



# **PIANO DEI CONTROLLI**

## **ANNO 2017**

### **ATS DELLA MONTAGNA**

In attuazione alla DGR X/5954 del 05.12.2016

“Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017”  
e della DGR X/6502 del 21.04.2017 “Determinazioni in ordine alla proposta dell’Agenzia di Controllo  
del Sistema Sociosanitario lombardo concernente il Piano dei Controlli Quadro ed il Piano dei  
Protocolli ai sensi dell’art 11, comma 4, lettera A), L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. N.  
23/2015 e L.R. N. 41/2015 (A seguito di parere della Commissione Consiliare)”



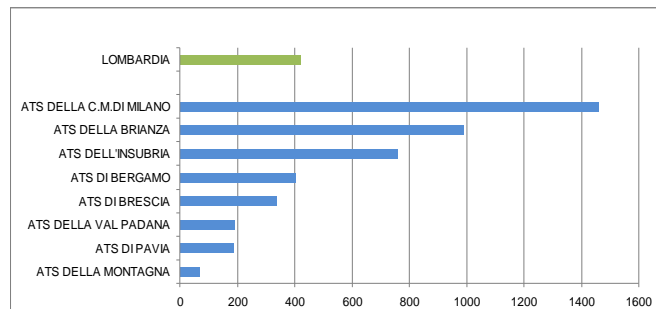
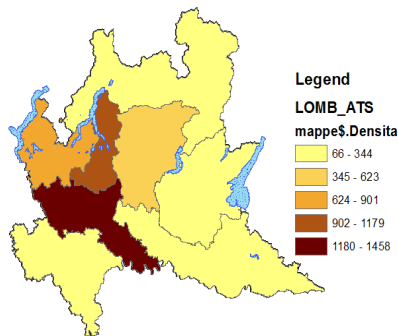
## PREMESSA

La Legge Regionale n°23 del 11.08.2015 ha istituito le ATS, con specifiche funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sanitarie e socio-sanitarie previste dall'art. 10 della d.lgs. 502/1992 e della normativa regionale vigente. Per effetto della sopracitata L.R. è stata istituita, con DGR 4471/2015, l'ATS della Montagna derivante dall'unione della ex ASL della provincia di Sondrio con il distretto del Medio Alto Lario della ex ASL di Como e della ex ASL di Vallecambonica/Sebino.

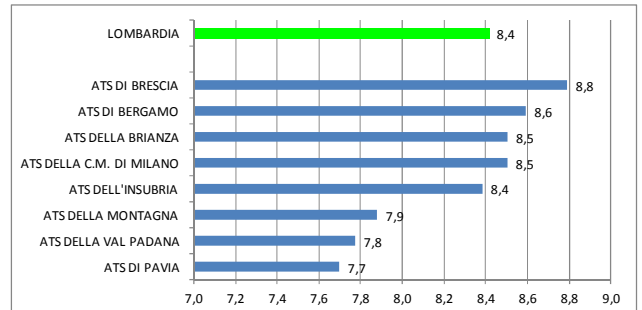
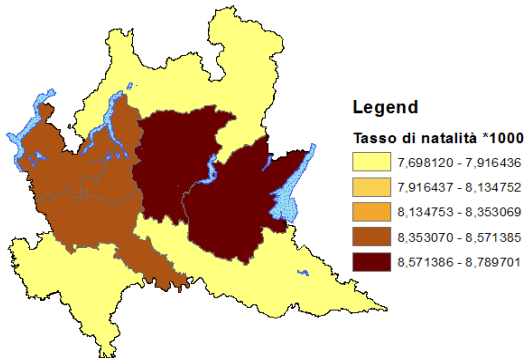
## CONTESTO TERRITORIALE ATS DELLA MONTAGNA

La **densità di popolazione** o abitativa è ottenuta dal rapporto tra la popolazione residente e la superficie occupata. La densità di popolazione si esprime in abitanti/kmq e fornisce informazioni sul grado di addensamento demografico. La zona alpina della Lombardia, rappresentata dall'ATS della Montagna, è caratterizzata dalla densità abitativa più bassa di tutta la regione.

### Densità di popolazione (x 1.000 ab.) in Lombardia per ATS (ISTAT, anno 2015)



Il **tasso di natalità** indica il rapporto tra il numero di nati vivi nell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per 1.000. Indica la frequenza dell'evento nascita nella popolazione generale ed è relativamente stabile di anno in anno. Può risentire delle condizioni socio-economiche e delle politiche di supporto familiare di un Paese ed è costantemente calata negli ultimi anni sia a livello nazionale che regionale. La natalità non si distribuisce in egual misura in Lombardia: L'ATS della Montagna è caratterizzata da un basso tasso di natalità, inferiore alla media regionale.

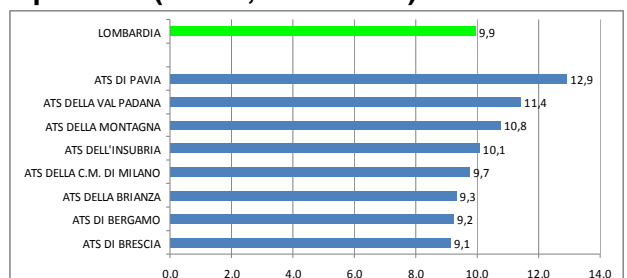
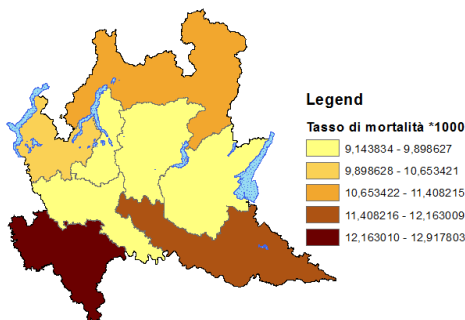


### Tasso di natalità (x 1.000 ab.) in Lombardia per ATS (ISTAT, anno 2015)

Il **tasso di mortalità** indica il rapporto tra il numero di decessi nell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per 1.000. Indica la frequenza dell'evento morte nella popolazione generale ed è relativamente stabile di anno in anno, a meno di fenomeni di particolare gravità (guerra, calamità naturali, epidemie letali etc.).

Nel 2015 il tasso di mortalità per 1.000 residenti nel territorio dell'ATS della Montagna è risultato pari a 10,8, lievemente superiore a quello italiano (10,7). La frequenza della mortalità grezza è influenzata dall'età, e dunque dal grado di invecchiamento della popolazione. Il tasso di mortalità è sovrapponibile a quello dell'indice d'invecchiamento. La mortalità è la più alta registrata nel nuovo millennio, probabilmente per un "effetto coorte", dovuto a un eccesso di grandi anziani nati negli anni successivi alla grande guerra (dopo il 1918). L'andamento dei tassi grezzi di mortalità mostra un aumento a partire dal 2005, e in particolare dal 2008, con valori costantemente più bassi in Lombardia rispetto all'intero Paese.

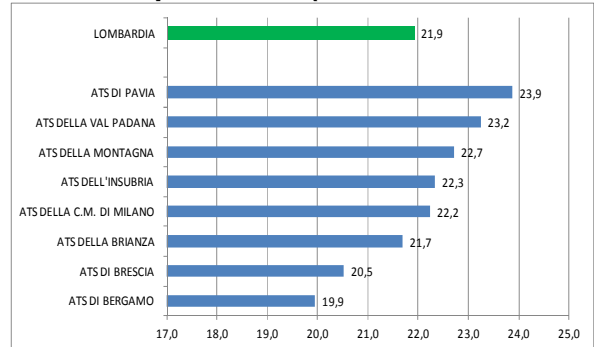
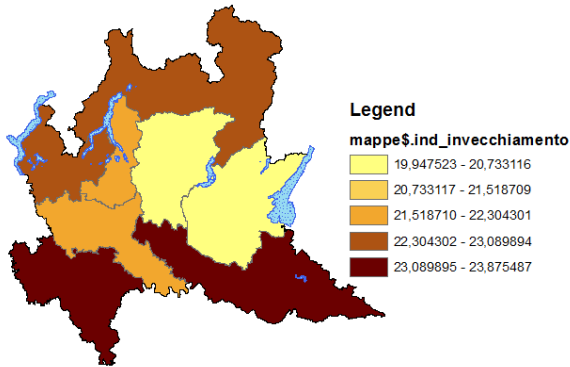
### Tasso di mortalità per 1.000 residenti in Lombardia per ATS (ISTAT, anno 2015)



L'**indice di invecchiamento** rappresenta la proporzione della popolazione con età di 65 anni ed oltre sul totale della popolazione. Indica il suo grado di invecchiamento e, indirettamente, il carico sociale e sanitario che ne deriva. Ad esempio, un indice di invecchiamento elevato comporta un maggior numero di ricoveri, essendo il tasso di ricovero più alto negli anziani. L'ATS della Montagna presenta un indice di invecchiamento leggermente superiore rispetto alla media regionale (21,9) e italiana (22,0).

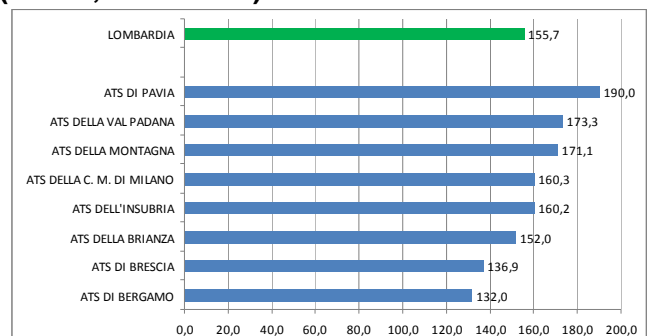
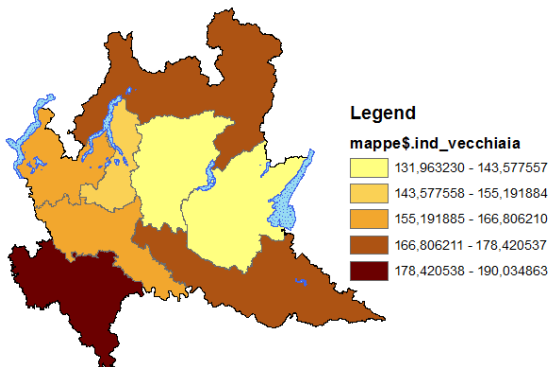


**Indice di invecchiamento (x 100 ab.) in Lombardia per ATS (ISTAT, anno 2015)**



L'**indice di vecchiaia** è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100. Indica in sintesi quanti anziani sono presenti, in rapporto alla popolazione pediatrica. Maggiore è l'indice, minore è la capacità di "ringiovanimento" della popolazione. Descrive la forza del "mancato" ricambio generazionale, con evidenti ricadute sociali e sanitarie. L'indice di vecchiaia dell'ATS della Montagna è maggiore rispetto alla media regionale, in linea con l'andamento degli indici precedentemente presentati.

**Indice di vecchiaia (x 100) in Lombardia per ATS (ISTAT, anno 2015)**

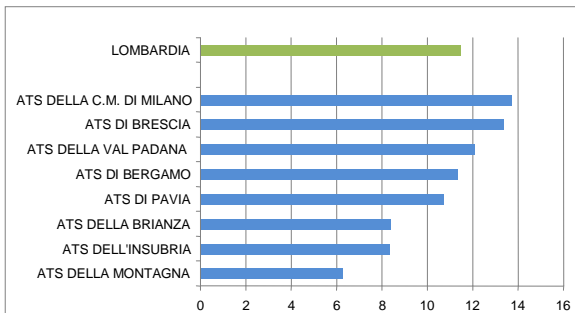
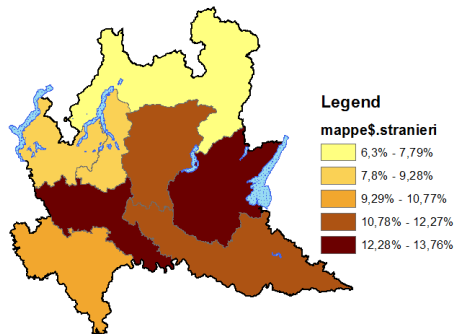




**Il tasso percentuale di stranieri residenti** descrive la proporzione di immigrati residenti rispetto all'intera popolazione di una certa area; l'indice include tutte le persone residenti nella zona di interesse, ma con la cittadinanza di un altro paese. In Italia gli ultimi dati disponibili indicano che gli stranieri residenti sono pari all'8,2% della popolazione.

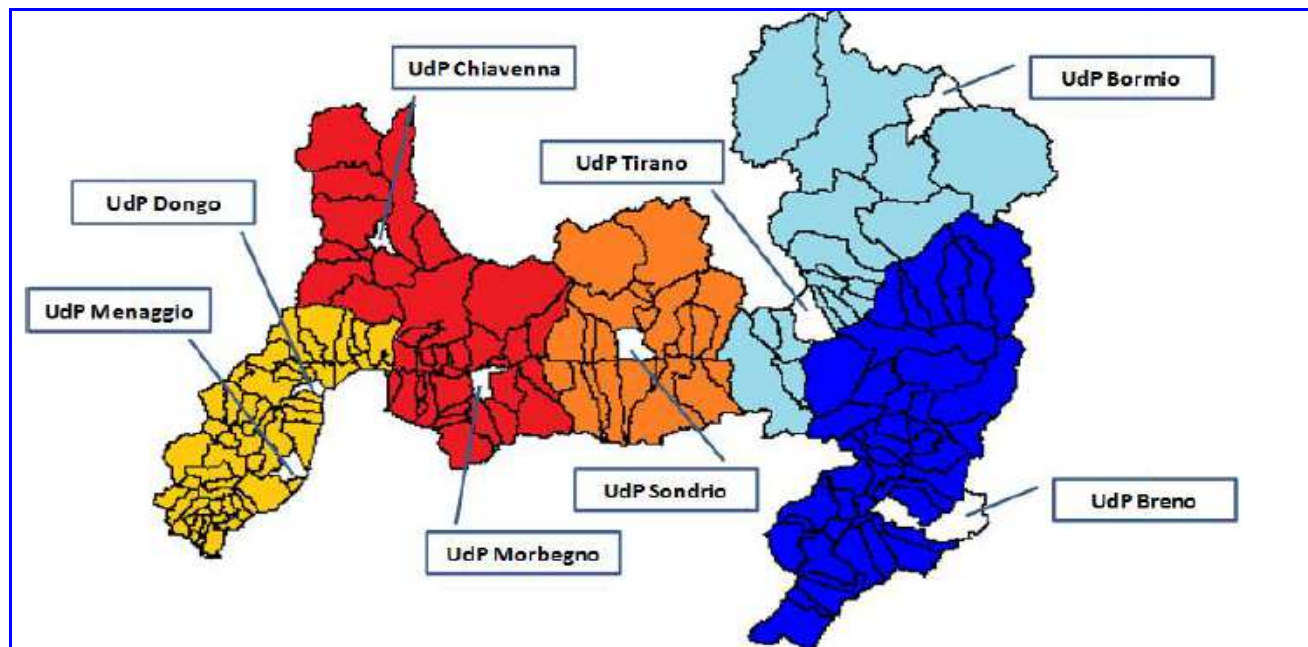
L'ATS della Montagna presenta un indice inferiore alla media nazionale e lombarda.

**Tasso percentuale di stranieri residenti in Lombardia per ATS (ISTAT, anno 2015)**





## AMBITI TERRITORIALI ATS MONTAGNA



## ASSISTITI

	TOTALE ATS	TOTALE ASL SONDRIO
<b>ASSISTITI</b>	337.921	181.991
residenti assistiti	332.299	179.873
(*) assistiti pesati	366.822	195.287
<b>ASSISTITI ANZIANI (OVER 65 ANNI)</b>	72.325	39.993
<b>ASSISTITI BAMBINI (0-14 ANNI)</b>	45.037	24.618
% Bambini	13,33	13,53
<b>Medici di Medicina Generale</b>	226	128
media assistiti per MMG	1.300	1.253
<b>Pediatri di Famiglia</b>	29	17
media assistiti per PDF	1.113	1.051
<b>Strutture Residenziali (Anziani e Disabili)</b>	50	21
media assistiti per Struttura Residenziale	62	73
<b>Assistiti con esenzione</b>	177.674	92.135
<b>Assistiti esenti per reddito</b>	148.938	63.105
<b>Assistiti esenti per patologia</b>	94.835	47.607
<b>Assistiti esenti per status</b>	33.381	20.763



L'offerta sanitaria e sociosanitaria, sul territorio della ATS della Montagna, è garantita da:

- 9 Strutture di ricovero e cura
- 4 Strutture ambulatoriali
- 2 Servizio di medicina di laboratorio
- 3 Ambulatori di medicina sportiva
- 7 Strutture psichiatriche
- 302 (225 assistenza primaria, 77 continuità assistenziale) Medici di Medicina Generale
- 31 Pediatri di Famiglia
- 17 MAP Medicina di Gruppo
- 3 Medicina di Gruppo mista
- 16 Postazioni continuità assistenziale
- 8 Postazioni invernali di Guardia Medica Turistica
- 27 Postazioni estiva di Guardia Medica Turistica
- 133 (di cui 18 pubbliche e 115 private) Farmacie territoriali
- 19 Dispensari Farmaceutici
- 10 Parafarmacie
- 46 RSA accreditate
- 16 CDI
- 6 RSD
- 6 CSS
- 15 CDD
- 5 Servizi residenziali per soggetti tossicodipendenti
- 9 Servizi ambulatoriali per le dipendenze
- 12 Consultori Familiari
- 1 Hospice
- 1 Istituto di riabilitazione ambulatoriale accreditato
- 2 Udo a bassa intensità assistenziale accreditate

Il nuovo assetto organizzativo della ATS della Montagna, esplicitato nel POAS adottato con delibera n° 12 del 2017 ed approvato dalla regione Lombardia con DGR 6237/2017, tiene conto delle mutate esigenze del nuovo contesto della sanità lombarda che ha appunto visto la costituzione delle Agenzie della Salute. La mission dell'Agenzia è infatti imperniata sul governo di una rete di servizi sanitari, sociosanitari ed assistenziali, fortemente integrati tra loro soprattutto per la presa in carico e la continuità delle cure, così da assicurare facilità nell'accesso alle cure stesse, qualità dei servizi ed appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il modello organizzativo adottato è volto ad assicurare le funzioni di: governo dell'offerta, sviluppo delle funzioni di programmazione, accreditamento, acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie mediante il Dipartimento PAAPSS, collocato nella Direzione Sociosanitaria così da garantire una forte integrazione dei processi della presa in carico e della continuità delle cure.

Infatti il suddetto Dipartimento opera in stretta collaborazione con il Dipartimento Funzionale PIPPS, con il Dipartimento delle cure primarie e con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione medica, assicurando le seguenti funzioni:

- Analizzare la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a fini programmatori ed in coerenza con i bisogni espressi sul territorio;



- Procedere all'autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- Vigilare sul possesso e mantenimento dei requisiti di esercizio ed accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- Controllare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati secondo quanto definito nel presente piano dei controlli;
- Vigilare sulle unità d'offerta sociali;
- Gestire i rapporti con le strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate ed a contratto, al fine di condividere gli indirizzi programmatori regionali e locali;
- Monitorare i contratti stipulati con gli erogatori;
- Monitorare il raggiungimento degli obiettivi di sistema da parte di tutti i soggetti erogatori ed a contratto.

Per l'esercizio di tali compiti l'ATS si avvale delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici che afferiscono al Dipartimento PAAPSS, alcune delle quali sono funzionalmente collegate all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo come citato all'art. 11 della Legge regionale n°23 del 11.08.2015:

- S.C. Qualità Appropriatezza Servizi Sociosanitari con 3 strutture semplici:
  - SS Vigilanza Strutture Sociosanitarie VAL,
  - SS Vigilanza prestazioni Sociosanitarie VAL,
  - SS Vigilanza Strutture e prestazioni Sociosanitarie VCS.
- S.C. Programmazione Budget Acquisto Controllo con 1 struttura semplice:
  - SS Gestione Contratti.
- S.C. Sistema Informativo e Programmazione.
- S.C. Accreditamento Qualità e Risk Management
- S.D Nucleo Operativo di Controllo prestazioni sanitarie.

Il Piano dei Controlli (PDC) per l'anno 2017 è stato delineato e formulato in ottemperanza alla DGR 5954 del 05.12.2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2017" ed alle indicazioni contenute nella DGR 6297/2017 "Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo concernente il piano dei controlli quadro ed il piano dei protocolli ai sensi dell'art.11, comma 4, lettera A, L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. 23/2015 e L.R. 41/2015".

Il PDC rappresenta lo strumento di cui le ATS dispongono per declinare le varie linee d'intervento previste per l'anno in corso, secondo i dettami delle DGR VII/15324 del 2003 e della DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007, a garanzia della trasparenza e imparzialità delle azioni di verifica e di controllo su quanto prodotto e posto a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Il monitoraggio, la verifica e il controllo dell'appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale, sono essenziali per il buon funzionamento del sistema.

I controlli sono finalizzati a:

- verificare che le attività oggetto di contratto si svolgano conformemente alle regole specifiche generali e di settore;
- sollecitare (se è il caso anche tramite diffida) gli erogatori al ripristino della regolarità della gestione;
- porre in essere, nel caso di rilievo di fatti meritevoli di approfondimenti per non conformità alle clausole contrattuali e/o alle regole di sistema, i provvedimenti conseguenti (estensione dell'indagine a tutta la produzione, sanzioni amministrative ed eventuale segnalazione all'autorità competente).





Con il piano dei controlli le ATS dispongono e declinano le varie linee d'intervento, previste per l'anno in corso, per le aree oggetto di verifica di seguito precisate:

- ricovero e cura,
- specialistica ambulatoriale,
- monitoraggio dei tempi di attesa
- accreditamento
- cure primarie,
- protesica,
- farmaceutica e file F,
- psichiatria territoriale/neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza,
- sociosanitario
- sociale.( Come previsto dalle Regole di sistema 2017 il Piano dei Controlli sulle U.d.O. Sociali è stato redatto separatamente da quello Sociosanitario, approvato da ATS Montagna con delibera n 26 del 26/01/2017 ed inviato in Regione alla Direzione Generale Reddito per le Autonomie e Inclusione Sociale)



## AREA RICOVERI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### ATTIVITA' CONTROLLO NOC RICOVERI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2016

L'attività di controllo svolta nel 2016 è stata effettuata dal NOC della ATS della Montagna sulle strutture ubicate nel territorio di competenza.

I controlli hanno riguardato le attività che, nel corso dell'anno precedente, presentavano criticità in termini di codifica e di gestione organizzativa.

L'attività di controllo sui ricoveri e sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2016 si è conclusa il 28/02/2017 ed ha riguardato le seguenti tipologie:

- Casuale di congruenza
- DRG complicati
- extrabudget (DRG parti, patologie urgenti, chirurgici neoplastici, extraregione)
- riabilitativi (verifica dei P.R.I. e p.r.i.)
- ripetuti
- dermatologici
- Verifica di concordanza sugli esiti dell'autocontrollo della qualità documentale
- Verifica di concordanza sugli esiti dell'autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica.
- Controlli della corrispondenza tra prestazioni fruite ed esenzioni per patologia
- BIC,
- verifica di congruenza e rendicontazione delle prestazioni di odontostomatologia,

#### ***Sintesi delle criticità riscontrate durante l'attività di verifica dei ricoveri su tutti i presidi controllati:***

1. la calligrafia risulta ancora di difficile lettura in molte cartelle cliniche;
2. la documentazione clinica è talvolta raccolta in cartella in modo disordinato
3. la gestione dei percorsi del paziente alla presa in carico da parte dell'ospedale non è ben descritta e non si evince dalla cartella clinica l'iter diagnostico terapeutico previsto per lo specifico episodio di cura;
4. negli accessi programmati si è spesso osservato il mancato utilizzo del pre-ricovero;
5. esistono ancora dei ricoveri brevi che potrebbero essere ricondotti ad altre forme di erogazione (MAC e BIC);
6. si è ancora riscontrato l'uso ridondante di diagnosi secondarie che non hanno influito sulla degenza;
7. alcuni ricoveri ordinari presentano delle degenze prolungate non giustificate da reali esigenze assistenziali del paziente ma conseguenti a inefficienze organizzative.

#### ***Sintesi delle criticità riscontrate durante l'attività di verifica delle prestazioni ambulatoriali:***

1. il riscontro di prestazioni erogate in esenzione per patologia che non sono previste negli elenchi ministeriali e regionali;
2. per le prestazioni afferenti alla branca di odontostomatologia è stato evidenziato l'utilizzo inappropriato di alcune codifiche e la non corrispondenza tra quanto realmente erogato al paziente in una specifica data e quanto esposto in 28/SAN.



***Azioni correttive suggerite***

- Si è richiesto agli enti erogatori l'applicazione delle indicazioni riportate nei verbali di accertamento dei controlli.
- Si è raccomandato agli erogatori di potenziare i controlli interni e di diffondere presso gli operatori le indicazioni fornite dai NOC.
- In cartella clinica/ambulatoriale deve essere meglio descritto l'iter diagnostico terapeutico che si prevede di seguire per il paziente.
- Deve essere maggiormente implementato l'utilizzo del pre-ricovero
- I ricoveri ordinari che superano la soglia massima di degenza, sono meritevoli di una più attenta ed adeguata gestione del percorso diagnostico terapeutico.
- E' necessaria maggiore precisione nella compilazione dei diari clinici, così come stabilito dalle norme regionali in materia di tenuta della documentazione sanitaria.
- Anche in ambito ambulatoriale, in particolare per la documentazione relativa alle attività svolte in MAC e BIC si sollecita una maggior precisione e completezza soprattutto nella compilazione dei diari clinici.

**CONTROLLI NOC PRESTAZIONI DI RICOVERO 2016****Riepilogo controlli ricoveri anni 2014 – 2015 - 2016**

<b>2014</b>	<b>numero cartelle controllate</b>	<b>valore iniziale</b>	<b>valore assegnato</b>	<b>valorizzazione amb.</b>
autocontrollo A	1.035	1.851.964	1.844.473	0
Autocontrollo B	1.415	4.778.497	4.755.912	0
Congruenza mirata 7%	2.508	11.193.009	11.193.009	9.059
<b>totali</b>	<b>4.958</b>	<b>17.823.470</b>	<b>17.793.394</b>	<b>9.059</b>

<b>2015</b>	<b>numero cartelle controllate</b>	<b>valore iniziale</b>	<b>valore assegnato</b>	<b>valorizzazione amb.</b>
autocontrollo A	1.058	3.104.288	3.102.386	0
Autocontrollo B	1.392	5.649.699	5.591.651	0
Congruenza	2.164	10.619.257	10.470.654	3.362
<b>totali</b>	<b>4.614</b>	<b>19.373.244</b>	<b>19.164.691</b>	<b>3.362</b>

<b>2016</b>	<b>numero cartelle controllate</b>	<b>valore iniziale</b>	<b>valore assegnato</b>	<b>valorizzazione amb.</b>
autocontrollo A	1.439	4.767.832	4.754.378	-
Autocontrollo B	1.880	8.315.105	8.243.918	4.250
Congruenza	3.356	16.430.084	16.221.997	3.105
<b>totali</b>	<b>6.675</b>	<b>29.513.021</b>	<b>29.220.293</b>	<b>7.355</b>

**2016 dettaglio presidi**

presidi ospedalieri	numero cartelle	valore iniziale	valore assegnato	valorizzazione amb.
Edolo	60	152.136	147.954	-
Esine	725	2.640.780	2.605.374	-
Edolo autocontrollo A	58	164.011	164.011	-
Esine Autocontrollo A	275	688.549	685.391	
Esine Autocontrollo B	353	1.480.299	1.479.387	
Edolo autocontrollo B	84	315.517	313.800	-
Morbegno	50	142.732	133.030	-
Chiavenna	175	531.445	528.693	945
Sondrio	660	2.671.478	2.591.172	2.160
Sondalo	579	3.074.949	3.040.566	1.700
Morbegno Autocontrollo A	20	56.622	56.622	-
Chiavenna Autocontrollo A	63	164.673	160.524	-
Sondrio Autocontrollo A	368	976.272	973.714	
Sondalo Autocontrollo A	241	775.512	771.923	
Morbegno Autocontrollo B	29	97.350	96.196	-
Chiavenna Autocontrollo B	75	225.398	204.480	
Sondrio Autocontrollo B	476	1.677.708	1.646.259	
Sondalo Autocontrollo B	317	1.351.052	1.344.225	2.550
COF	259	1.380.494	1.373.029	
COF Autocontrollo A	110	521.534	521.534	
COF Autocontrollo B	148	801.840	799.644	
Gravedona	543	4.395.280	4.374.047	
Gravedona Autocontrollo A	233	1.210.949	1.210.949	
Gravedona Autocontrollo B	307	1.911.056	1.905.042	
Menaggio	157	627.332	622.950	
Menaggio Autocontrollo A	71	209.710	209.710	
Menaggio Autocontrollo B	91	454.885	454.885	
<b>totali</b>	<b>6.675</b>	<b>29.513.021</b>	<b>29.220.293</b>	<b>4.250</b>



## Riepilogo controlli Ambulatoriale anni 2014 – 2015 - 2016

## 2014

Record campionati	Prestazioni campionate	Records esaminati	Prestazioni esaminate	Recd modificati	Prestazioni modificate	Importo originale	Importo modificato	Abbattimento
19.943	77.639	19.943	77.551	133	412	2.103.673	2.098.924	- 4.748

## 2015

Record campionati	Prestazioni campionate	Records esaminati	Prestazioni esaminate	Records modificati	Prestazioni modificate	Importo originale	Importo modificato	Abbattimento
9.396	34.720	9.396	34.720	295	733	1.335.297	1.315.481,5	- 19.825,6

## 2016

Record campionati	Prestazioni campionate	Records esaminati	Prestazioni esaminate	Records modificati	Prestazioni modificate	Importo originale	Importo modificato	Abbattimento
61.549	242.502	61.549	242.490	5.761	7.547	11.053.736	11.018.633	- 35.103

## Dettaglio per tipologia di campione amb 2016

tipologie di campione	Record campionati	Prestazioni campionate	Records esaminati	Prestazioni esaminate	Records modificati	Prestazioni modificate	Importo originale	Importo modificato	Abbattimento
odonto	367	1.096	367	1.096	57	124	20.434	17.324	- 3.110
es 48 713	10.000	43.923	10.000	43.923	-	-	621.858	621.858	-
es 48 315	7.694	27.919	7.694	27.919	-	-	632.683	632.683	-
esenzioni 713	24.593	102.738	24.593	102.726	3.469	4.752	1.863.766	1.841.997	- 21.769
bic 713	3.289	3.406	3.289	3.406	-	-	3.608.819	3.608.819	-
esenzioni e bic 714	5.545	32.529	5.545	32.529	1.112	1.372	1.395.057	1.388.322	- 6.735
esenzioni e bic cof	1.591	2.785	1.591	2.785	75	82	1.415.781	1.415.600	- 181
esenzioni e bic gravedona	1.503	8.160	1.503	8.160	1.048	1.217	743.424	740.116	- 3.308
es 48 cof gravedona	6.967	19.946	6.967	19.946	-	-	751.914	751.914	-

**LINEE PROGRAMMATICHE ANNO 2017 ATTIVITA' NOC**

Anche per l'esercizio 2017 l'attività di controllo tiene conto delle indicazioni fornite dalle regole regionali di sistema e stabilisce l'obbligatorietà per le ATS di verificare almeno il **14%** degli episodi di ricovero ed il **3,5%** dell'attività di specialistica ambulatoriale.

Nella tabella che segue sono indicati i numeri relativi all'atteso, in area di ricovero, per l'esercizio in corso:

struttura erogatrice		Produzi one	TOT_Atteso Controlli (14%)	7% Congruenza Atteso	4% Congruenza Atteso	3% Qualità Documentale Atteso
030026	MENAGGIO OSP. DI ZONA	2.321	325	162	93	70
030031	GRAVEDONA OSP. PELASCINI	8.193	1.147	574	328	246
030035	LANZO INTELVI C.C. C.ORTOPED.	3.436	481	241	137	103
030042	SONDRIO OSP. CIVILE	12.287	1.720	860	491	369
030044	CHIAVENNA OSP. CIVILE	1.651	231	116	66	50
030045	MORBEGNO OSP.CIVILE	663	93	46	27	20
030274	ESINE OSP. VALCAMONICA	11.100	1.554	777	444	333
030904	SONDALO E.O. BORMIO E SONDALO	7.938	1.111	556	318	238
	<b>totali</b>	<b>47.589</b>	<b>6.662</b>	<b>3.331</b>	<b>1.904</b>	<b>1.428</b>

- La quota del **7%** è riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (od organizzativa) sulle prestazioni di ricovero selezionata con modalità di campionamento mirato da parte della ATS.
- La quota del **3%** è riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori, selezionata con modalità di campionamento casuale da parte dell'ATS;
- La quota del **4%** è riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori e selezionata da parte degli stessi con modalità dagli stessi definite.

Il campione oggetto dell'**autocontrollo documentale (3%)** verrà individuato dalla ATS mediante un campionamento di tipo casuale, su pratiche riguardanti pazienti dimessi dal 1° gennaio 2017 al 31 marzo 2017 e sarà inviato, alle strutture erogatrici, che dovranno effettuare il controllo.

L'erogatore dovrà trasmettere, a questa ATS, l'esito dell'autocontrollo documentale entro il 30 settembre c.a.indicando:

- il codice ente,
- il codice presidio,
- il numero della cartella clinica,
- l'esito del controllo che sarà espresso come segue: 1=cartella conforme, 0=cartella non conforme, 2=cartella parzialmente conforme con indicazione della % di non conformità.



Di seguito si ricordano le % attribuite a ciascun elemento o gruppo di elementi, stabilite con DGR 621/2010 e la cui assenza costituisce condizione per la non rimborsabilità parziale o totale del ricovero:

**Requisiti necessari per la rimborsabilità del ricovero:**

- N° progressivo cartella clinica (100%)
- Generalità della persona assistita (100%)
- Struttura dove avviene il ricovero (100%)
- Data di ingresso e di uscita del paziente (100%)
- Nel caso di prestazione di DH per ogni accesso data ed orario di ingresso e di uscita e camera/posto letto dove viene ricoverato il paziente (100%)
- La SDO firmata dal medico della UO (anche sigla) (100%)
- Nel caso di ricoveri riabilitativi: firmati dal medico facente parte della équipe riabilitativa il progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI, pri) (100%)
- Lettera di dimissione comprendente almeno: data di stesura, identificazione del medico redattore, una sintesi descrittiva del decorso clinico, le eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste (100%);

La mancanza di uno dei suddetti requisiti è condizione sufficiente per annullare il rimborso.

**Gruppi di requisiti con margine di errore accettabile**

**Gruppo 1:**

- a. Il motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1° giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso (peso 20%)
- b. Anamnesi patologica prossima (peso 10%)
- c. Esame obiettivo all'ingresso (40%) firmato (anche sigla) (20%) e datato (10%) (peso totale della voce 70%)

**Gruppo 2:**

- a. Il consenso informato, firmato dal medico e dal paziente, all'intervento chirurgico ed alle trasfusioni (90%).
- b. Il consenso informato, datato (10%).

**Gruppo 3:**

- a. Documentazione/cartella anestesiologicala (chiaramente nei casi in cui l'anestesista prende parte all'intervento) riportante il monitoraggio intraoperatorio (40%).
- b. Verbale operatorio incompleto: descrizione dell'intervento, identificazione degli operatori, data e durata dell'intervento (60%).

la % di errore calcolata per ciascun gruppo, potrà determinare la parziale o totale, decurtazione della tariffa.

- Per i restanti requisiti della cartella clinica di cui alla DGR VIII/9014 si stabilisce che non più di due degli stessi possa avere più del 20% di mancanze rispetto al totale delle registrazioni attese.

Relativamente **all'autocontrollo congruenza (4%)** ricordiamo che l'erogatore dovrà effettuare un campionamento mirato o casuale che escluda le pratiche non finanziate dal SSR, nella quantità indicata in tabella 1, sui dimessi dal 1° gennaio 2017 al 30 giugno 2017.





Gli elenchi delle pratiche così estratte, dovranno pervenire mensilmente a questa ATS.  
Gli esiti di tale autocontrollo dovranno essere inviati entro il 30 settembre 2017, alla scrivente ATS secondo le modalità indicate con DGR 2313/2014 allegato A “ ambito sanitario.

Si rammenta che non sono ammesse ricodifiche che comportino un aumento del rimborso previsto e che quindi le pratiche che risultassero iper-valorizzate a seguito delle ipotesi di ricodifica, andranno trasmesse dagli Erogatori alle ATS come confermate (codici originali) e quindi classificate con esito A.

Si raccomanda quindi a tutti gli Erogatori coinvolti nella suddetta attività di operare nel rispetto delle indicazioni tecniche di cui al sopraccitato allegato A .

Nella tabella che segue sono indicati i numeri relativi all'atteso, in area ambulatoriale, per l'esercizio in corso:

	<b>Produzione 2016</b>	<b>Atteso controlli totale (3,5%)</b>
<b>323 - ATS DELLA MONTAGNA</b>	1.139.285	39.875

Nel corso del 2017, si darà attuazione alle indicazioni fornite dalla DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007 che riguardano :

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore “lavorative” dalla D.G.R. n. VII/8078 del 18.02.2002; con questa indicazione s’intende che l’eventuale preavviso non può essere inoltrato dalla ATS alla struttura prima delle 48 ore precedenti il controllo e che il preavviso non è più da considerarsi un obbligo;
- l’assenza della limitazione di tipologia di controllo su una stessa pratica nei casi in cui emergano elementi opportunistici nelle modalità di rendicontazione;
- il superamento di quanto previsto dalla VII/12692 del 10.04.2003 alla voce “calendarizzazione dei controlli”, dando la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell’esercizio di cui non sono state ancora saldate le attività, che s’individua con il periodo che va dal 1° gennaio di ogni anno al 28 febbraio dell’anno seguente;
- la non sospensione del controllo a seguito di “interpello” alla Direzione Generale Welfare, così come previsto dalla Circolare 37/SAN/2003 e con le modalità introdotte dalla DGS n. 4304 del 13.05.2011, privilegiando, nel caso di contestazione, l’interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ATS, che deve essere quella prevista dalle linee guida regionali, emanate a riguardo della codifica delle prestazioni e che riguarda le procedure consolidate e storicizzate nella pratica clinica e quindi anche utilizzate in sede di rilevazione dei costi e definizione delle tariffe delle prestazioni sia a livello nazionale che regionale;
- l’obbligatorietà dell’estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di errori ripetuti che superano la soglia statistica di significatività;
- l’attuazione, come previsto dalla LR n. 8/2007, della sovra-territorialità della funzione di controllo prevedendo la possibilità che le ATS verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ATS, superando la previsione del DGS n.1375/05 e della DGR. n. VIII/3776 del 13.12.2006 in tema di controlli tra ATS viciniori.

Con il DGS n. 4304 del 13.05.2011 è stato ridefinito il metodo di gestione e di riscontro dei quesiti che erano posti tramite lo strumento Interpello. E’ stato costituito un Gruppo di Lavoro permanente tra la D.G. Welfare ed i referenti delle ATS e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, che affronta con cadenza mensile le questioni poste di maggiore rilevanza in tema di accreditamento, appropriatezza e controllo delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale.



Le risposte ed i chiarimenti forniti nell'ambito del Gruppo di Lavoro e condivisi con il territorio nel corso dell'anno per tramite dei referenti incaricati, sono da considerarsi pareri vincolanti tramite i quali vengono chiariti i dubbi relativi all'interpretazione o all'applicazione di normative o disposizioni amministrative già vigenti, garantendo così una applicazione omogenea sul territorio regionale della funzione di controllo delle ATS.

Il Gruppo di Lavoro opererà anche per l'esercizio 2017 con le consuete modalità impiegate sin dalla sua costituzione (DDG n. 4304/2011, come rinnovato da DDG n. 491/13, DDG n. 7540/13 e DDG n. 10953/13) così come richiamato dalla DGR n. 1185/13 (sub-allegato B).

L'attività di controllo sarà organizzata su tre livelli, così come indicato nella DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009:

- controllo sulla domanda assistenziale inteso come controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- controllo sul rispetto delle regole contrattuali definite nel contratto tra erogatori e ATS;
- controllo della qualità del documento clinico.

Si confermano i compiti del Responsabile NOC, durante l'esercizio della specifica funzione d'ispezione, come già chiarito dalla normativa in vigore.

Il Responsabile NOC è pubblico ufficiale: ha potere autoritativo (potere di imporre alla controparte un "fare", un'attività, come ad esempio la sospensione dell'attività) e un potere certificativo (potere di redigere un verbale). I componenti dell'équipe di quella specifica ispezione concorrono, per le azioni compiute per le pratiche esaminate, allo svolgimento dell'ispezione stessa e sottoscrivono il verbale a chiusura del controllo. Nel momento in cui il responsabile dell'ispezione NOC verifica una condotta illecita, è tenuto ad applicare le relative sanzioni amministrative per le quali la norma non ammette discrezionalità.

Verrà data la priorità alla verifica delle attività prodotte nel corso dell'anno 2017.

I controlli riguarderanno in particolare le attività che sono risultate critiche durante le analisi sulla produzione del 2016/2017 o che risulteranno scostarsi significativamente dagli indicatori regionali. Il Piano potrebbe richiedere aggiornamenti, dopo la periodica verifica sull'andamento dell'attività, o dopo eventuali e ulteriori indicazioni regionali.

Per l'attività ambulatoriale si proseguirà con i controlli previsti dalla D.G.R. VII/12692 del 10.04.2003 e successive, con le indicazioni della D.G.R. IX/2633 del 06.12.2011 e dalla DGR X/1185 del 20.12.2013 e della DGR n. X/2313 del 01.08.2014.

La DGR 1962 del 6.07.2011 ha approvato i requisiti autorizzativi della MAC, con D.G.R. IX/2633 del 06.12.2011 sono stati definiti pacchetti di macroattività ambulatoriale complessa attivate dal 1 gennaio 2012.

**Programma attività di controllo ricoveri 2017**

Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2017	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
Controllo su autocontrollo, svolta dagli erogatori, sulla qualità documentale della cartella clinica.	Fino al 3% della produzione del 2016 e sui dimessi dal 1° gennaio 2017 al 31 marzo 2017	Secondo quanto disposto dalla DGR X/5954 del 05.12.2016 e precedenti. Campionamento casuale ed invio del campione agli erogatori, estratto sulla produzione del 1°trimestre 2017. Restituzione esito autocontrollo da parte degli erogatori entro il 30.09.2017.	<u>N°ricoveri totali 2016 x 3</u> 100
Controllo su autocontrollo di congruenza/appropriatezza generica o organizzativa, svolta dagli erogatori.	Fino al 4% della produzione del 2016 e sui dimessi dal 1° gennaio 2017 al 30 giugno 2017	Invio del Piano dei Controlli degli Enti Erogatori all'ATS entro il 31.01.2017. Invio mensile all'ATS degli elenchi delle cartelle cliniche campionate nel periodo gennaio-giugno 2017. Restituzione esiti autocontrollo solo in ATS da parte degli erogatori entro il 30.09.2017.	<u>N°ricoveri totali 2016 x4</u> 100
Monitoraggio e controllo dei DRG Complicati	Ricondurre a corretta codifica le diagnosi secondarie presenti	Secondo quanto disposto dalla DGR VIII/4799 del 30.05.2007 e dalla DGR IX/2633 del 6.12.2011	La % da controllare verrà stabilita sulla base dell'entità dello scostamento dall'indicatore regionale
Monitoraggio e controllo dei DRG medici con diagnosi di neoplasia < 4 gg	Ricondurre a corretta gestione organizzativa i diversi episodi di ricovero	Secondo quanto disposto dalla DGR VIII/4799 del 30.05.2007 e dalla DGR IX/2633 del 6.12.2011	La % da controllare verrà stabilita sulla base dell'entità dello scostamento dall'indicatore regionale
Monitoraggio e controllo procedure riconducibili ai 108 drg ad alto rischio di inappropriata	Ricondurre a corretta gestione organizzativa i diversi episodi di ricovero	Secondo quanto disposto dalla DGR X/2313 del 2014 All. A , dalla DGR X/1185 del 2013 sub all. 8 e dalla DGR X/2989 del 23.12.2013, allegato B	La % da controllare verrà stabilita sulla base dell'entità dello scostamento dall'indicatore regionale
Monitoraggio e controllo dei ricoveri ripetuti per la stessa MDC e all'interno dello stesso ospedale	Ricondurre a corretta gestione organizzativa i diversi episodi di ricovero	Secondo quanto disposto dalla DGR VIII/4799 del 30.05.2007 e dalla DGR IX/2633 del 6.12.2011	La % da controllare verrà stabilita sulla base dell'entità dello scostamento dall'indicatore regionale



(Extrabudget) DRG Parti (370, 375), DRG Diagnosi Patologie Urgenti e SCA-NSTE (410.7X), DRG Chirurgici con diagnosi di neoplasia.	Controllo di congruenza per la corretta verifica dei DRG posti in extrabudget e monitoraggio dell'andamento quantitativo dei ricoveri	Secondo quanto disposto dalla DRG di cui all.7 DGR 19668/2004	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno dopo monitoraggio della casistica
Monitoraggio e controllo dei ricoveri riabilitativi	Verifica della corretta applicazione delle linee guida di codifica per tale tipologia di ricovero e del setting assistenziale utilizzato ed appropriatezza delle giornate di ricovero	Secondo quanto disposto dalla DGR X/1185 del 20.12.2013	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno dopo monitoraggio della casistica
DRG dermatologici	Ricondurre a corretta codifica le diagnosi e gli interventi nonché ricondurre al corretto setting organizzativo	Secondo quanto disposto dalla DGR VIII/ 4799 del 30.05.2007	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno dopo monitoraggio della casistica
Aree ad interesse locale ed eventuali criticità emerse nel corso dei precedenti controlli	Ricondurre a corretta codifica e gestione organizzativa	Secondo quanto disposto dalla normativa vigente	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno dopo monitoraggio della casistica
Ricoveri oltre soglia massima	Mantenere l'appropriatezza delle singole giornate di ricovero	Verifica di quanto svolto e registrato in cartella clinica nelle singole giornate, al fine di evitare il protrarsi ingiustificato della degenza	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno dopo monitoraggio della casistica

Le tipologie di controllo sopra elencate sono valide per tutte le strutture ubicate nel territorio dell'ATS della Montagna. Le specifiche criticità di ogni singola struttura riscontrate durante le attività di controllo verranno sottoposte ad analisi mirata. Il NOC non può effettuare correzioni di SDO "sotto codificate" ossia con una remunerazione inferiore a quella che ne deriverebbe da una corretta codifica.

**PROGRAMMA ATTIVITÀ DI CONTROLLO SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2017**

Le tipologie di controllo sopra elencate sono valide per tutte le strutture ubicate nel territorio dell'ATS della Montagna. Le specifiche criticità di ogni singola struttura riscontrate durante le attività di controllo verranno sottoposte ad analisi mirata.

Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2017	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
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	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa e di odontostomatologia con particolare attenzione alle pratiche che appaiono, nella rendicontazione, prive dei requisiti d'accesso.	Secondo quanto disposto dalla DGR VII/ 3111 del 2006 e dalla DGR IX/937 del 01.12.2010 e DGR 4702 del 29.12.2015	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno
Congruenza (incroci proibiti) di prestazioni di radiodiagnostica e laboratorio	Verifica della corretta rappresentazione e rendicontazione delle prestazioni	Secondo quanto disposto dalla DGR VII/ 12692 del 10.04.2003	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno
Verifica, data una precisa data di contatto, della non contemporanea presenza in degenza del paziente	Verifica della corretta rappresentazione e rendicontazione delle prestazioni	Secondo quanto disposto dalla normativa regionale	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno
Appropriatezza delle prestazioni amb. Erogate in PS e seguite da ricovero	Verifica della corretta rappresentazione e rendicontazione delle prestazioni	Secondo quanto disposto dalla DGR VII/ 12692 del 10.04.2003	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno
Appropriatezza delle prestazioni amb. Erogate 15 gg prima e 10 gg dopo il ricovero	Verifica della corretta rappresentazione e rendicontazione delle prestazioni	Secondo quanto disposto dalla DGR VII/ 12692 del 10.04.2003	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno
Controllo "Esenzione per patologia"	verifica delle prestazioni esenti per le condizioni e malattie croniche o invalidanti	Secondo quanto disposto dalla DGR 10804/2009	La % di questo indicatore sarà individuata in corso anno
Pacchetti MAC	Verifica dei requisiti previsti da ciascun pacchetto MAC e specificate nelle note	secondo quanto stabilito nelle note delle MAC con DGR IX/2633 del 6.12.2011, DGR X/1185 del 20/12/2013	La % dei controlli di questa attività verrà stabilita in corso d'anno sulla base della casistica prodotta



Prestazioni BIC	Verifica della corretta rappresentazione e rendicontazione delle prestazioni	secondo quanto stabilito con DGR IX/4334 del 28.12.2012	La % dei controlli di questa attività verrà stabilita in corso d'anno sulla base della casistica prodotta
Verifica delle prestazioni erogate rispetto agli assetti accreditati e a contratto	Controlli mirati a stabilire quali prestazioni le strutture possono erogare	secondo quanto stabilito con DGR IX/4334 del 28.12.2012	La % dei controlli di questa attività verrà stabilita in corso d'anno sulla base della casistica prodotta

Le tipologie di controllo sopra elencate sono valide per tutte le strutture ubicate nel territorio dell'ATS della Montagna. Le specifiche criticità di ogni singola struttura riscontrate durante le attività di controllo verranno sottoposte ad analisi mirata.



## AREA TEMPI D'ATTESA

### ATTIVITA' MONITORAGGIO 2016

Nel corso del 2016 sono stati rilevati i tempi d'attesa, così come previsto dalla Regione Lombardia. La ATS della montagna, ha effettuato delle valutazioni su quanto rilevato mensilmente dalle strutture presenti sul proprio territorio (ospedali ed ambulatori accreditati pubblici e privati). Sono state poste in essere le seguenti azioni :

Sono stati avviati i tavoli Aziendali con i MMG ed i Pdf. Durante gli incontri si sono discussi gli obiettivi relativi al governo clinico per l'utilizzo della classi di priorità. Sono state fornite indicazioni per attribuire la corretta priorità da riportare sulla ricetta per le prescrizioni dei primi accessi ambulatoriali.

A seguito di questi incontri sono state fornite indicazioni operative sul corretto utilizzo delle classi di priorità.

Con le ASST del territorio sono stati avviati progetti per:

Garantire il rispetto dei T.A. delle prime visite specialistiche per almeno il 95% delle prenotazioni,

Garantire il rispetto dei T.A. per prestazioni strumentali in primo accesso per almeno il 95% delle prenotazioni.

Promuovere l'appropriatezza prescrittiva, in particolare per le prestazioni di diagnostica per immagini e di genetica medica, mediante la predisposizione di protocolli aziendali ed analisi dei risultati per l'anno 2016.

Diffusione di informazioni sulle prestazioni ambulatoriali e relativi tempi d'attesa massimi delle strutture erogatrici, attraverso il sito web aziendale.

Verifica del rispetto dei tempi d'attesa massimi, attraverso l'analisi dei dati forniti dagli erogatori, così come previsto dalla regione stessa.

La tabella che segue riporta la situazione riferita all'intera ATS e sono state evidenziate le % che si discostano dall'obiettivo del 95%

Periodo	descr_prestazione	numero prestazioni					95mo percentile			
		totale	cl U	cl B	cl D	cl P	U	B	D	P
2016-12	PRIMA VISITA OCULISTICA	15.613	527	498	1.712	12.832	4	15	40	104
2016-12	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	13.057	437	103	262	12.229	4	11	47	63
2016-12	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	12.325	582	266	443	11.027	4	11	28	52
2016-12	PRIMA VISITA ORL	10.319	548	188	243	9.329	5	11	46	45
2016-12	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	8.484	573	167	180	7.549	3	8	42	76
2016-12	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	8.339	67	77	248	7.947	4	21	30	48
2016-12	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE	4.013	25	11	22	3.954	3	17	65	64
2016-12	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	5.250	320	122	157	4.573	5	16	56	70
2016-12	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	2.372	145	8	32	2.186	4	19	64	88
2016-12	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	4.132	240	43	78	3.747	4	11	36	58
2016-12	ESAME DEL FUNDUS OCULI	4.849	5	1	21	4.821	21	3	49	175
2016-12	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	3.575	66	23	60	3.420	3	10	64	59



2016-12	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	2.435	230	39	78	2.078	4	22	36	56
2016-12	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	576	62	19	16	476	5	19	92	133
2016-12	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	5.619	257	63	190	5.021	4	11	68	33
2016-12	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	713	22	13	32	637	18	21	63	83
2016-12	prima visita neuropsichiatrica infantile	602	8	4	19	567	5	6	28	158
2016-12	PRIMA VISITA OSTETRICA	439	6	3	14	366	3	5	47	45
2016-12	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	1.011	65	17	16	912	4	8	28	31
2016-12	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	465	14	7	15	429	6	5	25	41
2016-12	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA	490	12	7	19	451	6	14	77	32
2016-12	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA	305	4	3	15	283	5	1	19	34
2016-12	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	498	18	2	5	468	3	7	23	29
2016-12	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	184	5	2	7	170	9	5	10	43
2016-12	VISITA MULTIDISCIPLINARE	239	-	-	6	225			49	195
2016-12	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	187	16	4	10	157	12	2	87	148
2016-12	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE	40	7	-	4	29	2		2	50
2016-12	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA	57	-	-	1	56			35	71
2016-12	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	15.948	625	218	127	14.974	4	10	58	171
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	6.969	91	114	218	6.542	3	20	50	112
2016-12	MAMMOGRAFIA BILATERALE	7.585	30	3	13	4.916	3	6	49	214
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	8.438	80	111	92	8.147	5	10	55	119
2016-12	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	4.635	159	50	72	4.352	4	11	52	156
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	5.405	370	105	66	4.864	3	12	56	103
2016-12	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	3.202	82	57	95	2.967	4	10	53	166
2016-12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	4.968	7	2	5	4.954	7	1	46	118
2016-12	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	1.415	-	-	1	1.414			33	92
2016-12	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	2.723	24	51	28	2.618	4	11	56	84
2016-12	ELETTROCARDIOGRAMMA	16.704	360	110	121	16.093	3	5	38	80
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	3.352	50	16	28	3.258	9	36	42	73
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	1.290	17	21	53	1.199	13	16	41	81





2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	1.070	10	8	25	1.026	7	10	36	79
2016-12	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	8.780	164	42	49	8.471	3	6	50	102
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA	3.246	39	3	12	3.192	13	18	37	62
2016-12	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	4.888	45	134	61	4.646	5	11	50	69
2016-12	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	921	26	17	26	852	9	14	59	184
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	1.223	82	51	14	1.076	4	11	28	73
2016-12	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	3.980	73	27	21	3.810	3	8	50	358
2016-12	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	380	8	-	2	357	5		16	96
2016-12	SPIROMETRIA SEMPLICE	2.188	6	2	14	887	8	6	38	63
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	3.170	303	81	21	2.765	5	14	28	89
2016-12	ELETTROENCEFALOGRAMMA	1.166	7	2	1	1.156	6	7	29	82
2016-12	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	4.497	101	11	51	4.331	4	8	38	40
2016-12	ECOGRAFIA OSTETRICA	3.410	7	3	1	3.399	3	2	2	57
2016-12	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	411	15	-	5	391	3		42	69
2016-12	RADIOGRAFIA DI FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA	6.184	36	20	38	6.088	3	8	10	48
2016-12	RADIOGRAFIA DI BACINO, ANCA	4.884	17	15	16	4.836	3	10	7	51
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	1.760	81	28	22	1.626	7	11	33	37
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	1.222	34	42	41	1.103	4	10	35	39
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	418	32	16	6	364	4	13	25	52
2016-12	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	4.493	1	4	23	4.463	2	5	25	51
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	334	4	3	3	324	8	12	17	84
2016-12	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	4.358	20	25	57	4.254	3	8	25	32
2016-12	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	718	-	-	18	700			41	49
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	347	17	2	1	327	8	4	7	79
2016-12	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	430	23	6	5	396	3	9	23	92
2016-12	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	31	1	-	-	30	1			102
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	45	-	1	-	44		5		96
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	88	6	2	3	77	3	2	11	32



2016-12	ECOGRAFIA CARDIACA	2	-	-	-	2				19
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE	6	1	1	-	4	20	10		8
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	16	2	2	-	12	3	2		29
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	39	1	-	-	38	2			59



## **LINEE PROGRAMMATICHE ANNO 2017 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA**

Gli aspetti prioritari su cui intervenire, nel corso del 2017, saranno:

- Il potenziamento delle forme di comunicazione al cittadino, in merito alla rete delle strutture erogatrici di prestazioni ed alle modalità di accesso all'assistenza specialistica mediante la pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni utili;
- Il monitoraggio mensile dei tempi di attesa;
- Lo sviluppo e l'applicazione di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici (PDT), condivisi tra i professionisti (prescrittori ed erogatori), con lo scopo di migliorare l'appropriatezza della domanda in rapporto all'effettivo bisogno clinico dell'utenza;
- La definizione ed applicazione di criteri di priorità clinica che consentano di garantire una risposta sollecita, nonché la tempestiva esecuzione di prestazioni che possono condizionare la prognosi a breve del soggetto, o influenzare più in generale il suo stato di benessere;
- L'assegnazione di risorse, nell'ambito degli accordi negoziali tra le parti (ad esempio ATS ed erogatori, ATS e MMG) finalizzate a migliorare l'accesso alle prestazioni considerate più critiche;

Anche per quest'anno si ritiene utile proseguire ed ampliare le iniziative intraprese, negli scorsi anni e comunque esplicitate sul Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi d'Attesa 2016 attraverso le seguenti azioni:

- Comunicare alla cittadinanza, per le prestazioni individuate, le strutture presso le quali si garantisce l'accesso entro i tempi massimi indicati dalla Regione Lombardia.
- Governo della domanda e definizione di criteri nelle priorità d'accesso, assicurando così un ricorso il più possibile appropriato alle attività di specialistica ambulatoriale e di ricovero. Quanto sopra tenuto conto dei criteri di priorità stabiliti dalla Regione Lombardia.
- Promuovere la razionalizzazione dell'offerta delle prestazioni, tenendo conto delle effettive necessità assistenziali espresse sul territorio, nonché della domanda rilevata, fermo restando quanto affermato al precedente punto.
- Collaborare, con gli erogatori presenti sul proprio territorio, alla gestione del sistema degli accessi, al fine di interfacciare la domanda con l'offerta delle prestazioni.
- Monitorare mensilmente il rispetto dei tempi d'attesa attraverso l'analisi dei dati forniti dagli erogatori con la rilevazione puntuale, così come previsto dalla Regione stessa.
- Valutazione del corretto utilizzo dell'urgenza differita (bollino verde).
- Vengono definiti ed identificati gli ambiti territoriali, entro cui garantire i tempi d'accesso massimi, da attuarsi mediante accordi tra ASL e soggetti erogatori.
- Verifica del rispetto dei tempi d'attesa massimi, attraverso l'analisi dei dati forniti dagli erogatori, così come previsto dalla regione stessa.
- Valutazione delle modalità di prenotazione presso gli sportelli degli erogatori.
- Elaborazione e diffusione di procedure per i prescrittori e per gli erogatori, relative alla corretta compilazione e gestione delle ricette e delle informazioni in essa contenute, nonché sulle tipologie e relative modalità di verifica da parte della ATS di quanto sopra.



## AREA DELLA SALUTE MENTALE

### ATTIVITÀ DI CONTROLLO PSICHIATRA TERRITORIALE 2016

Sono presenti sul territorio dell'ATS della Montagna strutture afferenti sia ad erogatori pubblici che privati. Per ogni tipologia di struttura sono state controllate le seguenti attività:

#### **Centri Diurni**

- Orari e giorni di apertura;
- Giornate di presenza > o < di 4 ore; Personale presente in servizio;
- Presenza e modalità di tenuta e compilazione dei PTI e PRI;
- Tipologia delle attività riabilitative svolte.

#### **Comunità Protette**

- Personale presente in servizio;
- Giornate di degenza;
- Verifica dei Protocolli d'ingresso, PTI e PTR;
- Verifica delle attività riabilitative svolte e la loro registrazione in cartella clinica in base alla classificazione della struttura;
- Controllo del numero di pazienti in post acuzie presenti nei CRA;
- Durata della degenza.

#### **CPS**

- Gruppo di attività espressive
- Attività gruppo di risocializzazione
- Attività individuale di risocializzazione
- Colloqui con familiari
- Gruppo abilità di base Gruppo
- Attività corporea Interventi sulle abilità di base
- Intervento di risocializzazione
- Intervento sulle attività di base
- Interventi domiciliari
- Intervento psicoeducativo
- Riunione altri enti
- Riunione con persone e gruppi non istituzionali
- Riunione interna UOP
- Somministrazione diretta farmaci
- Supporto alla vita quotidiana
- Supporto sociale
- Visita colloquio

#### **Valutazione delle criticità riscontrate durante l'attività di verifica**

1. persiste la necessità di migliorare la registrazione sul documento clinico dell'attività dichiarata e rendicontata nel flusso della 46/SAN;
2. in alcune strutture non si è riscontrata, nella documentazione clinica, la presenza del Protocollo d'ingresso (lettera d'invio redatta dal CPS).

#### **Azioni correttive adottate**

Tutte le criticità riscontrate sono state segnalate formalmente ai responsabili delegati dei servizi con i verbali di accertamento o con documenti di raccomandazioni successivi al controllo.

**Riepilogo controlli psichiatria territoriale 2016**

CD	Giornate presenza <4 h	Giornate presenza >4 h	Numero PTI e PRI verificati	Giornate validate	Giornate non confermate
Tirano	31	181	14	210	0
Sondrio	302	671	10	973	0
Cooperativa Attivamente la Centralina		1172	6	1172	0
		457	3	451	6
<b>Totali</b>	<b>333</b>	<b>2481</b>	<b>33</b>	<b>2806</b>	<b>6</b>

Struttura	Giornate presenza	Numero PTI e PRI verificati	Giornate validate	Giornate non confermate
Comunità a Bassa protezione Sondrio, via Toti	557	2	557	0
Comunità a Media Protezione Paolino1 (Tirano)	1213	4	1213	0
Comunità a Media Protezione Paolino2 (Tirano)	644	2	644	0
Comunità ad Alta Assistenza Chiapedi	1771	5	1771	0
Residenzialità Leggera Poggiridenti ( Sondrio)	885	3	885	0
Comunità Riabilitativa alta assistenza	6019	5	6019	0
<b>totali</b>	<b>11.089</b>	<b>21</b>	<b>11.089</b>	<b>0</b>

CPS	Numero pazienti	Totale attività controllate	Attività validate	Attività non validate	Abbattimento economico
Sondrio	89	470	470	0	0
<b>Totali</b>	<b>89</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Ambulatorio Psichiatria	di	Numero pazienti	Totale attività controllate	Attività validate	Attività non validate	Abbattimento economico
Tirano		20	239	239	0	0
<b>Totali</b>		<b>20</b>	<b>239</b>	<b>239</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



## LINEE PROGRAMMATICHE ATTIVITÀ DI CONTROLLO PSICHIATRIA TERRITORIALE ANNO 2017

In questo ambito le ATS hanno una responsabilità programmatica che, attraverso il coinvolgimento degli erogatori del settore, dovrà esprimersi attraverso la definizione di strategie innovative. Infatti, nel corso del 2017, potranno essere avviate iniziative che abbiano come obiettivo l'integrazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, con attività sociosanitarie rivolte in particolare alla protezione della fragilità e delle famiglie.

In tal senso, infatti, regione Lombardia ha previsto la prosecuzione ed il potenziamento di programmi e progetti già avviati o di nuova attivazione in particolare nell'ambito della NPIA e della psichiatria.

Tipologia di controllo	Obiettivi 2017	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
Appropriatezza e congruenza delle prestazioni erogate dalle strutture della residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica	Verifica della presenza in cartella dei PTR, PTI e PRI e dei dati contenuti nelle cartelle relativi all'età, alle diagnosi nonché alla durata della degenza.	Secondo quanto disposto dalla DGR VIII/4221 del 28.02.2007.	Numero delle strutture controllate sul numero delle strutture esistenti. Almeno un controllo per il 50% delle attività prodotte.
Attività erogate dai CPS/AMB, estratta con modalità casuale.	Verifica della corretta rappresentazione e rendicontazione delle attività	Secondo quanto disposto dalla circolare attuativa Regionale 21/SAN/1999	Il 10% dei pazienti in trattamento nel 2017
Attività dei progetti innovativi	Verifica dell'attività riconducibile e non riconducibile al paziente	Secondo quanto disposto dalla circolare Regionale n°43341 dell'11.12.2009 e dalla nota regionale 36178 del 17.12.2012	Indicatori espressi nei singoli progetti
Monitoraggio della promozione della salute mentale nelle diverse età della vita	Verifica dei percorsi terapeutici e riabilitativi	Secondo quanto disposto con DGR 5954/2016 sue eventuali integrazioni e modifiche	10% dei programmi/percorsi personalizzati
Verificare la presenza di progetti specifici riguardanti: inclusione sociale; inserimento lavorativo; integrazione tra psichiatria, NPIA, dipendenze e psicologia; disturbi psichici del periodo perinatale;	verificare l'applicazione di quanto dichiarato nei progetti	Secondo quanto disposto con DGR 5954/2016 sue eventuali integrazioni e modifiche	Indicatori espressi nei singoli progetti



Tipologia di controllo	Obiettivi 2017	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
Verificare la collaborazione tra DSMD e soggetti del terzo e quarto settore	Monitorare gli esiti delle collaborazioni tra i vari soggetti protagonisti come enti, istituzioni, mondo del lavoro, famiglie e utenti	Secondo quanto disposto con DGR 5954/2016 sue eventuali integrazioni e modifiche	Esistenza di protocolli d'intesa, convenzioni, altro
Verifica e monitoraggio delle attività non a budget (43/SAN)	Verifica della presenza in cartella dei PTR, PTI e del protocollo d'ingresso	Secondo quanto disposto dalla DGR VIII/4221 del 28.02.2007 .	Numero delle strutture controllate sul numero delle strutture esistenti. Almeno un controllo per l'50% delle attività prodotte.



## AREA ACCREDITAMENTO

Nel corso del 2016 le regole di governo del SSR avevano definito la sospensione temporanea degli accreditamenti. Il processo di riorganizzazione del sistema sanitario si è quindi concluso con la costituzione dei nuovi soggetti pubblici, ATS e ASST, e ha determinato una rimodulazione dei servizi esistenti sul territorio e sociosanitario. Per l'anno 2017 è quindi nuovamente possibile presentare, alla ATS territorialmente competente, istanza di nuovi accreditamenti con esclusione delle strutture di ricovero e cura per acuti, delle strutture di riabilitazione e di cure intermedie, per le quali sono previste esclusivamente istanze di trasformazione e riconversione, nel rispetto delle regole valide per il corrente anno e di quanto disposto nel D.M. 70/2015.

In previsione della ridefinizione dei criteri per l'autorizzazione e accreditamento dei laboratori specialistici di Anatomia Patologica e di Genetica Medica e Citogenetica, sono sospese le autorizzazioni all'attivazione di nuovi laboratori e di nuove sezioni specialistiche, comprese le autorizzazioni.

La l.r. 23/2015 ha previsto un'integrazione tra le attività sanitarie e sociosanitarie ed anche in tema di accreditamento ha ritenuto importante permettere che alcune attività, in capo ai servizi di medicina di laboratorio come ad esempio i punti di prelievo esterni, possano essere attivate presso le RSA ed i CDI, al fine di rendere maggiormente accessibili tali servizi alla popolazione.

Regione Lombardia ha quindi sancito che nel corso del 2017 dovranno essere perfezionati percorsi per armonizzare e riclassificare i requisiti necessari per l'accREDITAMENTO di:

- Strutture sanitarie e sociosanitarie eroganti le stesse prestazioni quali, ad esempio, quelle per subacuti, post acuti e cure intermedie.
- Centri di Procreazione Medicalmente Assistita.
- Laboratori di elettrofisiologia, servizi di medicina di laboratorio di genetica medica e citogenetica e di anatomia patologica.
- Consultori familiari.
- SERT
- ADI.
- Strutture per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.
- Servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle dipendenze.

Pertanto fino ad allora non sarà possibile accreditare le strutture sopra indicate, ma sarà invece possibile procedere all'accREDITAMENTO di strutture sanitarie pubbliche e private già autorizzate o che abbiano presentato la SCIA essendo in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dal DPR del 14 gennaio 1997 e dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa regionali.

## ACCERTAMENTI ESEGUITI ATTIVITÀ DI CONTROLLO ACCREDITAMENTO 2016

### ***Strutture sanitarie di ricovero e cura, ambulatoriali e psichiatriche già autorizzate, accreditate e a contratto***

Durante l'anno 2016, nelle more dell'applicazione della L.23/2015 ed in base alle richieste di R.L., si è provveduto a verificare a campione la permanenza dei requisiti organizzativi e strutturali specifici, il controllo delle quali è demandato a questa ATS, nonché nuove attività previste dalla DGR n° X/4702 del 29/12/2015. In particolare sono stati visitati tutti i centri privati ambulatoriali accreditati a contratto e non presenti nel territorio dell'ex ASL di Sondrio.

Per quanto riguarda le Strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto si è proceduto alla visita dell'unica Struttura monospecialistica presente nell'ATS e di cinque struttura CPA/CPM





insite sul territorio del Medio Alto Lario. Si è svolta regolarmente l'attività routinaria anche in collaborazione con ATS dell'Insubria.

**SMeL**

Si è collaborato con le due ASST nell'ambito della razionalizzazione dei relativi SMeL.

**Sistema Trasfusionale**

Si è provveduto alla riclassificazione di tutte le strutture afferenti ai tre SIMT del Sistema Trasfusionale.

**Centri di PMA**

Sono stati effettuati audit presso i centri di PMA della ASST VAL, Valcamonica e Multiclinica.

**Centri di Medicina dello Sport**

Sono state effettuate ispezioni nei due centri di Medicina dello Sport presenti.



## LINEE PROGRAMMATICHE ATTIVITÀ' DI CONTROLLO ACCREDITAMENTO 2017

Tipologia di controllo	Obiettivi 2017	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
Verifiche post riclassificazione dei Servizi Trasfusionali e delle unità di raccolta sangue ed emocomponenti	Entro la fine dell'anno dovrà essere completata la verifica sul mantenimento dei requisiti previsti dall'accordo stato regioni del 2010	Secondo quanto disposto dalla DGR 3465/2012 e successive modifiche e D.M. del 02.11.2015.	100% dei centri presenti sul territorio della ATS.
verifica puntuale del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali generali con acquisizione dei documenti attestanti il possesso dei titoli abilitanti e della non incompatibilità	Dovrà essere verificato il possesso degli specifici titoli abilitanti per i diversi profili professionali del personale con ruolo apicale e di rilevanza strategica	Secondo quanto disposto dalla normativa nazionale e dalla DGR 38133/1998 e successive modifiche.	100% delle posizioni di nuova nomina, per le u.o. oggetto di istanza e per tutte le situazioni rilevate critiche negli anni precedenti.
Monitoraggio delle soglie minime di prestazioni eseguite in sede dagli SMEL	Calcolare la media delle prestazioni eseguite dagli SMEL nel corso del biennio 2016-2017	Secondo quanto disposto dalla DGR 4702/2015	Almeno tre verifiche annuali per ogni SMEL territoriale
Verifica della partecipazione a programmi di Valutazione Esterna della Qualità.	Monitorare la partecipazione ai programmi di VEQ	Definizione di un piano annuale di monitoraggio degli SMEL ed esecuzione dei controlli sugli esiti conseguiti nonché sulla partecipazione ai programmi.	Almeno tre verifiche annuali per ogni SMEL territoriale



## **AREA CURE PRIMARIE**

### **ATTIVITÀ DI CONTROLLO ESEGUITE NEL 2016**

#### **MMG / PDF**

Gli ambulatori dei MMG / PDF segnalati od oggetto di cambiamento sono stati verificati grazie all'apporto fornito dai Tecnici del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS).

Dal punto di vista amministrativo sono state puntualmente verificate le situazioni di incompatibilità, l'articolazione degli orari degli ambulatori e il rispetto dei requisiti dei fondi contrattuali.

#### **CA / CAS**

Nel corso del 2016 sono stati rimappati e controllati sul posto, attraverso check list specifiche e supporto fotografico, tutte le postazioni (compresi i locali di riposo) dei Servizi di Continuità Assistenziale e Continuità Assistenziale Stagionale del territorio dell'ATS, sia dal punto di vista della logistica che delle dotazioni e della sicurezza per operatori e utenti; la reportistica conclusiva, con rilievo delle criticità e proposte di miglioramento, è stata condivisa con la Direzione.

#### **Ricetta dematerializzata**

È proseguito il monitoraggio periodico e sistemico dell'adesione dei MMG/PDF al progetto "ricetta dematerializzata"; i report sono stati inoltrati e condivisi con la Direzione e tutti i MMG/PDF.

#### **Farmaceutica - Farmaci equivalenti**

Analogamente è continuato il monitoraggio della spesa farmaceutica relativa alle prescrizioni dei MMGT/PDF, in particolare per quanto riguarda i farmaci equivalenti, nelle more degli indicatori di obiettivo regionali; i report sono stati inoltrati e condivisi con la Direzione e tutti i MMG/PDF

*In entrambi gli ultimi due punti i dati sono stati elaborati partendo dalla reportistica regionale, a cadenza periodica, di LISpA.*

### **LINEE PROGRAMMATICHE ATTIVITÀ DI CONTROLLO CURE PRIMARIE 2017**

Per l'anno in corso, in attesa della predisposizione di flussi dedicati da parte di RL, si intende proseguire con tutte le attività descritte al punto precedente relative all'anno 2016.



## **AREA PROTESICA MAGGIORE**

### **ATTIVITÀ DI CONTROLLO ESEGUITE NEL 2016**

Coerentemente con quanto disposto dalla L.R. 23/2015 con le due ASST di riferimento per questa Agenzia è stato effettuato il passaggio dei cespiti di protesica posseduti dalle due ex ASL di Sondrio e Valcamonica ed il Distretto Medio Alto Lario, riorganizzando gli Uffici deputati all'attività che ad oggi svolgono in maniera indipendente l'attività stessa.

Si è utilizzato il programma ASSISTANT per il controllo delle varie pratiche in accordo con gli Uffici Distrettuali delle ASST e le situazioni anomale sono state corrette anche attraverso richiesta di informazioni suppletive.

Da parte della ATS si è provveduto all'aggiornamento e alla pubblicazione sul sito web dell'Agenzia degli Albi dei Prescrittori e dei Fornitori.

### **LINEE PROGRAMMATICHE ATTIVITÀ DI CONTROLLO PROTESICA MAGGIORE 2017**

Per l'anno 2017, coerentemente con il Piano dei Controlli Quadro, oltre a far riferimento alle "Regole di Sistema" 2017 e alla normativa vigente in materia di controlli si provvederà a:

- adeguarsi a tutto quanto previsto dalle regole stesse;
- proseguire nel percorso di integrazione ATS / ASST;
- verificare la regolarità delle prescrizioni su ASSISTANT, abilitando un operatore ATS con credenziali di "governo" specifiche;
- tenere aggiornato l'Albo dei Prescrittori, compresa la pubblicazione sul sito web dell'Agenzia;
- tenere aggiornato l'Albo dei Fornitori, compresa la pubblicazione sul sito web dell'Agenzia;
- verificare gli Esercizi dei Fornitori in misura del 25% per l'anno in corso.



## AREA CREG

### ATTIVITÀ DI CONTROLLO ESEGUITE NEL 2016

Nel corso del 2016 è stata curata tutta l'attività di avvio della sperimentazione all'interno del territorio dell'ex ASL di Sondrio (Lotto 4): stesura e firma dei contratti, designazione dei Gestori quali responsabili del trattamento dei dati personali, nomina del Comitato di Monitoraggio ATS / Gestori, acquisizione della documentazione dei Gestori prevista dal contratto (comprensiva dei PDTA per ogni Gestore), mappatura del personale, della logistica e delle dotazioni dei Gestori, prima estrazione ed invio dei dati di LISpA ai Gestori per l'avvio del progetto.

Mensilmente, e al bisogno o su richiesta, si è provveduto ad estrarre i dati dal portale regionale CReG ed inoltrarli ai Gestori; contemporaneamente, attraverso il portale CReG, si è tenuto monitorato l'assetto dei Gestori per quanto riguarda i MMG aderenti e i pazienti arruolati.

Una prima verifica dell'andamento del progetto è stata effettuata ad agosto, alla chiusura della fase di arruolamento dei pazienti da parte dei MMG.

Sono state effettuate due ispezioni c/o le sedi dei due Gestori, al fine di verificarne l'organizzazione e le attività.

Sono state effettuati due incontri del Comitato di Monitoraggio, oltre ad incontri tecnici specifici tra ASL e provider tecnologici dei Gestori, al fine di allineare i criteri di estrazione dei dati dai flussi regionali; altri incontri sono stati svolti con l'ASST Valtellina Alto Lario e con le sigle sindacali maggiormente rappresentative.

Sulla base degli indicatori regionali e degli obiettivi a contratto sono state effettuate una serie di estrazioni ed elaborazioni di dati dai flussi regionali per verificare il raggiungimento di obiettivi generali e specifici, ma anche al fine dei pagamenti dalle quote PAI previste dalla normativa (effettuati regolarmente a fine anno).

Tutta l'attività è stata condivisa con la Direzione dell'Agenzia e i soggetti Gestori.

### LINEE PROGRAMMATICHE ATTIVITÀ DI CONTROLLO CREG 2017

Preso atto del termine della sperimentazione alla fine del 2017, si è già provveduto alla stesura e alla firma di una proroga del contratto con i Gestori a tutto aprile 2017, in attesa di chiarimenti regionali per il rinnovo fino a fine 2017.

Gli elementi dei controlli per l'anno 2017, finalizzati alla verifica della corretta attività da parte dei soggetti Gestori, sono i seguenti:

- verifica dei requisiti generali previsti dalla vigente normativa regionale (controlli documentali e ispezioni presso le sedi dei Gestori);
- verifica della effettiva presa in carico (controlli documentali, tramite estrazione di dati dai flussi regionali e ispezioni presso le sedi dei Gestori)
- verifiche di controllo, aderenza dei PAI (estrazione ed elaborazione dei dati dei flussi regionali);
- verifica dell'attività effettuata dai Centri Servizi dei Gestori (controlli documentali, tramite estrazione di dati dai flussi regionali e ispezioni presso le sedi dei Gestori)
- verifica degli obiettivi definiti dal contratto tra l'ATS e i Gestori (estrazione ed elaborazione dei dati dei flussi regionali).

Verranno programmati anche incontri di confronto e verifica del Comitato ATS / Gestori; se necessario ne verranno organizzati altri con altri soggetti direttamente o indirettamente interessati alla sperimentazione (MMG, ASST, sindacati, ecc.)



## **AREA ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE**

### **ATTIVITÀ DI CONTROLLO ASSISTENZA FARMACEUTICA 2016**

Nell'anno 2016 il Servizio Assistenza Farmaceutica ha dovuto affrontare tutte le criticità derivanti dalla creazione della nuova Agenzia, con l'unione di tre differenti territori, in cui molte attività erano svolte con modalità differenti.

Nei primi due mesi dell'anno si è proceduto ad un confronto tra ex ASL Sondrio ed ex ASL Vallecambonica Sebino sulle singole attività con lo scopo di pervenire ad un'uniformità nella gestione. Successivamente si è dovuto procedere alla presa in carico delle attività del territorio del MAL, ad iso risorse.

Inoltre, nel corso dell'anno, il SAF si è dovuto far carico delle attività di erogazione diretta agli assistiti non ricoverati per conto dell'ASST Valtellina e Alto Lario.

Il Servizio, pur riscontrando difficoltà, ha comunque svolto le attività previste nel Piano dei controlli.

#### ***Monitoraggio assistenza farmaceutica territoriale***

All'interno degli indirizzi di programmazione regionale, l'ATS ha svolto nell'anno 2016 le attività di controllo in ambito farmaceutico che hanno coinvolto tutte le parti interessate del sistema, dei diversi ambiti territoriali.

Pur con le criticità sopra esposte, relative alla nuova organizzazione dell'Agenzia, sono state svolte le attività di controllo sulla farmaceutica territoriale che possono essere raggruppate nelle seguenti categorie:

#### ***Spesa farmaceutica***

Monitoraggio dei dati di spesa relativi con rilevazione delle criticità e conseguenti azioni di governo, che hanno consentito di rispettare il tetto di spesa programmato.

#### ***Vigilanza ispettiva***

Attività comprendente le ispezioni ordinarie e straordinarie alle farmacie convenzionate aperte al pubblico, alle parafarmacie, ai grossisti farmaceutici e agli armadi farmaceutici delle RSA/RSD.

Nell'anno 2016 sono state effettuate:

- n. 47 visite ispettive ordinarie sulle farmacie convenzionate (di cui 30 hanno avuto esito positivo e 17 sanzionate), e 6 a dispensario farmaceutico
- n. 5 visite ispettive a locali farmacia per trasferimento
- n. 2 visite a parafarmacie
- n. 8 visite ad armadi farmaceutici di RSA/RSD
- n. 1 verifica gestione stupefacenti in UO aziendale (Distretto veterinario Breno)
- n. 5 verifica gestione stupefacenti in UUOO dell'ASST Valtellina e Alto Lario.

#### ***Attività autorizzativa***

- E' stata autorizzata l'apertura di una nuova farmacia e di un nuovo dispensario farmaceutico.
- E' stata implementata la procedura relativa al rilascio dell'autorizzazione alla vendita on line di farmaci OTC e SOP da parte delle farmacie ed è stata rilasciata la relativa autorizzazione a n.6 farmacie che ne hanno fatto richiesta.



### ***Vigilanza convenzionale***

- Attività di controllo mensile sulle DCR presentate dalle farmacie, sulle fatture allegate alle distinte (Webcare, DPC, SISS), con conseguenti eventuali addebiti/accrediti, e creazione reportistica mensile dati anticipati della spesa farmaceutica convenzionata.
- Esame e contestazione delle ricette irregolari spedite dalle farmacie: terzo quadrimestre 2015 e primo semestre 2016 per le farmacie del distretto Valcamonica, anni 2014, 2015 e primo trimestre 2016 per le farmacie del distretto di Sondrio. In attesa di comunicazioni regionali, ai sensi della L.33/2009 hanno operato le CFA precedentemente istituite, per i rispettivi territori di competenza.
- Attività di controllo contabile e successivo addebito dell'anno 2007 per le farmacie del distretto di Sondrio, attraverso il programma "Un TEAM per le ASL".

### ***Vigilanza tecnico/amministrativa***

- Attività di controllo sui Piani Terapeutici dei farmaci a base di somatropina, pegfilgrastim e darbopoetina alfa, periodo di validità 4°trimestre 2014 e 1°trimestre 2015 con contestuale verifica della corretta indicazione d'uso inserita dallo Specialista prescrittore.
- Controllo tecnico dei record del file F delle tipologie 1, 2, 5, 15 e 18: i dati di dettaglio sono elencati nel prospetto relativo ai controlli NOC.
- Controllo dei prezzi esposti dalle ASST per le erogazioni farmaci in File F rispetto ai prezzi massimi d'acquisto stabiliti da AIFA e comunicati da Regione Lombardia.

### ***Assistenza farmaceutica "per conto"***

- Prosecuzione dell'attività di acquisto di farmaci PHT da erogare "per conto" tramite le farmacie convenzionate mediante l'adesione al progetto regionale, con conseguente razionalizzazione della spesa farmaceutica.
- Controllo mensile quantità farmaci erogati per il successivo pagamento all'ATS Bergamo.
- Controllo mensile del rigo L della DCR.
- Controllo tecnico e contestazione delle ricette irregolari spedite dalle farmacie relative al periodo terzo quadrimestre 2015 e primo semestre 2016 per il distretto Vallecmonica.
- Controllo sulla piattaforma WebDPC dell'esistenza di ricette DPC aperte oltre il periodo consentito alle farmacie per la spedizione (12 mesi) al fine dell'addebito alle farmacie del costo di acquisto del farmaco: effettuato il controllo sulle ricette 2015 per tutta l'ATS e notifica dell'addebito a 5 farmacie (per n. 8 ricette).

### ***Assistenza farmaceutica diretta svolta per conto dell'ASST Valtellina e Alto Lario***

Erogazione diretta di farmaci di classe A, PHT ed esteri a pazienti aventi diritto (n° 102 assistiti). Appropriatelyzza delle erogazioni nel rispetto delle indicazioni, piani terapeutici e dei prezzi applicati attraverso l'adesione/promozione di gare consorziate e/o regionali, se attivate.

### ***Assistenza farmaceutica ai Servizi ASST Valtellina e Alto Lario***

Erogazione di farmaci e dispositivi medici ai Servizi dell'ASST (SerT, consultori, continuità assistenziale, ambulatori vaccinazioni, ecc.) con controllo congruità delle richieste dei c.d.c. ed azioni di razionalizzazione della spesa.

### ***Assistenza farmaceutica integrativa***

- Nel corso dell'anno si è provveduto, per quanto possibile ad uniformare le modalità di erogazione dell'assistenza integrativa in ambito domiciliare su tutti i territori dell'ATS e per rendere omogenei tra loro gli accordi con Federfarma Sondrio, Brescia e Como per l'erogazione che viene gestita attraverso il software Web-Care.



Si è continuata l'erogazione di alimenti per celiaci secondo il Progetto Nuova celiachia di Regione Lombardia, attraverso la piattaforma Celiachi@RL.

- E' proseguito il controllo relativo alle erogazioni di assistenza integrativa tramite farmacie sulla base dei dati disponibili sul portale Farmavision, a seguito dell'accordo regionale con Santer-Reply:

è stata conclusa la verifica relativa all'anno 2015.

- Si è effettuato il controllo tecnico/contabile mensile delle erogazioni di prodotti dietetici effettuate dagli esercizi commerciali convenzionati che utilizzano Webcare:

n. 4 esercizi.

### **Farmacovigilanza**

- Valutazione e inserimento nella rete nazionale della farmacovigilanza di n. 22 segnalazioni, di cui n. 12 di competenza ATS (8 in formato CIOMS) e 9 di competenza dell'ASST Valcamonica, inserite nel primo semestre, in attesa della registrazione della nuova ASST nel sito di farmacovigilanza.

- Informazione permanente verso Medici e Pediatri di famiglia delle note ministeriali relative a ADR, o raccomandazioni terapeutiche, ecc.

### **Appropriatezza governo clinico e informazione sul farmaco**

Attività d'informazione ai medici prescrittori, al fine di promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni nel complesso ed in modo mirato per aree critiche individuate (inibitori di pompa protonica e statine).

Attività della Commissione Interaziendale ATS/ASST Valtellina e Alto Lario, al fine di concordare i percorsi terapeutici e i prontuari alle dimissioni per l'implementazione dei farmaci a brevetto scaduto e biosimilari, in particolar modo per i gruppi di maggior impatto economico.

Sono stati monitorati (Fonte dati: Farmavision e Servizio Farmaco-Economia dell'ATS Bergamo) i dati relativi all'utilizzo di farmaci equivalenti sia a livello generale che per classe ATC di 1° livello, sia per MIX prescrittivi individuati dalla Regione. Gli esiti di questa attività di monitoraggio sono stati inviati per un loro coinvolgimento ai MMG/PdF e alla Direzione Sanitaria dell'ASST Valtellina e Alto Lario .

### **Controlli ed invio dei flussi informativi verso Regione Lombardia**

Sono stati regolarmente trasmessi i flussi informativi, di competenza ATS e per conto dell'ASST Valtellina e Alto Lario), alla Regione Lombardia (File F tipologia 13, Dispositivi Medici, Osservatorio Acquisti, dati sulla distribuzione per conto, dati trimestrali terza sezione stupefacenti). Sono stati regolarmente verificati e controllati i files di esito e inviate le correzioni sui record eventualmente segnalati come errati.

### **Appropriatezza dei Piani Terapeutici e loro gestione in rete**

Nel corso del 2016 l'attività di informatizzazione dei Piani terapeutici è proseguita in modo autonomo per i due distretti (Sondrio e Valcamonica), con i programmi e le modalità in uso in precedenza.

#### **Valutazione delle criticità riscontrate**

In futuro sarà necessaria un'unica gestione informatizzata dei Piani Terapeutici, che soddisferà l'esigenza di un continuo aggiornamento per l'inserimento di nuovi "template" e modifiche di "template" già esistenti a seguito di determinazioni AIFA. La temporanea e lunga assenza dal Servizio di Personale Amministrativo afferente al distretto Valcamonica, non ha reso possibile l'inserimento dei piani terapeutici redatti da specialisti operanti in strutture diverse dall'ASST Valcamonica.





## LINEE PROGRAMMATICHE ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE 2017

Ruolo fondamentale del Servizio di Assistenza Farmaceutica dell'ATS, anche alla luce delle Regole 2017, è un controllo sull'intero percorso di gestione del farmaco, comprendente la vigilanza sull'attività di detenzione e cessione dei farmaci ed il controllo sull'utilizzo.

L'utilizzo dei farmaci deve essere orientato all'appropriatezza e ad un'oculata allocazione delle risorse anche mediante la scelta, a parità di efficacia, di farmaci a minor costo (promozione dell'utilizzo di farmaci equivalenti e biosimilari) e di modalità di erogazione che comportino una minore spesa per l'acquisto da parte dell'ATS (distribuzione per conto di farmaci PHT).

Tutte le attività, nel corso del 2017, saranno orientate ad una sempre maggiore e migliore integrazione tra i diversi territori, tendendo al superamento delle criticità ancora presenti.

Il SAF dell'ATS della Montagna per l'anno 2017, al fine di realizzare un costante governo della prescrizione ed erogazione farmaceutica, intende sviluppare le iniziative già implementate nel corso degli anni, compatibilmente con le risorse umane di ruolo sanitario e non-sanitario in dotazione.

La tipologia dei controlli, gli obiettivi, gli indicatori e la frequenza sono descritti nella seguente tabella riepilogativa.

Area	Obiettivo 2017	Indicatori
<b>Monitoraggio prescrizioni</b>	Monitoraggio delle prescrizioni di specialità medicinali soggetti a Scheda di diagnosi e Piano Terapeutico i cui principi attivi rientrano nelle ex Note AIFA 12 e 30 e nella nota 39, prescritte ad assistiti afferenti all'ATS Montagna	Il 100% delle prescrizioni relative al 3° e 4° trimestre 2016 entro fine 2017
<b>Vigilanza ispettiva</b>	Visite ispettive alle farmacie aperte al pubblico, ai depositi farmaceutici, alle parafarmacie ed alle RSA, presenti sul territorio dell'ATS Montagna	50% delle strutture presenti sul territorio entro fine 2017
<b>Distribuzione dei farmaci PHT</b>	Monitoraggio della spesa per farmaci PHT, distribuiti tramite farmacie convenzionate ("distribuzione per conto")	Report mensile con spesa e scostamento rispetto all'anno precedente
	Controllo sulla piattaforma WebDPC dell'esistenza di ricette DPC aperte oltre il periodo consentito alle farmacie per la spedizione e addebito alle farmacie del costo del farmaco.	Emissione semestrale (inizio gennaio e inizio luglio) di notifiche di addebito nel caso la piattaforma WebDPC evidenzi ricette aperte oltre 12 mesi
<b>Spesa farmaceutica convenzionata</b>	Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata da DCR (dato anticipato rispetto ad elaborazione Santer)	Elaborazione di un report che evidenzia l'andamento mensile della spesa, rispetto l'anno precedente, desunto dalle DCR presentate dalle farmacie
	Controllo tecnico delle ricette farmaceutiche ed esamina in CFA, contabilizzate dalle farmacie presenti sul territorio dell'ATS Montagna	Controllo del 100% delle ricette riferite all'anno 2016 e 1° semestre 2017.

**AREA ATTIVITÀ DI CONTROLLO FILE F****SPESA FARMACEUTICA FILE F 2016**

La spesa farmaceutica sostenuta nell'anno 2016, per le tipologie riportate in tabella, rispetto allo stesso periodo del 2015, è in aumento, ma ciò è dovuto al fatto che la Legge Regionale 23/2015 ha portato alla nascente ATS Montagna che integra i tre territori del Medio Alto Lario (afferente nel 2015 alla exASL Como), exASL Sondrio ed exASL Vallecamonica Sebino, (che nel 2015 gestiva in modo diretto il presidio ospedaliero di Esine) pertanto i dati relativi all'anno 2015 si riferiscono esclusivamente ai consumi per il territorio exASL Sondrio, mentre i dati 2016 si riferiscono al nuovo assetto dell'Agenzia comprendente i tre Territori. Un raffronto corretto potrà essere effettuato nel 2018 comparando i dati 2016 con quelli del 2017.

Così come segnalato nelle criticità, non è stato possibile rilevare i dati 2015 per il Territorio del MAL (afferente nel 2015 all'exASL Como) in quanto il dato non è in ns. possesso, né tantomeno disponibile/estraibile da parte dei Servizi exASL Como(afferenti adesso nella ATS Insubria).

Tipologie	Importo spesa 2015	Importo spesa 2016	Differenza Spesa	n°assistiti 2015	n°assistiti 2016	Differenza n°assistiti
1-2-5-6-18	13.719.728,10	23.421.970,61	9.702.242,51	3.091	8.085	+ 4.994

**Si precisa che i dati inseriti nella tabella sottostante, si riferiscono alla spesa annua delle tipologie individuate, comprendendo anche i farmaci non soggetti a controllo.**

Tipologia	Importo spesa Anno 2015	Importo spesa 2016
1	2.761.048,64	4.286.333,09
2	1.750.385,57	3.011.488,59
5	2.904.699,84	4.933.520,59
6	2.319.665,01	6.082.965,22
18	3.983.929,04	5.107.663,12
<b>totali</b>	<b>13.719.728,10</b>	<b>23.421.970,61</b>

**Riepilogo controlli File F 2016 (effettuati esclusivamente nelle Strutture Sanitarie ex ASL Sondrio e exASL Vallecamonica Sebino).**

I controlli NOC durante l'anno 2016 sono stati effettuati nelle Strutture Sanitarie afferenti all'exASL Sondrio (Presidi di Sondrio, Sondalo, Morbegno e Chiavenna) e nelle Strutture Sanitarie afferenti all'exASL Vallecamonica Sebino (Presidio di Esine), con redazione di verbali.

Nel corso dell'anno solare 2016:

- Sono stati effettuati i controlli delle erogazioni relative fino a dicembre 2015, raggiungendo tutti gli obiettivi prefissati e inseriti nel Piano dei controlli – Anno 2015 ex ASL di Sondrio.
- Sono stati effettuati i controlli delle erogazioni effettuate nell'anno 2016.



- Si è provveduto ad effettuare i controlli tecnici sui dati di produzione e consumi relativi all'anno 2016 per i farmaci ad alto costo con registro AIFA inseriti in File F nelle Tipologie 1,2,5,15 e 18, così come previsto nella DGR n° X/4702 del 29/12/2015 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2016"

Si riepilogano di seguito i dati relativi ai risultati dei controlli effettuati.

n°accessi alle strutture 2016	15
n°record trasmessi dalle strutture	106.230
n°record verificati	6.590
n°record contestati	12
n°record relativi a farmaci oncologici con Scheda AIFA	4.798
n°record controllati relativi a farmaci rendicontati in MAC	4.925
n°record relativi al controllo e monitoraggio File F tip. 15	32
n°record relativi al controllo e monitoraggio File F tip. 18	446

L'attività di controllo sui farmaci erogati in MAC viene così dettagliata:

Tipologia File F	MAC	Record controllati
1	1	8
2	10	200
5	1	4.717
<b>totale</b>		<b>4.925</b>

**Controlli effettuati sulle varie Tipologie di file F. I risultati degli obiettivi si riferiscono esclusivamente ai controlli effettuati nelle Strutture Sanitarie ex ASL Sondrio e exASL Vallecamonica Sebino.**

- **Tipologie 1, 2 e 5 - farmaci oncologici con scheda AIFA.**

Sono stati incrociati i dati Regionali rendicontati con le schede di dispensazione e somministrazione, verificando inoltre le cartelle mediche per la diagnosi.

Tramite i Servizi di Farmacia presenti nei presidi di Sondrio, Sondalo e Esine è stato possibile accedere al sito AIFA - Farmaci sottoposti a monitoraggio, per verificare la registrazione di tali farmaci. Preso atto della temporanea indisponibilità del sito AIFA, per alcuni farmaci è stata verificata la scheda cartacea di dispensazione.

Relativamente alla rendicontazione della Macroattività Ambulatoriale Complessa ed ad alta integrazione di risorse (MAC) è stata verificata l'appropriata rendicontazione dei farmaci, con particolare attenzione ai farmaci inseriti nell'Allegato 1 della DGR n°7837 del 13/9/2012 "Indicazioni della Direzione Generale Sanità in ambito onco-ematologico per un uso appropriato dei farmaci e procedure".

Sono stati verificati tutti i record per i farmaci sottoposti a Scheda AIFA, per cui l'obiettivo per il 2016 di verifica e controllo di almeno l'85 % delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici con Scheda AIFA è stato raggiunto.



- **Tipologia 15**

Sono stati verificati tutti i records rendicontati nel 2016, relativi anche a rimborsi effettuati negli anni precedenti, in quanto per gli stessi non è stato possibile la rendicontazione per la temporanea disattivazione della piattaforma per l'inserimento dei rimborsi.

L'obiettivo per il 2016 di verifica e controllo del 100 % della corretta rendicontazione delle note di credito in tipologia 15, è stato raggiunto.

- **Tipologia 18**

Per quanto riguarda la Tipologia 18 - farmaci per il trattamento dell'HCV, sono stati incrociati i dati Regionali rendicontati con le schede di dispensazione e somministrazione, verificando inoltre le cartelle mediche per la diagnosi, la presenza di copia della Scheda AIFA cartacea e la presenza in rendicontazione dei dati di targatura delle confezioni erogate.

Sono stati controllati il 100 % dei record rendicontati, per cui è stato raggiunto l'obiettivo di verifica e controllo del 100 % delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci con scheda AIFA.

### **Record contestati**

Durante i controlli relativi all'anno 2016 sono stati contestati n° 12 record. Tali contestazioni sono dovute per la maggior parte all'errata imputazione agli assistiti durante la rendicontazione in Regione (presenza di doppi cognomi o doppi nomi, o errata tipologia di File F rendicontata). Le contestazioni sono state riportate nei verbali e le correzioni imposte sono state verificate nei controlli successivi effettuati, con esito positivo.

### **Criticità riscontrate**

Causa la temporanea indisponibilità del sito AIFA per alcuni farmaci sottoposti a monitoraggio, i Medici Specialisti afferenti alle strutture ospedaliere del ns. territorio non hanno potuto inserire sulla piattaforma del Ministero alcune schede di richiesta farmaco e contestualmente i Servizi di Farmacia non hanno potuto inserire le schede di dispensazione del farmaco. Pertanto per alcuni farmaci sono state verificate le schede cartacee.

Così come segnalato in premessa, non è stato possibile rilevare i dati di spesa anno 2015 per il Territorio del MAL (afferente nel 2015 all'exASL Como) in quanto il dato non è in ns. possesso, né tantomeno disponibile/estraibile da parte dei Servizi exASL Como(afferenti adesso nella ATS Insubria).

Per motivi di carenza di personale, in quanto dedicato fino al 31 marzo 2017 ad attività di erogazione farmaci/materiale sanitario/dietetici, per conto dell'ASST Valtellina e Alto Lario (attuazione Legge Regionale 23/2015) non è stato possibile effettuare il controllo delle erogazioni rendicontate in File F presso le Strutture sanitarie presenti nel territorio Medio e Alto Lario (ex Asl Como) afferente adesso nella nuova ATS Montagna.

**LINEE PROGRAMMATICHE ATTIVITÀ DI CONTROLLO FILE F 2017**

Per il File F, si precisa che gli obiettivi verranno raggiunti con i controlli relativi ai dati non disponibili a dicembre 2017 e che verranno eseguiti nel I° bimestre 2018.

Area	Obiettivo 2017	Indicatori
<b>File F</b>	<p>Controllo e monitoraggio delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (1,2, e 5) con verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- della presenza della Scheda AIFA nella cartella clinica;</li> <li>- che il prezzo del farmaco esposto sia uguale o inferiore a quello dei prezzi massimi di acquisto;</li> <li>- della data di somministrazione/erogazione del farmaco;</li> <li>- dell'assenza di farmaci con AIC revocata</li> </ul>	<p>Almeno il 75 % delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici</p>
	<p>Controllo e monitoraggio Tip. 18 – Rendicontazioni dei farmaci per il trattamento dell'HCV erogati dai Presidi Ospedalieri afferenti all'ATS della Montagna, con verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- della presenza della Scheda AIFA nella cartella clinica;</li> <li>- che il prezzo del farmaco esposto sia uguale o inferiore a quello dei prezzi massimi di acquisto;</li> <li>- della data di somministrazione/erogazione del farmaco;</li> <li>- assenza di farmaci con AIC revocata</li> </ul>	<p>Controllo del 100 % dei farmaci rendicontati in Tipologia 18</p>



## AREA VIGILANZA SOCIOSANITARIA

### PREMESSA

L'ATS della Montagna garantisce le funzioni di accreditamento, vigilanza e controllo delle Unità d'Offerta Sociosanitarie e Sociali, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate) presenti sul territorio di competenza e in tutte le situazioni in cui, per la tipologia d'utenza e per i servizi offerti, si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all'esercizio, secondo le indicazioni previste da Regione Lombardia e contenute nelle normative - leggi regionali vigenti, oltre che negli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

La DGR n X/5954 del 05/12/2016 avente per Oggetto. "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" prevede che le ATS attuino Il Piano dei Controlli 2017 per la verifica del rispetto degli standard stabiliti dalla normativa sulle U.d.O.

Sociosanitarie (anche a seguito di sperimentazioni), presenti alla data del 01.01.2017 e un Piano dei controlli distinto per la vigilanza delle U.d.O. Sociali .

In quest'ottica l'ATS della Montagna con delibera n.26 del 26 /01/2017 ha approvato il Piano dei Controlli per le attività di vigilanza sulla rete delle U.d.O. Sociali per l'anno 2017 e lo ha inviato, come richiesto, alla Direzione Generale Reddito di autonomia e inclusione sociale.

Come indicato da Regione, il Piano dei Controlli sulle U.d.O Sociosanitarie si basa sulle linee di indirizzo fornite dal Piano dei Controlli Quadro della Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario Lombardo, approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. X/6502 del 21/04/2017.

Gli **obiettivi generali** dell'attività di controllo riguardano:

- la tutela della salute delle persone che accedono alle unità d'offerta, con particolare riferimento alle persone fragili e con patologie croniche;
- il corretto adempimento e rispetto delle regole vigenti;
- l'efficacia, efficienza ed equità degli interventi;
- l'uso appropriato delle risorse e l'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- il libero accesso ai Servizi da parte dei cittadini;
- la corretta competizione tra gli erogatori;
- la congruenza dei Servizi offerti rispetto al bisogno degli utenti.

I **principi** che regolano l'attività di vigilanza fanno riferimento alla:

- *Programmazione*: l'attività prevista per il 2017 terrà conto delle verifiche effettuate nel corso dell'anno 2016, delle sperimentazioni in corso e dei progetti messi in atto ai sensi della DGR 116/2013 e degli indirizzi di programmazione che fanno capo all'ATS e alla Direzione Sociosanitaria.
- *Integrazione*: si conferma la collaborazione con le Strutture Complesse e Semplici afferenti alla Direzione Sociosanitaria e con gli altri Dipartimenti dell'ATS, con i Comuni, con gli Uffici di Piano e con le Aziende Speciali.
- *Omogeneità*: si garantisce l'uniformità di comportamento attraverso l'adesione alle indicazioni regionali con particolare attenzione alla verifica del rispetto degli standard di personale e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, all'applicazione delle specifiche procedure adottate allo scopo di regolare l'attività di vigilanza e controllo e alla redazione dei verbali con utilizzo di modelli standardizzati da parte dell'equipe.



- *Completezza: vengono garantiti la trasversalità e il principio di periodicità del controllo rispetto a tutte le tipologie di Unità d'Offerta; pertanto la Struttura Complessa Qualità e Appropriatezza dei Servizi Sociosanitari effettuerà le verifiche per il mantenimento dei requisiti su almeno il 50% di tutte le strutture afferenti al sistema sociosanitario. Verrà prestata particolare attenzione alle U.d.O. dove si sono riscontrate criticità nell'attività di vigilanza e controllo 2016 e alle U.d.O. non sottoposte a vigilanza lo scorso anno.*
- *Formazione: si conferma il costante aggiornamento degli operatori addetti alle funzioni ispettive attraverso momenti formativi organizzati dall'ATS. Si intendono realizzare Corsi con docenti esterni che prevedono anche il coinvolgimento degli operatori del Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni sanitarie e Sociosanitarie ( NOC) , del Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sociosanitarie e Sociali e del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria. E' prevista anche la Formazione sul Campo con la partecipazione a Gruppi di Miglioramento, con lo scopo di stilare specifici protocolli. Verrà garantita inoltre la partecipazione ai Corsi promossi da Regione Lombardia. Particolare attenzione verrà data alla disamina delle recenti DGR e Circolari attuative della legge 23/2015 con gli operatori /enti gestori.*
- *Anticorruzione: viene garantita, per quanto possibile, la rotazione del personale addetto alle visite ispettive, così come previsto dal piano anticorruzione aziendale ai sensi della legge 190/2012.*

Le funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture sociosanitarie e sociali hanno come riferimento la Direzione Sociosanitaria dell'ATS della Montagna.

L'attività viene regolata:

- dalla normativa e dalle linee di programmazione regionali;
- dai documenti di programmazione dell'ATS della Montagna;
- dalle linee guida e dalle procedure in uso presso il Servizio.

Nell'ambito dei controlli 2017 si prevede la verifica del rispetto degli standard stabiliti dalla normativa sulle U.d.O. socio sanitarie e sociali (anche a seguito di sperimentazioni), presenti alla data del 01.01.2017, e sull'analisi dell'esito dell'attività di vigilanza e controllo esercitata nel 2016.



## I RIFERIMENTI NORMATIVI

L'attività viene regolata:

- dalla normativa nazionale in materia;
- dalla normativa e dalle linee di programmazione regionali;
- dai documenti di programmazione dell'ATS della Montagna;
- dalle procedure in uso presso il Servizio

Per le normative si rimanda a quanto dettagliato nell'ALL 3 della DGR X/6502 del 21/04/2017. In particolare i **Riferimenti Normativi Regionali** sono:

**LR 3/2008** "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario

**DGR 1185/2013** "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014";

**DGR 1765/2014** " Il Sistema dei Controlli in ambito SocioSanitario: definizione

degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185/2013";

**DGR 2313/2014** "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2014";

**DGR 2569/2014** "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della commissione consiliare relativamente all'allegato 1) – (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

**-DGR 2989/2014** "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2015";

**DGR 3383/2015** "Attuazione della D.G.R. n 1185/2013 e n 2989/2014: prima applicazione di profili requisiti sperimentali delle unità d'offerta Sociosanitaria Cure intermedie";

**LR 23/2015** "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33;

**DRG 4702/2015** "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016";

**DGR 5118/2016** "Secondo provvedimento in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016".

**DGR n.X/5918 del 28/11/2016** "Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

**DGR n. X/5954 del 05/12/2016** "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2017";

**DGR n. X/6297 del 06/03/2017** "Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo concernente il Piano dei Controlli Quadro ed il piano dei Protocolli ai sensi dell'art.11 comma 4 Lettera A) L. R. 33/2009 così come modificata dalla L.R.23/2015 e L.R. n. 41/2015 (richiesta di Parere alla Commissione Consiliare).".

In merito alle funzioni di vigilanza, sono riconosciute alla Regione:

- la programmazione socio sanitaria e di indirizzo nella programmazione sociale;
- la definizione dei requisiti di funzionamento ed accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie;
- la definizione di linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo.





Le competenze dell'ATS riguardano:

- la programmazione socio sanitaria;
- la vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie e sociali;
- la gestione ed il controllo dei flussi informativi;
- la collaborazione con i Comuni nella programmazione sociale;
- l'integrazione della rete dei servizi.

Le DGR X/ 2569 del 31/10/2014 definisce con precisione le attività da mettere in atto per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo sulle Unità d'Offerta sociosanitarie.

In particolare vengono trattati:

- la pianificazione delle attività da parte dell' ASL (oggi ATS);
- l'ambito e le modalità di attuazione;
- la gestione del verbale di sopralluogo e i relativi adempimenti;
- la vigilanza sui requisiti soggettivi;
- la vigilanza sui requisiti strutturali e tecnologici;
- la vigilanza sui requisiti organizzativi e gestionali;
- il controllo dell'appropriatezza;
- la vigilanza amministrativa.

La DGR X/1765 del 2014 precisa il significato di appropriatezza in ambito socio sanitario. La delibera fornisce utili indicazioni circa il sistema dei controlli e individua degli indicatori trasversali e specifici, da verificare durante gli accertamenti di appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie.

In particolare definisce:

- il contesto del controllo di appropriatezza;
- l'appropriatezza degli interventi nel processo assistenziale;
- gli indicatori generali e specifici;
- i controlli di appropriatezza nella classificazione utente/prestazioni erogate;
- i controlli sulla congruenza tra FASAS e flussi;
- i controlli di appropriatezza assistenziale;
- la gestione degli esiti dei controlli di appropriatezza.

La DGR X/5954 del 05-12-2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2017" stabilisce che le ATS mantengono le funzioni di vigilanza e controllo anche sulle unità d'offerta della rete sociosanitaria e sociale.

La stessa dà indicazioni sul contenuto del Piano dei Controlli, sottolineando l'importanza strategica di attenersi ai seguenti principi:

- centralità della persona, intesa come verifica del benessere degli utenti e delle loro famiglie;
- qualità della rete degli erogatori, intesa come verifica degli standard di esercizio e accreditamento;
- appropriata erogazione delle prestazioni, intesa come verifica delle prestazioni e dei servizi erogati;
- correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate.

La **DGR X/6502 del 21.04.2017 "Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo concernente il Piano dei Controlli Quadro ed il Piano dei Protocolli ai sensi dell'art 11, comma 4, lettera A), L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. N. 23/2015 e L.R. N. 41/2015 (A seguito di parere della Commissione Consiliare)"** conferma quanto stabilito dalle regole di sistema 2017 e inoltre richiede:



- la descrizione dell'articolazione organizzativa che l'ATS ha adottato a garanzia delle attività di vigilanza e controllo sulla rete sociosanitaria e sociale;
- la dotazione di personale adibito alle funzioni di vigilanza e controllo (con l'elenco degli operatori, delle relative qualifiche professionali e dei rapporti contrattuali in essere) e l'eventuale programma di acquisizione di nuovi operatori, anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza;
- la definizione dei profili professionali componenti le equipe preposte ai controlli;
- la adozione della delibera che definisce gli operatori del servizio vigilanza "agenti accertatori" con relativo specifico badge di riconoscimento;
- la dotazione di strumenti funzionali a supportare l'attività degli operatori dei servizi di vigilanza e controllo e l'eventuale previsione di ampliamento/aggiornamento anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza.

Per i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla D. G. R. n. 1765/14, il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica ed anche le percentuali di fascicoli previsti.

Al fine di rendere omogenei i controlli, il Piano Quadro dà indicazione che la percentuale dei FaSAS selezionati con modalità casuale non debba essere superiore al 70% dei fascicoli campionati. Nella scelta dei fascicoli per i controlli di appropriatezza, per l'anno 2017, si dovranno ritenere prioritari gli indicatori inseriti nella tabella 12 della DGR n. X/6502 del 21/04/2017. Le ATS potranno integrare con ulteriori specifici indicatori legati alla realtà territoriale.

Devono essere previste anche le verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative approvate dalla Regione e il controllo sulle misure applicative della D. G. R. 2942/2015 e D. G. R. 116/2013. Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta. I requisiti e gli standard da verificare sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura verificata.

I soggetti gestori nel corso del 2017 sono tenuti ad attivare procedure di autocontrollo, al fine di monitorare i propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni. Tale procedure non dovranno essere oggetto di vigilanza.

## **LE LINEE GUIDA E LE PROCEDURE INTERNE DELL'U.O.**

L'attività di vigilanza fa riferimento anche a procedure interne e, in particolare per i controlli sociosanitari, alle " *Procedura specifica tecnico-amministrativa per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo sulle Unità d'Offerta Sociosanitarie*" e " *Procedura specifica tecnico-amministrativa per lo svolgimento delle funzioni di controllo di appropriatezza sulle Unità d'Offerta Sociosanitarie*" adottate nel dicembre 2016..

In particolare le procedure regolano la programmazione e la gestione delle visite ispettive.



## STRUTTURA AZIENDALE DI VIGILANZA E CONTROLLO (ORGANIZZAZIONE, PERSONALE, DOTAZIONI)

### Organizzazione

Di seguito viene esplicitata l'articolazione nei dipartimenti e nelle relative strutture organizzative afferenti alla Direzione Sociosanitaria con l'indicazione dei livelli gerarchici.

DIREZIONE SOCIO SANITARIA				
	SC	SS	SSD	
<b>DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE ACCREDITAMENTO ACQUISTO PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE</b>			Nucleo Operativo di Controllo Prestazioni Sanitarie	
	Accreditamento Qualità Risk Management			
	Qualità Appropriately Servizi Socio Sanitari	Vigilanza Strutture Sociosanitarie Valtellina e Alto Lario		
		Vigilanza Prestazioni Sociosanitarie Valtellina e Alto Lario		
		Vigilanza Strutture e Prestazioni Sociosanitarie Valcamonica		
	Sistema Informativo e Programmazione			
	Programmazione Budget Acquisto Controllo	Gestione Contratti		
<b>DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE INTEGRAZIONE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE E SOCIALI</b>			Integrazione Percorsi Disabilità	
			Integrazione Percorsi Fragilità	
	Famiglia e Reti Sociosanitarie Valtellina e Alto Lario			
	Famiglia Fragilità e Reti Sociosanitarie Valcamonica			

La SC Qualità Appropriately Servizi Sociosanitari assicura il coordinamento e l'indirizzo tecnico professionale alle strutture semplici ad essa afferenti e svolge le funzioni di seguito indicate:

- predispone ed attua il piano annuale dei controlli su indicazione della Regione Lombardia – Agenzia dei Controlli;
- assicura la programmazione integrata con le altre articolazioni all'interno della stessa ATS;
- assicura il controllo delle prestazioni erogate dai soggetti accreditati in ambito socio sanitario;
- garantisce la vigilanza, con attinenza anche ai procedimenti amministrativi, sul rispetto, da parte delle strutture, dei requisiti (standard) strutturali e gestionali di esercizio e di accreditamento per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie e il controllo dell'attuazione delle clausole contrattuali sottoscritte dagli erogatori con il SSR;



- assicura la vigilanza/ monitoraggio dei progetti finanziati su leggi di settore sperimentazioni e progetti innovativi;
- vigila sull'attività delle unità d'offerta socio assistenziali;
- assicura il supporto per l'acquisto delle prestazioni e dei servizi anche in collaborazione con la UOC Programmazione Budget Acquisto Controllo.

La Struttura Complessa Qualità e Appropriatezza Servizi Sociosanitari si articola nelle seguenti Strutture Semplici : Struttura Semplice Vigilanza Strutture Sociosanitarie VAL, Struttura Semplice Vigilanza Prestazioni Sociosanitarie VAL, Struttura Semplice Vigilanza e Prestazioni Sociosanitarie VCS.

Collabora inoltre con i Direttori e Responsabili delle Strutture del Dipartimento PIPSS per l'effettuazione di un'analisi integrata utile all'attività di programmazione territoriale.

A tal fine si prevede, per casi particolari, la possibilità di integrare l'equipe di vigilanza con responsabili delle UO afferenti al Dipartimento.

Il raccordo è finalizzato inoltre alla valutazione e alla gestione delle situazioni complesse e multiproblematiche. Particolare attenzione viene posta agli indicatori relativi alla domanda di servizi e di prestazioni da parte del territorio e della loro qualità, equità ed appropriatezza, sia nell'ambito della rete delle strutture accreditate e a contratto sia nell'ambito delle misure innovative e sperimentazioni.

#### **Personale della SC Qualità e Appropriatezza Servizi Sociosanitari**

Nome	Qualifica	Tipologia Contratto	Orario
D'Auria Santo	Dirigente Psicologo Direttore ff SC	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Troletti Pierangelo	Dirigente Psicologo Responsabile SS	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Del Curto Eloisa	Dirigente Medico Responsabile SS	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Bernardi Enza	Dirigente Medico	Incarico libero professionale	30 ore settimanali
Simonetti Elisa	Infermiera Professionale	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Gusmeroli Marilena	Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Sceresini Maristella	Educatore professionale	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Formentelli Fiorenzo	Assistente Amministrativo	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Barcellini Orietta	Assistente Amministrativo	Tempo indeterminato	Part Time
Scattolini Alessandra	Assistente Amministrativo	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Dei Cas Paolo	Assistente sociale Esperto	Tempo indeterminato	Tempo pieno
Caputo Vincenzo	Laurea in scienze Politiche	Borsa di studio	30 ore settimanali



L'èquipe preposta all'esercizio delle attività di vigilanza e di controllo, in considerazione dell'estensione territoriale, svolge la propria funzione attraverso una programmazione territoriale delle attività definite a cura del dirigente Responsabile delle rispettive articolazioni organizzative distrettuali, prevedendo per quanto possibile la rotazione degli operatori e rispettando il criterio della compatibilità

Al fine di garantire la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici l'èquipe ispettiva è sempre integrata da operatori afferenti al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (SC Igiene e Sanità Pubblica, Salute-Ambiente relativamente agli aspetti igienico-sanitari e strutturali, e SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro rispetto alla sicurezza degli operatori all'interno delle U. d. O.).

Per i controlli relativi all'appropriatezza le commissioni in alcuni casi (situazioni complesse/criticità, vigilanza su sperimentazioni) si avvalgono della collaborazione di operatori esperti afferenti al Dipartimento PIPPS (SSD Fragilità e SSD Disabilità).

Il personale afferente all'S. C. Qualità e Appropriatezza dei Servizi Sociosanitari, oltre che alle attività proprie della vigilanza, partecipa attivamente, in collaborazione con gli altri Dipartimenti, al monitoraggio delle azioni messe in atto dai gestori delle Unità d'Offerta e collabora nella definizione delle linee di programmazione di competenza della Direzione Sociosanitaria.

#### ***Dotazione di strumenti informatici***

Strumenti	Area Valtellina Medio Alto Lario	Area Valcamonica
PC Fissi	5	6
PC Portatili	2	3
Stampanti Portatili	2	1
Stampanti fisse		5
Scanner		1
Chiavette Internet	1	0

#### ***Fabbisogno di strumenti informatici***

Si ritiene necessario prevedere l'acquisto di una stampante portatile e di uno scanner per l'Area Valcamonica.



## ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO

L'attività di vigilanza e controllo riguarda:

- la vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie;
- la vigilanza sulle unità d'offerta sociali;
- il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie;
- il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione al funzionamento (per strutture con piano programma);
- il controllo della SCIA delle unità d'offerta sociosanitarie;
- il controllo delle CPE delle unità d'offerta sociali;
- la verifica del possesso dei requisiti di accreditamento;
- il controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie e sociali innovative a carattere sperimentale e il controllo sulle misure applicative della DGR 2942/2015 e DGR 116/2013 ;
- la vigilanza ex art 23 e 25 del C.C. sulle persone giuridiche di diritto privato.

L'attività di vigilanza e controllo, inoltre, interagisce con gli altri dipartimenti della ATS per la programmazione sugli aspetti relativi:

- al controllo e al governo della domanda;
- all'acquisto delle prestazioni e dei servizi attraverso la negoziazione;
- alla gestione del budget e al controllo dei flussi economici;
- al monitoraggio dei progetti finanziati su leggi di settore, sperimentazioni e progetti innovativi.

In particolare si riconoscono tre aree d'intervento:

### ***Vigilanza Sociosanitaria:***

- vigilanza rispetto alla conformità degli standard strutturali e gestionali;
- verifica degli aspetti organizzativi;
- verifica dei requisiti soggettivi;
- controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate anche rispetto ai parametri individuati, costituenti il sistema di classificazione degli ospiti, e agli indicatori di controllo previsti dalla normativa regionale;
- verifica di ulteriori standard di qualità (indicatori di qualità ecc.);
- verifica dei codici di rischio individuati ad inizio anno;
- vigilanza su segnalazione.

### ***Vigilanza sociale:***

- vigilanza rispetto alla conformità degli standard strutturali e gestionali;
- verifica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate;
- vigilanza su segnalazione.

### ***Vigilanza ex art 23 e 25 del C.C. sulle persone giuridiche di diritto privato:***

- vigilanza e controllo (ex art. 23 e 25 del codice civile) sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito sociosanitario e sociale;
- vigilanza su segnalazione.



Costituiscono parte integrante dell'organizzazione:

***Il tavolo di programmazione e coordinamento:***

E' composto dal Direttore f.f. dell'S.C. Qualità e Appropriatezza dei Servizi Sociosanitari e dagli operatori dell' équipe.

Le funzioni del tavolo riguardano:

- la revisione e l'implementazione delle procedure in corso relative all'attività di vigilanza e controllo;
- l'individuazione delle modalità di integrazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (SC Igiene e Sanità Pubblica, Salute – Ambiente e SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro );
- la programmazione dell'attività di vigilanza;
- il monitoraggio degli esiti dell'attività di vigilanza e controllo;
- la predisposizione di supporti informatici a sostegno dell'attività di vigilanza.

***I tavoli di vigilanza:***

Sono degli spazi a disposizione di tutti gli Enti Gestori delle strutture sottoposte a vigilanza (o di soggetti interessati ad avviare nuove unità d'offerta) che, previo appuntamento telefonico, possono chiedere informazioni sia sugli aspetti strutturali che gestionali.

Ai tavoli, oltre agli operatori della S.C., partecipano, a seconda del quesito posto dall'Ente Gestore, i tecnici del dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e gli operatori del Dipartimento Programmazione dell' Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali.

L'istituzione di tali spazi è finalizzata al miglioramento della qualità.



## ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO 2016

Nel 2016, così come previsto dal Piano dei Controlli, è stato pertanto verificato il rispetto degli standard di messa in esercizio, di accreditamento e di appropriatezza, secondo le indicazioni date da Regione Lombardia e contenute nella normativa di riferimento (DGR. 1765/2014 e DGR. 2569/2014) oltre che negli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

Nell'espletamento delle attività di vigilanza per il 2016, si è operato seguendo quanto indicato dalla Nota Regionale di approvazione del Piano dei Controlli 2016 del 29/03/2016, in cui i competenti Uffici Regionali invitavano a garantire una reale integrazione tra le attività svolte in tutti gli ambiti territoriali dell'ATS della Montagna, a promuovere una reale omogeneizzazione nell'espletamento dell'attività di vigilanza e a condividere modalità e procedure per la gestione delle visite ispettive e per i controlli documentali.

A tal fine si è proceduto ad una serie di interventi:

- incontri di confronto e condivisione in merito alle procedure utilizzate dalle due équipe;
- eventi formativi comuni, con particolare riferimento alle tematiche della vigilanza ex artt. 23 e 25 CC sulle persone giuridiche di diritto privato e del procedimento sanzionatorio;
- incontri di presentazione del Piano dei Controlli a tutti gli Enti Gestori di Unità d'Offerta Sociosanitarie e Sociali del territorio dell'ATS della Montagna, organizzati in forma condivisa e/o per singole aree d'intervento;
- visite ispettive condotte in forma congiunta a diverse tipologie di Unità d'Offerta in merito ai vari requisiti sottoposti a vigilanza e controllo, ai sensi delle normative regionali in materia;
- interventi di riorganizzazione e adeguamento della composizione delle équipe territoriali, al fine di garantire le competenze professionali richieste e l'omogeneità di base dell'organico;
- trasferimento dei locali destinati al Servizio di Vigilanza del Distretto Valcamonica, con conseguente accorpamento delle funzioni di vigilanza e controllo e loro separazione rispetto a quelle erogative;
- approvazione di specifiche procedure finalizzate a formalizzare e uniformare su tutto il territorio di competenza dell'ATS le modalità operative delle attività di vigilanza e controllo.

I vari interventi riorganizzativi hanno permesso l'implementazione di un sistema condiviso di lavoro nel settore dei controlli.

Si è inoltre attuata in tutto il territorio l'integrazione con competenze e risorse di personale provenienti dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

L'attività di controllo garantisce pertanto l'omogeneità delle procedure utilizzate e l'integrazione delle risorse tra i vari Servizi dell'ATS della Montagna, secondo quanto previsto dalla normativa regionale in materia.

Nel secondo semestre 2016 si sono inoltre realizzati i controlli sui Consultori Familiari e sui Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze, condotti con il criterio della rotazione degli operatori, quale strumento ulteriore per tutelare il principio di terzietà e obiettività dei controlli.

La percentuale di vigilanze previste ed effettuate è stata rispettata, recuperando il ritardo del primo semestre dovuto principalmente alla necessità di costruire un percorso di integrazione fra le due équipe (Area Valcamonica e Area Valtellina Medio Alto Lario), alla adozione di modalità operative condivise e, non ultimo, all'incremento delle unità d'offerta dovuto all'ampliamento del territorio.



**Vigilanza sociosanitaria 2016**

Le visite ispettive sono state finalizzate alla verifica del possesso degli standard strutturali-gestionali ed organizzativi previsti dalle normativa vigenti.

In particolare sono state verificate le seguenti Unità d'Offerta:

**ATTIVITA' PROGRAMMATA ED EFFETTUATA 2016 Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA	NUMERO UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	NUMERO UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2016	NUMERO UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE VIGILATE 2016
RSA	31	11	12	+109.09
ADI	9	4	4	100
C.D.I.	7	3	3	100
RSD	5	2	2	100
CONSULTORI FAMILIARI	7	1	1	100
SERVIZI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE	6	4	4	100
CDD	11	3	3	100
SERVIZI RESIDENZIALI PER LE DIPENDENZE	2	1	1	100
C.S.S.	2	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>80</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>+103.44</b>

**PROSPETTO VERIFICA SCIA 2016 Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA SCIA	TIPOLOGIA UDO	NUMERO UNITA' VIGILATE 2016	ANNOTAZIONI
SCIA CON CONTESTUALE RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO	RSA	2	UNA PER TRASFERIMENTO DI P.L. ACCREDITATI A SEGUITO DI MODIFICA DELL'ACCREDITAMENTO, UNA PER MESSA IN ESERCIZIO DI NUOVA UDO
SCIA PER MESSA IN ESERCIZIO DI ULTERIORI POSTI LETTO	RSA	1	IN SEDE DI SOPRALLUOGO LA RSA HA DECISO DI SOSPENDERE TEMPORANEAMENTE LA SCIA RISERVANDOSI DI PROCEDERE IN SEGUITO
SCIA CONTESTUALE TRASFERIMENTO	CDD	1	VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO NEL II SEMESTRE 2016
SCIA CONTESTUALE MODIFICA ACCREDITAMENTO PER CHIUSURA SEDE SECONDARIA	CF	1	VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
SCIA CONTESTUALE TRASFERIMENTO	CDI	1	SUCCESSIVAMENTE EFFETTUATA A 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
SCIA CONTESTUALE CONFERMA ACCREDITAMENTO	CF	1	VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
SCIA CONTESTUALE PER RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO	UDO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIAL E - DIPENDENZE	1	VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
SCIA CONTESTUALE PER TRASFERIMENTO	ADI	2	VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
<b>TOTALE</b>		<b>10</b>	

**PROSPETTO VERIFICA A SEGUITO DI VOLTURA 2016 Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA UDO	NUMERO UNITA' VIGILATE 2016	ANNOTAZIONI
RSD	1	VOLTURA PER CAMBIO SOGGETTO GESTORE. SONO STATI CONTROLLATI ANCHE I REQUISITI ORGANIZZATIVI GESTIONALI
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	

**ATTIVITÀ PROGRAMMATA E REALIZZATA 2016 DISTRETTO VALCAMONICA**

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA	NUMERO UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	NUMERO UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2016	NUMERO UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE VIGILATE 2016
RSA	14	5	5	100
C.D.I.	9	6	6	100
ADI	11	6	6	100
RSD	1	0	0	0
IDR	2	0	0	0
HOSPICE	1	0	0	0
CDD	4	2	2	100
SERVIZI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE	3	2	2	100
SERVIZI RESIDENZIALI PER LE DIPENDENZE	3	3	3	100
CONSULTORI FAMILIARI	5	4	4	100
C.S.S.	4	2	2	100
<b>TOTALE</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**PROSPETTO VERIFICA SCIA 2016 Distretto Valcamonica**

TIPOLOGIA SCIA	TIPOLOGIA UDO	NUMERO UNITA' VIGILATE 2016	ANNOTAZIONI
<b>SCIA CONTESTUALE ATTIVAZIONE</b>	UDO RESIDENZIALE A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE	1	VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
<b>SCIA CONTESTUALE TRASFERIMENTO</b>	ADI	2	VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
<b>SCIA CONTESTUALE PER ATTIVAZIONE</b>	ADI	1	ISTRUTTORIA + VERIFICA 90 GIORNI POST ACCREDITAMENTO
<b>TOTALE</b>		<b>4</b>	

**Annotazioni**

- L'evoluzione della rete delle UDO Sociosanitarie evidenzia:
- l'attivazione di 2 Unità d'Offerta Residenziali a Bassa Intensità Assistenziale-Area Dipendenze: 1 non a contratto a Villa di Tirano e 1 a contratto a Darfo (BS);
- il consolidamento dei due Servizi ADI "Studio Infermieristico Camuno" e "Nuovi Orizzonti" di Darfo BT (BS), a seguito di trasferimento sede legale e operativa;
- l'avvio del nuovo Servizio ADI "Angelo Maj" di Darfo BT (BS), a integrazione delle prestazioni offerte dalla RSA "Fondazione Angelo Maj" di Darfo BT (BS), interessata da un progetto di ampliamento e riorganizzazione dell'attività;
- il consolidamento dell'attività del CDD Righini Vaninetti di Sondrio (SO) a seguito di trasferimento sede operativa;
- il consolidamento del servizio ADI "Progetto Vita" di Sondrio (SO) a seguito di trasferimento sede operativa;
- il consolidamento del servizio ADI Cure Palliative Ambrosetti Paravicini a seguito di trasferimento sede operativa;
- il consolidamento dell'attività del CDI presso Casa di Riposo Città di Sondrio a seguito di trasferimento sede operativa;
- il consolidamento del Consultorio Familiare di Menaggio (CO) con modifica di accreditamento a seguito della chiusura della sede secondaria;
- il consolidamento del Consultorio La Famiglia Onlus (CO) con Ente Gestore" Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale" Via Sirtori 1 di Como con conferma accreditamento senza contratto;
- voltura della RSD "Archè" di Loveno di Menaggio (CO) a seguito del cambio dell'Ente Gestore;
- l'ampliamento delle prestazioni riabilitative dell>IDR ambulatoriale di Malegno (BS) Ente Gestore "Pia fondazione di Valle Camonica ONLUS";
- modifica dell'accreditamento della RSA Ambrosetti Paravicini ora denominata Tomaso Ambrosetti con SCIA per messa in esercizio con contestuale richiesta di accreditamento per trasferimento di posti letto (posti accreditati a contratto n. 60, abilitati non a contratto n.20);
- modifica dell'accreditamento della RSA Ambrosetti Paravicini ora denominata Paolo Paravicini con SCIA per messa in esercizio con contestuale richiesta di accreditamento con



contratto per n.60 posti letto dei 114 abilitati all'esercizio.

### PROSPETTO VIGILANZE PER SEGNALAZIONE 2016

AREA TERRITORIALE	TIPOLOGIA UDO	NUMERO UNITA' VIGILATE 2016	ANNOTAZIONI
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	RSA	2	Segnalazione relativa alla qualità della assistenza
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	RSD	1	Segnalazione relativa alla qualità della assistenza
DISTRETTO VALCAMONICA	RSA	2	Segnalazione relativa alla qualità della assistenza
DISTRETTO VALCAMONICA	HOSPICE	1	Segnalazione relativa alla qualità della assistenza
DISTRETTO VALCAMONICA	CDD	1	Segnalazione relativa alla qualità della assistenza
DISTRETTO VALCAMONICA	ADI	1	Segnalazione relativa alla qualità della assistenza
<b>TOTALE</b>		<b>8</b>	

#### Annotazioni

Gli interventi effettuati non hanno rilevato particolari criticità, tranne che in una RSA nel Distretto Valtellina Alto Lario dove è stato opportuno richiamare la stessa a una maggiore prontezza nel cogliere le criticità del processo assistenziale e, nel caso oggetto di segnalazione, ricercare il coinvolgimento dell'Amministratore di Sostegno.

#### Esiti attività di vigilanza

Si evidenzia che tra le misure contemplate dall'organo di vigilanza sono previste:

- **il consiglio:** suggerimento per migliorare aspetti relativi all'organizzazione del servizio, alla qualità delle prestazioni e alla fruibilità della struttura;
- **la raccomandazione:** azione obbligatoria al fine di promuovere azioni atte a migliorare la qualità del servizio;
- **la prescrizione:** azione obbligatoria in presenza di inadempienze rispetto alla normativa vigente;

**la diffida/sanzione:** misura applicata in caso di gravi inadempienze sulla gestione dell'Unità d'Offerta rispetto a quanto previsto dalla normativa.



Le diffide e le sanzioni, in conformità con la DGR 2569/14, vengono adottate con provvedimenti distinti e vengono trasmessi all'Ente Gestore in un momento successivo alla visita ispettiva.

**CRITICITA' RILEVATE 2016 Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA UDO	PRESCRIZIONI (P)		RACCOMANDAZIONI (R)		CONSIGLI (C)		SANZIONI (S)		T O T A L E  P	T O T A L E  R	T O T A L E  C	T O T A L E  S
	ORGANIZZATIVE GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE	ORGANIZZATIVE GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE	ORGANIZZATIVE GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE	ORGANIZZATIVE GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE				
RSA	1	0	26	14	0	0	1	0	1	40	0	1°
RSD	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
CDD	1	0	4	3	6	0	1	0	1	7	6	1
CDI	0	0	19	0	0	0	0	0	0	19	0	0
CF	0	1	0	2	0	0	0	1	1	2	0	1
SERVIZI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6	0	0
SERVIZI RESIDENZIALI PER LE DIPENDENZE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
UDO A BASSA INTENSITA'	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0
ADI	0	0	3	0	1	1	0	0	0	3	2	0
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>62</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>81</b>	<b>8</b>	<b>3</b>



La tabella sopraesposta, riferita all'area Valtellina e Medio Alto Lario evidenzia una maggioranza di raccomandazioni rispetto ai consigli.

**CRITICITA' RILEVATE 2016 Distretto Valcamonica**

TIPOLOGIA U.d.O.	PRESCRIZIONI (P)		RACCOMANDAZIONI (R)		CONSIGLI (C)		SANZIONI (S)		TOTALE P	TOTALE R	TOTALE C	TOTALE S
	ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE	ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE	ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE	ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO SANITARIE				
R.S.A.	1	1	4	2	1	0	1	2	2	6	1	3
C.D.I.	0	0	3	2	1	0	0	0	0	5	1	0
A.D.I.	0	0	3	3	1	0	0	0	0	6	1	0
CSS	0	0	2	2	0	0	0	0	0	4	0	0
CDD	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0
CF	0	0	3	3	1	0	0	0	0	6	1	0
DIP AMB	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0
CT	0	0	3	3	0	0	0	0	0	6	0	0
BASSA INT ASS DIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>3</b>



La tabella sopraesposta, riferita all'area Valcamonica evidenzia una maggioranza di raccomandazioni rispetto ai consigli.

Dal confronto tra le due tabelle si evidenziano le seguenti criticità:

Le raccomandazioni hanno interessato prevalentemente gli aspetti organizzativo-gestionali riguardo soprattutto:

- l'implementazione della Carta dei Servizi;
- la tenuta della documentazione e dei protocolli operativi;
- la gestione del documento organizzativo, relativamente all'elaborazione dell'organigramma e del funzionigramma e all'indicazione delle figure dei referenti e dei livelli di responsabilità;
- la cartellonistica esterna che permetta di individuare l'ubicazione della struttura e il relativo accesso.

Si segnalano inoltre raccomandazioni sugli aspetti igienico sanitari per lo più riferite all'Area Valtellina Medio Alto Lario.

Rispetto alle variabili tecnico-strutturali sono emerse in Area Valcamonica criticità relative prevalentemente agli interventi di manutenzione complessiva degli edifici, alla registrazione sistematica dei controlli periodici degli impianti elettrici e idro-termo-sanitari, all'adeguamento di alcuni locali, alla corretta conservazione e all'aggiornamento dei vari certificati di conformità previsti dalla normativa in materia.

### **Sanzioni**

Nel corso del 2016 sono state comminate nell'area Valtellina Alto Lario tre sanzioni e altrettante nell'area Valcamonica.

Per il Distretto Valtellina Alto Lario due sanzioni fanno riferimento a criticità riscontrate nell'area organizzativo gestionale (mancanza dello standard settimanale di personale e presenza di documento della sicurezza dei lavoratori non aggiornato).

La terza riguarda l'area igienico sanitaria (mancata revisione di apparecchiatura elettromedicale).

Per l'area Valcamonica due sanzioni riguardano aspetti igienico sanitari (uno relativo alla sicurezza dei lavoratori e l'altro ai requisiti strutturali). La terza è relativa agli aspetti organizzativo gestionali (utilizzo improprio di alcuni locali di 1 CDI).

### **CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA 2016**

Il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle Unità d'Offerta Sociosanitarie agli utenti è parte integrante e fondamentale dell'attività di vigilanza.

La DGR 1765/2014 definisce con chiarezza un sistema d'indicatori per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in termini di efficacia, efficienza, sicurezza ed equità, con l'obiettivo di creare un sistema di vigilanza finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi.

La commissione destinata al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni risulta, di norma, così composta:

- 1 Medico;
- 1 Educatore Professionale o 1 Infermiera Professionale anche con funzioni amministrative.

Le visite ispettive per il controllo dell'appropriatezza sono state effettuate con 24 ore di preavviso per permettere all'ente gestore di organizzare le presenze di personale in modo da minimizzare l'impatto dell'attività di controllo sull'erogazione dei servizi all'utenza, come da indicazioni regionali. La commissione, tenendo conto di quanto previsto dalla DGR 2569/2014, ha verificato a campione (30% casuale e 70% mirato) le prestazioni rese dalle Unità d'Offerta sociosanitarie ed in particolare ha esaminato:





- le criticità riscontrate dalla vigilanza 2015;
- le segnalazioni pervenute;
- gli indicatori di appropriatezza definiti a livello regionale;
- i dati ricavati dai flussi informativi.

Il 70% dei controlli ha, inoltre, riguardato FASAS con:

- gravità della situazione di fragilità e fasce di età con scostamento significativo dalla media;
- cambi significativi di classe/profilo o nessun cambiamento di classe/profilo per ospiti in RSA e RSD da molto tempo;
- nuovi ingressi 2016;
- uso degli strumenti di protezione e tutela;
- episodi di caduta;
- assenze remunerate;
- nuovi ingressi stati vegetativi;
- ospiti solo su posti autorizzati.

I controlli vengono effettuati al fine di valutare:

- la corretta modalità di conservazione, cartacea o informatica, dei documenti;
- la coerenza tra classificazione dell'utente risultante dai flussi di rendicontazione/debito informativo inviati all'ATS dall'U.d.O. e l'esito della valutazione/rivalutazione dell'utente effettuata dalla stessa U.d.O.;
- la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi di rendicontazione/debito informativo;
- l'appropriatezza assistenziale.

I criteri di fondo che devono ispirare e che devono essere chiaramente documentati da ogni U.d.O. e verificati dall'equipe nei controlli di appropriatezza sono:

- l'appropriata valutazione multidimensionale dell'utente;
- la personalizzazione dei programmi di assistenza Progetto Individuale (PI) e Piano di Assistenza Individuale (PAI) ed il coinvolgimento dell'utente/familiare/amministratore di sostegno/tutore;
- il coinvolgimento nel piano di assistenza delle diverse figure professionali (multidisciplinarietà dell'intervento);
- l'individuazione, nei PAI, di obiettivi realistici e possibilmente misurabili e di indicatori che consentano la valutazione degli esiti;
- la congruenza tra la documentazione presente nel FASAS e il debito informativo ("corretta classificazione della fragilità degli utenti");
- la coerenza tra gli interventi previsti nel progetto assistenziale e gli interventi effettivamente rintracciabili sul diario assistenziale;
- l'aggiornamento periodico dei protocolli assistenziali, che tenga conto dell'evoluzione dell'elaborazione scientifica.

**Esito dei controlli di appropriatezza**

Il controllo ha riguardato almeno:

- il 15% dei fascicoli socio sanitari per quanto riguarda le RSA, i CDI, le Strutture Diurne di Riabilitazione, i Servizi Residenziali per le Dipendenze, le Unità d'Offerta a Bassa Intensità Assistenziale per le Dipendenze;
- il 30% per le RSD, le CSS, i CDD;
- il 5% per i Servizi ADI, i Consultori Familiari, i Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze.

**ESITI CONTROLLO APPROPRIATEZZA SU SCHEDA SOSIA, SIDI, PROFILI 2016 Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	NUMERO schede SOSIA/SIDI/Profili Programmate nel piano dei controlli 2016	NUMERO schede SOSIA/SIDI/Profili Programmate verificate 2016	% schede SOSIA/SIDI/Profili programmate verificate 2016
R.S.A.	145	153	+105.51
R.S.D	15	16	+106.6
C.D.D.	42*	42	100
C.D.I	10	10	100
C.F.	20	29	+145
SERVIZI AMBULATORIALI PER LE DIPENDEZE	33	34	+103.3
UDO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE DIPENDENZE	1	1	100
A.D.I.	70*	70	100
<b>TOTALE</b>	<b>354</b>	<b>355</b>	<b>+100.28</b>

**Nota\*:** nel primo semestre sono stati indicati erroneamente numeri diversi

**ESITI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA SU INDICATORI Distretto Valtellina Alto Lario**

UNITA' DI OFFERTA	Numero indicatori esaminati	Numero indicatori applicabili	Numero indicatori soddisfatti	Livello di ACCETTABILITA' raggiunto (%)
R.S.A.	3366	2891	2608	90.21
R.S.D.	320	310	310	100
C.D.D.	798	753	708	94.02
C.D.I.	180	146	138	94.52
C.F.	348	233	186	79.82
SERVIZI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE	238	229	219	95.63
A.D.I. ORDINARIA IN ITINERE	448	198	148	74.74
A.D.I. ORDINARIA EX POST	462	213	163	76.52
A.D.I. C.P. IN ITINERE	26	24	22	91.6
A.D.I. C.P. EX POST	39	37	35	94.59
UDO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE DIPENDENZE	7	6	6	100

**ESITI DI APPROPRIATEZZA SU SCHEDE SOSIA, SIDi, PROFILI 2016 Distretto Valcamonica**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	Numero schede SOSIA/SIDi Programmate nel piano dei controlli 2016	Numero schede SOSIA/SIDi/Profili Programmate verificate 2016	% schede SOSIA/SIDi Profili Programmate verificate nel 2016	Note
R.S.A.	75	85	+113	
CDI	13	18	+138	
ADI	98	125	+127	
HOSPICE	0	0	0	
RSD	0	0	0	
CSS	6	6	100	
CDD	16	16	100	
RIA AMB	1	1	100	Servizio diurno
CF	20	38	+190	
DIP AMB	10	30	+300	
CT	7	8	+114	
BASSA INT	2	2	100	
<b>TOTALE</b>	<b>248</b>	<b>329</b>	<b>+132</b>	

Le Unità d'offerta che non sono state verificate nel 2016, sono state controllate nel 2015.

**ESITI CONTROLLO APPROPRIATEZZA SU INDICATORI Distretto Valcamonica**

UNITA' DI OFFERTA	N. indicatori esaminati	N. indicatori applicabili	N. indicatori soddisfatti	Livello di ACCETTABILITA' raggiunto (%)
R.S.A.	1688	1541	1096	74,27
CDI	324	263	196	74,9
ADI ITINERE	910	646	428	63,33
ADI EX POST	756	536	379	68,02
ADI CP ITINERE	39	38	27	72,1
ADI CP EX POST	39	38	29	80,5
HOSPICE	0	0	0	0
RSD	0	0	0	0
CSS	108	97	85	87,6
CDD	304	280	230	81,8
RIA AMB	7	6	5	83,3
CF	456	321	306	94,9
DIP AMB	210	210	205	97,55
CT	56	55	51	93,67
BASSA INT	14	14	11	78,6

**Principali criticità rilevate negli indicatori di appropriatezza**

Con riferimento agli indicatori di appropriatezza previsti dalla DGR. 1765/2014 si rileva per l'area Valtellina Medio Alto Lario il raggiungimento della percentuale prevista del 95% per RSD, Servizi Ambulatoriali Dipendenze, U.d.O. a Bassa Intensità Assistenziale Dipendenze. Per l'area Valcamonica la percentuale è stata raggiunta dai Servizi per le Dipendenze Ambulatoriali e dai Consulenti Familiari.

Nell'area Valtellina Medio Alto Lario le U.d.O. che hanno raggiunto percentuali medio alte (>90%) sono RSA, CDD, CDI, ADI ex post, ADI CP in itinere ed ex post e nell'area Valcamonica sono le Comunità Terapeutiche.

Le percentuali più basse hanno riguardato per l'Area Valtellina Medio Alto Lario i Consulenti Familiari e l'ADI in itinere

Nell'ambito distrettuale della Valcamonica, fra le unità d'offerta che non hanno raggiunto lo standard regionale, la percentuale minima ottenuta (63,3%) è stata rilevata nelle prestazioni erogate dai Servizi ADI Ordinari in Itinere. La percentuale di indicatori soddisfatti rilevati nelle prestazioni erogate dalle RSA è del 74,27%.

Nello specifico gli indicatori più problematici (percentuale inferiore al 90%) rilevati per tipologia di Unità d'offerta in entrambi i Distretti sono stati i seguenti:



**RSA:**

*Indicatore Generale 1* “Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni”: si sono evidenziati scostamenti rispetto alla tempistica di rivalutazione;

*Indicatore Generale 2* “Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati: elaborazione del progetto individuale”: le criticità hanno riguardato in particolare gli indicatori misurabili e la condivisione del progetto con assistito o avente titolo o familiare/care giver;

*Indicatore generale 2-sottoindicatore 2.1* “Se la contenzione fisica è applicata alla persona, è presente la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica e le schede di monitoraggio”: si sono rilevate schede incomplete soprattutto relativamente alle pratiche alternative alla contenzione;

*Indicatore 7 Cognitivo-Sottoindicatore 7.1* “Persona con decadimento cognitivo (MMSE<19 coinvolta in attività specifiche individuali e/o di piccolo gruppo (3-4 persone)”: si è rilevato che le attività vengono attuate, ma che manca la loro descrizione nei PI/PEI/PAI.

**CDI:**

*Indicatore generale 1 Sezioni Anamnestiche*: in alcune strutture le sezioni anamnestiche sono compilate in modo incompleto;

*Indicatore Generale 2* “Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati: elaborazione del progetto individuale”: le criticità hanno riguardato in particolare gli indicatori misurabili;

*Indicatore 7 Cognitivo-Sottoindicatore 7.1* “ Persona con decadimento cognitivo(MMSE<19 coinvolta in attività specifiche individuali e/o di piccolo gruppo (3-4 persone)”: si è rilevato che le attività vengono attuate, ma che manca la loro descrizione nei PI/PEI/PAI.

**ADI ORDINARIA IN ITINERE:**

*Indicatore generale 2* “Presenza della pianificazione”: in itinere non sempre è stato possibile valutare questo indicatore poiché non risultavano reperibili al domicilio i PI/PAI e in altri casi la pianificazione è apparsa incompleta;

*Indicatore generale 2* “Tracciabilità degli interventi attuati”: a domicilio in alcuni casi non erano presenti i diari, se non quelli relativi alla settimana in corso e pertanto l'indicatore è stato valorizzato come negativo; è stato possibile visionare i diari successivamente in corso di Vigilanza ex post;

*Indicatore dolore 2* “Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona”: utilizzo di scale non appropriate al livello cognitivo;

*Indicatore Lesioni da Pressione 3.1* “Presenza di valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione”: non sempre presente nel FASAS.

**ADI ORDINARIA EX POST:**

*Indicatore generale 2* “Presenza della pianificazione”: sono risultati carenti in particolare la descrizione degli obiettivi individuati per le diverse aree di intervento e l'individuazione delle modalità e dei tempi per monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi;

*Indicatore dolore 1* “Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona”: utilizzo di scale non appropriate al livello cognitivo.

**CONSULTORI FAMILIARI:**

*Indicatore Generale 1* “Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale del bisogno”,

*Indicatore Generale 1* “Elaborazione del Progetto”, “Presenza della Pianificazione”: \_carenti in un Consultorio del Distretto Valtellina Medio Alto Lario.

**CSS:**

*Indicatore generale 1* “Elaborazione del progetto individuale”: carenti nelle U.d.O. di entrambi i Distretti.

**CDD:**

*Indicatore generale 1* “Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni,

*Indicatore generale 2* “Elaborazione del progetto individuale”,

*Indicatore generale 2* “Presenza della pianificazione”: tali indicatori hanno avuto riscontro negativo in una struttura del distretto Valtellina Medio Alto Lario e in quelle del Distretto Valcamonica.

**RIA AMB:**

*Indicatore generale 1* “Elaborazione del progetto individuale”: incompleta elaborazione nel distretto Valcamonica.

**UDO RESIDENZIALI A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE (BASSA INT):**

*Indicatore generale 1* “Elaborazione del progetto individuale %): carente nella U.d.O. vigilata nel distretto Valcamonica

*Indicatore generale 1* “Presenza della pianificazione”: carente nella medesima U.d.O.

**CLASSIFICAZIONI SOSIA/SIDI/PROFILI****CLASSIFICAZIONE SOSIA/SIDI/PROFILI Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. schede SOSIA/SIDI verificate	N. schede SOSIA/SIDI rettificate	N. rettifiche con riduzione classe SOSIA/SIDI/PROFILI	N. rettifiche con incremento classe SOSIA/SIDI/PROFILI
R.S.A.	153	0	0	0
R.S.D	16	0	0	0
C.D.D.	42	0	0	0
C.D.I	10	0	0	0
A.D.I.	70	0	0	0
SERVIZI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE	34	0	0	0
CF	29	0	0	0
UDO A BASSA INTENSITA' DIPENDENZE	1	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>355</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



Dai dati sovraesposti si conferma la corrispondenza delle classificazioni SOSIA/SIDi/Profili alla tipologia dell'ospite, con appropriato utilizzo da parte degli Enti Gestori delle scale di valutazione e il corretto inquadramento clinico-funzionale dell'ospite.

#### **Classificazione SOSIA/SIDi/PROFILI Distretto Valcamonica 2016**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. schede SOSIA/SIDi/ Profili verificate	N. schede SOSIA/SIDi/ Profili rettificate	N. rettifiche con riduzione classe SOSIA/SIDi/ Profili	N. rettifiche con incremento classe SOSIA/SIDi/ Profili
R.S.A.	85	2	0	2
A.D.I. ORDINARIA IN ITINERE	65	0	0	0
A.D.I. ORDINARIA EX POST	54	0	0	0
C.S.S.	6	0	0	0
C.D.D	16	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>226</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Dalla tabella si evince che sono state rettificate, con incremento di classe, n. 2 schede SOSIA di RSA, con conseguente recupero delle quote.

Nelle altre Unità d'offerta non sono state rilevate riduzioni o incremento delle classificazioni SOSIA, SIDi e dei profili ADI.

#### **Controlli su assenze remunerabili**

Rispetto alle assenze remunerabili ai sensi della normativa regionale in materia, si è proceduto ai controlli previsti e solo nell'area Valcamonica al recupero delle quote dovute.

#### **VERIFICA DEI REQUISITI SOGGETTIVI GENERALI**

La verifica dei requisiti soggettivi generali degli Enti Gestori, che hanno sottoscritto il contratto con il Servizio Sanitario Regionale, è stata effettuata attraverso l'accesso alla piattaforma Si.Ce.Ant. della Banca Dati Nazionale Antimafia sia per quanto riguarda la comunicazione che l'informativa antimafia.

E' stata garantita la verifica di almeno il 10% delle autocertificazioni trasmesse dagli Enti gestori, ai sensi della normativa regionale in materia.

Si è provveduto altresì a verificare i requisiti previsti dall'art. 38 D.Lgs n. 163/2006 attraverso il Casellario Generale del Tribunale.



## VIGILANZE NOTTURNE

Durante il mese di agosto sono state effettuate 2 vigilanze serali senza preavviso, rispettivamente presso 1 RSA e 1 RSD, atte a verificare:

- la presenza di personale sufficiente per garantire l'assistenza notturna;
- la presenza delle figure con le qualifiche previste da scheda struttura, con particolare riferimento all'infermiere professionale;
- condizioni di ordine e pulizia degli ambienti;
- condizioni igieniche degli ospiti.

Dalle visite ispettive non sono emerse particolari criticità.

## ROTAZIONE DELLE EQUIPE

In merito a quanto previsto nel Piano dei Controlli, le due équipe hanno garantito, per quanto possibile, la rotazione del personale addetto alle visite ispettive, così come previsto dal piano anticorruzione aziendale, ai sensi della Legge 190/12.

In ragione di ciò, l'équipe di Valcamonica ha effettuato nel Distretto di Valtellina Medio Alto Lario vigilanza sociosanitaria rispetto alla conformità degli standard strutturali e tecnologici, degli aspetti organizzativo-gestionali e il controllo dell'appropriatezza nei:

- SERT di Menaggio;
- SERT di Tirano;
- SERT di Morbegno;
- SERT di Chiavenna;
- Consultorio Familiare di Tirano;
- Consultorio Familiare di Menaggio (controllo di appropriatezza).

L'équipe di Valtellina-Medio Alto Lario ha realizzato vigilanza sociosanitaria nel Distretto di Valcamonica rispetto alla conformità degli standard strutturali e tecnologici, degli aspetti organizzativi-gestionali e il controllo di appropriatezza nei:

- Consultorio Familiare Pubblico di Edolo;
- Consultorio familiare Pubblico di Darfo;
- Consultorio Familiare accreditato di Breno;
- Consultorio Familiare accreditato di Pisogne;
- Servizio di Alcoolologia di Cedegolo;
- Servizio Multidisciplinare Integrato di Pisogne.

## VERIFICA QUALITA' PERCEPITA

Considerato che dall'analisi delle customer-satisfaction rilevate nelle strutture socio sanitarie emergono generalmente altissimi gradi di soddisfazione da parte degli ospiti e/o dei familiari, ma che alcune U. d. O. hanno raccolto un numero esiguo di questionari, si è ritenuto di mettere a regime la sperimentazione, iniziata nel 2013, che prevede di effettuare, in concomitanza con le visite ispettive nelle strutture residenziali, interviste a campione ai familiari degli ospiti presenti in struttura.

L'intervista semi strutturata con domande circa l'accoglienza, il trattamento socio assistenziale, le prestazioni sanitarie, i rapporti con gli operatori e gli uffici amministrativi si conclude con la richiesta di esplicitare criticità o positività riscontrate nella struttura.





Dall'analisi dei dati raccolti si conferma sostanzialmente quanto riportato nei questionari di customer. Il contatto diretto con l'utenza ha peraltro permesso di far conoscere il Servizio di Vigilanza, le funzioni ad esso demandate e di raccogliere osservazioni e riflessioni circa il sistema delle U .d. O..

Un dato spesso riferito dai familiari riguarda l'impegno del personale di assistenza e la sua difficoltà a gestire al meglio i bisogni degli ospiti, che sono in crescita parallelamente all'aumento del peggioramento delle condizioni psicofisiche e della complessità dell'utenza.

## **TAVOLI DI VIGILANZA**

Si confermano numerose, anche nel 2016, le richieste rivolte dagli Enti Gestori di Unità d'Offerta Sociosanitarie e Sociali per informazioni.

I tavoli di vigilanza hanno trattato chiarimenti e dato ulteriori informazioni relativamente a:

- possibile apertura di nuove Unità d'Offerta Sociali ed attivazione di progetti sperimentali in ambito Sociale;
- possibile apertura di nuove Unità d'Offerta Sociosanitarie o di modifica di U. d. O. esistenti ed attivazione di progetti sperimentali in ambito socio sanitario;
- delucidazioni in merito alle check -list regionali per l'appropriatezza.

## **VIGILANZA EX ARTICOLO 23 e 25 DEL C.C. SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO**

In merito al controllo Ex ART 23 E 25 del C.C. sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario si conferma che nelle U .d. O. vigilate nel corso del 2016 sono stati eseguiti i controlli previsti dall'attività di vigilanza sulle strutture sociali e sociosanitarie autorizzate e accreditate afferenti all'area Valtellina Medio Alto Lario dell'ATS della Montagna. Nel corso dell'anno è stata acquisita, presso la Camera di Commercio di Sondrio, la visura camerale inerente ad una nuova Fondazione. Come indicato nel piano dei Controlli sono state vigilate 10 Associazioni/Fondazioni delle quali 3 gestiscono Unità d'offerta sociali. Il controllo è stato effettuato su base documentale, sulla scorta degli atti principali che caratterizzano la natura giuridica e l'attività esercitata dalle Fondazioni/Associazioni oggetto di verifica. La verifica ha riguardato il mantenimento dello scopo della Fondazione, i bilanci di esercizio trasmessi, attraverso il controllo della corretta gestione economico/finanziaria e il corretto utilizzo delle risorse. Nell'anno 2016 in merito all'area Valcamonica è stata effettuata Vigilanza Amministrativa in una Fondazione e in un Ente Morale e si sono rilevate criticità relative soprattutto all'aggiornamento sistematico della documentazione amministrativa.

In entrambi i Distretti non sono pervenute segnalazioni.



## MONITORAGGIO PIANI PROGRAMMA

Così come previsto dal Piano dei Controlli 2016 e in ottemperanza alle normative vigenti, è stata effettuata la verifica semestrale dell'avanzamento dei lavori nelle due strutture che hanno in corso un piano programma.

In merito alla RSA "Fondazione in Partecipazione Casa di Riposo Villa del Sorriso Onlus" a Bormio si evidenzia che la struttura ha dichiarato che è attualmente ancora in corso la predisposizione del Bando Europeo e che pertanto è prevista la fine dei lavori nel mese di Dicembre 2018. Al riguardo l'ATS ha inviato specifica comunicazione alla D.G. Welfare.

Per ciò che riguarda la RSA "Villa Stefania" a Sala Comacina si evidenzia che nel mese di Gennaio 2017 sono terminati i lavori e che pertanto sarà rispettata la scadenza del 31/12/2017.

## VIGILANZA E CONTROLLI SULLE SPERIMENTAZIONI DI UNITA' D'OFFERTA INNOVATIVE E LE MISURE APPLICATIVE DELLA DGR n 116/13

Nel Piano dei Controlli 2016 sono state previste verifiche sulle sperimentazioni di Unità d'Offerta innovative, approvate dalla regione ai sensi della lettera W dell'articolo 11 della legge regionale 3/2008 e il controllo sulle misure applicative della DGR 116/2013. (**tabelle 15, 16, 17, 18, 19, 20**)

### CURE INTERMEDIE

CURE INTERMEDIE	N. Unità d'Offerta Esistenti	N. Unità d'Offerta Programmate anno 2016	N. Unità d'Offerta Vigilata 2016	% Unità d'Offerta Vigilata 2016
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	3	2	2	100
DISTRETTO VALCAMONICA	3	2	2	100
<b>TOTALE</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Nel corso dell'anno è stato effettuato un incontro, in collaborazione con l'U.O. Fragilità, con gli Enti Gestori per illustrare e approfondire i contenuti della DGR 4702/15 relativamente alle cure intermedie. Si è inoltre condiviso l'utilizzo della nuova scheda di valutazione ed invio degli utenti.

L'incontro è stato anche occasione di confronto e condivisione di esperienze tra gestori appartenenti a territori differenti.

Nella seconda parte dell'anno sono stati effettuati i controlli di appropriatezza su almeno il 10% dei FASAS relativamente al rispetto di quanto previsto dalle normative specifiche. Si è posta l'attenzione all'utilizzo della nuova scheda di invio alla valutazione e alla compilazione dei punteggi.

Relativamente alle prestazioni previste dalla DGR 2942/14 sono stati verificati i requisiti soggettivi degli enti gestori.

**RESIDENZIALITA' LEGGERA**

RESIDENZIALITA'LEGGERA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2016	N. UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016	% UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	5	5	4	80
DISTRETTO VALCAMONICA	7	6	6	100
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>90.90</b>

Le verifiche effettuate nel Distretto Valtellina Medio Alto Lario non hanno evidenziato criticità. Nel distretto Valcamonica nessuna U.d.O. ha avuto ospiti che hanno usufruito della Sperimentazione nel 2016.

**RSA APERTA**

RSA APERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2016	N. UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016	% UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	9	5	5	100
DISTRETTO VALCAMONICA	11	9	9	100
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

I controlli di appropriatezza dei Fascicoli degli utenti, nel rispetto di quanto previsto dalle normative specifiche, hanno verificato la presenza:

- del PI predisposto dalla ASST;
- del PAI compilato nei tempi previsti entro (5 giorni dalla presa in carico);
- di operatori adeguati per numero e figura professionale rispetto a quanto previsto dal PI/PAI;
- di protocolli/procedure per la gestione e la somministrazione dei farmaci.

In due Strutture si sono riscontrate criticità relative alla compilazione del FASAS e del Progetto Individualizzato. Tale situazione verrà pertanto monitorata nel 2017.



**RELATIVAMENTE ALLE SPERIMENTAZIONI PREVISTE DALLE DGR 3239/2012 E 392/2013  
SI PRECISA QUANTO SEGUE**

**RIABILITAZIONE MINORI CON DISABILITA'(DGR 3239/2012)**

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE MINORI	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2016	N. UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016	% UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	1	1	1	100
DISTRETTO VALCAMONICA	1	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Nella seconda metà dell'anno le visite ispettive erano mirate a rilevare, oltre a quanto previsto dalla normativa di riferimento, i risultati raggiunti e le possibili evoluzioni della misura. E' stato inoltre effettuato un controllo di appropriatezza sui fascicoli degli utenti e, in particolare, sono stati verificati i progetti e le prestazioni offerte.

Tutti i progetti vengono autorizzati dall'ATS previa verifica delle singole richieste e della documentazione trasmessa.

**CASE MANAGEMENT ( DGR 392/2013)**

SPAZIO AUTISMO	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2016	N. UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016	% UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	1	1	1	100
DISTRETTO VALCAMONICA	1	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Nell'ambito territoriale di Valcamonica l'Unità d'offerta "Spazio Autismo" è stata verificata nell'anno 2015.

E' presente nel distretto Valtellina Medio Alto Lario una sperimentazione promossa in collaborazione con il Centro per l'Autismo dell'Anffas di Sondrio, nel quale l'ATS ha individuato la struttura idonea a supporto della propria funzione di case management.

Al fine di dare sviluppo all'offerta, nella prima parte dell'anno sono stati promossi incontri con i responsabili del centro per condividere i contenuti della DGR 4702/15 ed in particolare l'azione innovativa di "case management" quale specifica funzione. Nella seconda metà dell'anno, ci sono stati momenti di confronto ed una visita ispettiva mirata a verificare quanto previsto dalla normativa. E' stato effettuato un controllo di appropriatezza sul 5% dei fascicoli degli utenti e, in particolare, sono stati verificati i progetti e le prestazioni offerte.

Tutti i progetti vengono autorizzati dall'ATS previa verifica delle singole richieste e della documentazione trasmessa.

**MINORI VITTIME DI ABUSI E MALTRATTAMENTI**

MISURA 6	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2016	N. UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016	% UNITA' DI OFFERTA VIGILATE 2016
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	7	7	7	100
DISTRETTO VALCAMONICA	4	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Alla luce delle criticità riscontrate lo scorso anno, all'inizio del primo semestre, nell'ambito di una cabina di regia sono stati affrontate le problematiche riscontrate.

Sono inoltre stati condivisi con gli Enti Gestori di Comunità del territorio dell'ATS linee guida relative alla gestione della casistica prevista dalla misura 6.

Alla fine dell'anno è stata eseguita la verifica documentale presso le comunità interessate dalla misura. Nel Distretto della Valcamonica non ci sono stati nuovi casi di misura 6.

**CONTRIBUTO ECONOMICO REGIONALE ASSEGNATO ALL'ATS PER L'ATTIVITA' DI VIGILANZA**

Nel corso del 2016, grazie al contributo economico regionale previsto per le attività di vigilanza, il servizio ha speso:

- euro 55428,02 nel Distretto di Valcamonica per Convenzioni di Personale Specialistico e Amministrativo per le Attività di Vigilanza e Controllo;
- euro 15000,00 nel Distretto di Valtellina Medio Alto Lario: per 1 Borsa di Studio per Funzioni Amministrative per le Attività di Vigilanza e Controllo.



## **FORMAZIONE**

Gli obiettivi formativi del 2016 avevano una doppia finalità, la prima mirava a migliorare le competenze del personale anche alla luce dei nuovi scenari normativi e la seconda aveva lo scopo di favorire l'integrazione dei due teams provenienti da due realtà differenti.

Nel primo semestre del 2016 l'UOC Qualità ed Appropriatezza dei Servizi, ha promosso un incontro con tutti gli Enti Gestori accreditati ed a contratto per una restituzione dei risultati dell'attività di vigilanza dell'anno precedente e per illustrare il contenuto del Piano Controlli 2016. All'incontro erano presenti gli operatori delle due équipes di vigilanza.

E' stato inoltre effettuato un corso di formazione di tre giorni (due a Sondrio e uno a Breno) sul Sistema Sanzionatorio Amministrativo, rivolto non solo agli operatori del Servizio Qualità e Appropriatezza dei Servizi ma anche a quelli del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa-Servizio Affari Generali e Legali.

Il 24 marzo 2016 è stato organizzato un Convegno, rivolto alle U.d.O. Sociosanitarie dell'ATS, dal titolo "I Controlli di appropriatezza nelle Unità d'Offerta Socio-Sanitaria: normativa, strumenti, regole 2016" con l'obiettivo di presentare le direttive regionali e condividere un sistema finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi.

Sono stati organizzati anche incontri con gli operatori dei Sert e dei Consulenti che oltre a rinsaldare la collaborazione con queste Unità d'Offerta, hanno permesso di affrontare le problematiche derivate dalla nuova organizzazione prevista dalla L.R. 23/2015, con riferimento all'attività di vigilanza.

Infine si sono realizzati due momenti di confronto sulle competenze della vigilanza sociale rivolti agli Enti Locali e ai Gestori sulle Unità d'Offerta Sociali del Distretto Valtellina Medio Alto Lario.



## **LINEE PROGRAMMATICHE ANNO 2017**

### **INTRODUZIONE**

Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano pertanto, nel corso del 2017, sulle Unità d'Offerta Sociosanitarie nel territorio di competenza dell'ATS della Montagna così come previsto dalla normativa vigente.

Gli interventi sono volti alla verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti, generali e specifici, di esercizio ed accreditamento e alla verifica della qualità, dell'appropriata erogazione e della corretta rendicontazione delle prestazioni rivolte agli utenti.

Vengono inoltre effettuati appositi controlli agli enti contrattualizzati sul rispetto degli obblighi contrattuali e la verifica sulle persone giuridiche di Diritto Privato di cui agli articoli 23 e 25 del Codice Civile.

E' prevista anche vigilanza sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative approvate dalla Regione e il controllo sulle misure applicative della D.G.R. 2942/2015 e D.G.R. 116/2013.

Per le modalità e le percentuali di verifica di queste si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta. I requisiti e gli standard da verificare sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura verificata.

L'attività di vigilanza prevede oltre ai sopralluoghi programmati anche quelli straordinari a seguito di segnalazioni provenienti dai flussi, da operatori delle U.d.O., da privati cittadini o emerse da eventi imprevisti o da specifiche richieste pervenute da altri Enti. E' utile per monitorare la relazione tra domanda ed offerta sul territorio di competenza dell'ATS al fine ultimo del miglioramento complessivo del sistema. Particolare attenzione viene pertanto posta agli indicatori relativi alla domanda di servizi e di prestazioni da parte del territorio e della loro qualità, equità e appropriatezza, sia nell'ambito della rete delle strutture accreditate e a contratto sia nell'ambito delle misure innovative e sperimentazioni.

Come di consueto, viene garantita, per quanto possibile, la rotazione del personale addetto alle visite ispettive, così come previsto dal piano anticorruzione aziendale ai sensi della legge 190/2012.

E' stata adottata in data 28/04/2017 la delibera che definisce gli operatori del servizio vigilanza "agenti accertatori" con relativo specifico badge di riconoscimento.

Nel corso del 2017 prosegue inoltre l'attività di integrazione ed omogeneizzazione, attraverso l'applicazione delle procedure e la stesura di ulteriori protocolli operativi.

Si precisa che l'attività di controllo è già stata avviata secondo le regole di Sistema 2017 e che nel prosieguo si è tenuto conto del Piano Dei Controlli Quadro dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

### **ATTIVITA' DI VIGILANZA SOCIOSANITARIA**

L'applicazione della DGR 2569/14 e della 1765/2014, oltre a costituire un utile strumento nei controlli nel sistema socio sanitario, costituisce un valido contributo al miglioramento della qualità delle prestazioni. Si conferma l'utilizzo degli strumenti già in uso e l'applicazione del modello di verbale proposto da Regione Lombardia con circolare del 23 dicembre 2015 (prot 52597). Questo garantirà una rilevazione dei dati uniforme su tutto il territorio dell'ATS. Verranno inoltre utilizzati specifici verbali inviati con circolare protocollo n.G1.2017.0001696 del 20/01/2017. da Regione Lombardia per le Misure a carattere Sperimentale.

I controlli, durante l'anno corrente, presso le unità d'offerta per la verifica degli standard strutturali e gestionali, sono confrontati anche attraverso la rispondenza del debito informativo ed in particolare dalle schede struttura 2016.



Vengono inoltre individuati codici di rischio e standard di qualità aggiuntivi con particolare riferimento alla capacità dell'Unità d'Offerta di rispondere in maniera soddisfacente ai bisogni dell'utente.

Le attività previste sono:

#### ***Verifica dei requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento***

Così come indicato nella DGR n. 5954/16, in attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR n. 2569/14, nel corso del 2017 vengono garantite le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e alle istanze di accreditamento, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

Vengono altresì effettuate, così come previsto dall'allegato 1 della dgr. n. 2569/2014, le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive di certificazioni che i soggetti individuati dalla stessa DGR, sono tenuti a presentare entro il mese di gennaio di ciascun anno e in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina.

#### ***Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici***

La vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici viene garantita su almeno il 50% delle unità d'offerta in esercizio alla data del 01/01/2017 e sul 100% delle SCIA e delle domande di accreditamento/volture presentate nel corso dell'anno.

Viene sicuramente garantita in quelle strutture che non sono state oggetto di visite ispettive nel 2016 (così da garantire un controllo almeno ogni due anni) e in quelle U.d.O. dove si sono riscontrate particolari criticità e/o prescrizioni significative (codici rischio).

Le vigilanze vengono effettuate senza preavviso.

La vigilanza riguarda il possesso degli standard già definiti dal DPR del 14 gennaio 1997, dalle normative regionali e locali specifiche per le unità d'offerta.

Nello specifico vengono verificati:

- la conformità delle planimetrie all'effettiva destinazione d'uso dei locali;
- la conformità della segnaletica ai percorsi e all'uso dei locali;
- il rispetto dei requisiti igienico sanitari;
- l'accessibilità degli spazi;
- la qualità e l'accessibilità degli arredi;
- il rispetto della privacy;
- la temperatura degli ambienti e dei servizi igienici;
- la verifica della documentazione relativa agli impianti;
- lo smaltimento dei rifiuti;
- il rispetto delle procedure in atto;
- la documentazione relativa alla sicurezza dei lavoratori;
- la documentazione riferita alla cucina o mensa;
- la documentazione relativa alla proprietà o alla locazione dell'immobile.

Tutte le vigilanze prevedono la presenza, nella commissione, di tecnici del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.





In particolare le due SC coinvolte sono SC Igiene e Sanità Pubblica, Salute-Ambiente e SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro.

Gli operatori della SC Igiene e Sanità pubblica, Salute-Ambiente sono presenti nel 100% dei sopralluoghi ( sia programmati che per Scia o segnalazione), al fine di verificare la conformità delle planimetrie all'effettiva destinazione d'uso dei locali, la conformità della segnaletica ai percorsi e all'uso dei locali, il rispetto dei requisiti igienico sanitari, l'accessibilità degli spazi, la qualità e l'accessibilità degli arredi, la temperatura degli ambienti e dei servizi igienici, la verifica della documentazione relativa agli impianti, lo smaltimento dei rifiuti e la documentazione riferita alla cucina o mensa.

Gli operatori della SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro partecipano al 100% dei Sopralluoghi per la verifica della documentazione relativa alla sicurezza dei lavoratori , valutando quanto richiesto in merito dalle disposizioni Nazionali e Regionali in materia.

Gli operatori oltre che condividere le Visite Ispettive partecipano anche, in caso di criticità riscontrate, a Tavoli di lavoro comuni, al fine di concordare eventuali azioni successive.

### ***Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi***

La vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi gestionali e organizzativi viene garantita su almeno il 50% delle unità d'offerta in esercizio alla data del 01/01/2017.

Viene effettuata in quelle strutture che non sono state oggetto di visite ispettive nello scorso anno (così da garantire un controllo almeno ogni due anni) e in quelle U .d. O. dove si sono riscontrate particolari criticità e prescrizioni.

La commissione di vigilanza verificherà i requisiti gestionali e organizzativi per l'esercizio e l'accreditamento sul 100% delle autocertificazioni prodotte in relazione alla SCIA e alle domande di accreditamento/volture che perverranno durante l'anno.

Anche durante il 2017 si prevedono, durante le visite ispettive, interviste con i familiari , volte ad acquisire ulteriori dati sul grado di soddisfazione dei Servizi all'utenza e interviste agli operatori sulla conoscenza dei protocolli/linee guida in uso presso la struttura di appartenenza.

Durante i sopralluoghi vengono verificati:

#### ***Aspetti gestionali:***

- la quantità e la tipologia del personale utilizzato;
- il rispetto della reperibilità e le modalità di turnazione del personale;
- la qualifica e il numero di operatori addetti all'assistenza durante la visita ispettiva;
- il numero e la tipologia degli ospiti presenti;
- la quantità di impegno orario settimanale delle diverse tipologie professionali;
- le modalità di lavoro in equipe.
- 

#### ***Aspetti organizzativi:***

- l'esistenza di documenti approvati dal legale rappresentante che evidenzino gli obiettivi dell'U. d. O., la struttura organizzativa e la gestione delle risorse umane;
- 
- l'applicazione della legge 231/2001 per le strutture con almeno 80 posti letto o con capacità contrattuale in ambito socio sanitario pari o superiore a ottocentomila euro;
- la gestione delle risorse tecnologiche;
- la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;
- la presenza di procedure, linee guida e regolamenti e il loro piano di diffusione;
- la formazione del personale;
- l'aggiornamento della carta dei servizi;



- i rapporti con i familiari;
- la rilevazione della customer-satisfaction;
- la gestione delle lamentele;
- i rapporti con l'esterno;
- la gestione del volontariato.

*Aspetti amministrativi:*

- la verifica della documentazione probatoria;
- la verifica del titolo di legittimazione del legale rappresentante e dei requisiti soggettivi del consiglio di amministrazione;
- la verifica del titolo di godimento dell'immobile;
- la verifica che l'ente gestore (e il proprietario dell'immobile) non sia sottoposto a procedure fallimentari;
- la verifica dei contratti di ingresso;
- la verifica degli adempimenti previsti dalla legge 196 del giugno 2003 e l'adeguamento al sistema SISS;
- la verifica della certificazione delle rette per le detrazioni fiscali;
- la verifica dell'ammontare della retta e la coerenza con la carta dei servizi

**Le seguenti tabelle indicano l'attività programmata per le verifiche gestionali/strutturali per il 2017 nel territorio di competenza dell'ATS della Montagna**

**Attività programmata per verifiche gestionali/strutturali - anno 2017 - Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
RSA	32	18*	56.25
CDI	7	4	57.14
RSD	5	2	40
CSS	2	1	50
CDD	11	7	63.63
COM. DIPENDENZE	2	1	50
SERT	6	2	33.3
CONS	7	4**	57.14
ADI	13	4	30.76
UDO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>86</b>	<b>43</b>	<b>50</b>

\*una RSA verrà vigilata dall'équipe dell'Area Valcamonica;

\*\* i 4 Consulteri Familiari verranno vigilati dall'équipe dell' Area Valcamonica.

NOTA: Per i sopralluoghi per le ADI ordinaria e per le UCP Dom la programmazione subirà variazioni ed integrazione, a seguito delle comunicazioni da parte degli Enti Gestori ai sensi della DGR 5918/16



**Attività programmata per verifiche gestionali/ strutturali - anno 2017 – Distretto Valcamonica**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
RSA	14	10*	71.42
CDI	9	3**	33.3
RSD	1	1	100
CSS	4	2	50
CD	4	2	50
COM. DIPENDENZE	3	1***	33,3
SERT	3	1****	33.3
CONS	5	1*****	20
ADI	11	5	45.45
HOSPICE	1	1	100
IDR	1	1	100
CDC	1	1	100
UDO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>58</b>	<b>29</b>	<b>50</b>

\* una RSA verrà vigilata dall'équipe dell'Area Valtellina e Medio Alto Lario;

\*\* un CDI verrà vigilato dall'équipe dell'Area Valtellina e Medio Alto Lario;

\*\*\* una Comunità Dipendenze verrà vigilata per verifica di congruenza assenze rendicontate

\*\*\*\* un SERT verrà vigilato dall'équipe dell'Area Valtellina e Medio Alto Lario;

\*\*\*\*\* un Consultorio Familiare verrà vigilato dall'équipe dell'Area Valtellina e Medio Alto Lario.

*NOTA: Per i sopralluoghi per le ADI ordinaria, UCP Dom e Hospice Sociosanitario la programmazione subirà variazioni ed integrazione, a seguito delle comunicazioni da parte degli Enti Gestori ai sensi della DGR 5918/16.*



## **Vigilanza Enti gestori Cure Palliative**

Viste le “Disposizioni in merito all’Evoluzione del modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative in Lombardia: l’integrazione dei modelli organizzativi Sanitario e Sociosanitario” (DGR n X/5918 del 28/11/2016) e successiva Nota Regionale avente per oggetto “Prime indicazioni operative per la riclassificazione delle Unità di Offerta Cure Palliative ai sensi della DGR 5918/16”, i soggetti erogatori, accreditati e a contratto per le cure palliative, devono comunicare entro il 5/06/2017 l’eventuale cessazione dell’attività o l’adeguamento ai requisiti previsti dalla DGR, dandone comunicazione alla ATS competente territorialmente, pena la decadenza dall’accreditamento, secondo l’iter procedurale previsto dalla normativa vigente.

Successivamente l’ATS effettuerà i sopralluoghi impostando la tempistica in modo tale da assicurare il completamento di tutte le verifiche e la conclusione dell’iter di riclassificazione entro il mese di agosto.

Contestualmente, nel caso in cui il gestore continui ad essere anche erogatore di ADI ordinaria in ambito Sociosanitario, dovrà essere modificato l’accreditamento dell’unità d’Offerta ADI con idoneo provvedimento della ATS e previa attestazione del mantenimento dei requisiti, limitandone l’ambito alle sole prestazioni di ADI Ordinaria.

## **Vigilanze serali 2017**

Anche durante il 2017 si prevedono, vigilanze serali in una RSA dell’Area Valtellina Medio Alto Lario e in una RSD dell’Area Valcamonica.

Tali sopralluoghi sono mirati a verificare:

- presenza di personale secondo standard
- garanzia continuità assistenziale
- valutazione sistemi di allarme
- ordine e pulizia degli ambienti
- condizioni igieniche degli ospiti

## **Vigilanza sulle Unità d’offerta interessate da Piani Programma.**

Nel corso dell’anno 2017 viene garantito il costante monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori di completamento dei piani programma.

Per ciò che riguarda la RSA “Villa Stefania” a Sala Comacina si evidenzia che nel mese di Gennaio 2017 sono terminati i lavori e che pertanto sarà rispettata la scadenza del 31/12/2017.

Si prevede la verifica, tramite visite ispettive, almeno ogni sei mesi sulla RSA di Bormio con piano programma. Durante le vigilanze verrà monitorato la presenza di adeguati standard di sicurezza a garanzia degli ospiti anche in relazione a quanto stabilito dal D.M. 19/3/2015.

## **Controllo di appropriatezza**

Gli obiettivi di efficacia, efficienza, equità e la necessità di creare un sistema di sicurezza finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi erogati sono direttamente collegati alla definizione e condivisione del concetto di appropriatezza delle prestazioni erogate agli utenti.

La DGR 1756/14 definisce con chiarezza un sistema di indicatori di appropriatezza assistenziale finalizzati al miglioramento della qualità.

Il controllo del FASAS assume, quindi a tutti gli effetti, valore di evidenza documentale dell’attività svolta.



I controlli di appropriatezza vengono garantiti su almeno il 50% delle unità d'offerta in esercizio garantendo in ogni caso la trasversalità rispetto a tutte le tipologie di unità d'offerta.

Vengono assicurati i controlli anche sulle unità d'offerta dove sono state riscontrate particolari criticità durante le ispezioni del 2016.

Il controllo sull'appropriatezza viene garantito su almeno il 15% dei FASAS delle strutture residenziali e semiresidenziali calcolato sugli utenti rendicontati nel 2016.

Al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale da RSD, CDD e CSS, la percentuale è aumentata al 30% dei fascicoli, calcolato sugli utenti rendicontati nel 2016. Il campione di fascicoli da sottoporre al controllo può riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017.

Per lo stesso motivo la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale dalle strutture di Cure intermedie (DGR3833/15), la percentuale è ridotta al 10% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017.

Viene verificato il 5% dei fascicoli delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare, calcolato sul numero degli utenti in carico nel 2015. Il campione di fascicoli da sottoporre al controllo può riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017.

Relativamente ai Consultori Familiari si prevede il controllo del 5% dei FASAS calcolato sul numero dei nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nel 2016 e/o nel 2017.

La quota di controllo per l'ADI comprende verifiche sia in itinere che ex post con le modalità illustrate dalla DGR 2569/14.

Per tutte le tipologie di unità d'offerta, fatti salvi i casi in cui il numero di fascicoli oggetto di campionamento sia inferiore a 30 e i casi in cui vi siano motivate ragioni, la percentuale di fascicoli soggetti a controllo per ciascuna unità d'offerta non può di norma superare il 50% dei fascicoli, calcolato sul numero degli utenti rendicontati nel 2016.

La commissione provvede a verificare a campione (30% casuale e 70% mirato) le prestazioni rese tenendo conto di quanto previsto dalla DGR 2569/2014 e dalla DGR X/6297 del 6/03/17 ed inoltre degli eventi sentinella riscontrati dalla vigilanza 2016, degli indicatori di appropriatezza definiti a livello regionale e dei dati ricavati dai flussi informativi.

Si effettua pertanto il 70% dei controlli sui seguenti indicatori specifici:

- tutti quelli previsti dalla tabella n° 12 della DG R X/6502 del 21/04/2017;
- mancato cambiamento di classe per ospiti in RSA e RSD da molto tempo;
- nuovi ingressi stati vegetativi;
- ospiti solo su posti autorizzati;
- ospiti deceduti in RSA/RSD se rilevazione dai flussi di dato che si scosta dalla media.

I controlli vengono effettuati al fine di valutare:

- la corretta modalità di conservazione, cartacea o informatica, dei documenti;
- la coerenza tra classificazione dell'utente risultante dai flussi di rendicontazione/debito informativo inviati all'ATS dall'U.d.O e l'esito della valutazione/rivalutazione dell'utente effettuata dalla stessa U. d. O;
- la congruenza fra quanto rintracciato nel FaSAS e quanto rendicontato mediante i flussi di rendicontazione/debito informativo;
- l'appropriatezza assistenziale.



Pertanto devono essere chiaramente documentati da ogni U. d. O e verificati dall'equipe nei controlli di appropriatezza:

- l'appropriata valutazione multidimensionale dell'utente;
- la personalizzazione dei programmi di assistenza Progetto Individuale (PI) e Piano di Assistenza Individuale (PAI) ed il coinvolgimento dell'utente/familiare/amministratore di sostegno/tutore;
- il coinvolgimento nel piano di assistenza delle diverse figure professionali (multidisciplinarietà dell'intervento);
- l'individuazione, nei PAI, di obiettivi realistici e possibilmente misurabili e di indicatori che consentano la valutazione degli esiti;
- la congruenza tra la documentazione presente nel FaSAS e il debito informativo ("corretta classificazione della fragilità degli utenti");
- la coerenza tra gli interventi previsti nel progetto assistenziale e gli interventi effettivamente rintracciabili sul diario assistenziale;
- l'aggiornamento periodico dei protocolli assistenziali, che tenga conto dell'evoluzione dell'elaborazione scientifica.

La valutazione dell'appropriatezza assistenziale si basa sull'applicazione degli indicatori, generali e specifici, previsti dalla DGR 1765/14.

Qualora dall'analisi dei documenti emergano incoerenze, gli operatori della vigilanza possono decidere di completare la valutazione con l'osservazione diretta degli utenti, alla presenza degli operatori delle U. d. O.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario, per motivate ragioni, l'esecuzione di visite senza preavviso, i controlli di appropriatezza vengono effettuati, come da indicazioni regionali, con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita. Il preavviso è finalizzato a permettere all'ente gestore di organizzare le presenze di personale in modo da minimizzare l'impatto dell'attività di controllo sull'erogazione dei servizi all'utenza e deve limitarsi a comunicare all'unità d'offerta oggetto di controllo, senza dare informazioni sui fascicoli campionati per il controllo.



**Attività programmata per controlli di appropriatezza - anno 2017 - Distretto Valtellina Alto Lario**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITÀ D'OFFERTA PROGRAMMATE 2017
RSA	32	20*	15
CDI	7	5	15
RSD	5	4	30
CSS	2	2	30
CDD	11	6	30
COM. DIPENDENZE	2	2	15
SERT	6	2	5
CONS	7	4**	5
ADI	13	5	5
<b>TOTALE</b>	<b>85</b>	<b>50</b>	<b>58.8</b>

\* Una RSA verrà vigilata dall'équipe dell'Area Valcamonica;

\*\* i 4 Consulteri Familiari verranno vigilati dall'équipe dell'Area Valcamonica

**Attività programmata per i controlli di appropriatezza - anno 2017 – Distretto Valcamonica.**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITÀ D'OFFERTA PROGRAMMATE 2017
RSA	14	8*	15
CDI	9	3**	15
RSD	1	1	30
CSS	4	2	30
CDD	4	2	30
SERT/NOA/SMI	3	1***	5
ADI ITINERE	11	5	5
ADI EX POST	11	5	5
ADI CP ITINERE	2	2	5
ADI CP EX POST	2	2	5
CONS	5	1	5
HOSPICE	1	1	15
IDR AMBUL.	1	1	3
IDR (CDC) DIURNO	1	1	30
<b>TOTALE</b>	<b>69</b>	<b>35</b>	<b>50.7</b>

\*

Una RSA verrà vigilata dall'équipe dell'Area di Valtellina e Medio Alto Lario;

\*\* Un CDI verrà vigilato dall'équipe dell'Area di Valtellina e Medio Alto Lario;

\*\*\* Un SERT verrà vigilato dall'équipe dell'Area di Valtellina e Medio Alto





***Vigilanza e controlli sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR n 116/13***

Nel corso del 2017 si prevedono verifiche sulle sperimentazioni di Unità d'Offerta innovative, approvate dalla regione ai sensi della lettera w dell'articolo 11 della legge regionale 3/2008 e il controllo sulle misure applicative della DGR 116/2013.

In particolare sulle prestazioni previste dalle DGR 3239 e 499/13 si prevede il controllo sui FASAS applicando le stesse regole previste per le altre Unità d'Offerta ed in particolare:

- la individuazione dei destinatari;
- la presenza della valutazione multidimensionale;
- la presenza del care manager;
- l'attivazione di reti;
- la tipologia dei servizi erogati;
- l'intensità assistenziale e il personale coinvolto.

Per quanto riguarda le prestazioni previste dalla DGR 2942/14 e n.4086/15 si prevede la verifica dei requisiti soggettivi del soggetto gestore secondo le modalità previste dalla normativa vigente e il possesso/mantenimento dei requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici. Relativamente al controllo di appropriatezza sono verificati il 15% degli interventi effettuati nei confronti dei soggetti beneficiari.

In particolare vengono verificati:

la conformità del P.A.I. al P.I. predisposto dall'ASST sulla base della valutazione multidimensionale;

che il P.A.I./P.E.I. sia predisposto nei tempi previsti e che sia condiviso con il beneficiario/familiare/caregiver;

che i servizi/prestazioni individuate nel P.A.I./P.E.I. siano correttamente tracciati ed erogati dalle figure professionali previste;

che vi sia coerenza tra i dati rendicontati nel flusso informativo e le prestazioni erogate.

Per le visite ispettive vengono utilizzati gli specifici verbali inviati con circolare protocollo n.G1.2017.0001696 del 20/01/2017. da Regione Lombardia

Si precisa che per le prestazioni previste dalla DGR 3833/15 nell'ambito delle Cure Intermedie vengono verificati almeno il 10% dei FASAS calcolato sul numero degli utenti rendicontati nel 2016.

Il controllo dei fascicoli da sottoporre a controllo può riguardare utenti in carico nel 2016 e/o 2017

**CURE INTERMEDIE**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	3	3	100
DISTRETTO VALCAMONICA	1	1	100
TOTALE	4	4	100

**RESIDENZIALITA' LEGGERA**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	5	5	100
DISTRETTO VALCAMONICA	2	2*	100
TOTALE	7	7	100

\* Una Unità d'offerta di Residenzialità Leggera verrà vigilata dall'équipe dell'Area di Valtellina Alto Lario.

**RSA APERTA**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	9	9*	100
DISTRETTO VALCAMONICA	11	6**	54,54
TOTALE	20	15	75

\*\* Una Unità d'offerta di RSA Aperta verrà vigilata dall'équipe dell'area di Valcamonica;

\*\* Una Unità d'offerta di RSA Aperta verrà vigilata dall'équipe dell'Area di Valtellina Alto Lario.

**RIABILITAZIONE MINORI CON DISABILITA' (DGR 3239/2012)**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	1	1	100
DISTRETTO VALCAMONICA	1	1	100
TOTALE	2	2	100

**CASE MANAGEMENT ( DGR 392/2013)**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	1	1	100
DISTRETTO VALCAMONICA	1	1	100
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

**MINORI VITTIME DI ABUSI E MALTRATTAMENTI**

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. UNITA' DI OFFERTA ESISTENTI	N. UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017	% UNITA' DI OFFERTA PROGRAMMATE 2017
DISTRETTO VALTELLINA ALTO LARIO	7	7	100
DISTRETTO VALCAMONICA	1	1	100
<b>TOTALE</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>100</b>



## **CONTRIBUTO ECONOMICO REGIONALE ASSEGNATO ALL'ATS PER L'ATTIVITA' DI VIGILANZA**

Nel corso del 2017, grazie al contributo economico regionale previsto per le attività di vigilanza, il servizio intende utilizzare tali risorse per:

- 1 Incarico Libero Professionale di Dirigente Medico per le Attività di Vigilanza e Controllo nell'Area Valcamonica;
- 1 Borsa di Studio per Funzioni Amministrative per le Attività di Vigilanza e Controllo del Distretto di Valtellina e Medio Alto Lario;
- acquisto di strumentazione informatica e di supporti tecnici per la gestione e l'effettuazione dell'attività di Vigilanza e Controllo;
- corsi di formazione e aggiornamento per il personale addetto alle funzioni e attività di Vigilanza e Controllo.

## **FORMAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI VIGILANZA**

Il Piano di Formazione per l'anno 2017 per gli operatori preposti all'esercizio dell'attività di vigilanza e controllo prevede una continuità con quello svolto nel 2016 e si inserisce nel quadro complessivo predisposto in materia dall'ATS della Montagna.

In specifico si prevedono i seguenti momenti formativi, sulla base delle esigenze di aggiornamento emerse nel corso dell'attività del biennio precedente e dettate dalle innovazioni contenute nelle DGR attuative della legge 23/2015 di Regione Lombardia:

- partecipazione sistematica agli incontri regionali sull'aggiornamento del sistema di accreditamento e delle metodologie dell'attività di vigilanza e controllo;
- partecipazione al gruppo di lavoro regionale sull'appropriatezza
- incontri periodici di formazione sul campo e di implementazione del lavoro d'équipe, finalizzati in particolare a condividere e omogeneizzare metodologie e strumenti di lavoro;
- partecipazione agli incontri promossi dall'ATS della Montagna sulle tematiche connesse all'organizzazione delle procedure amministrative e all'assolvimento del debito informativo regionale;
- partecipazione agli incontri professionali interni su tematiche connesse allo sviluppo della rete dei Servizi territoriali;
- approfondimento di alcuni strumenti informatici specifici di utilizzo amministrativo.

Nel mese di Marzo sono state effettuate due edizioni, una a Sondrio e una a Esine del Corso "Clinical governance del paziente con condizioni croniche avanzate alla luce dell'evoluzione del modello organizzativo delle cure palliative in Lombardia previsto dalla dgr n 5918 del 28/11/2016" rivolto agli Enti Gestori e agli operatori dei Dipartimenti afferenti alla Direzione Sociosanitaria e al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

E' stato inoltre programmato un evento formativo indirizzato sia agli operatori dedicati alla vigilanza e controllo sia a quelli delle RSA e RSD del territorio ATS Montagna su :

"La Gestione del Rischio in ambito Sociosanitario: Eventi Avversi/Sentinella in RSA/RSD".