 26/10	22/01/18	24/04/18	23/07/18	24/10/18
<b>Flusso SOSIA</b>	1° invio entro 25/01 -24/04 -25/07- 25/10	22/01/18	20/04/18	23/07/18	19/10/18
	2° invio entro 08/02 - 08/05 - 08/08 - 08/11	05/02/18	04/05/18	07/08/18	08/11/18
<b>Flusso SIDI</b>	entro 22/01 - 20/04 - 20/07 - 22/10	20/01/18	20/04/18	22/07/18	22/10/18
<b>Flusso CDI</b>	1° invio entro 25/01 -24/04 -25/07- 25/10	11/01/18	17/04/18	11/07/2018	12/10/2018
	2° invio entro 08/02 - 08/05 - 08/08 - 08/11	07/02/18	07/05/18	08/08/18	08/11/2018
<b>Flusso SDOFAM</b>	1° invio entro 15/01 - 15/04 -15/07- 15/10	12/01/18	12/04/18	13/07/18	12/10/18
	2° invio entro 26/01 -26/04 - 26/07- 26/10	22/01/18	24/04/18	24/07/18	24/10/18
<b>Flusso RIAFAM</b>	1° invio entro 30/01 -30/04- 30/07 - 30/10	19/01/18	18/04/18	13/07/18	12/10/18
	2° invio entro 15/02 - 15/05 - 15/08 - 15/11	09/02/18	24/04/18	02/08/18	09/11/18

In riferimento ai suddetti Flussi è stato garantito agli Enti gestori il supporto tecnico necessario alle correzioni degli errori rilevati dal sistema di controllo della piattaforma SMAF, operazioni che hanno richiesto a volte l'intervento dei tecnici LISPA di Regione Lombardia, a causa della complessità e dell'origine delle anomalie.

L'adempimento dei debiti informativi: FE – Consultori – SIAD – AMB dipendenze – SIND è stato curato dai competenti Servizi del Dipartimento P.I.P.S.S. e dal Dipartimento per le Dipendenze.

Sono state rispettate le scadenze previste per il Debito Informativo "**Scheda Struttura 2018**", attraverso l'invio del "format" regionale e le indicazioni per la sua compilazione a tutte le udo sociosanitarie coinvolte, la successiva analisi dei dati trasmessi dalle stesse e il conseguente caricamento su SMAF nel rispetto della tempistica fissata da Regione Lombardia per le diverse tipologie di UdO (entro il 27/07/2018 1° STEP, entro il 14/09/2018 2° STEP, entro il 28/09/2018 3° STEP).

Nel contempo Regione Lombardia con nota del 19/07/2018 (prot.I.0076221) ha richiesto, come di consueto, la rielaborazione dei dati attraverso la compilazione di un format, una relazione contenente la metodologia utilizzata per i controlli, ed una analisi dei dati. Relazione completa di quanto richiesto è stata trasmessa in data 26/10/2018.

Inoltre, a seguito delle valutazioni condotte dall'ACSS e sulla scorta di quanto successivamente richiesto dalla stessa, sono stati attivati i controlli opportuni presso le strutture segnalate in ordine alla correttezza del dato riferito alle presenze del proprio personale, così come indicato in Scheda Struttura.

Nel corso del mese di gennaio, sono stati completati, in sinergia con gli Enti Gestori, gli adempimenti richiesti per l'aggiornamento dell'Applicativo **FIM (Flussi Informativi ministeriali)** che rileva le attività gestionali ed economiche delle ATS e delle ASS, attraverso la compilazione di appositi modelli: STS11, STS21, STS24. Sono stati acquisiti tutti i modelli, compilati dagli Enti Gestori di UdO sociosanitarie che rendicontano l'attività 2018 e attestano il funzionamento dell'UdO all'01/01/2019, e verificato il corretto caricamento dei dati sull'applicativo citato.

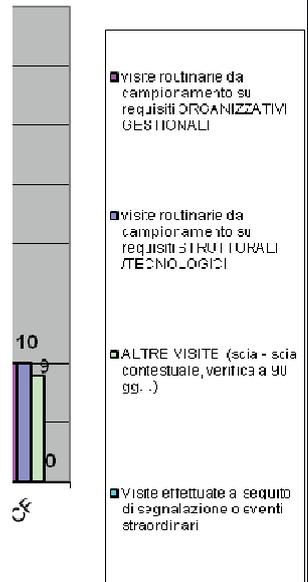
Le "Schede Monitoraggio dell'attività di vigilanza e controllo" per le UdO sociosanitarie sono state trasmesse nel rispetto dei tempi e delle modalità stabilite da Regione Lombardia e dalla ACSS con note Prot.U.79826 del 31/07/2018 e Prot.U.10602 del 30/01/2019.

Si è proseguito nella gestione-aggiornamento di AFAM (Anagrafica Famiglia), applicativo regionale rappresentativo dell'intera Rete delle UdO sociosanitarie, dando pronta risposta a tutte le richieste regionali, con particolare riferimento ai dati riferiti al Soggetto Gestore e alla Sezione riferita a "contratti/budget".

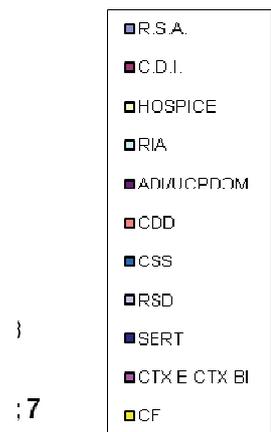
Nel corso dell'anno si è provveduto, inoltre, al caricamento sulla piattaforma regionale S.C.R.I.B.A. dei contratti socio-sanitari attraverso "Contratti WEB". Nel rispetto delle diverse tempistiche dettate da Regione Lombardia sono stati puntualmente registrati contratti provvisori, contratti definitivi e rimodulazioni di budget.

#### TABELLE RIEPILOGATIVE DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO CONDOTTE NEL 2018 SULLE UdO SOCIO SANITARIE

Sopralluoghi di vigilanza Anno 2018 - Strutture Socio Sanitarie								
	Visite vigilanza					controlli di appropriatezza		
	visite routinarie da campionamento su requisiti <u>ORGANIZZATIVI</u> <u>GESTIONALI</u>	visite routinarie da campionamento su requisiti STRUTTURALI /TECNOLOGICI	ALTRE VISITE (scia - scia contestuale, verifica a 90 gg...)	Visite effettuate a seguito di segnalazione o eventi straordinari	totale visite	Visite controlli di appropriatezza	Visite controlli di appropriatezza sperimentazioni	totale visite
R.S.A.	25	34	15	8	82	43	31	156
C.D.I.	9	9	10	1	29	9		38
HOSPICE	1	2	1	0	4	3		7
RIA/CURE INTERMEDIE	2	2	4	0	8	6		14
ADI	11	10	11	0	32	28		60
UCP-DOM	9	11	9	0	29	7		36
CDD	6	6	5	1	18	7		25
CSS	9	10	4	0	23	7		30
RSD	3	3	6	0	12	4		16
SERT/SMI/NOA	3	2	3	0	8	5		13
CTX	3	5	7	1	16	7		23
CTX Bassa Intensità	6	5	0	0	11	6		17
CF	10	10	9	0	29	14		43
<b>TOT.</b>	<b>97</b>	<b>109</b>	<b>84</b>	<b>11</b>	<b>301</b>	<b>146</b>	<b>31</b>	<b>478</b>



### visite per tipologia



Anno di verifica	RIA		HOS PICE	totali
	amb/d om.e ciclo diurno			
75	869	347	<b>20.303</b>	
33	34	41	<b>1.132</b>	
12,00%	4,00%	12,00%		
33	34	41	<b>1.171</b>	
100,00%	100,00%	100,00%	<b>103,45%</b>	

■ n. FASAS  
totali  
campionati

■ N: FASAS  
verificati

## **PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE PER IL 2019**

### **PREMESSA NORMATIVA**

Il combinato delle Regole di Sistema 2019 e della nota della ACSS, pervenuta il 31 gennaio u.s., prevede che le ATS proseguano la propria attività di vigilanza e controllo in continuità con quanto programmato nell'arco del 2018, fatta salva l'opportunità di prevedere possibili revisioni nel corso dell'anno in funzione di eventuali successivi provvedimenti o indicazioni regionali in materia di controlli.

Le attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta (UdO) sociosanitarie sono condotte in recepimento ed applicazione delle disposizioni emanate da Regione Lombardia nel corso del 2014 con DDGR nn. 2569/2014 e 1765/2014

La percentuale minima delle strutture su cui effettuare le verifiche di vigilanza e di appropriatezza, come indicato nella Sezione 6.13 "Vigilanza e controllo in ambito sociosanitario" della DGR n.1046/2019, deve essere pari ad almeno del 30% del totale.

Come già per il 2018, tale percentuale risulterà maggiorata delle verifiche effettuate a seguito di esposti e segnalazioni, che saranno prese in carico e gestite nella loro totalità dall'UOC AVC.

La DGR n. 2569 del 31/10/2014, adottata al termine di un processo di revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle UdO sociosanitarie, detta linee operative per le attività di vigilanza e controllo, ricordando che la DGR 4702/2015 ha sostituito integralmente il suo allegato n. 2 con il Suballegato n. 9, relativo alla procedura per l'esercizio ed accreditamento delle UdO sociosanitarie.

Sulla scorta della normativa di riferimento, la funzione di vigilanza è volta alla verifica del mantenimento dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.

La funzione di controllo è, invece, riferita all'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle UdO sociosanitarie e viene esercitata in applicazione delle disposizioni approvate con DGR n.1765 del 08/05/2014; tale provvedimento ha ridefinito l'approccio metodologico alla costruzione degli indicatori di appropriatezza che consentono una misurazione del livello raggiunto. Definite le principali fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale nell'ambito del sistema sociosanitario, individuate per ciascuna tipologia di struttura aree di appropriatezza specifica, sono stati identificati per ciascuna UdO degli indicatori che consentono quindi di valutare l'appropriatezza di una o più fasi del processo assistenziale.

Scopo dei suddetti provvedimenti regionali è favorire l'omogeneità di comportamento delle ATS nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, con particolare attenzione all'appropriatezza dei servizi erogati.

La pianificazione dei controlli per l'anno 2019 prevede, oltre all'ordinaria attività di vigilanza e controllo esercitata sulle UdO sociosanitarie e sociali, lo svolgimento delle seguenti attività per le quali sono state programmate azioni concrete, descritte all'interno del presente documento:

- vigilanza e controllo sulle persone giuridiche di diritto privato, operanti in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario, secondo quanto disposto dagli articoli 23 e 25 del Codice civile;
- acquisizione, controllo, restituzione errori e analisi dei dati dei flussi informativi regionali in ambito sociosanitario e sociale, secondo le modalità e i tempi previsti dalle precedenti Circolari regionali, così come confermate con nota del 15/03/2019 della Direzione Generale Welfare;
- vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e sulle misure come consolidate dalla DGR n. X/7769 del 17/01/2018;
- rilevazione puntuale dell'andamento del sistema dell'offerta sociosanitaria e sociale attraverso l'implementazione dell'applicativo regionale AFam (Anagrafica Famiglia);
- gestione della totalità delle segnalazioni pervenute inerenti presunte criticità nei servizi offerti dalle strutture sociosanitarie e sociali operanti nel territorio dell'ATS di Bergamo;
- dare seguito a quanto definito da Regione Lombardia nella DGR 1046/2018 in relazione ai processi di attivazione di nuovi posti in nuclei Alzheimer e di riconoscimento di nuovi nuclei dedicati all'assistenza di pazienti in condizione di stato vegetativo, anche in relazione a quanto specificatamente disposto dai relativi specifici decreti della Giunta regionale, rispettivamente il n. 4059 del 2603/2019 e n. 3762/2019;
- concorso nella valutazione di eventuali progetti per attività sperimentali qualificate come "Villaggio Alzheimer".

## **OBIETTIVI DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO**

Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano, in aderenza alle indicazioni contenute nell'allegato 3 alla DGR n. 2569/2014, sui soggetti gestori e sulle UdO della rete sociosanitaria pubblica e privata, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate), e per tutte le misure innovative o sperimentazioni in ambito sociosanitario promosse dalla Regione.

L'attività di vigilanza e controllo deve garantire la verifica dell'effettivo ottenimento del fine sotteso a requisiti e indicatori. Per garantire tale scopo non può prescindere dall'effettuare sopralluoghi presso le UdO d'interesse, assicurando la verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto, garantendo l'integrazione fra la verifica degli aspetti gestionali e organizzativi e quella delle componenti strutturali e tecnologiche. Per la verifica di questi ultimi è ormai consolidata l'integrazione con il competente Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), anche sancita da un'apposita procedura operativa.

Obiettivo irrinunciabile dell'attività istituzionale dell'ATS resta il verificare che i servizi offerti ai cittadini fragili e alle loro famiglie siano erogati nel rispetto della centralità della persona, monitorando la corretta relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle UdO così come è configurata nel proprio territorio di competenza.

Il sistema dei controlli viene inteso funzionale a stimolare l'efficacia, l'efficienza, la qualità, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Proprio in tale ottica si è programmata anche per il 2019, in continuità con quanto fatto nel 2018, l'implementazione dell'attività di autocontrollo, con lo specifico obiettivo di sostenere il miglioramento della qualità dei servizi anche attraverso il monitoraggio costante dei propri processi assistenziali da parte delle UdO sottoposte ai controlli di appropriatezza.

Importante sottolineare la necessità che la Rete dei Servizi sia sempre più attenta e adeguata a soddisfare il crescente bisogno delle persone fragili e delle loro famiglie, in una visione di approccio all'individuo secondo una valutazione multidimensionale, che integra gli aspetti sanitari, quelli sociosanitarie quelli sociali.

## **ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA E PERSONALE**

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ATS di Bergamo, adottato con deliberazione n. 18 del 17 gennaio 2017 e approvato formalmente dalla Giunta Regionale con DGR X/6325 del 13/03/2017, prevede nell'ambito del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie" (DPAAPSS), afferente alla Direzione Generale, l'Unità Operativa Complessa "Accreditamento, Vigilanza e Controllo – Area Sociosanitaria e Sociale".

L'operatività della UOC AVC è garantita da due articolazioni organizzative:

- Unità organizzativa Semplice (UOS) Vigilanza Strutture Sociosanitarie e sociali;
- Ufficio Controlli di appropriatezza.

Le funzioni di vigilanza e controllo e le attività descritte in questo Piano sono garantite dal contributo professionale di funzionari e operatori con competenze diverse, derivanti dalla formazione professionale e da precedenti esperienze lavorative. Questo consente di effettuare interventi di verifica nelle UdO secondo un approccio specialistico e multidisciplinare.

La professionalità degli operatori assegnati al Servizio è funzionale, sia alla composizione di equipe diverse in coerenza con la tipologia di unità d'offerta e della finalità delle verifiche in loco, sia all'espletamento delle numerose incombenze di carattere più squisitamente tecnico amministrative richieste.

Le equipe di vigilanza sono sempre composte da almeno due funzionari dell'UOC AVC, ai quali si aggiunge di norma il personale individuato dal DIPS per le specifiche verifiche di competenza. Tutto il personale è dotato di apposito "cartellino di riconoscimento".

Al personale attribuito all'UOC, che è nella totalità dipendente a tempo indeterminato dell'ATS, anche se non sempre a tempo pieno, si aggiunge un operatore amministrativo, con un contratto di lavoro somministrato per 30 ore settimanali, dedicato all'attività di segreteria

Qui di seguito meglio si precisano i profili professionali del personale dipendente ATS ed assegnato al Servizio che si occupano di vigilanza e controllo sociosanitario, anche se non in via esclusiva, occupandosi anche dell'Area Sociale e della gestione flussi informativi:

- sanitario: due medici a tempo pieno, uno è il Direttore dell'UOC mentre l'altro è responsabile dell'UOS Vigilanza Strutture Sociosanitarie; quattro infermieri, due fisioterapisti (di cui uno a part-time), un'ostetrica (a part-time) e due educatori.
- amministrativo: due funzionari laureati, rispettivamente in giurisprudenza e sociologia, e due assistenti amministrativi, a cui si aggiunge l'operatore a contratto somministrato.

L'attuale organico dovrebbe, nel corso del 2019, venire integrato con due ulteriori figure professionali, che parteciperebbero anche alle attività di controllo e vigilanza sulle UdO sociosanitarie: un educatore professionale ed un'assistente sociale. A tal fine sono stati attivati i necessari percorsi di acquisizione da parte della UOC Gestione delle Risorse Umane.

Si evidenzia che per le questioni più complesse, che richiedono un'approfondita valutazione anche rispetto alle possibili implicazioni giuridiche per questa Agenzia, è attiva una proficua sinergia con il Responsabile dell'Ufficio Affari Generali e Legali.

L'attività di vigilanza e controllo si svolge sempre in équipe. Nella sua definizione viene sempre individuato un responsabile che progetta, gestisce e redige il verbale, in collaborazione con gli altri componenti, avendo cura di annotarvi ogni elemento di osservazione o aspetto d'interesse che dovesse emergere nel corso del sopralluogo.

Le équipe, come ormai consolidato e recepito nei rispettivi Piani di attività annuali e in applicazione di specifico provvedimento aziendale, sono di norma integrate da operatori del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), a cui competono le verifiche sugli aspetti strutturali, di sicurezza, igienico-sanitari e tecnologici. Questa composizione è funzionale alla completa valutazione degli elementi delle check-list regionali che contemplano in modo dettagliato tutti gli ambiti da sottoporre a verifica, richiedendo quindi anche l'intervento dei servizi specialistici del DIPS (Igiene Pubblica, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e Sicurezza Impiantistica). Le verifiche sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari e tecnologici vengono coordinate da un medico del Servizio Igiene Pubblica.

L'ampliamento degli ambiti di verifica di competenza del DIPS ha comportato un impegnativo lavoro di coordinamento delle attività per una programmazione comune, per eseguire in modo congiunto i sopralluoghi e per redigere una procedura operativa che uniformasse le modalità di intervento e di conduzione dell'attività ispettiva nelle diverse sedi territoriali.

All'inizio di ogni anno la stesura del Piano delle attività di controllo e vigilanza, per gli aspetti di competenza, avviene di concerto con il DIPS che, a sua volta, assume nel proprio Piano di lavoro annuale la programmazione dell'attività di vigilanza in ambito sociosanitario e sociale, condividendo il campione delle UdO da vigilare definito dall'UOC AVC.

## **STRUMENTI INFORMATICI**

L'UOC AVC dispone di strumenti informatici che utilizza correntemente nelle uscite presso le UdO sociosanitarie e sociali. Si tratta prevalentemente di PC portatili, corredati di specifici applicativi funzionali a supportare l'attività degli operatori nel corso della visita ispettiva.

La dotazione di strumenti informatici è costantemente revisionata e, all'occorrenza, integrata e rinnovata, come avvenuto per la dotazione di due tablet per gli operatori preposti al controllo di appropriatezza ADI, ambito in cui la prevista verifica della puntuale corrispondenza fra le registrazioni delle prestazioni effettuate durante gli accessi a domicilio e la rendicontazione in ADI web, necessita della consultazione di quest'ultimo applicativo contestuale rispetto alla presa visione dei documenti forniti in sede di controllo dalla struttura esaminata.

## **SISTEMA INFORMATIVO**

### **Flussi di rilevazione della produzione nel sistema socio sanitario**

Nel 2019 è confermato il sistema di acquisizione, controllo, restituzione ed elaborazione di analisi fondato sul flusso FE acquisito via SMAF ed elaborato dal Data Ware House (DWH). La gestione del flusso citato, per l'ATS di Bergamo, è garantito dal personale amministrativo dell'Ufficio Negoziazione e Acquisto Prestazioni Sociosanitarie che lavora in sinergia con l'UOC AVC per la verifica della corretta classificazione degli ospiti nel sistema di rendicontazione dei flussi economici e per la stipula dei contratti, nel rispetto dei budget definiti.

Si segnala che a partire dal 2019 è stato attivato il nuovo Flusso informativo CURE PALLIATIVE (CP) in carico a operatori del Dipartimento PIPSS di questa ATS

### **Flussi di rilevazione del sistema socio sanitario e sociale**

Tra l'ordinaria attività dell'UOC AVC rientrano il monitoraggio e la validazione dei flussi informativi della rete socio sanitaria (SOSIA - CDI - SIDI – SDOFAM – RIAFAM – HOSPICE).

Il sistema di gestione dei flussi prevede varie fasi: l'acquisizione, il controllo, la restituzione e l'elaborazione di dati di analisi.

Nel 2019 verrà garantito il rispetto delle procedure e delle tempistiche previste per l'adempimento delle suddette fasi secondo la calendarizzazione stabilita dalla Circolare n.4/2016, come aggiornata dalla Circ. reg. n.2/2017 e confermata con nota della Direzione Generale Welfare n. 3 del 04/03/2019.

Al fine di migliorare la qualità dei dati oggetto di debito informativo ministeriale, sarà garantita una particolare attenzione nella gestione dei processi di correzione degli errori rilevati dallo SMAF (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi), ottimizzando la sinergia con gli Enti gestori tenuti ad adempiere alla gestione dei flussi informativi, anche assicurando il necessario supporto con una fattiva collaborazione.

### **Flussi di Gestione dei dati di UdO sociosanitarie**

Per l'anno 2019 proseguirà la rilevazione puntuale dell'andamento del sistema dell'offerta sociosanitaria e sociale, a cura del personale amministrativo dell'UOC AVC con le seguenti modalità:

Tenuta del Registro Regionale Informatizzato AFAM (Anagrafe Unica unità d'offerta sociosanitarie e sociali) con un monitoraggio e un aggiornamento continuo, in particolare nei seguenti casi:

- richieste regionali specifiche che prevedono l'aggiornamento dei dati per tipologia di UdO;
- presentazione di SCIA o SCIA contestuale, istanze di accreditamento (trasferimenti sede, variazione capacità ricettiva, cambio gestore...), ma anche cambi di denominazione, indirizzi e mail, ecc...;
- variazioni riferite al Soggetto Gestore (cambi legale rappresentante, ecc...);
- stipula dei contatti provvisori/definitivi, inserimento per ciascuna UdO del "numero contratto", posti contrattualizzati ecc.

Caricamento trimestrale sulla piattaforma SMAF del Flusso "Rete UDO" dedicato alle udo di Riabilitazione (RIA) e Cure Intermedie (INT), non sistematizzate nell'Anagrafica AFAM, anche alla luce del riordino complessivo delle cure intermedie.

Sono in carico all'UOC AVC altri debiti informativi quali:

- "Flussi Ministeriali (FIM)": raccolta schede da tutte le UdO sociosanitarie, controllo dati e compilazione applicativo entro il 31 gennaio di ogni anno;
- "Scheda Struttura": raccolta file di excel da tutte le UdO sociosanitarie, controllo dati e caricamento su SMAF per tipologia di UdO; scadenze e modalità di compilazione e controllo sono definite da specifica nota regionale;
- "Monitoraggio semestrale": invio semestrale alla DG Welfare, attraverso prospetto regionale, dei dati inerenti i sopralluoghi condotti per le attività di vigilanza sui requisiti di accreditamento, anche quelli realizzati da personale del DIPS, e di controllo di appropriatezza sulle UdO sociosanitarie;
- si rimane in attesa delle direttive della Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità per conoscere le modalità di rendicontazione dell'attività condotta sulle UdO sociali.

L'ACSS richiede alle ATS, a partire dall'anno 2019, (vedi nota Prot. ATS n.I.0013846 del 06/02/2019) la compilazione e la trasmissione mensile del file "Debito Informativo Diffide Sanzioni e Penali Sociosanitario". Il documento dovrà rappresentare tutte le diffide, sanzioni, penali contrattuali ed abbattimenti tariffari poste in essere nel mese di riferimento. La scadenza per l'invio del file è fissata per il giorno 20 del mese successivo a quello di competenza.

### **FORMAZIONE**

Per l'anno 2019 sono state proposte dall'UOV AVC due iniziative formative per condividere importanti argomenti con le UdO della Rete territoriale:

- "La contenzione della persona fragile nelle strutture sociosanitarie: approfondimenti giuridici", per affrontare un tema che interessa trasversalmente le strutture sociosanitarie, per le quali i controlli di appropriatezza esplorano l'area specifica della contenzione, a partire dalla verifica dell'esistenza di un'adeguata prescrizione medica e di appropriate misure di monitoraggio. L'evento offrirà la possibilità

alle UdO di approfondire il tema con professionisti esperti in materia, anche alla luce delle recenti sentenze della Cassazione per la quale la contenzione non è una pratica di carattere sanitario e non ha una finalità di carattere terapeutico;

- “La promozione della salute negli Asili nido: dall’alimentazione alle vaccinazioni”, per condividere con gli operatori degli asili nido i criteri per l’adozione di comportamenti finalizzati alla prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative nell’età evolutiva, con particolare riferimento ai bambini dai 6 mesi ai 3 anni, nell’assoluta convinzione che gli interventi di prevenzione primaria rappresentino uno strumento irrinunciabile per promuovere la salute.

Gli operatori dell’UOC AVC partecipano attivamente, poi, agli incontri organizzati da Regione Lombardia per condividere problematiche relative all’applicazione di provvedimenti o per confrontarsi su metodologie di lavoro.

L’attività formativa si arricchisce poi, naturalmente, della partecipazione ad eventi di interesse, programmati nel “Piano formativo aziendale” o proposti da provider esterni, a cui i singoli professionisti del Servizio aderiscono.

## **ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E DOMANDE DI ACCREDITAMENTO**

### **Verifica dei Requisiti Soggettivi per l’esercizio e l’accreditamento**

In osservanza all’All. 1 della DGR n. 2569/2014, anche nell’anno 2019 saranno garantite le verifiche di legge relative alle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive in ordine alle SCIA e alle istanze di accreditamento.

Verrà garantito il controllo del 100% delle suddette dichiarazioni, la cui veridicità verrà accertata mediante richiesta alle Pubbliche Amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione, secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 e s.m.i.

### **Verifica dei Requisiti organizzativi e gestionali e requisiti strutturali e tecnologici**

Anche per il 2019 verrà garantito il controllo sul 100% delle SCIA, SCIA contestuali, delle istanze di accreditamento, delle riclassificazioni e dei procedimenti di voltura di accreditamento.

Il momento centrale del procedimento di verifica è il sopralluogo presso l’UdO interessata, condotto secondo le modalità e i tempi previsti dalla normativa, in équipe multidisciplinare composta da almeno due operatori rispettivamente dell’UOC AVC, all’interno del Dipartimento PAAPSS, e del Settore del DIPS referente per territorio, in base alle specifiche competenze richieste dalla vigilanza (sanità pubblica, sicurezza sui luoghi di lavoro e sicurezza impiantistica e alimentare).

Uno dei funzionari dell’UOC AVC è di norma individuato quale responsabile dell’istruttoria, cura la progettazione del sopralluogo, la gestione congiunta dell’intervento e la redazione degli atti in sinergia con i funzionari amministrativi.

Di norma l’istruttoria del procedimento amministrativo si conclude entro 60 giorni dal ricevimento della SCIA, come pure delle istanze di accreditamento. Inoltre, in quest’ultimo caso, entro 90 giorni dall’aggiornamento del registro regionale delle UdO sociosanitarie, viene effettuato un ulteriore sopralluogo con l’obiettivo di verificare il mantenimento dei requisiti di accreditamento.

## **ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE UDO SOCIOSANITARIE**

Il combinato disposto della DGR 1046/2018 e della nota della Direzione Generale Welfare del 15 marzo 2018 ha previsto che le vigilanze sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento siano effettuate almeno sul 30% delle unità d’offerta sociosanitarie, assicurando così che tutte le unità d’offerta in esercizio sul territorio siano verificate in un arco triennale.

Le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, soggettivi, gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e di accreditamento verranno garantite secondo il format regionale.

Le attività di vigilanza si svolgeranno con un sopralluogo presso l’UdO interessata, in équipe multidisciplinare composta da almeno due operatori dell’UOC AVC e condotte in modo integrato con il Settore del DIPS referente per territorio, in base alle specifiche competenze richieste dalla vigilanza (sanità pubblica, sicurezza sui luoghi di lavoro e sicurezza impiantistica e alimentare).

Uno dei funzionari dell'UOC AVC sarà di norma individuato quale responsabile dell'istruttoria, cura la progettazione del sopralluogo, la gestione dell'intervento, l'integrazione con il DIPS e le fasi di chiusura del procedimento.

I criteri individuati per la selezione del campione di strutture da vigilare sono i seguenti:

Per RSA, RSA aperta, Residenza assistita, CDI, ADI, UCP-DOM, Hospice, Consultori Familiari (CF) privati, Cure Intermedie ex post-acuta, CT/CT Bassa Intensità:

- qualora all'Ente Gestore afferiscano più UdO, al fine di garantirne una visione trasversale, queste saranno tutte vigilate;
- saranno vigilate le strutture nelle quali l'anno precedente si siano riscontrate carenze in ordine al mantenimento dei requisiti di esercizio ed accreditamento previsti.

Per Consultori Familiari pubblici:

- vigilanza annuale su almeno un consultorio per ogni ASST (in modo tale da garantire il sopralluogo con periodicità annuale su tutti e tre gli enti gestori)

Per Cure Intermedie ex riabilitazione, riabilitazione residenziale minori e ambulatoriale/domiciliare:

- strutture che nel 2017 non sono state verificate per gli aspetti strutturali e tecnologici;

Per RSD, CDD, CSS:

- strutture che hanno apportato migliorie strutturali;
- strutture non vigilate nell'anno precedente.

Per SERD e SMI:

- strutture ubicate nel territorio della stessa ASST.

### **Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento**

Ai sensi della DGR n. 2569/2014 il Legale Rappresentante del Soggetto Gestore di UdO abilitate all'esercizio, accreditate e contrattualizzate, nonché gli altri soggetti di cui al Libro II del D. L.gs. 159/2011, sono tenuti ad attestare all'ATS entro il 31 gennaio di ogni anno, ed entro un mese in caso di nuove nomine, il possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento previsti, attraverso la presentazione di autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive.

L' UOC AVC procederà, pertanto, alla verifica delle autocertificazioni pervenute su un campione pari al 10%, mediante la richiesta alle PP.AA. certificanti degli stati/fatti qualità oggetto di autocertificazione secondo quanto definito dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

La percentuale è calcolata sul numero dei Soggetti Gestori.

### **Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici - gestionali e organizzativi generali e specifici di esercizio e accreditamento**

Per l'attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento, secondo i disposti della DGR n.2569/2014 e s.m.i. e, alla luce della revisione della procedura operativa aziendale, utilizzando, ove presenti, le check-list regionali specifiche che contemplano in modo dettagliato tutti gli ambiti da sottoporre a verifica ad eccezione delle UdO dell'area delle Dipendenze, Cure Intermedie e Riabilitazione.

Sarà garantito che la verifica degli aspetti organizzativo/gestionali sia di norma effettuata in modo integrato con quelli strutturali e tecnologici, anche attraverso una pianificazione congiunta e coordinata con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS).

I sopralluoghi potranno svolgersi anche in fasce orarie diverse dai consueti orari d'ufficio, cioè al pomeriggio, nelle primissime ore della mattina o di sabato. La finalità è, infatti, quella di osservare e rilevare come si vive l'assistenza nelle Strutture e soprattutto come sono accudite le persone. In talune situazioni, anche portate all'attenzione da segnalazioni e richieste d'intervento pervenute ai nostri Uffici, si è evidenziata infatti la priorità data ai ritmi di lavoro e all'assolvimento delle incombenze del personale, piuttosto che al soddisfacimento dei bisogni individuali e al rispetto dei ritmi di vita degli utenti.

### **Controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate**

La normativa regionale ha sancito la centralità del Fascicolo Socio Sanitario ed Assistenziale (FaSAS), sia come parametro per il campionamento, sia come strumento attraverso il quale verificare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture. I FaSAS devono, pertanto, contenere tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente, atta a dare evidenza del percorso clinico/terapeutico ed assistenziale.

Per i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla DGR n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica, aggiornate con nota regionale del 12/07/2018.

I controlli di appropriatezza riguarderanno le stesse Udo campionate per l'attività di vigilanza per l'anno 2019.

Verranno effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, fatti salvi i casi in cui sia necessaria l'esecuzione di sopralluoghi senza preavviso.

Per il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziali (ex DGR 1765/14), sia il relativo metodo di rilevazione di cui alle check-list regionali di verifica.

La percentuale totale di FaSAS da visionare, comprensiva della quota in autocontrollo, calcolata sul numero degli utenti rendicontati nell'anno 2018 sarà:

- regime residenziale e semiresidenziale – almeno 13%;
- regime ambulatoriale e domiciliare – almeno il 3.5%.

Il numero totale di FaSAS da visionare sarà arrotondato all'unità intera successiva.

Per il 2019 sarà attivato un ulteriore focus sulla congruità della classificazione SOSIA degli assistiti per i FaSAS selezionati a campione, verificando che l'indicazione dei livelli di fragilità dei parametri descritti sia sostenuta in modo coerente dalla documentazione raccolta nel FaSAS.

L'equipe di controllo, nel caso lo riterrà opportuno, potrà provvedere all'osservazione diretta dell'utente, in presenza di un operatore della struttura.

Al fine di promuovere una maggiore responsabilizzazione dei soggetti erogatori, per il monitoraggio dei propri processi assistenziali e della qualità delle prestazioni erogate, si manterrà attiva anche per il 2019 l'azione di autocontrollo da parte dei Soggetti Erogatori, da effettuarsi sulla base delle check-list predisposte da Regione Lombardia in attuazione della DGR 1765/2014.

La percentuale dei fascicoli soggetti per questa preventiva verifica da parte dei gestori sarà pari al:

- 3% per le Udo con percentuale prevista dell'13 %;
- 1% per le Udo con percentuale prevista del 3.5 %.

Per garantire l'analisi di un congruo numero di FaSAS per ciascuna unità d'offerta controllata delle aree disabili e dipendenze, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale (RSD, CDD, CSS e COMUNITA' TOX), la percentuale in autocontrollo sarà aggiuntiva rispetto alla percentuale totale.

L'autocontrollo da parte dei gestori dovrà avvenire preventivamente all'attività di controllo istituzionale.

Tale campione sarà definito dall'ATS e comunicato con tempistiche congrue a consentirne le successive ulteriori verifiche. In sede di controllo di appropriatezza verranno, infatti, esaminati anche tutti i FaSAS precedentemente autoverificati dal gestore.

Il campionamento dei FaSAS da sottoporre a controllo sarà effettuato per il 50% con criteri mirati, mentre per il restante 50% si ricorrerà ad una selezione con metodologia casuale.

I controlli di appropriatezza non potranno prescindere da una visita all'interno delle UdO, al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per cogliere tutti gli elementi capaci di meglio orientare l'attività di tale controllo, contestualizzandola all'interno dell'effettivo operare della struttura. Si terrà conto, inoltre, della possibilità di individuare altri utenti per il controllo di appropriatezza in sede di visita ispettiva, facendosi consegnare dai referenti della struttura i relativi FaSAS.

Si precisa che per l'indicazione della percentuale del campione mirato saranno utilizzati i seguenti criteri di scelta per le diverse unità d'offerta:

#### RSA

- Utenza non tipica (Alzheimer in nucleo, Stati vegetativi, SLA, DGR 5000,..)
- Utenza di età inferiore a 65 anni entrata nell'anno 2018
- Utenza con lesioni da decubito
- Utenza con contenzione fisica
- Utenza con cadute nell'anno 2018

#### CDI

- Utenza con disturbi comportamentali gravi
- Utenza con grave compromissione dello stato cognitivo e/o motorio

- Utenza con strumenti di contenzione fisica

#### RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER DISABILI – RSD

- Utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza previsti dalla DGR 1953/2014
- Utenti con particolari criticità assistenziali e/o bisogni di carattere riabilitativo/fisioterapico, con comportamenti auto etero aggressivi e/o che comportano controllo
- Utenti con passaggio di classe a seguito di rivalutazione da parte dell'Ente gestore – ospiti complessi e particolarmente impegnativi (collocati nelle classi 1 e 2) - utenti classificati SIDI estreme (collocati nelle classi 1 e 5)
- Utenti con doppia diagnosi
- Trasferimenti da altre udo
- Utenti a rischio decubito come da valorizzazione SIDI

#### CENTRI DIURNI PER DISABILI – CDD

- Utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza previsti dalla DGR 1953/2014;
- Utenti con particolari criticità assistenziali e/o bisogni di carattere riabilitativo/fisioterapico, con comportamenti auto etero aggressivi e/o che comportano controllo
- Utenti con passaggio di classe a seguito di rivalutazione da parte dell'Ente gestore – ospiti complessi e particolarmente impegnativi (collocati nelle classi 1 e 2) - utenti classificati SIDI estreme (collocati nelle classi 1 e 5)
- Utenti con frequenza sia in CDD sia in CSS
- Utenti con doppia diagnosi
- Ospiti con tipologia di frequenza part - time

#### COMUNITÀ SOCIO SANITARIE – CSS

- Utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza previsti dalla DGR 1953/2014
- Utenti con particolari criticità assistenziali e/o bisogni di carattere riabilitativo/fisioterapico, con comportamenti auto etero aggressivi e/o che comportano controllo
- Utenti con passaggio di classe a seguito di rivalutazione da parte dell'Ente gestore – ospiti complessi e particolarmente impegnativi (collocati nelle classi 1 e 2) - utenti classificati SIDI estreme (collocati nelle classi 1 e 5)
- Utenti con frequenza sia in CSS sia in CDD

#### SERVIZI DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE –

SER.D. - S.M.I.

#### UDO Residenziali e Semiresidenziali

- utenti di recente inserimento
- utenti giovani (compresi in una fascia di età tra i 18 e i 25 anni)
- utenti con polidipendenze
- utenti con doppia diagnosi

#### UDO Ambulatoriali

- utenti di recente inserimento
- utenti minorenni
- utenti giovani (compresi in una fascia di età tra i 18 e i 25 anni)
- utenti con doppia diagnosi
- utenti storici (presa in carico maggiore di 10 anni)

ADI

- utenti con profili 3, 4
- grandi anziani (>85 anni)

- profili multi-prestazionali (interventi di almeno 2 professionisti)
- pazienti in carico da più di 6 mesi
- pazienti in trattamento fisioterapico

#### ADI- UCPDom

- pazienti con profilo base
- pazienti in carico da maggior tempo
- pazienti con prestazioni base (rilevazione parametri vitali, rilevazione dolore)

#### HOSPICE

- con degenze superiori a 60 giorni
- con patologie non oncologiche
- con modalità di dimissione diversa dal decesso
- non provenienti da struttura ospedaliera o da Udo sociosanitarie

#### CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI (ex /RIABILITAZIONE) - NON RESIDENZIALI

per le UdO residenziali:

- evento indice con data antecedente a 3 mesi
- utenti transitati su più aree di ricovero/regimi
- ricoveri con percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore soglia
- DRG con valorizzazione più elevata

per la riabilitazione non residenziale:

- cicli ripetuti nel corso di dodici mesi
- percentuale di assistiti con durata di trattamento vicini al valore soglia
- non esenti
- assistiti transitati da regime ambulatoriale a domiciliare e viceversa

Particolare attenzione sarà rivolta alla verifica dell'appropriatezza e della corretta rendicontazione delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure domiciliari sia per l'ADI sia per l'UCP- DOM.

Per l'assistenza domiciliare si conferma la metodologia secondo la quale i controlli verranno effettuati sia in itinere, presso il domicilio degli utenti, sia ex post, presso la sede dell'UdO.

In caso, poi, venga valutata l'opportunità di compiere ulteriori approfondimenti rispetto all'attività degli Enti sottoposti a verifica con tali modalità, questa ATS disporrà ulteriori controlli in ex post, acquisendo ed analizzando in back office presso la propria sede ulteriori FASAS.

Le attività di vigilanza e controllo saranno svolte in fasi ravvicinate e coordinate. Ciò consentirà di avere una visione integrata del funzionamento delle UdO e di restituire agli Enti Gestori un esito unitario delle osservazioni e determinazioni assunte.

#### **ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE MISURE EX DGR N. 7769/2018**

La DGR n. 1046/2018 riconferma le misure "residenzialità assistita", "residenzialità minori disabili gravissimi" e "RSA Aperta" previste dalla DGR 7769 del 17.01.2018, provvedimento con il quale Regione Lombardia ha dato attuazione alla revisione delle misure sopra indicate, ridenominando la misura "residenzialità leggera" "residenzialità assistita", definendo, tra l'altro, che entro il 15 marzo 2018 le persone già beneficiarie di tali provvedimenti avrebbero dovuto essere rivalutate secondo le nuove modalità.

#### **RSA APERTA E RESIDENZIALITÀ ASSISTITA**

Saranno oggetto di controllo almeno il 30% delle UdO che hanno attivato tali misure, comprese quelle contrattualizzate nell'anno 2019.

In particolare per i controlli di appropriatezza:

#### **RSA APERTA**

Trattandosi prevalentemente di prestazioni erogate in regime domiciliare, verrà controllato il 3,5% dei fascicoli calcolati sul numero di utenti rendicontati nel 2018, riservandosi di verificare il 13% nel caso di

interventi semiresidenziali o residenziali. La quota mirata sarà pari al 50% del campione, ottenuta selezionando:

- utenti non autosufficienti ultra 75 anni che riportano alla valutazione un punteggio alla scala di Barthel modificata compreso tra 20 e 24
- utenti non autosufficienti ultra 75 anni che frequentano il Centro Diurno Integrato
- persone con demenza certificata con punteggio CDR 0.5 - 1
- persone con demenza certificata con punteggio CDR 4 – 5

### **RESIDENZIALITÀ ASSISTITA**

Sarà verificato il 13% dei fascicoli in quanto trattasi di misura residenziale. La quota mirata pari al 50% del campione sarà individuata selezionando utenti:

- con età superiore a 75 anni
- che riportano alla valutazione un punteggio alla scala di Barthel modificata compreso tra 60 e 70

### **RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITÀ**

Con Decreto del 21.01.2019 n.1152 Regione Lombardia ha deliberato il percorso per la stabilizzazione della misura “Residenzialità minori disabili gravissimi” ponendo in capo alle ATS il compito di “*pubblicizzare la possibilità di aderire alla misura stabilizzata da parte di enti gestori di RSD e CSS accreditate del proprio territorio e di raccogliere le adesioni degli Enti interessati, istituendo un apposito registro, da pubblicare sul sito aziendale, garantendone costanti aggiornamenti*”.

In ottemperanza alle disposizioni regionali l’ATS di Bergamo ha messo in atto l’iter propedeutico alla raccolta, verifica delle candidature e istituzione del registro, avvenuta formalmente con deliberazione n. 211 del 28/03/2019. Insieme all’elenco degli enti gestori deputati all’attuazione degli interventi previsti dalla misura, è stato così approvato anche lo schema tipo di contratto per la regolazione dei rapporti economici e giuridici con i futuri erogatori.

Il numero dei posti da riservare alla misura sarà definito annualmente dalla Regione sulla base dei dati epidemiologici e di attività.

L’accesso alla misura è riservato ai cittadini residenti nel territorio lombardo, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di accesso ai servizi sociosanitari.

Per quanto concerne la specifica attività di vigilanza e controllo, l’UOC AVC provvederà:

- alle verifiche del mantenimento dei requisiti generali e specifici strutturali, tecnologici, organizzativo - gestionali, nonché di quelli soggettivi del legale rappresentante e del soggetto gestore, richiesti dalle specifiche normative di riferimento;
- ai controlli di appropriatezza sui FaSAS.

In particolare, nel corso del 2019, verrà monitorato, in collaborazione con il personale del DPIPSS, il Progetto gestito dalla Comunità Sociosanitaria TAU di Arcene, unica delle due realtà inserite nell’elenco deliberato, che risulta aver già attivato percorsi assistenziali di questo tipo di misura nel territorio di competenza dell’ATS di Bergamo. Si procederà attraverso controlli in loco e valutazione della documentazione, anche con analisi presso gli uffici ATS, sia in ragione della nuova normativa di riferimento sia a causa di criticità riscontrate nel corso del 2018, che giustificano nuove verifiche nell’anno in corso.

### **CURE INTERMEDIE (EX RESIDENZIALITÀ POST ACUTI)**

La DGR n. 3383/2015 ha definito i profili di cura, il modello assistenziale, le modalità di accesso e presa in carico ed i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento dell’UdO Cure intermedie, dando avvio ad una prima fase sperimentale della durata di sei mesi. Al termine di tale periodo, però, non è seguita l’approvazione definitiva dei requisiti e del relativo sistema di remunerazione che, a seguito dell’approvazione della L.R. 11 agosto 2015, n. 23, è subordinata all’integrazione delle cure intermedie nel nuovo contesto di rete che include l’offerta sanitaria e sociosanitaria.

La DGR 1046/2018 delle Regole per il 2019 ha previsto una futura ridefinizione delle tipologie di offerta di riabilitazione e di “cure di transizione” sia ospedaliere sia territoriali.

Pertanto nell’anno 2019 le realtà di Cure Intermedie, ex “residenzialità post acuti”, proseguiranno l’attività con le medesime regole definite dalla DGR n. 3383/2015 e i controlli, che riguarderanno almeno il 30% delle UdO, saranno effettuati utilizzando le check-list già elaborate per gli anni precedenti.

La percentuale di fascicoli oggetto di controllo sarà pari al 13% degli assistiti rendicontati nel 2017 e verrà visionata la documentazione relativa a utenti presi in carico nell'anno 2018.

La quota mirata sarà pari al 50% ottenuta selezionando i pazienti che hanno usufruito di più di un ricovero nel regime di assistenza post-acuta nell'anno 2018 o i casi di fragilità sociale con proroga del ricovero oltre il valore soglia.

## **CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI E PRIVATI**

### **Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento**

Saranno garantite le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, soggettivi, gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e di accreditamento secondo il format regionale, aggiornato a Febbraio 2019, con l'inserimento di requisiti organizzativo/gestionali relativi al "Percorso nascita fisiologico", come da DGR del 28.06.2018 e DDG del 05.10.2018.

Saranno inoltre vigilati i Consultori Familiari Privati che presenteranno nuova SCIA nel corso dell'anno.

### **Controllo di appropriatezza**

I controlli di appropriatezza si svolgeranno nei medesimi CF campionati per la vigilanza 2019.

Per i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla DGR n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione a mezzo dalle check-list regionali di verifica, aggiornate per i Consultori Familiari con nota del 01/02/2019 da Regione Lombardia.

Si è programmato per il 2019 di estendere il controllo al 4% dei FaSAS, il cui 1% verrà garantito sottoforma di autocontrollo. Il campionamento riguarderà prioritariamente utenti che hanno ricevuto prestazioni nel corso dell'anno, rappresentative rispetto a quelle ad alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017 e nella DGR 268/2018, e previste tra gli indicatori specifici dalla d.g.r. 1765/2014. La percentuale dei fascicoli sarà calcolata sul numero dei nuovi utenti rendicontati nel 2018.

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FaSAS individuati in maniera mirata, scegliendo i fascicoli di utenti minorenni a cui siano state erogate prestazioni relative a IVG.

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale.

I controlli di appropriatezza saranno effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente il sopralluogo.

Per uno dei consultori pubblici si è reputato opportuno programmare un'attività straordinaria di valutazione dell'appropriatezza sulla base delle criticità rilevate e delle conseguenti raccomandazioni fatte per migliorare il processo assistenziale.

## **PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO E SULLE EVENTUALI ISCRIZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI DEGLI OPERATORI DELLE UDO SOCIO SANITARIE**

Per realizzare un'efficace programmazione dell'attività di verifica sul possesso dei titoli di studio e sulle eventuali iscrizioni agli albi professionali di tutte le figure impiegate nell'assistenza presso le UdO sociosanitarie attive sul territorio di competenza di ATS Bergamo, si stabilisce di attivare nell'arco di un triennio un'attività di controllo basata sui dati delle schede struttura di anno in anno compilate ed inoltrate dalle singole UdO a questa ATS, per il successivo invio in Regione.

Così, dopo aver individuato le diverse categorie professionali presenti nelle UdO, si procederà alle verifiche secondo il seguente calendario:

- nel 2019 si realizzerà il puntuale controllo della conformità del titolo e dell'iscrizione all'albo professionale di competenza di tutti i medici e infermieri operanti nelle U.d.O. sociosanitarie ; nel 2020 si procederà al controllo dei titoli e dell'iscrizione ai neo-creati specifici albi di tutti i fisioterapisti e di tutti gli educatori;
- nel 2021 si completeranno le verifiche con la valutazione della specifica formazione del personale ASA e OSS.

Nel corso delle visite di vigilanza ordinaria, programmata sul 30% delle Ud.O . in esercizio, poi, si procederà man mano ai controlli dei titoli di tutti gli operatori incaricati dell'assistenza di nuova assunzione.

Risultato atteso nel triennio 2019-2021: controllo del 100% dei titoli e delle eventuali iscrizioni agli albi professionali degli operatori delle UdO sociosanitarie attive sul territorio di competenza di ATS Bergamo

### **COMPATIBILITÀ DELL'UTENZA RISPETTO ALL'UDO IN CUI È INSERITA**

Si conferma la prassi operativa, ormai consolidata, di inserire nel campione individuato per i controlli di appropriatezza in RSA e in CDI , gli ospiti di età inferiore ai 65 anni.

In tali casi, infatti, si ritiene opportuno verificare l'appropriatezza dell'inserimento in Struttura residenziale o nella frequenza del Centro diurno, attraverso un'attenta valutazione della documentazione contenuta nei FASAS, da cui emergano le motivazioni e i bisogni sociosanitari degli utenti.

Altro caso in cui l'attività di vigilanza pone particolare attenzione alla verifica del congruo inserimento degli ospiti rispetto al loro bisogno, come specificatamente definito nella normativa istitutiva dell'UdO, è quello dei controlli riferiti alla C.A.S.A. Qui, infatti, diviene fondamentale vagliare che gli ospiti non esprimano bisogni di natura sociosanitaria per validare la loro corretta individuazione.

### **VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 C.C. SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO**

L'attività di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato c.c. che operano in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario, ai sensi dell'art. 4, c.33, l.r. 1/2000 e s.m.i., sarà impostata per l'anno 2019 in continuità con la metodologia stabilita per il 2018, sulla scorta di quanto definito nel Regolamento aziendale vigente.

In ragione di ciò, il funzionario individuato all'interno della UOC ACV realizzerà:

- un'attività di vigilanza ordinaria, per la quale sarà richiesto alle fondazioni ed alle associazioni, quante e quali segnalate all'ATS di Bergamo da Regione Lombardia, di compilare nell'apposito applicativo on-line una "Scheda Conoscitiva" con i dati riferiti alla propria attività ed alle proprie scritture contabili riferite all'esercizio 2018, entro il 31 luglio 2019; nello specifico tale sistema consentirà di rilevare una serie di informazioni significative per quattro aree d'indagine:
  - "anagrafica"
  - "attività"
  - "struttura organizzativa"
  - "risorse economiche e patrimoniali".
- un'attività di vigilanza straordinaria, che sarà attivata:
  - per gli enti con criticità, tali da configurare le fattispecie per le quali il Codice Civile preveda l'intervento dell'autorità governativa,
  - sulla scorta delle indicazioni fornite al funzionario dell'UOC AVC da parte della Commissione di controllo per quegli enti oggetto di segnalazioni, raccolta di informazioni e notizie acquisite nel corso dell'anno, tali da rendere opportuni specifici approfondimenti e/o verifiche.

### **SEGNALAZIONI**

Anche per il 2019 sarà gestita la totalità delle segnalazioni pervenute all'UOC AVC, nelle modalità ritenute più consone in relazione ai loro contenuti. Si precisa che anche quelle eventualmente pervenute in forma anonima saranno prese in carico e valutate in modo collegiale.

## PCP 2019 - TABELLA DI PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI - ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE UDO SOCIO SANITARIE

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
RSA	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 23 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	13% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. 394 FaSAS	
CENTRO DIURNO INTEGRATO CDI	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 11 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	13% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. 62 FaSAS	
CENTRO DIURNO DISABILI CDD	Vigilanza mantenimento requisiti di	Verifica requisiti	30% delle	Sopralluogo con	n. 8 UdO	

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
	accreditamento	indicati in check list	strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	check list, senza preavviso		
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	18% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. 39 FaSAS	La percentuale di FaSAS campionati è maggiore di quella dalla DGR 1046/2018 in ragione del numero contenuto degli utenti n carico
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER DISABILI RSD	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 3 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	19% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n.14 FaSAS	La percentuale di fascicoli campionati è maggiore di quella della DGR 1046/2018 considerato i

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
						numeri contenuti dell'utenza in carico
COMUNITA' SOCIO SANITARIA CSS	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 8 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	24% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n.21 FaSAS	La percentuale di fascicoli campionati è maggiore di quella della DGR 1046/2018 considerato i numeri contenuti dell'utenza in carico
CURE INTERMEDIE (EX RIABILITAZIONE)	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 2 UdO	

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
			1046/2018			
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	13% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. 84 FaSAS	
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE DOMICILIARE	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 2 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	13% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. 73 FaSAS	
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ADI	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 10 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	3,5% del numero di utenti rendicontati nel	Sopralluogo ex post e in itinere con check list, con preavviso nelle 24 ore	n. xxx FaSAS	

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
			2018	precedenti		
UNITÀ CURE PALLIATIVE DOMICILIARI UCP-DOM	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 7 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	3,5% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. xxx FaSAS	
PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO	I.r. 1/2000: art. 4 c.33, delega a ASL attività Vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 C.C.	Verifica su conformità di attività ai fini statutari ed equilibrio di bilancio	Vigilanza ordinaria su 100% persone giuridiche segnalate di competenza da Regione Lombardia	vigilanza ordinaria: controllo flusso informativo  vigilanza straordinaria: visita concordata di approfondimento	Vigilanza ordinaria: 101 persone giuridiche  Vigilanza straordinaria: come definito in corso 2019	
CONSULTORI PRIVATI	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	42,8 % delle strutture presenti sul territorio	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 6 UdO (n.1 sanzionato nel 2018)	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti	4% del numero	Sopralluogo con	n. 107 FaSAS	

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
		indicati in check list	dei nuovi utenti rendicontati nel 2108	check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti		
CONSULTORI PUBBLICI	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	35% delle strutture presenti sul territorio	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 7 UdO  (n.1 per rivalutazione)	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	4% del numero dei nuovi utenti rendicontati nel 2108	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. 151 FaSAS	
SERD e SMI	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR 1046/2018	Sopralluogo con check list, senza preavviso	n. 2 UdO	
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	3,5% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. 110 FaSAS	
COMUNITÀ PER LE DIPENDENZE	Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento	Verifica requisiti indicati in check list	30% delle strutture presenti sul territorio ex DGR	Sopralluogo con check list, senza preavviso	N. 7 UdO	

AZIONI PREVISTE						
DESTINATARIO DEL CONTROLLO (CHI?)	FINALITA' DEL CONTROLLO (PERCHÉ?)	OBIETTIVO SPECIFICO DI CONTROLLO (COSA?)	CRITERI DI INCLUSIONE DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DI CONTROLLO (COME?)	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI (QUANTE/I?)	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
			1046/2018			
	Controllo di appropriatezza	Verifica requisiti indicati in check list	13% del numero di utenti rendicontati nel 2018	Sopralluogo con check list, con preavviso nelle 24 ore precedenti	n. FaSAS fra 14 e 21	

## CUSTOMER SATISFACTION

Relativamente all'argomento saranno attuate varie tipologie di controllo, in particolare: verifica della completezza della compilazione dei campi previsti dal tracciato e verifica quantitativa della rispondenza complessiva della struttura all'invio del relativo flusso.

### SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

#### RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ PIANO DEI CONTROLLI 2018

##### 1. SERVIZIO DI VIGILANZA FARMACEUTICA

La Commissione Ispettiva di Vigilanza sulle farmacie ha effettuato complessivamente n. 187 ispezioni così distribuite:

- n. 155 ordinarie a farmacie,
- n. 13 ordinarie a dispensari farmaceutici,
- n. 3 straordinarie a farmacie,
- n. 1 straordinaria a dispensario farmaceutico,
- n. 14 preventive a farmacie,
- n. 1 preventiva a dispensario farmaceutico.

Nel corso delle 172 ispezioni ordinarie e straordinarie effettuate nel 2018 è emerso che 138 titolari/direttori hanno rispettato la normativa di legge, mentre nelle rimanenti 34 ispezioni si sono constatate situazioni anomale, da cui sono scaturiti n. 49 verbali di contestazione e notifica di illeciti amministrativi.

Nel 2018 il Servizio Farmaceutico Territoriale ha inoltre emesso anche n. 16 verbali di contestazione e notifica di illeciti amministrativi a seguito di controlli sulle ricette stralciate per la Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA), 2 verbali di contestazione emessi a seguito di controllo delle ricette di preparazioni magistrali di medicinali off-label, ricevute ai sensi della L. n. 94/98 e 6 verbali di contestazione e notifica di illeciti amministrativi a seguito di controlli interni sulle segnalazioni effettuate dai farmacisti titolari/direttori in merito a assunzione/cessazione di farmacisti collaboratori.

Nel 2018 il Servizio Farmaceutico Territoriale ha elaborato ed emesso una nuova Istruzione Operativa, preventivamente illustrata a OdFe Federfarma, con il relativo Modello al fine di esercitare una funzione concernente la vigilanza sulla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione (Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Art. 80 e s.m.i.), garantendo un'attività svolta internamente dal personale del Servizio di Vigilanza Farmaceutica (SVF) in conformità al Sistema di Qualità dell'Agenzia.

Dall'anno 2016 sono state autorizzate alla vendita online 19 farmacie, su richiesta delle stesse, con deliberazione del Direttore Generale dell'ATS, delle quali una farmacia ha richiesto la revoca dell'autorizzazione, una farmacia ha comunicato la modifica del sito e la momentanea inattività ed una farmacia ha comunicato l'inizio dell'attività per 01/02/2019.

E' stata effettuata, come da istruzione operativa, la verifica di 16 siti internet di vendita on line con il coinvolgimento di 2 farmacisti per l'emissione di verbali e comunicazioni alle farmacie e di

1 amministrativo per la protocollazione dei verbali, da cui sono stati notificati infine 3 verbali di contestazione e notifica di illeciti.

In riferimento alla normativa di legge, alla formazione effettuata nel 2016 ai Responsabili delle RSA, si è provveduto a vigilare ben 22 RSA. Le osservazioni mosse sono state di lieve entità e tutte risolte, fatta eccezione per 2 RSA dove sono stati emessi n. 2 verbali di contestazione e notifica di illeciti amministrativi per la tenuta non corretta del registro degli stupefacenti.

Il Servizio Farmaceutico Territoriale ha il compito di predisporre quale Servizio competente, le ordinanze ingiunzione di pagamento o di archiviazione (n. 53), dopo attenta valutazione degli scritti difensivi prodotti dagli interessati e, in alcuni casi, audizione degli stessi.

L'emissione di verbali di contestazione e delle ordinanze ingiunzione ha determinato un introito a favore dell' ATS, come di seguito indicato:

<b>CAUSALE</b>	<b>IMPORTO</b>
Verbali di contestazione illeciti amministrativi	€ 23.678,80
Ordinanze ingiunzione	€ 43.106,80
<b>TOTALE</b>	<b>€ 66.785,60</b>

Mensilmente vengono trasmessi all'Ordine dei Farmacisti i verbali di contestazione redatti nei confronti dei farmacisti e anche i verbali di ispezione ordinaria e straordinaria in ossequio a quanto disposto dalla L.R. n.6/2017 che ha modificato tra l'altro il titolo VII della L.R. n. 33/2009.

Su disposizioni regionali il SFT effettua anche vigilanza su grossisti/depositari (n. 2 ispezioni, di cui una in collaborazione con i NAS di Brescia), effettua distruzioni degli stupefacenti per ditta autorizzata all'impiego (n. 1), grossisti (n. 1), RSA e sanitari (n. 24 richiedenti).

Svolge inoltre, come altra attività di rilievo, la predisposizione di delibere relative a:

- autorizzazioni all'apertura di nuove sedi farmaceutiche e di nuovi dispensari farmaceutici,
- autorizzazione e revoca ai Grossisti o Depositi per la distribuzione dei medicinali per uso umano,
- determinazione ed autorizzazione al pagamento dell'Indennità di residenza delle farmacie rurali,
- autorizzazione al trasferimento di titolarità,
- autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia e dei dispensari farmaceutici,
- autorizzazione alla gestione provvisoria della farmacia da parte degli eredi,
- autorizzazione per la sostituzione del Direttore Tecnico del Grossista e del Deposito Farmaceutico,
- autorizzazione per il trasferimento dei locali del Grossista e del Deposito farmaceutico,
- presa d'atto variazioni toponomastiche di sedi farmaceutiche,
- presa d'atto di cessione quote e modifica dei patti sociali delle società titolari di farmacia
- istruttorie relative alla variazione del direttore di farmacia,
- approvazione del calendario dei turni delle farmacie della provincia.

Su un totale di 120 provvedimenti predisposti dal SFT, n. 91 sono stati in capo al SVF, che tra l'altro provvede all'iter legato al provvedimento stesso (richieste integrazioni, controlli presso la Procura ecc..)

E' utile ricordare che sono state autorizzate n. 383 sostituzioni di titolari/direttori, ai sensi dell'art. 11 L.3692/91 e s.m.i., si è dato inoltre riscontro a n. 259 segnalazioni di assunzioni e n. 201 di cessazioni di collaborazioni presso le farmacie convenzionate della provincia, tenendo aggiornato apposito registro come previsto dall'art. 12 del D.P.R. n. 1275/1971, oltre a 122 riscontri vari (cambi orari e/o turni ecc..).

Altra attività svolta, richiesta dalla Regione e dalla normativa di legge, consiste nel controllare l'attività dei grossisti in merito alle carenze dei farmaci sul mercato, richiedendo per iscritto agli stessi di dichiarare gli

ordini di medicinali effettuati ed evasi ed eventualmente esportati, per quei farmaci che vengono segnalati carenti dalle farmacie e per i quali non risultano carenze a livello nazionale.

Mensilmente si inviano al Ministero della Salute, previo controllo, le ricette di preparazioni magistrali di medicinali off-label (L. n. 94/98). Complessivamente nell'anno sono state inviate n. 2.015 ricette di cui n. 154 per prescrizione di Cannabis terapeutica.

## 2. SERVIZIO DI FARMACOECONOMIA

I controlli sono stati svolti secondo quanto previsto dalle seguenti Delibere:

- Delibera ATS Bergamo n.285 del 07.04.2017 "Istituzione delle Commissioni Aziendali per la Farmaceutica di prima e di seconda istanza";
- Delibera ATS Bergamo n.367 del 12.05.2017 Approvazione del Regolamento per le "Commissioni Aziendali per la Farmaceutica";
- Delibera ATS Bergamo n.603 del 10.08.2017 Modifica al Regolamento per le "Commissioni Aziendali per la Farmaceutica";

e dalle seguenti Procedure Operative:

- Verifica Piani Terapeutici;
- Verifiche File F.

## SCHEDE MEDICO

Lo strumento operativo di cui ci si avvale per il monitoraggio individuale del comportamento prescrittivo dei Medici di Assistenza Primaria è la "Scheda Medico".

Sono elaborati su base trimestrale reports per tutti i Medici di Assistenza Primaria con gli indicatori di consumo e di spesa di cui alle linee guida parte integrante del punto 9 della Deliberazione Regionale N. VII/10246 del 06/08/2002 "*Ulteriori determinazioni in materia di assistenza farmaceutica ai sensi della L.405/01 e del d.l. 138/02*" e al Decreto Direzione Generale Sanità n. 9900/2006 "*Adozione Linee di indirizzo in merito alla modalità di verifica e controllo dei consumi farmaceutici*".

- Spesa farmaceutica totale pro-assistibile;
- Spesa farmaceutica totale pro- assistibile pesata;
- Valore medio ricetta;
- Numero di ricette pro assistibile pesato;
- Percentuali di prescrizione di farmaci equivalenti (senza brevetto) sul totale;
- Valore medio della prescrizione per gruppo terapeutico (ATC 1°livello);
- Numero di prescrizioni pro-assistibile pesato per gruppo terapeutico (ATC 1° livello);
- Spesa pro assistibile pesato per i primi 20 gruppi terapeutici (in ordine di spesa) (ATC 4°livello);
- Spesa pro-assistibile pesato per i primi 20 principi attivi (in ordine di spesa) (ATC 5°livello);
- Valore medio prescrizione per Nota AIFA ;
- Numero di ricette pro-assistibile pesato Nota AIFA.

con confronti rispetto al Distretto di appartenenza e all'ATS.

Nell'anno 2017 sono state pubblicate sul Content Delivery Portal della nostra ASL e rese disponibili ai MCP le schede medico relative al **II, III, IV trimestre 2017 e I, II trimestre 2018**.

## MEDICI IPERPRESCRITTORI

Per i due Medici di Medicina Generale, prescrittori critici, relativamente agli anni 2013 e 2014 per i quali il Direttore di Cure Primarie ha ritenuto ricorressero le condizioni, si è proceduto, come previsto dalle delibere Aziendali in merito, con la valutazione dei casi nelle due Commissioni di primo e secondo livello e l'applicazione da parte del Dipartimento Cure Primarie delle azioni conseguenti.

## ERRATE SEGNALAZIONI DI NOTE AIFA

Si è provveduto a:

- Trasmettere al Direttore del Distretto Bergamo e per conoscenza al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 20 Medici di Medicina Generale interessati (lettera prot. n. Int. 0077777 del 25/07/2018 n. 35 ricette).
- Trasmettere al Direttore del Distretto Est e per conoscenza al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 20 Medici di Medicina Generale interessati (lettera prot. n. Int. 0077856 del 25/07/2018 n. 38 ricette).
- Trasmettere al Direttore del Distretto Ovest e per conoscenza al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 21 Medici di Medicina Generale interessati (lettera prot. n. Int. 0077832 del 25/07/2018 n. 51 ricette).
- Trasmettere al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 2 Medici di Assistenza Medica per le Località Turistiche e n. 4 Medici di Continuità Assistenziale interessati (lettera prot. n. Int. 0077581 24/07/2018 n. 6 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Papa Giovanni XXIII i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 15 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078273 del 26/07/2018 n. 15 ricette e lettera prot. n. U0085340 del 17/08/2018 n. 1 ricette.).
- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Bergamo Est i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 6 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078419 del 26/07/2018 n. 6 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Bergamo Ovest i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 5 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078409 del 26/07/2018 n. 6 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario della Casa di Cura Beato Palazzolo i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078440 del 26/07/2018 n. 1 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario del Policlinico San Pietro i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 3 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078837 del 27/07/2018 n. 3 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Crema i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078514 del 26/07/2018 n. 1 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST della Franciacorta i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078556 del 26/07/2018 n. 1 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 4 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078535 del 26/07/2018 n. 4 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'ATS della Montagna i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078691 del 27/07/2018 n. 2 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 2 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078460 del 26/07/2018 n. 2 ricette).
- Trasmettere al Direttore Sanitario della Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre

2017 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078543 del 26/07/2018 n. 1 ricette).

- Trasmettere al Direttore Sanitario dell'Ospedale San Raffaele i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0078657 del 27/07/2018 n. 1 ricette).

#### **ERRATE SEGNALAZIONI DI NOTE AIFA INVIATE PER COMPETENZA**

Si è provveduto a:

- Trasmettere al Direttore del Servizio Farmaceutico dell'Asl Verbano Cusio Ossola i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 (lettera prot. n. U0077549 del 24/07/2018 n. 1 ricette).
- Trasmettere al Direttore del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'Asp Vibo Valentia i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 (lettera prot. n. U0077560 del 24/07/2018 n. 1 ricette).
- Trasmettere al U.O.S. Farmacovigilanza e Monitoraggio delle prescrizioni dell'ATS Brianza i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 (lettera prot. n. U0077480 del 24/07/2018 n. 3 ricette).
- Trasmettere al Direttore del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ATS Città Metropolitana di Milano i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 (lettera prot. n. U0077507 del 24/07/2018 n. 11 ricette).
- Trasmettere al Direttore dell'UOC Servizio Farmaceutico dell'ATS dell'Insubria i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 (lettera prot. n. U0077694 del 25/07/2018 n. 1 ricette).
- Trasmettere al Direttore del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ATS di Brescia i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 (lettera prot. n. U0077455 del 24/07/2018 n. 2 ricette).
- Trasmettere al Direttore del Servizio Farmaceutico dell'ATS Val Padana i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 (lettera prot. n. U0077425 del 24/07/2018 n. 2 ricette).

#### **ERRATE SEGNALAZIONI DI NOTE AIFA DA CONTESTARE A FARMACIE**

Si è provveduto a:

- Trasmettere al Servizio di Farmacovigilanza dell'ATS di Bergamo i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2017 – Dicembre 2017 n. 3 ricette per CFA.

#### **RICETTE ARCHIVIALE CORRETTE**

- n.6 ricette archiviate in quanto corrette.

**Totale ricette elaborate 202, di cui 193 inviate con protocollo, 6 archiviate corrette, 3 di competenza del Servizio di Farmaco Vigilanza.**

#### **PIANI TERAPEUTICI**

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, tra le attività di governo della domanda in capo al Servizio di Farmacoeconomia, la gestione dei piani terapeutici riveste un ruolo di grande importanza.

Come si legge nelle Regole di Sistema 2019 *“il Piano terapeutico è uno strumento regolatorio che definisce le condizioni cliniche di rimborsabilità di un medicinale, ma è anche uno strumento che consente la continuità terapeutica ed assistenziale, permettendo al medico di cure primarie di proseguire nella*

prescrizione farmaceutica, in base alle informazioni fornite dal medico specialista, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata ed, in taluni casi, afferenti a centri di cura individuati dalla Regione”.

Come disposto sempre nelle Regole di Sistema 2019 "al fine di garantire la tracciabilità e la correttezza nella redazione dei Piani Terapeutici, è fatto obbligo agli erogatori l'utilizzo della piattaforma informatizzata, ove predisposta dalle ATS di afferenza territoriale, nelle more di un Sistema Regionale per la gestione web based dei Piani Terapeutici Online che contribuisca alla dematerializzazione dei processi sanitari, in ottica di semplificazione dell'accesso ai servizi da parte del cittadino. Sono esclusi i farmaci già inseriti nelle specifiche piattaforme AIFA. In ogni caso gli erogatori dovranno assicurare l'invio dei piani terapeutici, redatti dai propri specialisti, alle differenti ATS in base alla residenza dei pazienti in carico”.

L'ATS di Bergamo in collaborazione con la ditta Oslo ha realizzato un'applicativo per la gestione on line dei piani terapeutici con l'inserimento automatico dei dati anagrafici del paziente dal database dell'anagrafe assistiti dell'ATS aggiornato mensilmente, che velocizza di molto l'operazione e garantisce la correttezza degli stessi, ma soprattutto l'inserimento guidato della condizione clinica, del farmaco, del dosaggio, della durata del trattamento terapeutico che riduce gli errori nel data entry introducendo un controllo ex ante.

Come si evince nella tabella 1, la percentuale di piani terapeutici informatizzati è aumentata nel triennio 2016-2018 dal 46,41% al 60,69% raggiungendo l'82,20%. Il numero di piani è aumentato passando dai 35000 nel 2016, ai 38781 nel 2017 attestandosi a 35835 nel 2018.

**Tabella 1**

<b>ANNO</b>	<b>TOT PT</b>	<b>ON LINE OSLO</b>	<b>WEB AIFA</b>	<b>TOT ON LINE</b>	<b>% INFORMATIZZATI</b>
2016	35000	10532	5711	16243	46,41%
2017	38781	15684	7853	23537	60,69%
2018	35835	20718	8739	29457	82,20%

Si precisa che la quota di piani terapeutici che pervengono da strutture fuori provincia pari al 5%, in tutti e tre gli anni non sono informatizzati come si evince nella tabella 2 in quanto, nelle more di un sistema regionale per la gestione web based dei piani terapeutici, ciascuna ATS utilizza una piattaforma a valenza provinciale.

**Tabella 2**

<b>ANNO</b>	<b>TOT PT</b>	<b>PT FUORI PROVINCIA</b>	<b>% SU TOT.</b>
2016	35000	1785	5,10%
2017	38781	2083	5,37%
2018	35835	1805	5,04%

Come da procedura aziendale, tutti i piani inviati al Servizio di Farmacoeconomia da parte delle Strutture Autorizzate sono controllati con riferimento alla presenza e alla correttezza di tutti gli elementi indispensabili ai fini della loro validità.

Dopo i controlli, i Piani Terapeutici compilati correttamente sono archiviati per anno di competenza.

Per i Piani Terapeutici per cui sono rilevate omissioni, irregolarità o anomalie nella compilazione, in base agli elementi indispensabili per la prescrizione a carico SSN previsti dalla normativa vigente, viene fatta specifica formale segnalazione agli Enti di appartenenza dello specialista prescrittore.

Nel caso in cui i Piani Terapeutici siano restituiti dalle Strutture interessate, compilati correttamente e regolarizzati, gli stessi vengono archiviati.

Come si può constatare dalla tabella 3, le verifiche in atto da molti anni e il sistema di controllo ex ante introdotto con l'implementazione dell'applicativo on line hanno fatto sì che il numero di piani restituiti alle

strutture interessate per la regolarizzazione e la percentuale di piani con anomalie sul totale dei piani pervenuti sia molto limitato.

**Tabella 3**

<b>ANNO</b>	<b>TOT PT</b>	<b>RESTITUZIONI</b>	<b>%ERRORE</b>
2016	35000	857	2,45%
2017	38781	872	2,25%
2018	35835	1146	3,20%

Nella tabella 4 i piani terapeutici restituiti nel triennio 2016 - 2018 per irregolarità sono suddivisi per struttura.

**Tabella 4**

<b>STRUTTURA</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
ASST BERGAMO EST	226	37	174
ASST BERGAMO OVEST	61	60	200
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	138	149	90
CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO	2	5	10
CASA DI CURA SAN FRANCESCO	37	25	152
CENTRO DON ORIONE	4	2	0
CLINICA CASTELLI/HUMANITAS CASTELLI	3	9	37
FERB - GAZZANIGA	108	18	8
FERB - TRESORE	0	6	9
HABILITA SARNICO	49	31	10
HABILITA SAN MARCO	4	50	24
HABILITA ZINGONIA	0	1	0
HUMANITAS GAVAZZENI	60	51	57
ISTITUTO CLINICO QUARENGHI	13	29	49
NEPHROCARE	8	3	7
POLICLINICO SAN MARCO SAN PIETRO	100	253	155
AVALON	0	0	2
FONDAZIONE SANTA MARIA AUSILIATRICE	0	0	3
FONDAZIONE IPS CARD GUSMINI ONLUS	0	9	11
FUORI PROVINCIA	44	134	148
<b>TOTALE</b>	<b>857</b>	<b>872</b>	<b>1146</b>

Nella tabella 5 i piani terapeutici informatizzati nel triennio 2016 – 2018 sono suddivisi per ATC.

**Tabella 5**

<b>ATC</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
ATC A - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN AGONISTI GLP-1R NEL DIABETE TIPO 2	0	0	107
ATC A - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN PRESCRIZIONE DI INCRETINE/INIBITORI DPP-4	0	38	2.575
ATC A - PT PER PRESCRIZIONE SSN DI INSULINA DEGLUDEC	460	1.438	1.641
ATC A - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE IN ASS. FISSA	0	11	413
ATC A - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI LEVOCARNITINA (NOTA AIFA 8)	5	6	5
ATC B - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI ALBUMINA UMANA (NOTA AIFA 15)	62	223	219
ATC B - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI ERITROPOIETINE (EX NOTA 12)	1.168	1.154	1.227
ATC B - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI PRASUGREL	167	144	118
ATC B - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI TICAGRELOR	710	792	907
ATC B - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI TICAGRELOR 60MG	0	29	99
ATC C - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI DRONEDARONE	26	34	35
ATC C- P.T. PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI PER LA DISFUNZIONE ERETTILE (NOTA AIFA 75)	0	213	265
ATC C - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI RANOLAZINA	8	0	0
ATC D - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI CORTISONICI PER USO TOPICO (NOTA AIFA 88)	6	10	5
ATC D - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI IMIQUIMOD	23	56	55
ATC D - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI TACROLIMUS PER LA DERMATITE ATOPICA	14	48	62
ATC G - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI PER INFERTILITA (NOTA AIFA 74)	1.323	1.884	1.673
ATC G - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI ORMONI ANDROGENI (NOTA AIFA 36)	23	91	143
ATC H - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI ANALOGHI DELLA SOMATOSTATINA	76	136	175
ATC H - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI CINACALCET	127	186	196
ATC H - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI GONADORELINA	0	0	2
ATC H - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI ORMONE DELLA CRESCITA (GH) (NOTA AIFA 39)	154	170	182
ATC H - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI PARACALCITOLE	120	129	138
ATC H - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI TERIPARATIDE (NOTA AIFA 79)	0	0	24
ATC J - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTI-D (RH)	59	57	41
ATC J - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (EX NOTA AIFA 32 BIS)	60	78	117
ATC J - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI VALGANCICLOVIR	9	9	13
ATC L - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI DEGARELIX	41	57	98
ATC L - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI PER LA SCLEROSI MULTIPLA (NOTA AIFA 65)	17	0	0
ATC L - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI F. DI CRESCITA GRAN.(EX NOTA AIFA 30 E 30 BIS)	488	513	572
ATC L - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI INTERFERONI (EX NOTA AIFA 32)	23	11	5
ATC L - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI LEFLUNOMIDE	7	141	154
ATC L - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI TACROLIMUS, SIROLIMUS, EVEROLIMUS	26	435	615
ATC L - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI TRETINOINA	3	1	5
ATC L/G- P.T. PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI ANALOGHI RH E ANT. (NOTA AIFA 51)	819	1.466	1.585
ATC N - P.T. MORBO DI PARKINSON	277	581	956
ATC N - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI BRIVARACETAM	0	0	7
ATC N - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI CLOZAPINA	279	342	329
ATC N - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI PER LALZHEIMER (NOTA AIFA 85)	3.465	4.063	4.766
ATC N - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI MODAFINIL	0	0	5
ATC R - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI PER LA BPCO	104	700	761
ATC R - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI PER LA BPCO. TRIMBOW	0	0	3
ATC V - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI DEFEROXAMINA	6	7	2
ATC V - P.T. PER PRESCRIZIONE SSN DI FARMACI PER IPERKALIEMIA E IPERFOSFATEMIA	377	431	418
<b>TOTALI</b>	<b>10.532</b>	<b>15.684</b>	<b>20.718</b>

## FARMACI EQUIVALENTI

Per la promozione dei farmaci equivalenti, nell'ambito del supporto tecnico e operativo fornito dal Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASL di Bergamo all'U.O. Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo Regione Lombardia, sono stati elaborati i mix ottimali tra principi attivi, mensilmente per il periodo **gennaio-ottobre 2018** (dati disponibili nel 2018) per tutte le ATS della Regione Lombardia, relativi alle categorie terapeutiche al IV livello, C08CA (derivati diidropiridinici), N06AX (altri antidepressivi), S01EE (analoghi delle prostaglandine ATC sotto osservazione, individuati sulla base della miglior performance assunta quale benchmark di riferimento tra le singole ASL della Lombardia).

## FILE F

Sono stati effettuati i controlli per i farmaci sotto indicati e nelle percentuali previste, relativamente al I trimestre 2018 nei mesi di giugno e luglio, relativamente al II trimestre 2018 nei mesi di agosto e settembre e relativamente al III trimestre 2018 nei mesi di novembre e dicembre presso tutte le strutture provinciali:

- farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per farmaci HCV
- farmaci ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab): 70% del trimestre
- farmaci oncologici: 70% del trimestre
- rituximab, trastuzumab e temozolamide: 70% del trimestre.

## 3. UFFICIO DI FARMACOCONTABILITÀ

Sono stati chiusi i controlli contabili delle prescrizioni farmaceutiche degli anni 2009, 2010 e 2011 con le rispettive deliberazioni n. 429 del 24/05/2018, n. 554 del 28/06/2018 e n. 814 del 18/10/2018.

ANNO	IMPORTO RECUPERATO/SITUAZIONI LAVORI	DELIBERE DEL DG ATS BERGAMO
2009	€ 19234,55	N. 429 del 24 maggio 2018
2010	€ 13.058,75	N. 554 del 28 giugno 2018
2011	- € 15.432,63	N. 814 del 18 ottobre 2018

Sono stati controllati gli anni 2014 e 2015 relativi ai verbali di accertamento su esenzioni ticket farmaceutici riscossi nell'anno 2018 fino al primo semestre 2019 con un recupero di:

ANNO	IMPORTO RECUPERATO	VERBALI ACCERTAMENTO/NOTIFICHE ILLECITO AMMINISTRATIVO
2014 e 2015	€ 76.359,50	Anno 2018 e 1° semestre 2019

#### 4. UFFICIO PROTESICO

Il Piano dei Controlli 2018 prevedeva una verifica del 30% dei fornitori accreditati con l'ATS Bergamo per la fornitura di protesi, ortesi e ausili di cui all'Elenco 1 del D.M. 332/99 e al D.P.C.M. del 12.01.2017 ossia 20 esercizi su un totale di 62. L'obiettivo è stato raggiunto ispezionando 27 esercizi nella Provincia di Bergamo, raggiungendo pienamente l'obiettivo previsto.

Le ispezioni si sono svolte come da tabella seguente:

FORNITORE	INDIRIZZO	COMUNE	TIPOLOGIA	MODALITA'	DATA ISPEZIONE
ORTOPEDIA BURINI SRL	VIA G. MARCONI, 9	TORRE D/RI	ORTOPEDIA	1^ SOPRALLUOGO	17/04/2018
REHATTIVA S.R.L.	VIA CREMASCA, 50	AZZANO S/P	ORTOPEDIA	CONTROLLO	17/04/2018
FOTO OTTICA CARMINATI SRL	VIA VITTORIO EMANUELE, 20	CALUSCO D/A	OTTICA	CONTROLLO	04/05/2018
OTTICA ROLIN SRL	VIA MAZZINI, 103	VILLA D'ALME'	OTTICA	CONTROLLO	04/05/2018
ORTOPEDIA FAGIANI DI FAGIANI	VIA FORNACI, 6/F	VILLA D'ALME'	ORTOPEDIA	CONTROLLO	04/05/2018
UDICARE S.R.L.	VIA G. VERDI, 23/D	BERGAMO	AUDIOPROTESICA	CONTROLLO	11/05/2018
CENTRO ACUSTICO EUROPEO SNC	VIA PALAZZOLO, 21/A	BERGAMO	AUDIOPROTESICA	CONTROLLO	11/05/2018
CENTRO ACUSTICO ITALIANO SNC	VIA S.BERNARDINO,33/C	BERGAMO	AUDIOPROTESICA	CONTROLLO	11/05/2018
MARZIALI & FARNETI GROUP SRL	VIA ZAMBONATE, 75/77	BERGAMO	OTTICA	CONTROLLO	11/05/2018
OTTICO E. CATTOZZO S.A.S.	VIA XX SETTEMBRE, 50	BERGAMO	OTTICA	CONTROLLO	11/05/2018
CENTRO OTTICO MAFFIOLETTI SRL	PIAZZA FILIBERTO, 9	BERGAMO	OTTICA	CONTROLLO	01/06/2018
C.A.L. SRL	VIA F. CORRIDONI, 95	BERGAMO	AUDIOPROTESICA	CONTROLLO	01/06/2018
UDITALIA DI FRANCO OCCIONI	VIA BORGO PALAZZO, 78/D	BERGAMO	AUDIOPROTESICA	CONTROLLO	01/06/2018
MEDICAL FARMA SRL	VIA BORGO PALAZZO, 112	BERGAMO	ORTOPEDIA	CONTROLLO	01/06/2018
LOMBARDA SALUTE S.A.S.	VIA G. BRUNO, 4	ARCENE	ORTOPEDIA	CONTROLLO	25/05/2018
ORTOPEDIA ZINGONIA	CORSO EUROPA, 69	VERDELLINO	ORTOPEDIA	CONTROLLO	25/05/2018
OTTICA MAIKA-I.PO SRL	VIA BERGAMO, 11	DALMINE	OTTICA	CONTROLLO	25/05/2018
OTTICA MAIKA-I.PO SRL	VIA GRUMELLO, 62	BERGAMO	OTTICA	CONTROLLO	25/05/2018
MEDIGOLD DI MAURO GOLDONI	VIA L. DA VINCI, 3	CAROBBIO D/A	ORTOPEDIA	CONTROLLO	08/06/2018
MEDIA REHA SRL	VIALE KENNEDY, 15/C	PEDRENGO	ORTOPEDIA	CONTROLLO	08/06/2018
ORTOPEDIA PREVITALI GAETANO	VIA PASSO DEL VIVIONE, 4/A	BERGAMO	ORTOPEDIA	CONTROLLO	08/06/2018
ORTOPEDIA GAVARDINI & RAPETTI SRL	VIA G. CAMOZZI, 120	BERGAMO	ORTOPEDIA	CONTROLLO	14/06/2018
MEDICAL UDITO SNC	VIA STOPPANI, 7/A	BERGAMO	AUDIOPROTESICA	CONTROLLO	14/06/2018
ORTOPEDIA ZAMBELLI SNC	VIA TARAMELLI, 21	BERGAMO	ORTOPEDIA	CONTROLLO	14/06/2018
OTTICA BRUZZESE	VIA TARAMELLI, 25/A	BERGAMO	OTTICA	CONTROLLO	14/06/2018
ORTOPEDIA BURINI SRL	VICOLO SAN GIORGIO, 2	ROMANO L.DO	ORTOPEDIA	1^ SOPRALLUOGO	26/10/2018
L'ORTOPEDIA SU MISURA S.R.L.	VIA BARACCA, 2	SAN PAOLO D'A.	ORTOPEDIA	1^ SOPRALLUOGO	26/10/2018

# PIANO DEI CONTROLLI 2019

## 1. SERVIZIO DI VIGILANZA FARMACEUTICA

In base alle Regole di Sistema 2019 del DGR XI/1046 del 17.12.2018 si prevede per il 2019 quanto segue.

<b>Macro Obiettivo</b>	Vigilanza sulle Farmacie/Dispensari farmaceutici della Provincia di Bergamo in convenzione con il SSN, sia ai fini tecnico-amministrativi che igienico – sanitari, svolta ai sensi del T.U.LL.SS. (art.i 111 e 127) e L.R. n. 33/2009 (art.i 80 e 82); Vigilanza su Grossisti/Depositari per rilascio e mantenimento autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso dei medicinali per uso umano, svolta ai sensi del D.Lgs. n. 219/2006 (titolo VII) e L.R. n. 33/2009 (art.80, lettera i); Vigilanza su esercizi commerciali che vendono farmaci OTC e SOP (Parafarmacie); Vigilanza RSA.
<b>Enti Erogatori</b>	Farmacie/Dispensari farmaceutici; Grossisti/Depositari; Esercizi commerciali che vendono farmaci OTC e SOP (Parafarmacie); RSA.
<b>Azione</b>	Controllo di almeno il 50% (174 su un totale di 347) tra Farmacie e Dispensari farmaceutici; Controllo del 50% (3 su un totale di 6) dei Grossisti; Controllo del 20% (2 su un totale di 8) dei Depositari; Controllo del 30% (20 su un totale di 65) di RSA; Controllo del 10% (3 su un totale di 32) di Parafarmacie.
<b>Criticità</b>	Vastità della provincia; Numero elevato di esercizi da vigilare; Complessità dell'ispezione; Personale ridotto; Rispetto della rotazione dei Componenti della Commissione.
<b>Azione Concreta</b>	Ispezioni a cura delle apposite Commissioni di Vigilanza all'uopo istituite (ispezioni ordinarie/straordinarie/preventive); Verifica degli adeguamenti effettuati a seguito di prescrizioni emesse in sedi ispettive; Verifica dell'avvenuto pagamento di eventuali sanzioni.
<b>Indicatore di Risultato</b>	Redazione di verbale di ispezioni, verbali di contestazioni di illeciti amministrativi, verifica delle misure correttive adottate, gestione scritti difensivi avverso verbali di contestazione e ordinanze ingiunzioni, memorie del Giudice di Pace /Tribunale.

## 2. SERVIZIO DI FARMACOECONOMIA

<b>Macro Obiettivo</b>	Controlli appropriatezza farmaceutica territoriale
<b>Enti Erogatori</b>	Prescrittori di farmaci a carico del SSN
<b>Azione</b>	Verifica appropriatezza prescrittiva farmaci in farmaceutica convenzionata
<b>Criticità</b>	
<b>Azione Concreta</b>	Controlli errata segnalazione note AIFA anno 2018 Controlli prescrittori critici anno 2015 e 2016 Gestione Piani Terapeutici con completa informatizzazione degli stessi
<b>Indicatore di Risultato</b>	Verifica di tutte le ricette con errata segnalazione di Nota AIFA anno 2018 di cui ai tabulati pervenuti all'ATS da Santer. Verifica prescrittori critici individuati sulla base degli indicatori stabiliti dalle procedure aziendali in vigore. Numero Piani Terapeutici restituiti per mancata informatizzazione dal 01.01.2019 al 31.12.2019 /N. Piani Terapeutici inseriti nell'applicativo dopo la restituzione = 1

<b>Macro Obiettivo</b>	Controlli di appropriatezza File F
<b>Enti Erogatori</b>	Enti che rendicontano Farmaci File F
<b>Azione</b>	Verifiche appropriatezza prescrittiva farmaci rendicontati in File F
<b>Criticità</b>	Impossibilità da parte di LISPA ad effettuare il controllo automatico sui prezzi per tutte le prestazioni File F, in particolare per le rendicontazioni in frazioni che variano da erogatore ad erogatore. Mancanza di indicazioni regionali su come effettuare i controlli sui prezzi.
<b>Azione Concreta</b>	Seguendo le indicazioni della DGR n. XI/ 1046 del 17/12/2018 controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione su tutti i farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): - 100% con verifica puntuale a carico dell'ATS del reale costo sostenuto da parte della struttura.
<b>Indicatore di Risultato</b>	100% con verifica puntuale a carico dell'ATS del reale costo sostenuto da parte della struttura.

### 3. UFFICIO DI FARMACOCONTABILITÀ

L'ufficio di Farmacocontabilità prevede il proseguimento del Progetto "Un Team per le ASL (ATS)" anche per l'anno 2019, in collaborazione con Santer per quanto riguarda i controlli contabili.

#### Primo semestre 2019:

- Conclusione ANNI CONTABILI degli anni 2012-13, già deliberato;
- Concludere i contraddittori con le farmacie, per gli anni 2014 e 15, predisponendo entro Agosto delibere di termini lavori.

#### Secondo semestre 2019:

Entro fine anno 2019 è prevista, da parte di Santer, la consegna delle prime lettere contabili per l'anno 2016.

Per quanto riguarda i controlli CONTABILI, le ricette DPC, WEB – CARE e Moduli SISS sono verificate in tempo reale, permettendo la chiusura di contenziosi prima della liquidazione con DCR del mese stesso.

ANNO	IMPORTO RECUPERATO / SITUAZIONI LAVORI	DELIBERE DEL DG ATS BERGAMO
2012 - 2013	€ 11.364,06	N. 149 del 28 febbraio 2019
2014	Chiusura contraddittori	Entro fine luglio
2015	Chiusura contraddittori	Entro fine luglio
2016	In attesa di prima lettera	Entro fine anno

#### Scheda UFC 2019:

<b>Macro Obiettivo</b>	Controlli contabili ricette – "Un Team per le ASL (ATS)".
<b>Enti Erogatori</b>	Farmacie provincia di Bergamo.
<b>Azione</b>	Controllo anni 2014-15.
<b>Criticità</b>	Applicazione protocollo "Un Team per le ASL (ATS)".
<b>Azione Concreta</b>	Contraddittori con le Farmacie.
<b>Indicatore di Risultato</b>	Inserimento delle rettifiche contabili in Farma 2017 e relativa Delibera di chiusura.

#### 4. UFFICIO PROTESICO

Il Piano dei Controlli 2019 prevede una verifica e controllo delle autocertificazioni presentate all'ATS di Bergamo per l'accredito nell'elenco regionale dei fornitori di protesi e ausili di cui all'elenco 1 del D.M. 332/99 e s.m.i.

Si chiede di realizzare il controllo del 20% dei fornitori accreditati con l'ATS Bergamo ossia di almeno 12 esercizi su un totale di 60.

I controlli che verranno effettuati saranno i seguenti:

- Verifica della presenza del Tecnico Ortopedico/Audioprotesista/Ottico durante l'apertura dichiarata dell'attività, rispetto delle norme contenute nel D.M. 332/99 e da D.P.C.M. del 12.01.2017 e delle disposizioni regionali come da DGR n. 8730 del 22.12.2008;
- Verifica delle autocertificazioni prodotte dal fornitore;
- Controllo delle strumentazioni presenti nei negozi come stabilito nella check-list nella Nota Regionale Prot. N. H1.2011.0027302 del 19.09.2011 attualmente in vigore;
- Verifica della corretta gestione delle pratiche nell'applicativo regionale Assistant@RL, nell'ordine del 5% (a campione) delle prescrizioni prese in carico dal fornitore;
- Verifica della corretta applicazione della Legge sulla Privacy GDPR 2016/679 in merito alla protezione dei dati personali degli assistiti.

L'obiettivo del 2019 sarà realizzare il Controllo del 100% (12 su 12) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo e la verifica a campione del 5% delle pratiche gestite dal fornitore attraverso l'applicativo Assistant@RL e la tenuta di un registro con i Verbali delle ispezioni svolte.

<b>Macro Obiettivo</b>	Attivazione controlli del mantenimento dei requisiti sui Fornitori accreditati con l'ATS di Bergamo per la fornitura di protesi, ortesi e ausili di cui all'Elenco 1 del D.M. 332/99 e al D.P.C.M. e s.m.i.
<b>Enti Erogatori</b>	Ortopedie, Audioprotesiche ed Ottiche che erogano protesi, ortesi, ausili e dispositivi medici autorizzate dalle ATS ricompresi nell'Albo Regionale dei Fornitori.
<b>Azione</b>	Controllo del 20% (almeno 12 su un totale di 60) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo.
<b>Criticità</b>	Verifica della presenza del Tecnico Ortopedico/Audioprotesista/Ottico durante l'apertura dichiarata dell'attività, rispetto delle norme contenute nel D.M. 332/99 e del D.P.C.M. del 12.01.2017 e delle disposizioni regionali come da DGR n. 8730 del 22.12.2008. Verifica del mantenimento dei requisiti contenuti nella Nota Regionale Prot. n. H1.2011.0027302 del 19.09.2011.
<b>Azione Concreta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verifica delle autocertificazioni prodotte dal fornitore;</li><li>• Controllo delle strumentazioni presenti nei negozi come stabilito nella check-list nella Nota Regionale Prot. N. H1.2011.0027302 del 19.09.2011 attualmente in vigore;</li><li>• Presenza del tecnico ortopedico/audioprotesista/ottico durante l'orario di apertura dichiarato;</li><li>• Verifica della corretta gestione delle pratiche nell'applicativo regionale Assistant@RL, nell'ordine del 5% (a campione) delle prescrizioni prese in carico dal fornitore;</li></ul> Verifica della corretta applicazione della Legge sulla Privacy GDPR 2016/679 in merito alla protezione dei dati personali degli assistiti.
<b>Indicatore di Risultato</b>	Controllo del 100% (12 su 12) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo. Verifica a campione del 5% delle pratiche gestite dal fornitore attraverso l'applicativo Assistant@RL.

## PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

Il quadro demografico della provincia di Bergamo è caratterizzato, come detto, dal costante aumento della frazione di persone anziane. Si assiste dunque al progressivo aumento dell'aspettativa di vita, cui tuttavia si associano un aumento della prevalenza del numero di soggetti anziani affetti da *pluripatologie croniche e a lungo termine*, congiuntamente ad un aumento della *fragilità* legata alla perdita di abilità fisiche, psicologiche e sociali, spesso in presenza di *quadri clinici di grande complessità* che mutano continuamente nel corso della storia naturale della malattia. Una dimensione di fragilità di particolare rilevanza è quella riferita alla *condizione di non autosufficienza* della persona, determinata dall'invecchiamento associato a malattie, o da patologie insorgenti alla nascita o nel corso dell'esistenza che limitano la capacità funzionale e che richiedono alla famiglia la messa in campo, per l'assistenza, di risorse fisiche e psicologiche, oltre che economiche. La gestione delle malattie cronicodegenerative, con il corollario ora descritto, rappresenta una delle principali sfide dei sistemi sanitari, sia in termini di qualità della cura che di impatto sulle persone e sulla comunità. Le stime epidemiologiche, in particolare, prevedono che nel 2020 le malattie croniche, saranno la causa del 73% della mortalità generale ed il 60% del carico di malattia globale (*Global Burden of Disease*). Diverse strategie sono state implementate in vari Paesi per la gestione integrata della cronicità mantenendo la sostenibilità dei sistemi sanitari, e nel corso degli ultimi vent'anni si è sviluppata a livello internazionale la ricerca sull'efficacia di vari modelli organizzativi per la gestione del paziente cronico.

L'evoluzione dai programmi di Disease Management, finalizzati al governo della domanda attraverso il governo clinico della malattia secondo linee-guida e protocolli evidence-based (PDTA), verso la cosiddetta Integrated Care -centrata sull'integrazione della rete d'offerta per la presa in carico del paziente cronico anche affetto da più condizioni patologiche- fino alle prospettive più recenti di Population Health Management, spostano il focus dell'azione organizzativa dall'individuo alla popolazione, e sviluppano nuovi metodi per l'analisi della domanda e la programmazione dei servizi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di stratificazione del rischio basati su dati clinici e amministrativi. L'approccio di Population Health Management consente così di identificare nel territorio gruppi di pazienti con livelli diversi di severità e complessità della malattia, facilitando la modulazione di risposte organizzative adeguate al livello di rischio del singolo paziente. Si è così giunti ai recenti sviluppi operativi in Regione Lombardia, definiti in particolare dalle seguenti normative regionali: deliberazione n.4662 del 23/12/2015 "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"; deliberazione n.6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015"; deliberazione n.6551 del 04/05/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009"; deliberazione n.7038 del 03/08/2017 "Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR n.6551 del 04/05/2017"; deliberazione n. 7655 del 28/12/2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. x/6551 del 04/05/2017".

La DGR 6164 ha stabilito i ruoli, le modalità, le risorse e le condizioni per la presa in carico dei pazienti cronici da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. La DGR 6551 ha stratificato tutta la popolazione regionale in base alle caratteristiche cliniche e ai consumi delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, individuando circa 3,5 milioni di persone affette da patologie croniche, in Regione Lombardia, che impegnano il sistema sanitario e sociosanitario con differenti bisogni di cura e assistenza.

La tabella che segue mostra (al 30 giugno 2018) la situazione quantitativa dei pazienti cronici (con relativa stratificazione per complessità) in provincia di Bergamo.

Stratificazione e Pazienti cronici ATS di Bergamo	N. PAZIENTI	% su totale cronici	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
LIVELLO 1	12.767	3,6%	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione: strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate
LIVELLO 2	127.691	36,4%	Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG: Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate; MMG in associazione
LIVELLO 3	209.894	59,9%	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
totale provincia Bergamo	350.352	100,0%			

Le prime 15 patologie principali (è naturalmente possibile che un paziente presenti più patologie in compresenza), secondo la classificazione di Regione Lombardia, nella suddivisione per livelli di complessità, sono descritte dalla tabella seguente.

Patologia principale	LIVELLO								% singola patologia/totale	% Cumulativa
	01-Elevata fragilità clinica		02-Cronicità polipatologica (fino a 3 patologie)		03-Cronicità iniziale (monopatologica)		Totale			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
56-IPERTENSIONE ARTERIOSA	18	,0%	13.538	16,6%	67.953	83,4%	81.509	100,0%	23,4	23,4
50-DIABETE MELLITO TIPO 2	282	1,0%	17.386	63,7%	9.635	35,3%	27.303	100,0%	7,9	31,3
48-IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	267	1,3%	12.990	61,1%	8.020	37,7%	21.277	100,0%	6,1	37,4
29-CARDIOPATIA ISCHEMICA	902	4,8%	9.597	51,0%	8.323	44,2%	18.822	100,0%	5,4	42,8
10-NEOPLASIA ATTIVA	1.824	10,5%	10.222	58,7%	5.370	30,8%	17.416	100,0%	5,0	47,8
30-MIOCARDIOPATIA ARITMICA	330	2,2%	6.397	42,6%	8.282	55,2%	15.009	100,0%	4,3	52,2
63-ASMA	0	,0%	255	2,0%	12.464	98,0%	12.719	100,0%	3,7	55,8
20-SCOMPENSO CARDIACO	541	4,6%	6.316	53,6%	4.929	41,8%	11.786	100,0%	3,4	59,2
60-IPOTIROIDISMO	0	,0%	513	4,4%	11.186	95,6%	11.699	100,0%	3,4	62,6
57-NEOPLASIA FOLLOW-UP	0	,0%	1.342	12,2%	9.683	87,8%	11.025	100,0%	3,2	65,7
43-EPATITE CRONICA	202	1,8%	3.974	36,1%	6.839	62,1%	11.015	100,0%	3,2	68,9
59-NEOPLASIA REMISSIONE	2	,0%	1.316	12,4%	9.308	87,6%	10.626	100,0%	3,1	72,0
32-MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	119	1,3%	3.753	39,4%	5.647	59,3%	9.519	100,0%	2,7	74,7
23-VASCULOPATIA CEREBRALE	936	10,5%	4.852	54,7%	3.088	34,8%	8.876	100,0%	2,6	77,3
39-BPCO	357	4,4%	4.386	53,9%	3.399	41,7%	8.142	100,0%	2,3	79,6

## PROGRAMMA DI ATTIVITÀ 2019

1. Verifica a campione del mantenimento dei requisiti organizzativi, gestionali e delle risorse tecnologiche degli Enti gestori, stratificati per tipologie di Ente (20%);
2. stante l'attuale assenza di un software gestionale favorente un'analisi dei PAI non validi ex ante, ATS di Bergamo provvederà a visionare tutti i PAI non validati, inviando agli Enti gestori gli elementi identificativi dei singoli PAI di loro competenza e richiedendo l'invio di eventuali controdeduzioni. Queste ultime verranno valutate dalla Commissione istituita ai sensi delle DDGGRR 6164/2017 e 7655/2017;
3. verifica di congruenza tra prescrizioni pianificate nei PAI e prestazioni eseguite dai pazienti: gli elementi indispensabili per poter effettuare in modo corretto ed esaustivo questa tipologia di controllo sono i seguenti:
  - completa disponibilità come tracciato informatizzato del PAI dei singoli pazienti a livello di dettaglio prestazionale nelle sue componenti: periodo temporale, esami di specialistica ambulatoriale e prescrizioni farmaceutiche;
  - flussi completi 28/SAN e farmaceutica territoriale (già nelle disponibilità di ATS);
  - disponibilità di specifico software gestionale per effettuazione degli incroci dati opportuni.

Non appena saranno disponibili i tre suddetti elementi (ovviamente indispensabile risulta quanto indicato nel 1° punto), si procederà all'effettuazione di controlli incrociati finalizzati al monitoraggio della congruenza ex post con costruzione dei relativi indicatori.

- Relativamente alla costruzione di indicatori sulla Customer Satisfaction si richiederà agli Enti gestori la disponibilità di un flusso informativo, con essi concordato, sul quale effettuare un'analisi di questionari che l'Ente stesso provvederà a somministrare ai pazienti presi in carico.

## DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE

### ATTIVITÀ DI VERIFICA 2018

#### 1. DATI DI CONTESTO AL 31-12-2018

<b>Numero di Medici di Medicina Generale Titolari</b>	<b>712</b>
Numero di Medici di Medicina Generale Provvisori	34
<b>Numero di Pediatri di Libera Scelta Titolari</b>	<b>145</b>
Numero di Pediatri di Libera Scelta Provvisori	10
<b>Numero di Medici di Continuità Assistenziale Titolari</b>	<b>27</b>
Numero di Medici di Continuità Assistenziale Provvisori	178
<b>Numero di Postazioni di Continuità Assistenziale</b>	<b>27</b>
Numero di Postazioni di Continuità Assistenziale Strutturata	15
<b>Numero di ambulatori pediatrici progetto "Estensione Pediatrica del sabato"</b>	<b>8</b>

#### 2. SINTESI DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2018

##### 2a) Controllo su attività remunerate a prestazione

L'attività di controllo ha analizzato i flussi di rendicontazione ai fini di verificare la corrispondenza tra le prestazioni autorizzate, rendicontate ed erogate.

##### Monitoraggio ADP, ADI, PPIP - Medici di Assistenza Primaria

MAP dato 2018	ADP	ADI	PPIP
<b>N MAP che rendicontano prestazione</b>	563	735	
<b>N Autorizzazioni richieste anno 2018</b>	5278	7081	
<b>N Autorizzazioni rilasciate anno 2018</b>	5265	7081	
<b>Eventuali altre criticità riscontrate in fase di autorizzazione</b>	richiesta autorizzazione incompleta		
<b>N di prestazioni retribuite ai MAP</b>	68.794	42.467	36.658
<b>N di utenti + 65 anni *</b>	7541*	11.705*	
<b>N di utenti under 65 anni *</b>	460*	2.262*	

\*il dato include anche utenti seguiti nel 2018 con autorizzazione rilasciata in anni precedenti.

## Monitoraggio ADP e ADI - Pediatri di Famiglia

PDF dato 2018	ADP	ADI
N PDF che rendicontano prestazione	2	49
N Autorizzazioni richieste	2	64
N Autorizzazioni rilasciate	2	64
Principali motivi di rifiuto autorizzazione	0	0
Eventuali altre criticità riscontrate in fase di autorizzazione	0	0
N di prestazioni retribuite ai PDF	2	398
N di utenti Assistiti	2	64

## Attività di verifica ADP e ADI – Medici di Assistenza Primaria

(MAP –dato 2018)	ADP	ADI
N. tot verifiche effettuate sull'attività rendicontata	100% viene effettuato un controllo sistematico sulla corrispondenza tra frequenza accessi autorizzati e rendicontati	
Segnalazioni/ lamentele	1	0
Mancata remunerazione	n 18 prestazioni euro 340,20	0
Sanzioni applicate	0	0

## Attività di verifica ADP e ADI – Pediatri di Famiglia

(PDF –dato 2018)	ADP	ADI
N. tot verifiche effettuate sull'attività rendicontata	100% viene effettuato un controllo sistematico sulla corrispondenza tra frequenza accessi autorizzati e rendicontati	
Segnalazioni/lamentele	0	0
Mancata remunerazione	0	0
Sanzioni applicate	0	0

### 2b) Verifica prescrittività SISS

L'attività di controllo ha verificato, tramite cruscotto SISS, la conformità rispetto alle indicazioni regionali delle prescrittività dei MAP/PDF relativa all'anno precedente.

In base ai controlli effettuati risulta che i medici con prescrittività SISS inferiore all'80% nell'anno 2017 sono 43.

### 2c) Verifica prescrizioni ricette dematerializzate

L'attività di controllo ha monitorato la conformità della prescrittività dematerializzata rispetto agli adempimenti previsti dal DCPM 14.11.2015 e alle indicazioni regionali.

Il monitoraggio della prescrittività su ricetta DEM viene effettuato su base mensile; tra gli esiti dei controlli effettuati si segnala la trasmissione a 40 MAP/PDF con postazione obsoleta di lettera prot. U0069132 del 03/07/18 per ricordare loro il necessario adeguamento.

Inoltre, a partire da giugno 2018, il Dipartimento Cure Primarie, al fine di monitorare la corretta convergenza rispetto l'obiettivo della produzione delle ricette DEM da parte dei medici di assistenza primaria, ha definito un nuovo indicatore, sempre calcolato con frequenza mensile.

Sono stati quindi analizzati i dati DEM di tutti i mesi, fino all'ultimo di cui si dispone dei dati, ossia dicembre 2018.

L'indicatore del numero di medici con un basso numero di ricette farmaceutiche dematerializzate (DEM-farma) rispetto alle SISS si è gradualmente ridotto da 26 del mese di aprile a 12 del mese di dicembre.

Su tali medici (12) è in corso un percorso personalizzato atto ad eliminare tutte le cause oggettive ostative al raggiungimento di una percentuale DEM-farma in linea con la media dei colleghi del territorio.

## **2d) Verifica appropriatezza prescrittiva**

L'attività di controllo è stata mirata alla rilevazione di irregolarità prescrittive farmaceutiche e comportamenti non conformi da parte dei MAP e dei PDF

Indicatori	Rendicontazione a 31 dicembre 2018
<b>a) Controlli sulla corretta applicazione delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici e sui prescrittori critici</b>	a) Effettuati controlli sui MAP/PDF/MCA prescrittori critici, relativamente a 64 casi segnalati dal SFT per l'anno 2017. Prosecuzione controlli su 14 casi, relativi all'anno 2016 e anni precedenti, segnalati dagli ex Distretti ASL e dal SFT.
<b>b) Monitoraggio della prescrizione dei farmaci equivalenti</b>	b) Rispetto all'obiettivo regionale atteso del 77% su base annua (DDD), la situazione per l'ATS di Bergamo al 31/12/2018 è pari all'82,20% (dato progressivo gennaio-dicembre: 81,18%).

## **2e) Attività di monitoraggio e verifica relative alla sperimentazione CReG effettuate nel 2018**

Come da programma di monitoraggio/controllo programmato dal DCP, nel corso dell'anno 2018 è stata implementata l'attività di controllo inerente la sperimentazione CReG, con prevalente riferimento all'attività 2017, sulla base dei dati forniti da R.L. (CReG PAI, CReG gest,..., flussi informativi sanitari,..) e di quanto rendicontato all'ATS dallo stesso soggetto Gestore (IML s.c.p.a.) al di fuori del canale SMAF.

I controlli e le verifiche dell'ATS hanno riguardato quanto previsto nel "Contratto anno 2017 per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Agenzia di Tutela Salute (ATS) di Bergamo e la Società Iniziativa Medica Lombarda I.M.L. società cooperativa a r.l. per la gestione Clinico-organizzativa dei pazienti affetti da malattie croniche, secondo il modello CReG (Cronic Related Group) nell'ambito delle cure Primarie" (approvato con delibera n. 366 del 11/05/2017).

In particolare, tra l'altro, hanno interessato:

- il mantenimento dei requisiti organizzativi e funzionali, per l'anno 2017, previsti dalla DGR n. IX/1479 del 30.03.2011 (e succ. modifiche e integrazioni) tramite specifica Check List;
- il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati nell'allegato A) del Contratto definito "Protocollo Attuativo del Contratto CReG";
- appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI vs EPA (controlli ex ante);
- congruenza tra prestazioni pianificate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post);
- outcome di salute malattia-specifici (verifica a cura del Servizio Epidemiologico Aziendale).

Nel primo semestre 2018, così come era stato programmato, è stato inoltre verificato, un ulteriore 10% di casi relativi all'anno 2016, relativamente alla congruenza tra prestazioni programmate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post);

Tutta la documentazione prodotta è stata presentata, valutata e approvata dal "Comitato di Monitoraggio CReG" dell'ATS, organo di controllo dell'andamento del Progetto.

Di seguito vengono presentate le principali valutazioni.

### **Mantenimento requisiti organizzativi e funzionali**

Il Dipartimento Cure Primarie (DCP) dell'ATS ha effettuato controlli presso la Sede della Cooperativa IML e presso un campione di studi di MAP:

#### **Controlli requisiti "organizzativo e funzionali" presso gli Studi dei MAP CREG**

Presso gli studi di 32 Medici di Assistenza Primaria (MAP), aderenti al progetto CreG, sono stati valutati i seguenti requisiti organizzativi e funzionali (per i dettagli si rimanda alla documentazione agli atti del DCP):

- accettazione e sottoscrizione del Patto di Cura da parte dei pazienti arruolati;
- consenso al trattamento dei dati personali firmato da parte dei pazienti arruolati, secondo le modalità previste dal DDG n° 7407 del 01/08/2014;
- predisposizione PAI, a cadenza annuale, con sottoscrizione dello stesso PAI per ciascun paziente in carico;
- archiviazione documentazione (cartacea e/o informatica) nel rispetto della privacy;
- svolgimento funzione del Case Manager;
- formazione del MAP;
- conoscenza attività del Centro Servizi della Cooperativa IML s.c.p.a.;
- opinione dei propri assistiti rispetto al progetto CREG.

Non sono state rilevate criticità.

#### **Customer MAP aderenti al CREG**

Nel mese di maggio 2018 sono stati distribuiti n. 151 questionari di gradimento ai MAP aderenti al CREG anno 2017 (la copertura di distribuzione è stata del 100%), il cui unico gestore era la Società Cooperativa INIZIATIVA MEDICA LOMBARDA (I.M.L.) s.c.p.a.. Il questionario era costituito da 8 domande.

Sono state restituite n. 109 schede, pari al 72% del totale distribuito.

Principali obiettivi dell'indagine:

- valutazione del grado di soddisfazione dei MAP, verso il servizio offerto dal Centro Servizi IML s.c.p.a. (il 54% dei MAP si è detto abbastanza soddisfatto, mentre l' 8% si è detto molto soddisfatto);
- valutazione complessiva del progetto CreG, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici (il 55% dei MAP si è detto abbastanza soddisfatto, mentre il 6% si è detto molto soddisfatto).

Per i risultati completi della customer, si rimanda alla documentazione agli atti del DCP.

#### **Controlli requisiti "strutturali e funzionali" del soggetto Gestore CREG - I.M.L. s.c.p.a.**

Nella data del 25/01/2018, l'équipe del DCP dell'ATS di Bergamo ha effettuato un sopralluogo (per i dettagli si rimanda al verbale agli atti del DCP) presso la sede di IML s.c.p.a., onde verificare il mantenimento dei requisiti organizzativo-funzionali di esercizio anno 2017, nell'ambito del progetto CREG.

Per la verifica, si è utilizzata specifica check list. L'incontro si è concluso con esito sospeso per la necessità di prendere visione di ulteriore documentazione integrativa richiesta alla Cooperativa.

A seguito degli accertamenti in loco e degli approfondimenti in sede di ufficio sulla documentazione ricevuta (vedi anche integrazione al verbale di verifica del 21/05/2018) si è rilevato che il livello di accettabilità complessivo era positivo.

### **Appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI (controlli ex ante);**

Il DCP ha controllato, tramite apposito applicativo, i PAI formulati da n. 32 Medici di Assistenza Primaria (pari al 21% circa sul totale dei MAP aderenti al progetto CREG e che quindi hanno prodotto PAI, nell'anno 2017) estratti a random. In tutti i PAI (n. 361), in cui la % di congruenza rispetto all'EPA (calcolata rispetto a SET di riferimento) è risultata inferiore al 70%, la valutazione è stata ulteriormente approfondita. In particolare, da Luglio 2018, durante la verifica, nella quasi totalità dei casi presso gli studi dei MAP, l'équipe del DCP ha anche discusso, con proficua collaborazione, di tali PAI direttamente con i medici che li avevano compilati (vedasi documentazione agli atti del DCP).

In particolare, si segnala che le valutazioni sui PAI effettuate presso gli ambulatori dei MAP CREG hanno riguardato soprattutto:

- classi CREG;

- trattamento farmaceutico;
- prestazioni diagnostiche;
- prestazioni specialistiche;
- personalizzazione del PAI.

Tali verifiche sono state eseguite soprattutto con una finalità costruttiva, onde migliorare l'aderenza al progetto e, quindi, i suoi obiettivi.

Dai risultati aggregati di tale attività (vedasi anche lo specifico documento agli atti del DCP) con le relative conclusioni, in particolare si segnala:

- in alcuni casi la CLASSE CReG assegnata al paziente cronico non era corrispondente alla patologia di cui il paziente era affetto (segnalata da parte del MAP tramite l'apposito applicativo "CReG gest" in uso);
- nella maggior parte dei PAI, con congruenza inferiore al 70%, la prescrizione farmaceutica risultava essere sottostimata. Criticità dovuta probabilmente a mancata estrazione, con l'apposito programma, del farmaco prescritto, dalla cartella del MAP, in quanto, dal controllo delle prescrizioni farmacologiche eseguito presso lo studio dei MAP, nella stragrande maggioranza dei casi, risultava invece essere presente la prescrizione dei farmaci per la patologia cronica sofferta (ad eccezione di alcuni pazienti diabetici, ipertesi ed ipercolesterolemici in buon compenso per i quali era stata prevista, dal sanitario prescrittore, la sola terapia dietetica, come confermato anche dai MAP durante il colloquio), come pure, dall'analisi della produzione nel flusso 28 SAN, risultavano ritiri in farmacia;
- relativamente alle prestazioni diagnostiche in generale verificata una buona coerenza mentre in riferimento alle prestazioni specialistiche non sono state rilevate particolari criticità;
- relativamente alla personalizzazione dei PAI sono presenti in molti di questi integrazioni di prestazioni rispetto ai set di riferimento.

Dai risultati dei controlli si è riscontrato, in fine, che in 17 casi, anche dopo l'attività di verifica con i MAP, la % di congruenza rispetto all'EPA (calcolata rispetto al SET di riferimento) è risultata inferiore al 70%. Pertanto il "Comitato di Monitoraggio CReG" della ATS, ha ratificato che 17 PAI non sono risultati congruenti.

### **Congruenza tra prestazioni pianificate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post)**

Nel corso dell'anno 2018 è stata effettuata dal DCP dell'ATS di Bergamo la verifica di congruenza, a campione, dei pazienti arruolati in CReG (PAI) per l'anno 2017, tra le prestazioni programmate e quelle eseguite. Definito, come da contratto, il 50% quale valore soglia di congruenza nel rapporto tra le prestazioni effettuate e le prestazioni programmate, si è proceduto alla valutazione dei dati relativi ai pazienti di 116 MAP, per un totale di 4007 PAI, redatti nei primi 6 mesi dell'anno 2017 (Gennaio, Febbraio, Aprile, Maggio e Giugno, individuati quale riferimento per il controllo tramite campionatura casuale) e corrispondenti a un numero superiore al 20% del totale dei PAI redatti nell'anno 2017.

Di questi, in 1.582 casi si è riscontrata l'effettuazione di meno del 50% delle prestazioni programmate.

Come da contratto il DCP ha chiesto ad IML s.c.p.a. le controdeduzioni in merito ai 1.582 casi con meno del 50% di prestazioni eseguite, rispetto a quelle programmate nei PAI. Sono quindi pervenute, da parte di IML s.c.p.a., controdeduzioni relative a n. 489 dei 1.5826 casi non complianti (pari al 30,90% del totale) che sono stati sottoposti al vaglio del "Comitato di Monitoraggio CReG" della ATS, con accettazione delle stesse in 219 casi.

Pertanto il "Comitato di Monitoraggio CReG" della ATS, ha ratificato che in 1363 casi non si è riscontrata l'effettuazione di almeno il 50% delle prestazioni programmate nel PAI.

### **Allegato A al contratto – Protocollo attuativo del contratto CReG: verifica raggiungimento obiettivi concordati**

#### **Obiettivi generali:**

Nella successiva tabella si definiscono gli obiettivi generali e i relativi indicatori, che il soggetto Gestore doveva conseguire nell'anno 2017, fatte salve eventuali difficoltà tecniche non dipendenti dal Gestore, ma condizionate da problematiche relative ai Sistemi software presidiati da Regione Lombardia/Lombardia Informatica, che precludano il raggiungimento degli obiettivi stessi e in particolare l'eventuale mancata riapertura, in tempi utili, delle finestre di arruolamento per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi relativi ai pazienti reclutati:

descrizione	indicatore	obiettivo	strumenti	% penalità	ESITO
Misura dei livelli di performance del reclutamento da parte del Gestore (indipendentemente dalla tipologia del paziente)	<u>Numeratore:</u> numero dei pazienti arruolati  <u>Denominatore:</u> numero dei pazienti arruolabili per Gestore	≥ 60% dei pazienti arruolabili	Portale CReG	1%	<b># OBIETTIVO NON APPLICABILE</b>  (verifica DCP)
Misura dei livelli di performance di reclutamento 'attivo' da parte del Gestore	<u>Numeratore:</u> numero <b>classi CReG (*)</b> con % arruolati ≥ 60  <u>Denominatore: 10</u> (prime dieci classi CReG)	Rapporto con risultato ≥ 6	Portale CReG	1%	<b># OBIETTIVO NON APPLICABILE</b>  (verifica DCP)
Presa in carico assistiti conforme-mente al PAI (concordanza tra PAI e consumi)	<u>Numeratore:</u> prestazioni del PAI erogate nel periodo di validità del PAI  <u>Denominatore:</u> prestazioni totali previste nel PAI	Livello di concordanza ≥ 50%	Linkage tra flussi PAI, flussi amministrativi regionali (28-SAN)	1%	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  (verifica DCP)

**\* prime 10 classi CReG: 560001, 500602, 480802, 500001, 630001, 320001, 290001, 480001, 300001, 200001**

**# N.B. Indicatori relativi all'arruolamento dei pazienti.** Come precedentemente specificato a inizio paragrafo e confermato a pag. 90 del "Piano dei controlli e protocolli 2018" proposti dall'Agenzia di Controllo del sistema Socio Sanitario Lombardo (vedi Deliberazione n. 7683 del 12/01/2018 di R.L.), non essendo state riaperte le finestre di arruolamento in CReG di nuovi pazienti da parte di RL non è possibile apprezzare variazioni negli indicatori di arruolamento rispetto al 2016.

## Obiettivi specifici

Nella Tabella sono definiti gli obiettivi specifici e i relativi indicatori, che il soggetto Gestore doveva conseguire nell'anno 2017.

tipo	descrizione	obiettivo	strumenti	% penalità	ESITO
<b>PROCESSO</b>	Tutoraggio del Centro Servizi (Call Center) su pazienti arruolati: % di pazienti contattati dal Centro Servizio	N° pazienti contattati /totale pazienti ≥ 55%	Analisi flusso informativo di rendicontazione dell'attività del Centro Servizi	1%	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> (vedasi nota di IML del 23/10/18 prot. ATS 0108535/2018)
<b>QUALITÀ</b>	<i>Customer Satisfaction</i> su pazienti arruolati	N° questionari compilati/ totale arruolati ≥ 20%	Invio di un flusso informativo concordato con l'ATS	1%	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> (Verifica DCP)
<b>FORMAZIONE</b>	Piano di Formazione	Redazione Piano di Formazione	Invio del Piano di Formazione entro il 30.06.2017	2%	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b> (vedasi nota di IML del 15/06/17 prot. ATS I 0059971/2017)
<b>PROCESSO</b>	Sperimentare innovazioni di processo	Attività connesse alla ricetta elettronica	% di ricetta elettronica da parte dei medici prescrittori CReG (considerando la totalità dei propri pazienti) superiore alla % di ricetta elettronica degli altri MMG della provincia di Bergamo	2%	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO</b>  (verifica DCP)
<b>RISULTATO</b>	<i>Outcome</i> di salute malattia-specifici	Riduzione Hb Glicata  Riduzione PA nei soggetti ipertesi	Analisi dei flussi informativi specifici, conferiti dal Gestore all' ATS Bergamo, secondo le modalità concordate	2%	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 50% riduz. HB glicata</b> (penalità pari dunque all'1%)  (verifica Serv. Epidem. Az.)

N.B. gli obiettivi non raggiunti comportano decurtazioni, valorizzate in % rispetto al Delta conseguito, e calcolate da parte dei competenti uffici di questa ATS.

## Verifica di congruenza tra prestazioni programmate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post) relativamente ad un ulteriore 10% di casi relativi al progetto CReG anno 2016

Nel primo semestre dell'anno 2018, così come era stato programmato, è stata effettuata dal DCP dell'ATS di Bergamo la verifica di congruenza, a campione, tra le prestazioni programmate e quelle eseguite di un ulteriore 10% dei pazienti arruolati in CReG (PAI) per l'anno 2016 (in aggiunta ai controlli già effettuati nell'anno 2017). Definito, come da contratto, il 50% quale valore soglia di congruenza nel rapporto tra le prestazioni effettuate e le prestazioni programmate, si è proceduto alla valutazione dei dati relativi ai pazienti di 80 MAP, per un totale di 2351 PAI, (redatti nel mese di Settembre dell'anno 2016, individuato come riferimento per il controllo tramite campionatura casuale, e corrispondenti a circa il 10% del totale dei PAI compilati nell'anno 2016). Di questi n. 737 sono risultati aver effettuato meno del 50% delle prestazioni programmate.

Come da contratto il DCP ha chiesto ad IML s.c.p.a. le controdeduzioni in merito ai 737 casi con meno del 50% di prestazioni eseguite, rispetto a quelle programmate nei PAI. Sono quindi pervenute, da parte di IML s.c.p.a., controdeduzioni relative a n. 273 dei 737 casi non complianti (pari al 37,04% del totale) che sono stati sottoposti al vaglio del "Comitato di Monitoraggio CReG" della ATS, con accettazione delle stesse in 100 casi.

Pertanto il "Comitato di Monitoraggio CReG" della ATS, ha ratificato che in 637 casi non si è riscontrata l'effettuazione di almeno il 50% delle prestazioni programmate nel PAI.

### 3. PIANIFICAZIONE ATTIVITÀ CONTROLLO 2019

#### Obiettivo

Garantire la qualità dei servizi offerti a tutela dei soggetti beneficiari delle prestazioni erogate attraverso la verifica:

- del possesso dei requisiti richiesti ai Medici di Cure Primarie secondo quanto previsto dagli AA.CC.NN. e dagli AA.II.RR.
- dei requisiti di qualificazione dell'offerta
- dei requisiti oggetto di retribuzioni aggiuntive

Possibili rischi	Obiettivo	Modalità di verifica	Indicatori
<b>RISCHIO PER ATS:</b> Difficoltà a presidiare l'attività svolta dai MAP/PDF	Mantenimento dei requisiti ACN:  1. Requisiti dichiarati negli allegati L/I 2. Orari di ambulatorio 3. Requisiti previsti per fondo A e B	1. Verifica documentale (ATS/ASST)  2. Verifica mediante sopralluogo in ambulatorio	N. verifiche documentali/ N. segnalazioni = 100%  N. studi controllati/N. nuovi studi attivati = 100%  N. studi controllati/N. segnalazioni = 100%
<b>RISCHIO PER ATS:</b> Difficoltà a presidiare l'attività svolta negli ambulatori pediatrici progetto "estensione pediatrica del sabato"	1. requisiti ambulatoriali 2. completezza registro 3. corretta gestione di farmaci e presidi	Verifica mediante sopralluogo in ambulatorio	N. ambulatori controllati/ n. ambulatori attivi = 100%
<b>RISCHIO PER ATS:</b> Inappropriatezza Prescrittiva dei MAP/PDF	1) identificazione e valutazione di comportamenti prescrittivi di MAP/PDF con	1) elaborazione dei dati, estratti dalle schede Medico, inerenti i comportamenti prescrittivi	N. medici verificati/N. medici identificati come potenziali

<p>1) iperprescrizione farmaceutica</p> <p>2) inosservanza delle indicazioni e limitazioni AIFA</p>	<p>scostamenti significativi rispetto allo standard(&gt; 2 DS rispetto alla media PreSST e ATS, per assistibile pesato)</p> <p>2) identificazione e valutazione delle ricette con inosservanza delle indicazioni e limitazioni AIFA</p>	<p>dei MAP/PDF secondo i criteri stabiliti dalle normative in vigore relativi a scostamenti significativi rispetto allo standard</p> <p>2) estrazione mediante procedura informatizzata delle ricette con ipotesi di inosservanza delle indicazioni/ limitazioni AIFA ed esame da parte di apposita commissione farmaceutica</p>	<p>iperprescrittori = 100%</p> <p>N. ricette esaminate/N. ricette identificate come potenzialmente irregolari = 100%</p>
<p>3) limitata prescrittività SISS</p>	<p>3) Mantenimento dello standard di prescrizione SISS previsto da ACN vigente (art. 59 bis e ter MMG e art. 58 bis e ter PDF) e da indicazioni regionali</p>	<p>3) verifica tramite cruscotto SISS della prescrittività dei MAP e PDF riferita all'anno precedente, in conformità alle indicazioni regionali e successivi provvedimenti</p>	<p>N. Medici verificati/ N. tot. medici in convenzione = 100%</p>
<p>4) limitata prescrizione di ricette dematerializzate</p>	<p>4) Rispetto degli adempimenti in materia di prescrizioni farmaceutiche e specialistiche in formato digitale come da DCOM 14.11.2015</p>	<p>4) verifica informatizzata annuale</p>	<p>N. Medici verificati/ N. tot. medici in convenzione = 100%</p>
<p><b>RISCHIO PER ATS:</b> Difficoltà a presidiare l'attività svolta dai Medici di Continuità Assistenziale</p>	<p>1) Mantenimento dei requisiti previsti dall'ACN e dichiarati negli allegati L;</p> <p>2) Organizzazione della turistica secondo ACN</p> <p>3) Raccolta corretta e completa delle informazioni sanitarie (registri)</p> <p>4) Garanzia della sicurezza ambientale degli operatori</p> <p>5) Corretta gestione di farmaci e presidi</p>	<p>1) Verifica documentale</p> <p>2) Verifica documentale</p> <p>3) sopralluogo in postazione</p> <p>4) sopralluogo in postazione</p> <p>5) sopralluogo in postazione</p>	<p>N. verifiche documentali/ N. segnalazioni = 100%</p> <p>N. postazioni controllate/N. segnalazioni = 100%</p> <p>N. postazioni controllate a campione / N. postazioni totali = 30%</p>

<p><b>RISCHI LEGATI ALLE PRESTAZIONI EROGATE:</b></p> <p><b>1)Per ADI/ADP: mancata corrispondenza tra attività autorizzata ed attività rendicontata</b></p>	<p>1) verifica corrispondenza tra quanto autorizzato e quanto rendicontato ed effettivamente realizzato</p>	<p>1a) verifica che i <u>pazienti</u> rendicontati siano stati autorizzati gli accessi;</p> <p>1b) verifica che il numero di <u>accessi</u> rendicontato sia coerente con la frequenza di accessi autorizzati; (verifiche in capo ad ASST)</p>	<p>1a) N. pazienti sottoposti a verifica/N. pazienti rendicontati totali = 100%</p> <p>1b) N. pazienti con accessi sottoposti a verifica/N. pazienti autorizzati = 100%</p>
<p><b>2)Per PPIP: mancata corrispondenza tra quanto rendicontato e tra quanto effettivamente realizzato</b></p>	<p>2) Corrispondenza tra prestazioni effettuate e prestazioni rendicontate</p>	<p>2) verifica effettuazione delle prestazioni tramite contatto con l'utenza (per MAP e MCA)</p>	<p>2) N. verifiche effettuate/ N. segnalazioni = 100%</p>
<p><b>3)Per APA: mancata corrispondenza tra condizione e APA attivata</b></p>	<p>3) Mantenimento dell'appropriatezza delle prestazioni rispetto al bisogno</p>	<p>3) verifica che la patologia/condizione per cui il PDF richiede l'attivazione degli accessi sia compatibile con quanto previsto dal protocollo APA</p>	<p>3) N. APA controllate/N.APA autorizzate = 100%</p>