



DELIBERA
del
DIRETTORE
GENERALE
Dott.ssa Maria
Beatrice
STASI

n° 31 del 29 GEN. 2016

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DEI CONTROLLI PER LE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIOSANITARIE PER L'ANNO 2016.

Su proposta dei Direttori: del Dipartimento PAC, dell'U.O.C. Qualità ed Appropriatezza dei Servizi e del Dipartimento di Cure Primarie

COADIUVATO
dal Direttore
Amministrativo
Avv. Monica

Anna
FUMAGALLI

dal Direttore
Sanitario

dott.ssa Lorella
CECCONAMI

dal Direttore
Sociosanitario

dott. Fabrizio
LIMONTA

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la L.R. n° 23 del 11.08.2015 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al titolo 1 e al titolo 2 della L.R n° 33/2009";

RICHIAMATA la D.G.R. X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2016";

PRESO ATTO che il Piano dei Controlli è lo strumento principale di cui le ATS dispongono per evidenziare ed integrare tra loro le varie linee d'intervento previste, ad inizio anno, per le aree oggetto di controllo riguardanti:

- i ricoveri ospedalieri e l'attività ambulatoriale;
- l'assistenza psichiatrica territoriale;
- i tempi d'attesa;
- il file F e l'assistenza farmaceutica;
- l'accreditamento delle strutture sanitarie;
- Vigilanza U.U.O.O. socio-sanitarie;
- Controllo appropriatezza prestazioni socio-sanitarie;
- Vigilanza U.U.O.O. sociali;

CONSIDERATO che le ATS, entro il 31.01.2016, devono predisporre ed inviare alla D.G. Welfare il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2016, esclusivamente in formato elettronico non modificabile;

PRESO ATTO dei programmi relativi all'attività di vigilanza e controllo, presentati dai responsabili delle relative U.O. e Servizi coinvolti;

RITENUTO di approvare, in attuazione della D.G.R. X/4702 del 29.12.2015, l'allegato Piano dei Controlli per le attività sanitarie e socio-sanitarie, valido per l'anno 2016, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CONSTATATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Agenzia;

Publicato sul
sito ATS
Il giorno
29 GEN. 2016

Per rimanervi
esposto

Il presente atto
è composto da
n. 2 fogli e 108
pagg. di allegati



Segue delibera n.31 del 29 GEN. 2016

SENTITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario per la parte di rispettiva competenza;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa ed integralmente richiamate

1. **DI APPROVARE**, l'allegato Piano dei Controlli per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2016;
2. **DI TRASMETTERE**, entro il 31.01.2016, copia del Piano dei Controlli per l'anno 2016 alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia, esclusivamente in formato elettronico non modificabile;
3. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Agenzia;
4. **DI DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente esecutivo e non soggetto a controllo preventivo;
5. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento sarà pubblicato all'Albo on-line dell'Agenzia ai sensi della vigente normativa;
6. **DI PUBBLICARE** il presente provvedimento con il rispettivo allegato per l'anno 2016 sul sito dell'Agenzia;
7. **DI INCARICARE**, per gli adempimenti conseguenti al presente provvedimento le U.U.O.O. e Servizi competenti.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Maria Beatrice Stasi

I Dirigenti Proponenti: Dr Lino Buratti, Dr Andrea Maraffio, Dr Sergio Maspero
I Responsabili del Procedimento: Dr.ssa Laura Ravelli, Sig.ra Marilena Gusmeroli



Delib. e deliberazione n. 31 del 29 GEN. 2016, all. pagina 108

PIANO DEI CONTROLLI ANNO 2016 ATS DELLA MONTAGNA

**STRUTTURE E PRESTAZIONI SANITARIE
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
UNITA' D'FFERTA SOCIO SANITARIE E SOCIALI**

In attuazione alla DGR XI/4702 del 29.12.2015
"Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016"



CONTESTO TERRITORIALE

A seguito della legge regionale n. 23/2015 il contesto esterno aziendale, rispetto all'assetto relativo alla cessata ASL della Provincia di Sondrio è profondamente mutato, poiché i confini territoriali dell'ATS sono molto più ampi; ciò implica l'aumento numerico di tutti i fattori che compongono il contesto esterno, come evidenziato nelle seguenti tabelle:

ASSISTITI	
	TOTALE ATS
ASSISTITI	337.921
residenti assistiti	332.299
(*) assistiti pesati	366.822
ASSISTITI ANZIANI (OVER 65 ANNI)	72.325
ASSISTITI BAMBINI (0-14 ANNI)	45.037
% Bambini	13,33
Medici di Medicina Generale	226
media assistiti per MMG	1.300
Pediatrati di Famiglia	29
media assistiti per PDF	1.113
Strutture Residenziali (Anziani e Disabili)	50
media assistiti per Struttura Residenziale	62
Assistiti con esenzione	177.674
Assistiti esenti per reddito	148.938
Assistiti esenti per patologia	94.835
Assistiti esenti per status	33.381
RETE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	
	TOTALE ATS
MMG	302 (225 assistenza primaria, 77 continuità assistenziale)
PDF	31
Medicina di Gruppo MAP	17
Medicina di Gruppo PDF	1
Medicina di Gruppo mista MAP+PDF	3
Medicina di rete MAP	18
Associazione semplice MAP	1
Associazioni pediatriche	4
Postazioni continuità assistenziale	16
Postazioni invernali di Guardia Medica Turistica	8
Postazioni estiva di Guardia Medica Turistica	27
Farmacie territoriali	133 (di cui 18 pubbliche e 115 private)
Dispensari Farmaceutici	19
Parafarmacie	10
Negozi specializzati convenzionati (prodotti)	4



celiaci)	
Grande distribuzione organizzata convenzionata (prodotti celiaci)	8
Grossisti e depositi farmaci	2
Depositati gas medicali	1

RETE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA ACCREDITATE

	TOTALE ATS
Strutture ambulatoriali	4
Ambulatori di medicina sportiva	3
Servizio di medicina di laboratorio	2
Struttura di ricovero e cura	9
Strutture psichiatriche	7

RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI

	TOTALE ATS
RSA accreditate	45
RSA autorizzata	1
CDI	16
RSD	6
CSS	6
CDD	15
Servizi residenziali per soggetti tossicodipendenti	5
Servizi ambulatoriali per le dipendenze	9
consultori familiari	11
Hospice	1
istituto di riabilitazione ambulatoriale accreditato	1
istituto di riabilitazione diurno accreditato	1



STRUTTURE E PRESTAZIONI SANITARIE

PREMESSA

Con la Legge Regionale n° 23 del 11.08.2015 sono state istituite le ATS che esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta socio-sanitarie previste dall'art. 10 della d.lgs. 502/1992 e della normativa regionale vigente.

Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori sono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo come cita l'art. 11 della Legge regionale n° 23 del 11.08.2015.

Il Piano dei Controlli (PDC) per l'anno 2016 è stato delineato e formulato in ottemperanza alla DGR X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016".

Il PDC è il principale 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 sono essenziali per il governo del sistema. I controlli sono quindi 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).

L'attività di controllo per l'esercizio 2016 ripropone alcune indicazioni fornite dalle regole regionali di sistema e stabilisce l'obbligatorietà per le ATS di verificare almeno il **14%** degli episodi di ricovero.

Il numero dei ricoveri oggetto di controllo verrà calcolato sulla produzione del 2015 di cui:

- una quota fino al **3%** 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;



- una quota fino al **4%** 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 da essi definite;
- una quota di almeno il **7%** riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (od organizzativa) sulle prestazioni di ricovero selezionata con modalità di campionamento mirato da parte della ATS.

Verrà data la priorità alla verifica delle attività prodotte nel corso dell'anno 2016.

Per l'attività di specialistica ambulatoriale il controllo interesserà almeno il **3,5%** (calcolato sulla produzione 2015) delle pratiche prodotte e poste a carico del SSR, dando la priorità a quelle relative all'anno in corso.

Anche per l'anno 2016, si darà attuazione alle indicazioni fornite dalla DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007 quali :

- 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 vicini.

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 2016 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.

Con il piano dei controlli le ATS dispongono e declinano le varie linee d'intervento, previste per l'anno in corso, per alcune delle aree oggetto di controllo.

Le aree sviluppate nel presente documento riguardano le seguenti attività:

- ricovero
- specialistica ambulatoriale
- psichiatria territoriale
- monitoraggio dei tempi di attesa
- assistenza farmaceutica e del file F
- accreditamento
- CREG
- medicina dello sport
- psichiatria e neuropsichiatria.



ATTIVITA' CONTROLLO NOC 2015

ATTIVITA' DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2015

L'attività di controllo svolta nel 2015 è stata effettuata in collaborazione tra il NOC della ASL di Sondrio e quello della ASL di Vallecamonica sulle strutture ubicate nei rispettivi territori 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 per l'anno 2015 è tuttora in corso e si concluderà entro il 29/02/2016 ed è riferita alle seguenti tipologie di controllo:

- Casuale di congruenza
- DRG complicati
- extrabudget (DRG parti, patologie urgenti, chirurgici neoplastici)
- riabilitativi
- ripetuti
- dermatologici
- Verifica di concordanza sugli esiti dell'autocontrollo della qualità documentale
- Verifica di concordanza sugli esiti dell'autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica.

L'attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali per l'anno 2015 è tuttora in corso e si concluderà entro il 29/02/2016 ed è riferita alle seguenti tipologie di controllo:

- autocertificazioni per l'esenzione dal ticket per limiti di reddito (Siatel) effettuate dall'ASL di Vallecamonica-Sebino,
- incroci proibiti su prestazioni di laboratorio e radiologia,
- verifica della corrispondenza alle indicazioni regionali delle prestazioni di laboratorio di genetica medica,
- Controlli esenzioni per patologia,
- MAC oncologiche,
- BIC,
- verifica di congruenza e rendicontazione delle prestazioni di odontostomatologia,
- verifica di congruenza delle prescrizioni relative alle visite ostetriche,
- verifica di appropriatezza delle prestazioni di PS seguite da ricovero.



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

1. 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;
2. negli accessi programmati si è spesso osservato il mancato utilizzo del pre-ricovero;
3. esistono ancora dei ricoveri brevi che potrebbero essere ricondotti ad altre forme di erogazione (MAC e BIC);
4. alcuni ricoveri ordinari presentano delle degenze prolungate non giustificate da reali esigenze assistenziali del paziente ma conseguenti a inefficienze organizzative;
5. la calligrafia risulta ancora di difficile lettura in molte cartelle cliniche;
6. la documentazione clinica è talvolta raccolta in cartella in modo disordinato e priva delle consulenze richieste e di alcuni referti e consensi;
7. si è ancora riscontrato l'uso ridondante di diagnosi secondarie che non hanno influito sulla degenza.

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

1. gli accessi in PS a cui è seguito il ricovero che ancora vengono rendicontati in 28 SAN,
2. il riscontro su di una stessa impegnativa di prestazioni che non possono essere presenti contemporaneamente,
3. il riscontro di prestazioni erogate in esenzione per patologia che non sono previste negli elenchi ministeriali e regionali,
4. imprecisioni ed incompletezza nella compilazione dei diari clinici ambulatoriali delle prestazioni erogate in MAC e BIC,
5. per le prestazioni afferenti alla branca di odontostomatologia del P.O. di Esine 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 adottate

- Si è richiesto agli enti erogatori l'applicazione delle indicazioni riportate nei verbali integrativi 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 descritto in modo chiaro l'iter diagnostico terapeutico che si prevede di seguire per il paziente.



- Deve essere adottato il pre-ricovero anche per le degenze di tipo medico e riabilitativo che spesso superano la soglia massima di durata prevista per lo specifico DRG.
- I ricoveri ordinari di lunga durata sono meritevoli di una revisione della gestione organizzativa.
- E' necessaria maggiore precisione nella compilazione dei diari clinici e ordine nella tenuta della stessa secondo quanto stabilito dalle LG regionali del 2011.
- E' necessaria maggiore precisione e completezza nella compilazione dei diari clinici ambulatoriali per le prestazioni erogate in MAC e BIC.



CONTROLLI NOC ANNO 2015 – PRESTAZIONI DI RICOVERO

Campione	Pratiche campionate	Pratiche controllate	Esiti													Tariffa originale	Valore ambulatoriale	Tariffa dopo controllo NOC	Variazione				
			A	X	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M					K	Tot	1	0
313_autoA_sondrio	370	76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	76	0	0	1.022.810	0	1.022.810	0
313_autoB_sondrio_15	493	79	62	7	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0	2	17	0	0	0	1.919.874	0	1.913.833	-6.041
315_auto_B_edolo_15	74	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	218.573	0	218.573	0
315_auto_B_esine_15	380	68	66	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1.624.387	0	1.624.387	0
315_autoA_Edolo_2015	38	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	1	95.355	0	94.216	-1.139
315_autoA_Esine_2015	337	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	0	0	953.515	0	953.353	-162
315_edolo_1_2015	21	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102.902	0	102.902	0
315_Edolo_2°_2015	50	50	34	11	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	196.495	0	188.114	-8.381
315_esine_1_2015	193	193	160	8	0	1	21	3	0	0	0	0	0	0	0	33	0	0	0	863.272	120	857.370	-5.782
315_Esine_2°_2015	198	198	147	27	0	0	4	20	0	0	0	0	0	0	0	51	0	0	0	812.365	0	795.018	-17.347
Chiavenna 2°_2015	27	27	12	5	0	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	0	147.191	137	142.687	-4.367
Chiavenna1°2015	40	40	36	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	112.476	0	112.476	0
Morbegno_2°_2015	13	13	8	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	44.499	0	43.118	-1.381
Morbegno1°2015	15	15	14	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	58.601	0	58.601	0
Sondalo 1°2015	89	89	67	8	1	2	4	4	3	0	0	0	0	0	0	22	0	0	0	376.245	2.125	359.299	-14.821
Sondalo_2°_2015	176	176	114	18	1	2	12	27	1	0	0	0	0	0	1	62	0	0	0	714.277	652	679.808	-33.817
sondalo_riab1_2015	239	239	238	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1.718.673	0	1.718.689	16
sondalo_riab2_2015	214	214	213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1.340.721	0	1.340.641	-80
Sondrio 1°2015	150	150	114	10	3	5	16	2	0	0	0	0	0	0	36	0	0	0	0	535.611	328	522.292	-12.991
Sondrio 2°_2015	200	200	125	34	0	0	19	16	2	0	0	0	0	0	4	75	0	0	0	1.022.163	0	977.376	-44.787
sondrio_riab1_2015	80	80	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	452.792	0	452.792	0
sondrio_riab2_2015	12	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68.101	0	68.101	0
Totali	3.409	2.028	1.535	137	6	11	82	89	6	0	0	1	0	1	9	341	151	0	1	14.400.898	3.362	14.246.456	-151.080



CONTROLLI NOC ANNO 2015 – PRESTAZIONI DI RICOVERO IN EXTRABUDGET

Extra budget	Pratiche campione	Pratiche controllate	Esito													Tariffa originale	Tariffa ambulatoriale	Tariffa attuale	Variazione
			A	B	C	D	E	F	H	L	M	X	T	1	0				
Extra Regione	115	98	84	0	0	6	2	1	0	0	0	2	11	3	0	0	887.836	876.835	-11.001
Neoplasia maligna	154	89	62	0	0	8	2	0	0	0	0	12	22	4	0	0	945.271	944.271	-1.000
Diagnosi d'urgenza	83	41	22	0	0	1	5	0	0	0	0	6	12	7	0	0	499.913	489.963	-9.950
Parto	100	61	41	0	0	9	1	0	0	0	0	10	10	0	0	0	233.312	233.002	-310
Diagnosi indicativa urgenza regole 2006	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72.971	72.971	0
Diagnosi indicativa urgenza regole 2006 - Diff.	47	47	46	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	895.164	893.709	-1.455
Totali	504	341	260	0	0	24	11	1	0	0	0	20	56	24	0	0	3.534.467	3.510.751	-23.716

Legenda

A: confermate	F: non confermata con modifica del drg e della degenza	K: modalità dimissione modificata
X: confermate con modifiche senza variazione economica	G: non confermata con modifica del DRG e del regime di ricovero	1: confermata come autocontrollo
B: non confermata annullata	H: non confermata con modifica del regime di ricovero	0: non confermata come autocontrollo
C: non confermata valorizzata ambulatoriale	I: non confermata con modifica del DRG degenza e regime di ricovero	2: confermata parzialmente come autocontrollo
D: non confermata con modifica della degenza	J: Onere degenza modificato	
E: non confermata con modifica del DRG	M: non confermata con modifica del tipo tariffa	



Riepilogo controlli ambulatoriale 2015

DESCRIZIONE	CONTROLLI	Record campionati	Prestazioni campionate	Records esaminati	Prestazioni esaminate	Records modificati	Prestazioni modificate	Importo originale	Importo modificato	Abbattimento
Incroci proibiti	Incroci proibiti su prestazioni di laboratorio e radiologia	319	2.119	319	2.119	79	160	33.165,86	31.510,18	-1.665,68
PS seguito da ricovero	Verifica di accessi in PS seguiti da ricovero	33	518	33	518	8	138	3.973,83	2.907,36	-1066,47
MAC	Macroattività complesse di oncologia	174	200	174	200	14	21	255.201	252.550,3	-2.650,7
BIC	Verifica delle procedure di chirurgia a bassa complessità	192	198	192	198	7	13	207.681	0	-3.588,97
Odontostomatologia	Verifica congruenza	286	1.062	286	1.062	119	333	25.778,09	16.186,24	-9.591,85
Esenzione per patologia oncologica	Verifica coerenza tra codice esenzioni e prestazioni erogate, e verifica esistenza esenzione	8.187	30.408	8.187	30.408	0	0	805.591,48	805.591,48	0
Visite ostetriche	Verifica del referto in cartella	205	215	205	215	68	68	3.905,67	2.643,72	-1.261,95
TOTALI		9.396	34.720	9.396	34.720	295	733	1.335.297	1.315.481,5	-19.825,6



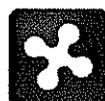
CONTROLLI AUTOCERTIFICAZIONI PER L'ESENZIONE DEL TICKET ANNO 2015 ASL VALLECAMONICA-SEBINO

DATA INVIO	MESE CONTROLLATO	CONGRUENTI	NON CONGRUENTI	NON PRESENTANO DICHIARAZIONE	CONTROLLO IMPOSSIBILE	TOTALE
GENNAIO	APRILE 2013	1350	22	78	0	1450
FEBBRAIO	MAGGIO 2013	1122	28	52	0	1202
MARZO	GIUGNO 2013	755	25	35	0	815
APRILE	LUGLIO 2013	722	18	44	0	784
MAGGIO	AGOSTO 2013	486	14	31	0	531
GIUGNO	SETTEMBRE 2013	595	21	37	0	653
LUGLIO	OTTOBRE 2013	601	28	41	0	670
AGOSTO	NOVEMBRE 2013	524	17	36	0	577
SETTEMBRE	DICEMBRE 2013	366	15	36	0	417
OTTOBRE						
NOVEMBRE						
DICEMBRE						
TOTALE		6.521	188	390	0	7.099

Dal 01/07/2015 al 31/12/2015 si è svolto il controllo sulle autocertificazioni rilasciate per le esenzioni ticket sanitari mediante il sistema tessera sanitaria (T.S.) M.E.F ai sensi del DM 11 dicembre 2009.

Nel periodo considerato sono state verificate n.1465 pratiche riferite alle annualità 2011-2012-2013.

ANNO	Numero Pratiche esaminate
2011	255
2012	677
2013	533
Totale	1465



CONTROLLI FILE F 2015 ASL DI SONDRIO

Spesa farmaceutica File F 2015

La spesa farmaceutica sostenuta nei primi dieci mesi del 2015, per le tipologie riportate in tabella, rispetto allo stesso periodo del 2014, è in aumento. Sicuramente l'aumento del numero di assistiti (da 2.472 a 2.603) ha avuto un peso determinante. In particolar modo sono aumentati (+48) i pazienti reclutati nella tipologia 18, con relativo significativo aumento della spesa farmaceutica per questa tipologia.

Tipologie	Importo spesa gen-ott 2014	Importo spesa gen-ott 2015	Differenza Spesa	n° assistiti 2014	n° assistiti 2015	Differenza n° assistiti
1-2-5-6-18	8.383.450,89	11.492.630,44	3.109.179,55	2.472	2.603	+ 131

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.

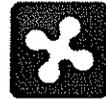
Tipologia	Importo spesa Anno 2014	Importo spesa gen-ott 2015	Proiezione spesa 2015	Differenza su proiezione
1	2.824.441,47	2.258.532,14	2.710.238,57	- 114.202,90
2	1.589.235,31	1.426.449,06	1.711.738,87	122.503,56
5	2.728.860,99	2.405.137,16	2.886.164,59	157.303,60
6	2.585.655,02	1.943.699,24	2.332.439,09	- 253.215,93
18	142.521,12	3.458.812,84	4.150.575,41	4.008.054,29
totali	9.870.713,91	11.492.630,44	13.791.156,53	3.920.442,62

Riepilogo controlli File F 2015

I controlli NOC effettuati durante l'anno 2015 sono stati 18, documentati dai relativi verbali e sono stati effettuati sulle erogazioni delle Strutture dei Presidi di Sondrio, Sondalo, Morbegno e Chiavenna.

Nel corso dell'anno solare 2015:

- Sono stati effettuati i controlli delle erogazioni relative fino a novembre 2014, raggiungendo tutti gli obiettivi prefissati e inseriti nel Piano dei controlli – Anno 2014
- Sono stati effettuati i controlli delle erogazioni effettuate nel periodo gennaio-ottobre 2015.
- Si è provveduto ad effettuare i controlli tecnici sui dati di produzione e consumi relativi all'anno 2015 per i farmaci inseriti in File F nelle Tipologie 1,2,5,6, 15 e 18, così come previsto nella DGR n° X/2989 del 23/12/2014 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015".



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

n° accessi alle strutture nel 2015	18
n° record trasmessi dalle strutture	72.104
n° record verificati	10.522
n° record contestati	47
n° record relativi a farmaci oncologici con Scheda AIFA	4.379
n° record relativi a farmaci oftalmologici con Scheda AIFA	345
n° record controllati relativi a farmaci rendicontati in MAC	4.464
n° record relativi al controllo e monitoraggio File F tip. 15	35
n° record relativi al controllo e monitoraggio File F tip. 18	339

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

Tipologia File F	MAC	Record controllati
1	1	8
1	4	6
2	1	6
2	4	233
2	10	100
5	1	4.111
totale		4.464

Controlli effettuati sulle varie Tipologie di file F

- **Tipologie 1, 2 e 5 - farmaci oncologici ed oculistici ad alto costo.**

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 e Sondalo, 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.

I record verificati per i farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA sono stati 4.379 (di cui 345 riferiti ai farmaci oftalmologici).

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”.

Gli obiettivi per il 2015 di verifica e controllo di almeno il 75 % delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici con scheda AIFA e almeno il 50 % delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oculistici con scheda AIFA sono stati raggiunti.

- **Tipologia 6**

Per quanto riguarda la Tipologia 6 è stato controllato il 50 % dei dati record disponibili relativi a farmaci non psichiatrici erogati e rendicontati, compresi quelli soggetti a Scheda di Diagnosi e Piano Terapeutico e a Monitoraggio e Scheda AIFA. Preso atto della temporanea indisponibilità del sito AIFA, per alcuni farmaci è stata verificata la scheda cartacea di dispensazione.

L'obiettivo per il 2015 di verifica e controllo di almeno il 25 % delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci non psichiatrici rendicontati in tipologia 6, è stato raggiunto.

- **Tipologia 15**

Sono stati verificati tutti i records rendicontati nel 2015, relativi anche a rimborsi effettuati negli anni precedenti, in quanto per gli anni precedenti non era possibile la loro rendicontazione per la temporaneamente disattivazione della piattaforma per l'inserimento dei rimborsi.

L'obiettivo per il 2015 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 e la presenza in rendicontazione dei dati di targatura delle confezioni erogate.

Alla data del 31 dicembre 2015 sono stati controllati il 100 % tutti i 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 2015 sono stati contestati n° 47 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.



Criticità riscontrate

A seguito delle continue modifiche delle Schede di diagnosi e Piano Terapeutico, occorre maggior tempo da dedicare per l'aggiornamento del programma interaziendale ASL-AOVV.

Gli aggiornamenti inseriti nell'applicativo fanno sì che diminuisca il tempo necessario alla verifica della presenza del Piano terapeutico.

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.

Non tutta la tipologia 15 relativa all'anno 2015 è stata rendicontata dalle strutture sanitarie, causa impossibilità ad utilizzare la piattaforma AIFA e pertanto sarà controllata presumibilmente durante l'anno 2016.



MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA 2015

Nel corso del 2015 sono stati rilevati i tempi d'attesa, così come previsto dalla Regione Lombardia.

La ASL di Sondrio e la ASL di Vallecamonica-Sebino, hanno effettuato delle valutazioni su quanto rilevato mensilmente dalle strutture presenti sul proprio territorio (ospedali ed ambulatori accreditati pubblici e privati). Le Azioni poste in essere sono state:

- Promuovere la razionalizzazione dell'offerta delle prestazioni, tenendo conto delle effettive necessità assistenziali espresse sul territorio, nonché della domanda rilevata.
- 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 inseriti dagli erogatori sul portale regionale.

Risultati del monitoraggio dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali ASL Sondrio 2015

Tipologia prestazione		N. Prestaz. Per Classi attesa	Numero Prestazioni Asi	Distr. % per classi di attesa	Diff. Da % riferimento Regione
MAMMOGRAFIA	00	5	188	2,66%	-2,55%
	01-07	72	188	38,30%	6,75%
	08-16	51	188	27,13%	7,70%
	17-30	22	188	11,70%	-5,46%
	31-40	18	188	9,57%	2,97%
	61-90	13	188	6,91%	0,32%
	91-180	6	188	3,19%	-1,29%
	>180	1	188	0,53%	-1,38%
subtotale		188	1.504		
CATARATTA	91-180	36	36	100,00%	
ECG, ECG SFORZO	00	26	742	3,50%	-7,45%
	01-07	398	742	53,64%	
	08-16	114	742	15,36%	-1,69%
	17-30	77	742	10,38%	-7,47%
	31-40	51	742	6,87%	-0,40%
	41-60	49	742	6,60%	0,58%
	61-90	15	742	2,02%	-3,04%
	91-180	12	742	1,62%	-1,90%
subtotale		778	5.972		
ECOGRAFIE	00	27	1.719	1,57%	-2,04%
	01-07	466	1.719	27,11%	-1,00%
	08-16	564	1.719	32,81%	
	17-30	357	1.719	20,77%	-0,47%
	31-40	102	1.719	5,93%	-2,90%
	41-60	125	1.719	7,27%	0,89%



	61-90	45	1.719	2,62%	-2,87%
	91-180	33	1.719	1,92%	-2,98%
subtotale		1.719	13.752		
EEG	00	5	72	6,94%	4,26%
	01-07	57	72	79,17%	
	08-16	10	72	13,89%	-6,80%
subtotale		72	216		
EMG	01-07	10	72	13,89%	-8,81%
	08-16	13	72	18,06%	-5,21%
	17-30	30	72	41,67%	
	31-40	19	72	26,39%	
subtotale		72	288		
ENDOSCOPIE DIG.	00	7	432	1,62%	-2,87%
	01-07	78	432	18,06%	-9,14%
	08-16	81	432	18,75%	2,61%
	17-30	176	432	40,74%	
	31-40	35	432	8,10%	-0,03%
	41-60	51	432	11,81%	0,93%
	61-90	4	432	0,93%	-5,04%
subtotale		432	3.024		
MOC	00	2	88	2,27%	-5,76%
	01-07	31	88	35,23%	-1,86%
	08-16	23	88	26,14%	
	17-30	26	88	29,55%	
	31-40	4	88	4,55%	0,50%
	41-60	2	88	2,27%	-5,20%
subtotale		88	528		
RADIOGRAFIE	00	100	978	10,22%	
	01-07	779	978	79,65%	
	08-16	38	978	3,89%	-6,84%
	17-30	52	978	5,32%	-0,66%
	31-40	6	978	0,61%	-1,35%
	61-90	3	978	0,31%	-0,26%
subtotale		978	5.868		
RMN	00	5	862	0,58%	-4,08%
	01-07	103	862	11,95%	
	08-16	133	862	15,43%	-3,99%
	17-30	148	862	17,17%	-6,64%
	31-40	99	862	11,48%	0,42%
	41-60	178	862	20,65%	
	61-90	148	862	17,17%	
	91-180	48	862	5,57%	2,30%
subtotale		862	6.896		



SPIROMETRIA	01-07	100	216	46,30%	
	08-16	53	216	24,54%	5,15%
	17-30	41	216	18,98%	-1,60%
	31-40	21	216	9,72%	0,20%
	41-60	1	216	0,46%	-4,67%
subtotale		216	1.080		
TAC	00	10	2.293	0,44%	-5,09%
	01-07	726	2.293	31,66%	-3,22%
	08-16	776	2.293	33,84%	
	17-30	298	2.293	13,00%	-6,35%
	31-40	150	2.293	6,54%	-1,04%
	41-60	223	2.293	9,73%	5,56%
	61-90	32	2.293	1,40%	-1,31%
	91-180	78	2.293	3,40%	1,17%
subtotale		2.293	18.344		
VISITA SPECIALISTICA	00	89	2.574	3,46%	-1,56%
	01-07	1.063	2.574	41,30%	7,10%
	08-16	679	2.574	26,38%	6,60%
	17-30	451	2.574	17,52%	-4,17%
	31-40	126	2.574	4,90%	1,12%
	41-60	135	2.574	5,24%	-0,64%
	61-90	23	2.574	0,89%	-3,81%
	91-180	8	2.574	0,31%	-3,77%
subtotale		2.574	20.592		
FUNDUS OCULI	00	1	216	0,46%	-4,45%
	01-07	62	216	28,70%	3,17%
	08-16	87	216	40,28%	
	17-30	35	216	16,20%	-7,15%
	31-40	6	216	2,78%	-4,42%
	41-60	2	216	0,93%	-5,06%
	61-90	15	216	6,94%	2,19%
	91-180	5	216	2,31%	-4,91%
	>180	3	216	1,39%	-0,63%
subtotale		216	1.944		
AUDIOMETRIA	00	1	72	1,39%	-2,04%
	01-07	30	72	41,67%	3,63%
	08-16	8	72	11,11%	-9,63%
	17-30	20	72	27,78%	9,56%
	31-40	10	72	13,89%	8,34%
	41-60	3	72	4,17%	-1,47%
subtotale		72	432		



Risultati del monitoraggio dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali ASL Vallecamonica-Sebino 2015

Tipologia prestazione		N. Prestaz. Per Classi attesa	Numero Prestazioni Asi	Distr. % per classi di attesa	Diff. Da % riferimento Regione
MAMMOGRAFIA	01-07	3	60	5,00%	
	08-16	7	60	11,67%	-7,76%
	17-30	5	60	8,33%	-8,83%
	31-40	7	60	11,67%	5,07%
	41-60	24	60	40,00%	
	61-90	14	60	23,33%	
subtotale		60	360		
CATARATTA	08-16	1	80	1,25%	-4,50%
	17-30	13	80	16,25%	8,80%
	31-40	7	80	8,75%	4,87%
	41-60	27	80	33,75%	
	61-90	22	80	27,50%	
	91-180	10	80	12,50%	
subtotale		80	480		
ECG, ECG SFORZO	01-07	66	232	28,45%	-3,21%
	08-16	38	232	16,38%	-0,68%
	17-30	54	232	23,28%	5,43%
	31-40	24	232	10,34%	3,07%
	41-60	46	232	19,83%	
	61-90	4	232	1,72%	-3,33%
subtotale		232	1.392		
ECOGRAFIE	01-07	144	714	20,17%	-7,94%
	08-16	229	714	32,07%	
	17-30	191	714	26,75%	5,51%
	31-40	71	714	9,94%	1,12%
	41-60	34	714	4,76%	-1,62%
	61-90	25	714	3,50%	-1,99%
	91-180	20	714	2,80%	-2,09%
subtotale		714	4.998		
EEG	01-07	10	29	34,48%	
	08-16	7	29	24,14%	3,44%
	17-30	10	29	34,48%	
	41-60	2	29	6,90%	1,41%
subtotale		29	116		



Tipologia prestazione		N. Prestaz. Per Classi attesa	Numero Prestazioni Asl	Distr. % per classi di attesa	Diff. Da % riferimento Regione
EMG	01-07	1	36	2,78%	
	08-16	2	36	5,56%	
	17-30	9	36	25,00%	3,31%
	31-40	15	36	41,67%	
	41-60	9	36	25,00%	
subtotale		36	180		
ENDOSCOPIE DIG.	01-07	22	199	11,06%	
	08-16	93	199	46,73%	
	17-30	62	199	31,16%	
	31-40	18	199	9,05%	0,91%
	41-60	4	199	2,01%	-8,86%
subtotale		199	995		
RADIOGRAFIE	01-07	234	247	94,74%	
	08-16	13	247	5,26%	-5,46%
subtotale		247	494		
RMN	08-16	3	268	1,12%	
	17-30	36	268	13,43%	
	31-40	40	268	14,93%	3,86%
	41-60	136	268	50,75%	
	61-90	52	268	19,40%	
	91-180	1	268	0,37%	-2,90%
subtotale		268	1.608		
SPIROMETRIA	01-07	10	54	18,52%	
	08-16	4	54	7,41%	
	17-30	19	54	35,19%	
	31-40	5	54	9,26%	-0,26%
	41-60	16	54	29,63%	
subtotale		54	270		
TAC	01-07	94	660	14,24%	
	08-16	152	660	23,03%	0,23%
	17-30	194	660	29,39%	
	31-40	126	660	19,09%	
	41-60	56	660	8,48%	4,32%
	61-90	38	660	5,76%	3,05%
subtotale		660	3.960		
VISITA SPECIALISTICA	00	14	1.491	0,94%	-4,08%
	01-07	374	1.491	25,08%	-9,12%
	08-16	285	1.491	19,11%	-0,67%
	17-30	394	1.491	26,43%	4,73%
	31-40	123	1.491	8,25%	4,47%
	41-60	120	1.491	8,05%	2,17%
	61-90	102	1.491	6,84%	2,14%



	91-180	78	1.491	5,23%	1,15%
	>180	1	1.491	0,07%	-0,80%
subtotale		1.491	13.419		
FUNDUS OCULI	01-07	6	95	6,32%	
	08-16	3	95	3,16%	
	17-30	10	95	10,53%	
	31-40	9	95	9,47%	2,27%
	41-60	12	95	12,63%	6,65%
	61-90	8	95	8,42%	3,66%
	91-180	38	95	40,00%	
	>180	9	95	9,47%	7,46%
subtotale		95	760		
AUDIOMETRIA	01-07	26	66	39,39%	1,35%
	08-16	14	66	21,21%	0,47%
	17-30	6	66	9,09%	-9,13%
	31-40	2	66	3,03%	-2,52%
	41-60	15	66	22,73%	
	61-90	3	66	4,55%	-1,12%
subtotale		66	396		

Risultati del monitoraggio dei tempi d'attesa ricoveri ASL Sondrio 2015

Tipologia prestazione		N. Prestaz. Per Classi attesa	Numero Prestazioni Asl	Distr. % per classi di attesa	Diff. Da % riferimento Regione
RADIOTERAPIA	000-015	44	104	42,31%	-9,51%
	016-030	40	104	38,46%	
	031-090	20	104	19,23%	0,85%
subtotale		104	312		
CHEMIOTERAPIA	000-015	70	77	90,91%	5,85%
	016-030	5	77	6,49%	-7,41%
	091-180	1	77	1,30%	1,19%
	>365	1	77	1,30%	1,21%
subtotale		77	308		
RIC.DH AREA RISCHIO	000-015	112	124	90,32%	
	016-030	9	124	7,26%	
	031-090	3	124	2,42%	-6,72%
subtotale		124	372		
RIC.DH	000-015	13	145	8,97%	-0,76%
	016-030	70	145	48,28%	
	031-090	61	145	42,07%	-0,14%
	091-180	1	145	0,69%	



000076/24

subtotale		145	580		
RIC.ORD	016-030	3	103	2,91%	
	031-090	22	103	21,36%	
	091-180	58	103	56,31%	
	181-365	20	103	19,42%	
subtotale		103	412		
RIC.ORD.AREA RISCHIO	000-015	96	169	56,80%	
	016-030	68	169	40,24%	-7,09%
	031-090	5	169	2,96%	-7,74%
subtotale		169	507		

Risultati del monitoraggio dei tempi d'attesa ricoveri ASL Vallecamonica-Sebino 2015

Tipologia prestazione		N. Prestaz. Per Classi attesa	Numero Prestazioni Asi	Distr. % per classi di attesa	Diff. Da % riferimento Regione
RADIOTERAPIA	000-015	76	113	67,26%	
	016-030	31	113	27,43%	3,02%
	031-090	6	113	5,31%	
subtotale		113	339		
CHEMIOTERAPIA	000-015	39	40	97,50%	
	016-030	1	40	2,50%	
subtotale		40	80		
RIC.DH AREA RISCHIO	000-015	39	44	88,64%	
	016-030	3	44	6,82%	
	031-090	2	44	4,55%	-4,59%
subtotale		44	132		
RIC.DH	000-015	12	36	33,33%	
	016-030	15	36	41,67%	
	031-090	9	36	25,00%	
subtotale		36	108		
RIC.ORD	000-015	10	30	33,33%	
	016-030	5	30	16,67%	2,66%
	031-090	15	30	50,00%	6,66%
subtotale		30	90		
RIC.ORD.AREA RISCHIO	000-015	40	60	66,67%	
	016-030	17	60	28,33%	
	031-090	3	60	5,00%	-5,70%
subtotale		60	180		

**ATTIVITA' ACCREDITAMENTO 2015**

Nel rispetto di quanto sancito dalla normativa nazionale (D.P.R. 14.01.1997) e regionale (L.R. 31/97 – D.G.R. VI/38133) ed in particolare le innovazioni dettate dalla D.G.R. 9014 del 20.02.2009 e successive note esplicative, per l'anno 2015 si è provveduto a verificare la permanenza dei requisiti organizzativi e strutturali specifici, previsti per le strutture sanitarie già autorizzate ed accreditate di ricovero e cura, ambulatoriali, il cui controllo è demandato a questa ASL. In particolare, come da indicazioni regionali si è provveduto alla verifica del mantenimento dei requisiti strutturali ed organizzativi dei punti di raccolta e validazione emocomponenti di AOVV e Valle Camonica Sebino e si sono rispettate le previste scadenze delle verifiche presso le strutture di ricovero e cura Accreditate ed a contratto nonché anche quelle ambulatoriali. In particolare si sono verificati requisiti strutturali in UU.OO di cui è stato richiesta nuova allocazione (Sale operatorie Sondalo, CAL Sondalo, SPDC Sondrio, PS Chiavenna, Endoscopia Chiavenna etc.) Sono state concesse n. 05 autorizzazioni per Punti di attività di Prelievo legati a SMEL accreditati ed a contratto. Si è rispettato il crono programma per il censimento nazionale/regionale delle " Grandi apparecchiature diagnostiche " A seguito della scadenza della proroga per l'ottenimento dei requisiti strutturali delle strutture sanitarie delle Aziende che avevano anzitempo fatto richiesta, per un ulteriore periodo di anni tre, si da atto che si è provveduto alla annuale ricognizione della situazione dopo formale richiesta, da parte delle stesse, di ulteriore proroga entro il 31.12.2015 ai sensi della D.G.R. IX/898 del 01.12.2010. Pertanto si prosegue nel monitoraggio dell'attività in progressione dei lavori di adeguamento.



PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO NOC 2016

Il piano dei controlli per l'anno 2016 in ottemperanza alla DGR X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016". prevede il controllo di almeno il **14%** degli episodi di ricovero.

- Il numero dei ricoveri oggetto di controllo verrà calcolato sulla produzione del 2015 di cui una quota fino al **3%** riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009, n. IX/621/2010 e n. X/1185/2013), selezionata con modalità di campionamento casuale da parte della ATS;
- quota fino al **4%** 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 da essi definite;
- quota di almeno il **7%** riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero selezionata con modalità di campionamento mirato da parte del NOC.

Verrà data la priorità alla verifica delle attività prodotte nel corso dell'anno 2016.

Per l'attività di specialistica ambulatoriale il controllo interesserà almeno il **3,5%** (calcolato sulla produzione 2015), delle pratiche prodotte e poste a carico del SSR, dando priorità a quelli relativi all'anno in corso.

I controlli riguarderanno in particolare le attività che sono risultate critiche durante i controlli effettuati nel 2015 o che risulteranno scostate 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. Con successivo provvedimento la Regione ha stabilito per ogni MAC una tariffa di rimborso che integra il nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale. Con la DGR X/1185 del 20.12.2013 Allegato 3, sub allegato C "Attività Riabilitative" sono stati definiti i criteri di appropriatezza degli interventi riabilitativi afferenti alle macroattività ambulatoriali complesse.



PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO RICOVERI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2016

Per l'anno 2016, in ottemperanza alla DGR 4702 del 29.12.2015, dovrà essere controllato almeno il **14%** delle attività di ricovero calcolato sulla produzione del 2015. Di questo 14%, il **3%** potrà essere riferito ad attività di autocontrollo sulla qualità documentale delle cartelle cliniche. La restante quota percentuale, dovrà essere ripartita nel seguente modo: almeno il **7%** sarà sottoposto a controllo di congruenza mirata, mentre fino ad un **4%** della produzione dovrà essere sottoposto ad autocontrollo da parte degli erogatori, per aspetti relativi alla congruenza ed appropriatezza generica/organizzativa dei ricoveri.

Il presente Piano dei Controlli, potrebbe richiedere aggiornamenti, dopo la periodica verifica sull'andamento dell'attività, o dopo eventuali ed ulteriori indicazioni regionali.

Per la specialistica ambulatoriale, in ottemperanza alla DGR 4702 del 29.12.2015, si riconferma la percentuale di almeno il **3,5%** della produzione relativa al 2015.

PROGRAMMA ATTIVITÀ DI CONTROLLO RICOVERI 2016

Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2016	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
Controllo su autocontrollo, svolta dagli erogatori, sulla qualità documentale della cartella clinica.	Fino al 3% della produzione del 2015 e sui dimessi dal 1° gennaio 2016 al 31 marzo 2016	Secondo quanto disposto dalla DGR XI/4702 del 29.12.2015 e precedenti. Campionamento casuale ed invio del campione agli erogatori, estratto sulla produzione del 1° trimestre 2016. Restituzione esito autocontrollo da parte degli erogatori entro il 30.09.2016. Esecuzione del controllo NOC entro il 10.03.2017.	<u>N° ricoveri totali 2015 x 3</u> 100
Controllo su autocontrollo di congruenza/appropriatezza generica o organizzativa, svolta dagli erogatori.	Fino al 4% della produzione del 2015 e sui dimessi dal 1° gennaio 2016 al 30 giugno 2016	Invio del Piano dei Controlli degli Enti Erogatori all'ATS entro il 31.01.2016. Invio mensile all'ATS degli elenchi delle cartelle cliniche campionate nel periodo gennaio-giugno 2016. Restituzione esiti autocontrollo solo in ATS da parte degli erogatori entro il 30.09.2016. Esecuzione del controllo NOC entro il 10.03.2017.	<u>N° ricoveri totali 2015 x4</u> 100



Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2016	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
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 inappropriatazza	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 in regime sub-acute	Verifica dell'idoneità del paziente al trattamento in cure sub-acute	Secondo quanto disposto dalla DGR X/1185 del 20.12.2013	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 della 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

000076
/29

Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2016	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
DRG dermatologici	Ricondurre a corretta codifica le diagnosi e gli interventi.	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 d'interesse locale ed eventuali criticità emerse nei precedenti controlli	Ricondurre a corretta codifica e gestione organizzativa	Secondo quanto disposto dalla normativa in vigore	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 nelle singole giornate al fine di evitare ricoveri lunghi per problemi di tipo organizzativo.	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 2016

Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2016	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



Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2016	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

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.

**PROGRAMMA ATTIVITÀ DI CONTROLLO FILE F 2016**

Per il File F, si precisa che gli obiettivi verranno raggiunti con i controlli relativi ai dati non disponibili a dicembre 2016 e che verranno eseguiti nel I° bimestre 2017.

Area	Obiettivo 2016	Indicatori
File F	Controllo prezzi farmaci somministrati e/o dispensati dagli erogatori del territorio ATS Montagna in regime di File F rispetto ai prezzi di acquisto max SSN	Controllo del 100% dei farmaci inseriti negli elenchi prezzi di acquisto massimi SSN trasmessi dalla Regione
	Controllo e monitoraggio delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione con relativo controllo di eventuali MAC collegate	Almeno l'85 % delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici
	Controllo e monitoraggio Tip. 15	Verifica e monitoraggio della corretta rendicontazione delle note di credito inviate dalle strutture erogatrici
	Controllo e monitoraggio Tip. 18 – Rendicontazioni dei farmaci per il trattamento dell'HCV erogati dai Presidi Ospedalieri afferenti all'ATS della Montagna	Controllo del 100 % dei farmaci rendicontati e verifica della presenza del dato di targatura di ogni confezione rendicontata



PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI CONTROLLO PSICHIATRIA TERRITORIALE ANNO 2016

Per l'anno 2016 l'area di competenza dell'ATS della Montagna prevede una serie di controlli che riguarderanno tutte le strutture psichiatriche territoriali e le attività relative alla residenzialità e semiresidenzialità oltre che sui progetti innovativi territoriali.

Le azioni d'intervento riguarderanno prioritariamente per i CPS l'esame della riorganizzazione funzionale che, impostata per percorsi di cura, dovrà porre attenzione soprattutto alla presa in carico dei pazienti gravi, giungendo alla definizione dei PDTA dei disturbi emotivi comuni, nonché la gestione delle emergenze territoriali. E' confermata la prosecuzione dei programmi innovativi territoriali per la salute mentale, pertanto la ATS verificherà e valuterà quanto confermato, o eventualmente modificato/aggiornato, secondo quanto previsto dal progetto regionale sugli "indicatori" dei programmi innovativi.

Programma attività di controllo 2016

Tipologia di campione da indagare	Obiettivi 2016	Modalità di attuazione controlli	Indicatori
Appropriatezza e congruenza delle prestazioni erogate dalle strutture della residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica	Verifica della corretta declinazione dei contenuti dei PTR, PTI e PRI con quanto riportato nelle cartelle cliniche.	Secondo quanto disposto dalla DGR VIII/4221 del 28.02.2007 .	Numero delle strutture controllate sul numero delle strutture esistenti. Almeno un controllo l'anno per tutte le strutture
Attività erogate dai CPS/AMB, estratta con modalità mirata.	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 2016
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



PROGRAMMA ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA 2016

Gli aspetti prioritari su cui intervenire, nel corso del 2016, 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.

**PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' ACCREDITAMENTO 2016**

Per l'anno 2016, nelle more della applicazione della L.23 ed in base alle richieste di R.L., si provvederà a verificare a campione, la permanenza dei requisiti organizzativi e strutturali specifici previsti per le strutture sanitarie già autorizzate ed accreditate ed a contratto di ricovero e cura, ambulatoriali e psichiatriche il cui controllo è demandato a questa ATS nonché nuove attività previste dalla DGR n° X/4702 del 29/12/2015.

Verranno verificati gli stessi requisiti per tutte le strutture anche solo Accreditate e non a contratto con metodo a campione.

In collaborazione con il NOC potranno essere verificate situazioni non previste ma che vengano segnalate per problematiche legate alla tematica del controllo

PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DI CONTROLLO CReG 2016**CReG**

Nel corso del 2016 verrà avviata l'attività di controllo inerente la sperimentazione CReG e in particolare la verifica dei requisiti organizzati-gestionali dei soggetti gestori del CReG e l'effettiva presa in carico dei pazienti arruolati CReG.

Verrà utilizzata anche la modalità dell'automonitoraggio attraverso l'invio di una relazione periodica (semestrale) in merito all'attività effettuata. Gli argomenti oggetto della relazione di automonitoraggio saranno:

- area personale: verifica di congruenza delle ore lavorate, attività svolta, numero dei pazienti arruolati;
- centro servizi: verifica del percorso di presa in carico per ciascun assistito arruolato, monitorabile attraverso la presenza di un documento illustrante il sistema degli indicatori e delle procedure di valutazione della qualità adottate (definizione degli alert, degli strumenti e delle scale di misura adottate);
- rapporto con il MMG: verifica effettiva attuazione protocollo d'intesa tra la cooperativa soggetto gestore del CReG e i medici di medicina generale aderenti alla sperimentazione ;
- piano di formazione: rendicontazione attività svolta;
- mantenimento requisiti strutturali gestionali: relazione che illustri l'avvenuta verifica di mantenimento degli stessi.

L'ATS verificherà:

- mantenimento dei requisiti organizzativi gestionali strutturali - analisi relazione automonitoraggio e visita di verifica nella sede della cooperativa (almeno 1/anno)
- verifica/monitoraggio della presa in carico secondo i criteri che verranno identificati a seguito di indicazioni regionali

La presente pianificazione dei controlli potrà subire integrazioni ed aggiornamenti a seguito di successive ed eventuali disposizioni regionali, peraltro già previste nel contesto delle regole per il 2016.



ASSISTENZA FARMACEUTICA

ATTIVITA' 2015 SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE ASL DI SONDRIO

Monitoraggio assistenza farmaceutica territoriale

Le attività di controllo in ambito farmaceutico hanno coinvolto, nell'anno 2015, tutte le parti interessate del sistema, ponendo particolare attenzione allo sviluppo del governo clinico quale metodo per integrare la responsabilità attorno al paziente di tutte le figure professionali e gli organi istituzionali che afferiscono al Servizio Sanitario.

Anche nell'anno 2015 sono continuate le attività di controllo sulla farmaceutica territoriale che possono essere raggruppate nelle seguenti categorie:

Spesa farmaceutica

Relazione trimestrale dei dati di spesa relativi con rilevazione delle criticità e conseguenti azioni di governo.

Vigilanza ispettiva

Attività comprendente le ispezioni ordinarie e straordinarie alle farmacie convenzionate aperte al pubblico, alle parafarmacie, ai grossisti farmaceutici e alle strutture afferenti alla ASL.

Nell'anno 2015 sono state effettuate: n° 45 viste ispettive sulle farmacie convenzionate (di cui 42 hanno avuto esito positivo e 3 sanzionate), n° 1 visita a parafarmacia e n° 2 grossisti farmaceutici.

Vigilanza convenzionale

Attività di controllo mensile sulle DCR presentate dalle farmacie, sulle fatture allegate alle distinte, con conseguenti eventuali addebiti/accrediti, e creazione reportistica mensile dati anticipati della spesa farmaceutica convenzionata. Sono state esaminate e contestate le ricette irregolari spedite dalle farmacie relative agli anni 2012 e 2013.

Attività di controllo contabile e successivo addebito "Scheda Farmacia" Anno 2006.

Vigilanza tecnico/amministrativa

Attività di controllo sui Piani Terapeutici inseriti nella piattaforma interaziendale ASL-AOVV dei farmaci a base di somatropina, pegfilgrastim e darbopoetina alfa, periodo di validità gennaio-giugno 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, 6, 15 e 18 (n° 10.522 record).

Assistenza farmaceutica diretta

Erogazione diretta di farmaci di classe A, PHT ed esteri a pazienti aventi diritto (n° 92

assistiti).

Appropriatezza 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 diretta per conto

Adesione al Consorzio Pedemontano per l'acquisto di farmaci PHT da erogare direttamente per conto tramite le farmacie convenzionate con conseguente razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Controllo mensile del rigo L della DCR.

Controllo tecnico e contestazione delle ricette irregolari spedite dalle farmacie relative agli anni 2012 e 2013.

Assistenza farmaceutica ai Servizi ASL

Erogazione di farmaci e dispositivi medici ai Servizi dell'ASL (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

E' in vigore un accordo con le farmacie convenzionate, ed altri esercizi commerciali autorizzati, per l'assistenza integrativa in ambito domiciliare che viene garantita attraverso il software Web-Care, che si è integrato con il Progetto Nuova celiachia di Regione Lombardia, attraverso la piattaforma Celiachi@RL, dal 23 settembre 2014.

E' continuato il controllo relativo alle erogazioni tramite farmacie sui dati disponibili sul portale Farmavision, a seguito dell'accordo regionale con Santer-Reply ed è stata conclusa la contabilizzazione relativa agli anni 2013 e 2014.

Controllo tecnico/contabile mensile delle erogazioni effettuate dagli esercizi commerciali convenzionati (n° 3 esercizi).

Farmacovigilanza

Sono state valutate e inserite nella rete nazionale della farmacovigilanza n° 4 segnalazioni, con conseguente attività informativa di ritorno ai medici segnalatori.

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.

Attività della Commissione Interaziendale ASL/AOVV al fine di concordare i percorsi terapeutici e i prontuari alle dimissioni per l'implementazione dei farmaci a brevetto scaduto in particolar modo per i gruppi terapeutici di maggior impatto economico (antipertensivi e antidepressivi).

A seguito di proposta del Direttore del Dipartimento Scienze Riabilitative dell'AOVV, di procedere alla revisione del PTO relativamente ai farmaci prescritti nella terapia dell'asma e della BPCO e di prevedere un'elaborazione di percorsi prescrittivi specifici condivisi con i Medici specialisti pneumologi e con successivi incontri con i MMG, nella riunione della CTO interaziendale del 28 ottobre 2015 è stata approvata la revisione del PTO relativamente ai medicinali utilizzati per il trattamento dell'asma e della BPCO (Gruppo ATC R03), tenendo conto di alcuni seguenti criteri di valutazione.

In area psichiatrica si è preso atto della relazione predisposta dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'AOVV contenente disamina dei dati di prescrizione con la proposta finale di effettuare una campagna informativa presso i MMG e gli Specialisti, sull'efficacia relativa della duloxetina, venlafaxina ed escitalopram, in modo da limitare la prescrizione di duloxetina ai casi di risposta mancata o insufficiente agli altri antidepressivi e ridurre la sua incidenza sulla spesa globale per gli antidepressivi.

Promozione farmaci a brevetto scaduto, compresi i biotecnologici e per le quali esiste un mix ottimale di principi attivi, Sono state adottate nuove modalità di trasmissione ai MMG/PdF ed alla Direzione Sanitaria AOVV dei dati inviati mensilmente dalla S.C. Farmacoeconomia dell'ASL di Bergamo.

Programmazione e realizzazione di evento formativo, in collaborazione con AOVV, per promozione e

informazione degli strumenti di governo clinico condivisi comprendente anche due percorsi specifici nell'area nefrologica, ematologica e oncologica condivisi con AOVV per la prescrizione alla dimissione di farmaci biotecnologici a brevetto scaduto per tutti i pazienti di nuova diagnosi o pazienti, selezionati dagli specialisti, che erano già stati precedentemente trattati.

Programmazione e realizzazione di evento formativo, in collaborazione con AOVV e Istituto Mario Negri sulle interazioni farmacologiche.

Controlli ed invio dei flussi informativi verso Regione Lombardia

Sono stati regolarmente trasmessi i flussi informativi alla Regione Lombardia (File F tipologia 13, Dispositivi medici, Osservatorio Acquisti, dati sulla distribuzione per conto, dati trimestrali III 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 dell'anno 2015 è proseguita l'attività d'informatizzazione dei Piani Terapeutici previsti dall'AIFA e aggiornata a seguito delle nuove disposizioni normative.

Valutazione delle criticità riscontrate

L'informatizzazione dei Piani Terapeutici richiede un continuo aggiornamento per l'inserimento di nuove schede o modifiche delle stesse, a seguito di determinazioni AIFA e



non è possibile effettuarlo tempestivamente.

L'attuale dotazione organica del Personale Farmacista non ha permesso l'effettuazione completa dell'obiettivo nell'Area Monitoraggio prescrizioni - "Monitoraggio delle prescrizioni di specialità medicinali con le relative schede di diagnosi e piano terapeutico" e nell'Area Vigilanza le visite ispettive alle RSA/RSD.

ATTIVITA' 2015 FARMACEUTICA TERRITORIALE ASL VALLECAMONICA-SEBINO

Il Piano dei controlli 2015 prevedeva i seguenti ambiti di controllo:

- monitoraggio delle prescrizioni di farmaceutica convenzionata, compresa la valutazione delle prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto e biosimilari;
- monitoraggio dell'andamento delle erogazioni di farmaci PHT tramite distribuzione per conto;
- regolarità e completezza nell'invio dei flussi, con particolare riferimento ai farmaci del File F tipologia 13;
- monitoraggio dell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici da parte delle strutture territoriali aziendali;
- vigilanza su farmacie e dispensari farmaceutici.

Monitoraggio delle prescrizioni di farmaceutica convenzionata

Il controllo si è concretizzato nella redazione delle relazioni trimestrali sull'andamento della spesa farmaceutica nel suo complesso.

Il risultato dei controlli ha visto una spesa farmaceutica complessiva in tendenziale crescita rispetto al 2014, anche se i dati di bilancio non sono ancora completi, in quanto non sono ad oggi disponibili alcuni dati relativi ai farmaci dispensati da strutture extra ASL e i dati di compensazione di novembre e dicembre.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto, la prescrizione di DDD di farmaci a brevetto scaduto nell'ASL è cresciuta, passando dal 74,7% dell'intero anno 2014 al 76,3% nel 2015 (dato fino al 30 novembre).

Per i farmaci biosimilari si è proceduto alla verifica delle prescrizioni, con particolare riferimento ai pazienti naive. Si è inoltre tenuto un corso d'aggiornamento rivolto agli specialisti in collaborazione con l'Istituto Mario Negri.

Monitoraggio dell'andamento delle erogazioni di farmaci

Sono state monitorate le prescrizioni di farmaci PHT.

L'erogazione diretta di tali farmaci è regolarmente rendicontata con l'alimentazione del flusso File F, nei modi e nei tempi previsti, senza ritardi ed errori gravi.



Per quanto riguarda la DPC, a febbraio è stata avviata l'erogazione con modalità regionale (con ASL capofila ed elenco unico); ciò ha portato ad una diminuzione del numero di prescrizioni della distribuzione per conto, rispetto al 2014, a seguito dell'esclusione di alcune specialità e allo scadere del brevetto di altre specialità.

Anche per questi farmaci sono stati forniti nei tempi previsti i dati di consumo (all'interno delle distinte contabili) e le relative ricette.

Si è inoltre monitorato l'andamento dei consumi delle UUOO territoriali dell'ASL, tramite validazione delle richieste settimanali e trasmissione ai Responsabili di UUOO di report trimestrali dei consumi. Nell'anno 2015 la spesa per tali consumi è stata in calo rispetto all'anno precedente.

Appropriatezza prescrittiva dei farmaci File F e dei farmaci sottoposti a Registro AIFA.

Il controllo sui farmaci File F, stante le peculiari caratteristiche dell'ASL (con presidio ospedaliero a gestione diretta), è consistito nel controllo della correttezza dell'imputazione dei farmaci erogati alle diverse tipologie del File F, prima dell'inoltro del flusso

Regolarità nell'invio dei flussi

Il Servizio farmaceutico ha regolarmente alimentato, per quanto di competenza, i diversi flussi: file F tipologia 13, flusso dispositivi medici per UUOO territoriali dell'ASL, flusso dati assistenza integrativa dietetica e protesica.

Vigilanza sulle farmacie e parafarmacie

L'attività di controllo sul corretto svolgimento dell'esercizio farmaceutico sul territorio si è concretizzata, oltre che sull'attività di routine (predisposizione degli atti istruttori in tema di apertura, trasferimento di sede e/o di titolarità delle farmacie, turni di servizio, ferie e orari di apertura al pubblico, indennità di residenza, sostituzione formale del Titolare/Direttore di Farmacia, gestione e aggiornamento dell'anagrafe farmacie e farmacisti) sui seguenti aspetti:

- vigilanza sulla gestione delle farmacie nei diversi aspetti professionali (gestione farmacia, gestione farmaci, gestione stupefacenti, applicazione della "convenzione", gestione allestimenti galenici) mediante ispezioni a 5 farmacie e 1 parafarmacia;
- controlli contabili preliminari sulle ricette spedite in regime di convenzione con il SSR fino al mese di luglio 2015, compreso con applicazione dei relativi conguagli contabili;
- controlli contabili definitivi sulle ricette spedite nell'anno 2007 e applicazione dei relativi conguagli;
- controlli tecnici sulle ricette spedite in regime di convenzione con il SSR tramite le apposite commissioni aziendali, che si sono riunite nel 2015 in 4 sedute, controllando tutte le ricette pervenute nel periodo.

Si è inoltre proceduto all'autorizzazione all'apertura di una nuova sede farmaceutica.



FARMACEUTICA TERRITORIALE 2015 ASL VALLECAMONICA-SEBINO

Situazione	Obiettivi	Azioni e risultati attesi	Tempi
<p>Andamento della spesa farmaceutica territoriale.</p> <p>Negli ultimi quattro anni si è rispettato il tetto di spesa assegnato.</p>	Monitoraggio trimestrale andamento spesa farmaceutica territoriale	<p>Redazione relazione trimestrale.</p> <p>Risultato atteso: invio di 4 documenti.</p>	<p>Sono state inviate relazioni entro il 15 aprile, il 15 luglio, il 15 ottobre e il 15 gennaio 2016</p>
<p>Prescrizione di farmaci equivalenti:</p> <p>al 30/11/2014 la percentuale media annuale di prescrizione di farmaci equivalenti è stata del 74,6%.</p>	Ulteriore incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto	<p>Monitoraggio delle prescrizioni di farmaci a brevetto scaduto, con riferimento particolare ai farmaci del panel oggetto di reports mensili elaborati per conto di Regione Lombardia.</p> <p>Risultato atteso: incremento delle DDD di farmaci a brevetto scaduto.</p>	<p>La percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto prescritte è passata da 74,7% nel 2014 a 76,3% a novembre 2015</p>
Prescrizione farmaci biosimilari	Utilizzo di farmaci biosimilari	<p>Monitoraggio delle prescrizioni di farmaci biosimilari da prescrittori dell'ASL, mediante analisi dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni (su ricetta e come File F).</p> <p>Risultato atteso: mantenimento delle prescrizioni di biosimilari sui pazienti naive</p>	<p>Si è mantenuta la prescrizione di farmaci biosimilari nei pazienti naive, ad eccezione dei pazienti con IRC con darbepoetina domiciliare.</p>
Distribuzione "per conto" dei farmaci PHT.	Adeguamento alle indicazioni della DGR 2566/2014 in merito al nuovo elenco dei farmaci erogabili in DPC e alle nuove modalità organizzative.	<p>Report con il numero mensile di ricette per tali farmaci e scostamento rispetto all'anno precedente.</p> <p>Risultato atteso: consistente aumento, a seguito della possibilità di gestire in DPC anche farmaci con basso consumo mediante adesione al consorzio.</p>	<p>Le ricette di farmaci PHT spedite in regime di DPC è passato da n. 18.906 ricette nel 2014 a 12.460 ricette nel 2015. La diminuzione è da imputare all'esclusione di specialità dall'elenco dei farmaci erogabili, come da accordo regionale.</p>
Distribuzione diretta, da anni implementata presso l'ASL	Invio dei flussi mensili relativi alla distribuzione diretta di farmaci da parte del SFT: File F tipologia 13	<p>Regolare invio mensile del 100% dei flussi senza segnalazioni di errori gravi o ritardi.</p> <p>Risultato atteso: nessun errore grave o ritardo superiore al mese.</p>	<p>Non sono stati segnalati ritardi né errori gravi.</p>



Situazione	Obiettivi	Azioni e risultati attesi	Tempi
Distribuzione controllata di prodotti farmaceutici a UUOO del territorio (ADI, CA, poliambulatori territoriali, DPM, SERD)	Monitoraggio spesa prodotti farmaceutici delle UUOO territoriali	Invio reports con cadenza trimestrale alle UUOO. Risultato atteso: consumi costanti o in diminuzione a parità di prestazioni erogate.	Sono stati inviati reports nei mesi di aprile, luglio, ottobre e gennaio 2016. L'andamento dei consumi è in diminuzione rispetto al 2014.
Vigilanza sulle farmacie: l'attività ispettiva è svolta principalmente con ispezioni ordinarie e/o straordinarie.	Verifica corretto svolgimento del Servizio farmaceutico nel suo complesso da parte delle farmacie del territorio	Ispezionare almeno 5 farmacie e 1 dispensario farmaceutico. Risultato atteso: ispezione del 100% delle farmacie e dispensari previsti	Sono state ispezionate 5 farmacie più 1 parafarmacia Si è inoltre proceduto ad ispezione preventiva per l'apertura di nuova farmacia



PROGRAMMA ATTIVITÀ DI CONTROLLO ASSISTENZA FARMACEUTICA 2016

La nuova ATS della Montagna per l'anno 2016, al fine di realizzare un costante governo della prescrizione/erogazione farmaceutica, intende sviluppare le iniziative già attivate e non completamente effettuate nel corso dell'anno 2015, compatibilmente con le risorse umane di ruolo medico non-sanitario attualmente in dotazione.

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

Area	Obiettivo 2016	Indicatori
Monitoraggio prescrizioni	monitoraggio delle prescrizioni di specialità medicinali soggetti a scheda di diagnosi e piano terapeutico i cui principi attivi rientrano nelle ex note aifa 12, 30 e 39, prescritte ad assistiti afferenti all'ATS Montagna.	100% delle prescrizioni relative AL IV trimestre 2014 e 1° trimestre 2015
Vigilanza ispettiva	Visite ispettive alle farmacie aperte al pubblico, ai depositi farmaceutici, alle parafarmacie ed alle RSA, presenti sul territorio dell'ATS Montagna (territorio Valtellina, Valchiavenna eVallecamonica). Regole 2016: in attesa di revisione del Capitolo IV, Legge 31/96).	50% delle strutture presenti sul territorio
Distribuzione dei farmaci PHT	Monitoraggio della spesa per farmaci PHT, distribuiti tramite farmacie convenzionate ("distribuzione per conto")	Report mensile con spesa e scostamento rispetto all'anno precedente
Spesa farmaceutica convenzionata	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 all'anno precedente, desunto da DCR presentate dalle farmacie
	Controllo tecnico delle ricette farmaceutiche ed esamina in CFA, contabilizzate dalle farmacie presenti sul territorio dell'ATS Montagna (territorio Valtellina, Valchiavenna eVallecamonica). Regole 2016: in attesa di revisione del Capitolo IV, Legge 31/96)	ATS Montagna (territorio Valtellina e Valchiavenna): controllo del 100% delle ricette riferite agli anni 2014, 2015 e 1° trimestre 2016. ATS Montagna (territorio Vallecamonica): controllo del 100% delle ricette riferite al 1° trimestre 2016

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



DIREZIONE SOCIO- SANITARIA

PIANO CONTROLLI 2016 SULLE UNITA' D'OFFERTA SOCIO-SANITARIE E SOCIALI

PREMESSA

L'ATS della Montagna garantisce le funzioni di accreditamento, vigilanza e controllo delle Unità d'Offerta socio sanitarie e socio assistenziali presenti sul territorio di competenza secondo le indicazioni previste da Regione Lombardia e contenute nelle normative regionali (leggi regionali: 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario"; 30 dicembre 2009, n.33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"; 11 agosto 2015, n.23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33") oltre che degli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

Gli obiettivi 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 ed efficienza 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 2016 terrà conto delle verifiche effettuate nel corso dell'anno 2015, 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 Socio - Sanitaria.
- **Integrazione:** si conferma l'integrazione operativa sia con le U.O. afferenti alla Direzione Socio-Sanitaria sia con gli altri Dipartimenti e gli Uffici di Piano.
- **Omogeneità:** si garantisce l'uniformità di comportamento attraverso l'applicazione costante delle procedure che regolano l'attività di vigilanza e controllo e l'adesione alle indicazioni regionali con particolare riferimento ai controlli di appropriatezza e alla redazione dei verbali.



- **Completezza:** verranno sottoposte a vigilanza almeno il 50% di tutte le strutture afferenti sia al sistema sociosanitario autorizzate, accreditate e contrattualizzate che a quello socio-assistenziale. Verrà prestata particolare attenzione alle U.d.O. dove si sono riscontrate criticità e alle U.d.O. non sottoposte a vigilanza lo scorso anno. Viene garantita la trasversalità rispetto a tutte le tipologie di unità d'offerta.
- **Formazione:** si conferma il costante aggiornamento degli operatori addetti alle funzioni ispettive attraverso momenti formativi sia interni che esterni garantendo la partecipazione ai corsi promossi da Regione Lombardia. Durante l'anno 2016 sono previsti momenti formativi con particolare riferimento alla gestione del processo sanzionatorio.
- **Anticorruzione:** viene garantita, quando possibile, la rotazione del personale/equipe 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 socio sanitarie e sociali hanno come riferimento la Direzione Sociosanitaria dell'ATS della Montagna.

L'attività viene regolata:

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

Nell'ambito dei controlli 2016 si prevede la verifica del rispetto degli standard stabiliti dalla normativa sulle U.O. socio sanitarie e sociali (anche a seguito di sperimentazioni), presenti alla data del 01.01.2016, e sull'analisi dell'esito dell'attività di vigilanza e controllo esercitata nel 2015.

I RIFERIMENTI NORMATIVI

La normativa regionale

I riferimenti normativi che regolano l'attività di vigilanza fanno riferimento alla Legge Regionale 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", al DDG 1254 del 2010 "Prime indicazioni operative in ordine all'esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociali", alla DGR X 2569 del 2014 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo", alla DGR X/1765 del 2014 "Il sistema dei controlli in ambito socio-sanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013", alla Legge Regionale 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", alla DGR X/4702 del 2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016".



Le indicazioni contenute nei provvedimenti costituiscono un punto di riferimento importante per quanto riguarda le funzioni di controllo e vigilanza, in particolare definiscono il ruolo dell'ATS relativamente a questi compiti.

Nello specifico, le leggi n. 3 del 12 marzo 2008 prima e n. 23 del 11 agosto 2015 poi definiscono la rete delle unità d'offerta e il ruolo degli Enti Pubblici, delle Istituzioni e del Terzo Settore, chiarendo quali siano i compiti della Regione, dell'ATS e dei Comuni e quali siano le regole per garantire il funzionamento delle unità d'offerta.

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 sociali;
- la definizione dei requisiti di accreditamento e finanziamento delle unità d'offerta socio sanitarie;
- la definizione di linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo.

Le competenze dei Comuni riguardano:

- la programmazione della rete sociale;
- gli adempimenti conseguenti alla Comunicazione Preventiva d'Esercizio delle nuove U.O.;
- il riconoscimento e la promozione delle sperimentazioni di U.d.O. nel rispetto della programmazione regionale;
- l'accreditamento delle unità d'offerta sociali e la determinazione di ulteriori standard.

Le competenze dell'ATS riguardano:

- la programmazione socio sanitaria;
- la vigilanza sulle unità d'offerta sociali e sociosanitarie;
- 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 socio sanitarie.

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.



Il Decreto della Direzione Generale Famiglia n.1254 del 15/02/2010 specifica, in ambito sociale, quanto previsto dalla L.R.3/2008 e, in particolare, le competenze e le procedure in ordine all' esercizio e all' accreditamento delle Unità d'Offerta sociali.

Vi si definiscono, con precisione, il ruolo e la responsabilità dei Comuni in merito all'istituto della C.P.E. (Comunicazione Preventiva di Esercizio) e all'accreditamento, delineando al contempo la modalità di interazione con l'ATS, titolare delle funzioni di vigilanza sui requisiti di esercizio.

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/4702 del 29-12-2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016" stabilisce le regole per la gestione delle prestazioni sociosanitarie per l'anno in corso.

E' importante ricordare come la DGR ha normato nuovi assetti organizzativi ed istituzionali per una evoluzione significativa del welfare socio sanitario lombardo.

Le azioni di programmazione socio sanitaria da sviluppare fanno riferimento:

- all'integrazione delle attività sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali
- all'accreditamento delle UO socio sanitarie
- alla negoziazione e contratto delle UO socio sanitarie;
- al progressivo adeguamento ai LEA attraverso azioni e misure innovative nell'area socio sanitaria integrata;
- alla messa a sistema delle sperimentazioni in risposta alla cronicità;
- ad interventi aventi come obiettivo l'equità e la semplificazione nell'accesso al sistema.

La DGR precisa inoltre che, nelle more della piena operatività dell'Agenzia dei Controlli prevista dalla L.R 23/2015, dà mandato alle direzioni strategiche delle ATS di attuare quanto previsto dalle indicazioni regionali in tema di controlli.

La stessa DGR dà indicazioni sul contenuto dei piani di controllo, sottolineandone l'importanza strategica ai fini del raggiungimento dei seguenti obiettivi:



- 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.

Le linee guida e le procedure interne all'U.O.

L'attività di vigilanza fa riferimento anche a procedure interne e, in particolare, alla procedura relativa alla vigilanza routinaria e alla procedura sul controllo dell'appropriatezza.

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO

Le funzioni di Vigilanza vengono previste all'interno della Direzione Socio-Sanitaria.

L'attività di vigilanza si riferisce:

- alle regole di sistema ed in particolare alle regole previste per il 2016;
- ai dati relativi alla programmazione sociosanitaria e sociale;
- alle procedure di acquisto e dei budget assegnati alle singole U.O.;
- agli strumenti di valutazione e controllo con particolare riferimento alla qualità delle prestazioni;
- ai contenuti emersi durante i tavoli d'area del terzo settore;
- alla documentazione raccolta nelle attività ispettive del 2015.

L'attività di vigilanza e controllo riguarda:

- la vigilanza sulle Unità d'Offerta socio-sanitarie;
- la vigilanza sulle Unità d'Offerta sociali;
- il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie;
- il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione al funzionamento (per strutture con piano programma);
- il controllo della SCIA delle Unità d'Offerta sociosanitarie;
- la verifica del possesso dei requisiti di accreditamento;
- la vigilanza amministrativa.

L'attività di vigilanza e controllo, inoltre, interagisce con altri Servizi dell'ATS e assicura il supporto:

- all'attività di programmazione;
- 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;
- alle sperimentazioni in atto;
- al monitoraggio dei progetti finanziati su leggi di settore, sperimentazioni e progetti



innovativi.

In particolare si riconoscono tre aree d'intervento:

vigilanza socio sanitaria

- vigilanza rispetto alla conformità degli standard strutturali e gestionali;
- verifica degli aspetti organizzativi;
- verifica 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 socio assistenziale

- vigilanza rispetto alla conformità degli standard strutturali e gestionali;
- verifica delle prestazioni.

vigilanza amministrativa

- vigilanza e controllo amministrativo (art 24 e 25 del codice civile) sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito socio sanitario e socio assistenziale.

Costituiscono parte integrante dell'organizzazione:

Il tavolo di vigilanza

E' uno spazio 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 consulenze specifiche sia sugli aspetti strutturali che gestionali.

Al tavolo, oltre agli operatori dell'U.O., partecipano i tecnici interessati secondo il problema posto dall'Ente Gestore e il Responsabile del Servizio dell'area di competenza.

L'istituzione di tale spazio persegue l'obiettivo di costituire un supporto ed offrire consulenza agli Enti Gestori ed è finalizzato al miglioramento della qualità.

Le risorse umane dedicate all'attività di vigilanza

Come previsto dalla DGR X/4702 del 2015 sub-allegato 3, al momento si riconoscono due commissioni di vigilanza con mantenimento in fase iniziale della competenza territoriale in relazione all'ASL di provenienza.



Area Valtellina e Alto Lario

Il personale afferente all'UOC Qualità ed Accredimento oltre che agli scopi propri della vigilanza, partecipa attivamente in collaborazione con le U.O. della Direzione Socio Sanitaria e agli altri Dipartimenti, al monitoraggio delle attività messe in atto dai gestori delle unità d'offerta e collabora nella definizione delle linee di programmazione di competenza della Direzione Socio Sanitaria.

Lo staff, per le funzioni proprie di vigilanza e controllo, è quindi così costituito:

- il Direttore dell'U.O.C. (psicologo) (part time)
- un Medico geriatra (tempo pieno);
- 1 Coordinatore della vigilanza socio-assistenziale (assistente sociale) (part time);
- 1 Amministrativo (tempo pieno);
- 1 Educatore con funzioni anche amministrative (tempo pieno);
- una borsa di studio della durata di un anno (30 ore settimanali) con funzioni amministrative.

Fanno capo al Direttore dell'U.O. tutti gli atti conseguenti all'attività, comprese le verifiche ispettive, i pareri relativi all'accreditamento, i contenuti dei verbali trasmessi/consegnati agli Enti Gestori, la trasmissione del debito informativo e le verifiche dei dati.

Inoltre collaborano, relativamente alle visite ispettive ed ai controlli dell'appropriatezza, operatori afferenti ad altre U.O. della Direzione Sociale e di altri Dipartimenti dell'ATS.

In particolare per gli aspetti organizzativo-gestionali e per il controllo dell'appropriatezza, a secondo della struttura interessata dall'attività di vigilanza, si chiede la collaborazione di operatori afferenti all'area Fragilità (Disabili, Anziani, Cure Domiciliari), Famiglia e Dipendenze con le necessarie competenze clinico-assistenziali.

L'equipe ispettiva è integrata, relativamente agli aspetti igienico-sanitari e strutturali, da operatori afferenti al Dipartimento di Prevenzione e del Servizio di gestione tecnico-patrimoniale, rispetto alla sicurezza degli operatori all'interno delle RSA, da personale tecnico appartenente allo PSAL .

Area Vallecamonica - Sebino

Il Servizio Vigilanza e Accredimento è un'articolazione organizzativa della Direzione Socio-sanitaria dell'ATS della Montagna.

Lo staff di personale dipendente assegnato stabilmente al Servizio è composto da:

- n. 1 Responsabile del Servizio;
- n. 1 Assistente Amministrativo a tempo pieno;
- n. 1 Assistente Amministrativo part-time;
- n. 1 Coadiutore Amministrativo esperto a tempo pieno.

La Commissione di Vigilanza integrata attualmente si avvale, inoltre, della collaborazione, in sede di visita ispettiva, delle seguenti figure professionali dipendenti, provenienti da altri Servizi dell'ATS della Montagna e della ASST della Vallecamonica:



- n. 1 Collaboratore Amministrativo esperto a tempo pieno, Direzione Socio-Sanitaria - ATS della Montagna;

- n. 1 Infermiere Professionale, Direzione Socio-Sanitaria - ATS della Montagna;
- n. 1 Medico, Dipartimento di Prevenzione - ATS della Montagna;
- n. 1 Medico Geriatra, Presidio ospedaliero - ASST della Vallecamonica;
- n. 1 Medico Fisiatra, Presidio ospedaliero - ASST della Vallecamonica;
- n. 1 Ingegnere, Presidio ospedaliero - ASST della Vallecamonica.

La Commissione di Vigilanza integrata ha acquisito inoltre, sulla base dell'espletamento di appositi bandi, la consulenza esterna delle seguenti figure professionali:

- n. 1 Architetto;
- n. 1 Psicologo;
- n. 1 Assistente Sociale.

L'équipe si avvarrà, sulla base di specifiche necessità, di eventuali altre figure specialistiche individuate a seconda della tipologia della struttura, della natura giuridica dell'Ente Gestore e dei contenuti sottoposti a verifica.

La composizione dell'équipe integrata è articolata con modalità specifiche, a seconda della tipologia della struttura, della natura giuridica dell'Ente Gestore e dei contenuti sottoposti a verifica.

Il personale appartenente all'équipe integrata è scelto di volta in volta tra gli operatori che non hanno rapporti professionali diretti con la singola Unità d'Offerta oggetto della vigilanza, onde evitare rischi di incompatibilità con le competenze assunte.

Composizione dell'equipe di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta socio-sanitarie (RSA, CDI, ADI, Hospice, RSD, CSS, CDD, IDR, consultori familiari, SERT, SMI, CT)

- Responsabile del Servizio Vigilanza ed Accreditamento;
- Amministrativo del Servizio Vigilanza e Accreditamento;
- Architetto, per gli aspetti tecnico-strutturali;
- Ingegnere, per gli aspetti tecnico-impiantistici;
- Medico del Dipartimento di Prevenzione, per gli aspetti igienico-sanitari;
- Medico Geriatra, per gli aspetti clinici (area anziani: RSA, CDI, ADI);
- Infermiere Professionale, per gli aspetti assistenziali (area anziani: RSA, CDI, ADI);
- Medico Fisiatra, specialista per gli aspetti clinico-assistenziali (area disabili: Hospice, RSD, CSS, CDD, IDR);
- Psicologo, per gli aspetti clinico-assistenziali (consultori familiari, servizi ambulatoriali e residenziali dipendenze - SERT, SMI, CT);
- Amministrativo esperto, per gli aspetti giuridico-amministrativi;
- Altri operatori con competenze specialistiche, secondo necessità.

Composizione dell'equipe di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta socio-assistenziali (APA, CDA, CARD, CSE, SFA, CAUM, CE, AA, AN, NF, CAG, CRD)

- Responsabile del Servizio Vigilanza e Accreditamento;
- Amministrativo del Servizio Vigilanza e Accreditamento;
- Architetto, per gli aspetti tecnico-strutturali;
- Ingegnere, specialista per gli aspetti tecnico-strutturali;



- Medico del Dipartimento di Prevenzione, per gli aspetti igienico-sanitari;
- Medico Geriatra /Medico Fisiatra, specialista per gli aspetti clinici;
- Assistente Sociale, per gli aspetti socio-assistenziali;
- Amministrativo esperto, per gli aspetti giuridico-amministrativi;
- Altri operatori con competenze specialistiche, secondo necessità.

La formazione degli operatori

Notevole importanza viene riservata alla formazione degli operatori.

- Gli obiettivi dell'attività formativa riguardano:
- l'aumento delle competenze;
- l'omogeneizzazione delle azioni in atto durante le verifiche ispettive;
- l'aggiornamento sulla normativa;
- l'individuazione e condivisione di indicatori di qualità.

Il personale partecipa attivamente a corsi di formazione e convegni proposti dall'ATS, da Regione Lombardia e da altri Enti.

**ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO 2015****AREA Ex-ASL SONDRIO (Valtellina-Valchiavenna) VIGILANZA SOCIO-SANITARIA 2015**

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

In particolare sono state verificate le seguenti Unità d'Offerta, residenziali e semiresidenziali:

Tabella 1.

DISTRETTO DI BORMIO - TIRANO

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA	N° UNITA' ESISTENTI	N° UNITA' da VIGILARE secondo PIANO CONTROLLI 2015	N° UNITA' VIGILATE 2015	% UNITA' VIGILATE sulle PREVISTE
RSA	8	5	7	+140
RSD	1	-	-	-
C.D.I.	1	1	1	100
CDD	4	3	3	100
C.S.S.	1	1	1	100
COMUNITA' PER LE TOSSICODIPENDENZE	1	-	-	-
TOTALI	16	10	12	+120

Tabella 2.

DISTRETTO DI SONDRIO

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA	N° UNITA' ESISTENTI	N° UNITA' da VIGILARE secondo PIANO CONTROLLI 2015	N° UNITA' VIGILATE 2015	% UNITA' VIGILATE sulle PREVISTE
RSA	5	2	4	+200
RSD	0	-	-	-
C.D.I.	1	-	-	-
CDD	2	1	1	100
C.S.S.	0	-	-	-
COMUNITA' PER LE TOSSICODIPENDENZE	0	-	-	-
TOTALI	8	3	5	+166.66



Tabella 3.

DISTRETTO DI MORBEGNO- CHIAVENNA

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA	N° UNITA' ESISTE NTI	N° UNITA' da VIGILARE secondo PIANO CONTROLLI 2015	N° UNITA' VIGILATE 2015	% UNITA' VIGILATE sulle PREVISTE
RSA	7	4	4	100
RSD	2	1	1	100
C.D.I.	3	1	1	100
CDD	2	1	1	100
C.S.S.	0	-	-	-
COMUNITA' per le TOSSICODIPENDENZE	1	1	1	100
TOTALI	15	8	8	100

Esiti dell'attività di vigilanza

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

- il consiglio - quale suggerimento per migliorare aspetti relativi all'organizzazione del servizio e delle prestazioni e la fruibilità della struttura;
- la raccomandazione - al fine di promuovere azioni atte a migliorare la qualità del servizio;
- la diffida - in presenza di inadempienze rispetto alla normativa vigente;
- la sanzione - 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.

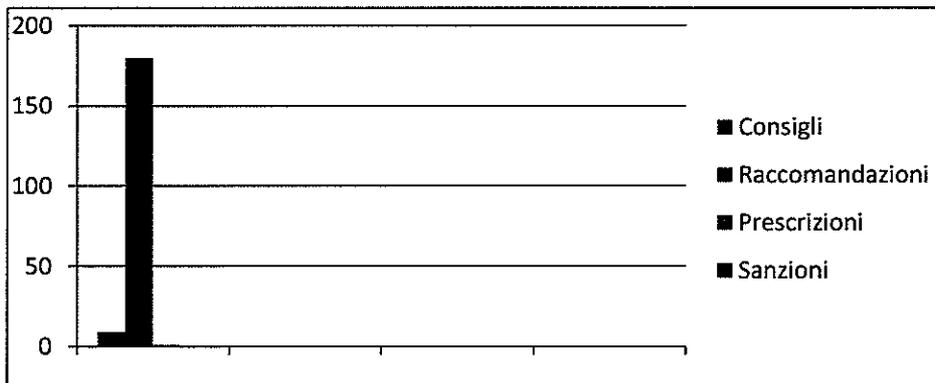
Nelle strutture vigilate nel corso del 2015 si evidenzia una significativa maggioranza di raccomandazioni rispetto ai consigli (**Tabella 4** e **Grafico 1.**) in assenza di diffide e conseguenti sanzioni, indipendentemente dalla tipologia dell'unità d'offerta (**Grafico 2.**).

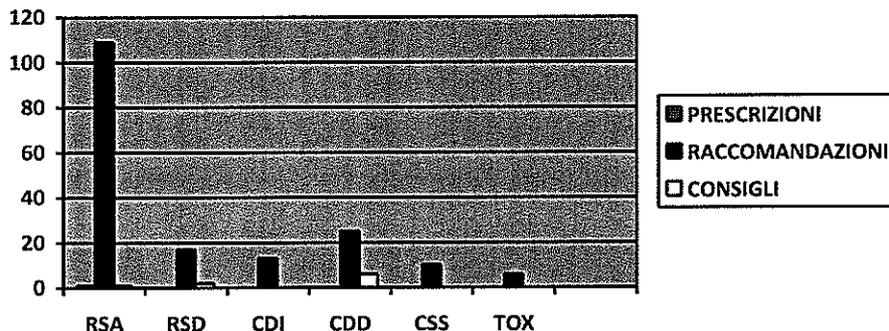
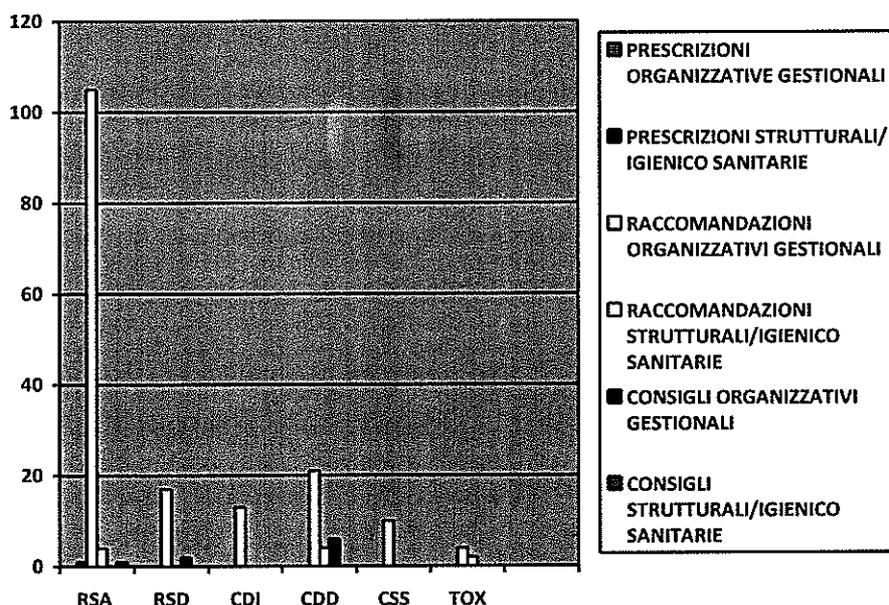


Tabella 4

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	PRESCRIZIONI (P)		RACCOMANDAZIONI (R)		CONSIGLI (C)		TO T. P.	TO T. R.	TO T. C.
	ORGANIZZAZIONALI	STRUTTURALI IGIENICO-SANITARIE	ORGANIZZAZIONALI	STRUTTURALI IGIENICO-SANITARIE	ORGANIZZAZIONALI	STRUTTURALI IGIENICO-SANITARIE			
R.S.A.	0	1	105	4	0	1	1	109	1
R.S.D.	0	0	17	0	2	0	0	17	2
C.D.I.	0	0	13	0	0	0	0	13	0
C.D.D.	0	0	21	4	6	0	0	25	6
C.S.S.	0	0	10	0	0	0	0	10	0
COMUNITA' DIPENDENZE	0	0	4	2	0	0	0	6	0
TOTALI	0	1	170	10	8	1	1	180	9

Grafico 1.



000076
/56**Grafico 2.****Grafico 3.**

Le raccomandazioni hanno interessato prevalentemente gli aspetti organizzativi e gestionali (**Grafico 3**) per il frequente e diffuso rilievo di lacune nella parte documentale rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento (DGR 2569/2014, Allegato 1, capitoli 2 e 3), con particolare riguardo a:

- il documento organizzativo relativamente all'elaborazione dell'organigramma e del funzionigramma e all'indicazione dei livelli di responsabilità e delle figure dei referenti;
- il Piano di Lavoro;
- la procedura di programmazione dell'acquisto delle apparecchiature/dispositivi medici;
- i criteri di selezione del Personale e le modalità di gestione delle assenze e di integrazione fra le diverse figure professionali;
- il Piano annuale sulla qualità relativamente all'individuazione degli obiettivi e degli indicatori;
- l'aggiornamento di protocolli/procedure e l'implementazione del Piano di diffusione delle stesse al Personale.



Così come previsto dal Piano dei Controlli 2015, e in ottemperanza alle normative vigenti, è stata garantita la vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici sul 100% delle SCIA e delle domande di accreditamento presentate nel corso del 2015 (che hanno riguardato rispettivamente 1 ente erogatore ADI, 1 CDD e 6 RSA).

Sanzioni

Nel corso del 2015 non sono state rilevate inadempienze dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento che abbiano comportato l'erogazione di sanzioni.

CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA 2015

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

La DGR 1756/2014 definisce con chiarezza un sistema d'indicatori per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in termini di efficacia, efficienza e sicurezza con l'obiettivo di creare un sistema di vigilanza finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi.

La parte della commissione destinata al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni, risulta così composta:

- il Responsabile del Servizio o suo delegato;
- gli Operatori (di solito un medico ed un operatore psicosociale) del Servizio al quale fa capo la struttura da vigilare;
- il Segretario della Commissione.

Le visite ispettive per il controllo dell'appropriatezza sono state effettuate senza preavviso, nei giorni ed in orari ove era presente il direttore sanitario e/o il responsabile della struttura sottoposta a controllo. Il controllo sull'appropriatezza è stato garantito su almeno il 15% dei FASAS, calcolato sugli utenti rendicontati nel 2014, delle strutture sottoposte a vigilanza così come previsto dal Piano dei Controlli 2015. La commissione ha verificato a campione (30% casuale e 70% mirato) le prestazioni rese dalle Unità d'Offerta socio-sanitaria tenendo conto di quanto previsto dalla DGR 2569/2014 ed, in particolare, di eventi sentinella riscontrati dalla vigilanza 2014, degli indicatori di appropriatezza definiti al livello regionale e dei dati ricavati dai flussi informativi.

Il 70% dei controlli ha riguardato FASAS di utenti:

- con recente cambio di classe/profilo;
- ospiti in RSA e RSD senza cambiamento di classe da molto tempo;
- nuovi ingressi 2015;
- con applicazione degli strumenti di protezione e tutela;
- con cadute;
- con assenze remunerate;
- nuovi ingressi stati vegetativi;
- ospiti solo su posti autorizzati.

I controlli di appropriatezza sono stati volti a verificare :



- la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, quanto determinato dal progetto individuale, le azioni previste dal programma/piano assistenziale personalizzato e quelle effettivamente eseguite e risultanti dal diario assistenziale, verificandone l'attuazione da parte delle figure professionali appropriate;
- la corretta classificazione degli ospiti nel sistema di rendicontazione dei flussi economici ovvero la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi regionali contenenti le informazioni clinico-funzionali-assistenziali;
- l'adeguatezza delle prestazioni assistenziali attraverso l'applicazione degli indicatori previsti dalla DGR 1765/14.

Esito dei controlli di appropriatezza sulle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali.

I controlli di appropriatezza hanno riguardato oltre il 16% dei fascicoli socio sanitari (**Tabella 5**), ricavandoli dalle schede di rendicontazione (relativamente a R.S.A, R.S.D., C.D.D. e C.S.S. sono stati presi in considerazione gli utenti presenti con fatturazione S.O.S.I.A. o S.I.Di.).

Tabella 5.

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA	N. UNITA' D'OFFERTA ESISTENTI			N. UNITA' D'OFFERTA CONTROLLATE			N. FASAS	
	BORMI O TIRANO	SONDRIO	CHIAVENNA MORBEGNO	BORMI O TIRANO	SONDRIO	CHIAVENNA MORBEGNO	Total e	Verificat i (%)
RSA	8	5	7	7	2	5	1014	160
RSD	1	-	2	1	-	1	58	10
CDI	1	1	3	1	0	2	56	12
CDD	4	2	2	3	0	1	89	16
CSS	1	-	-	1	-	-	7	2
COMUNITA' DIPENDENZE	1	-	1		-	2	16	5
SUBTOTALE	16	8	15	13	2	11	-	-
TOTALE	39			26			1240	205 (16,53)



Dalle verifiche non sono emerse difformità nella classificazione SOSIA/SIDi rispetto alla tipologia dell'ospite (**Tabella 6**), dimostrandosi quindi attraverso il corretto inquadramento clinico-funzionale dell'ospite la capacità di utilizzo delle scale di valutazione da parte degli Enti Gestori.

Tabella 6.

TIPOLOGIA UNITA' DI OFFERTA	N. schede SOSIA o SIDi verificate	N. schede SOSIA o SIDi rettificate	N. rettifiche con riduzione classe SOSIA (da 1 a 8) o SIDi (da 1 a 6)	N. rettifiche con incremento classe SOSIA (da 8 a 1) o SIDi (da 6 a 1)
R.S.A.	160	0	0	0
R.S.D.	10	0	0	0
C.D.D.	16	0	0	0
C.S.S.	2	0	0	0

Con riferimento agli indicatori di appropriatezza previsti dalla DGR. 1765/2014 si rileva il mancato raggiungimento in tutte le unità d'offerta residenziali e semiresidenziali controllate, con l'eccezione di RSD e CSS, del livello di accettabilità -non inferiore al 95%- stabilito dalla normativa con percentuali inferiori al 90% nelle RSA -media 81.40%- e nei CDI -media 86.42%- (**Tabella 7**).

Tabella 7.

UNITA' D' OFFERTA	N° FASAS esaminati	N° Indicatori applicabili	N° Indicatori soddisfatti	Livello di ACCETTABILI TA' raggiunto (%)
R.S.A.	160	2527	2057	81.40
R.S.D.	10	170	164	96.47
C.D.I.	12	140	121	86.42
C.D.D.	16	259	246	94.98
C.S.S.	2	32	31	96.87
COMUNITA' TOSSICODIPEN DENZE	5	23	21	91.30

Segue una disamina delle principali criticità rilevate nei controlli di appropriatezza, individuando gli indicatori che singolarmente non hanno raggiunto il 90% di accettabilità e distinguendoli per tipologia d'unità d'offerta.

RSA

- IND. GEN. 2 "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati": raggiunto in 10/160 casi (6.25%) per mancata individuazione di indicatori misurabili relativi agli obiettivi del PI e mancata condivisione del PI, mancata



registrazione nel diario della non attuazione/sospensione degli interventi pianificati e la non adeguata tracciabilità della somministrazione della terapia farmacologica.

- IND. SPEC. 2.1 "presenza di prescrizione medica completa per l'applicazione dei mezzi di contenzione": raggiunto in 14/102 casi (**13.72%**);
- IND. SPEC. 2.2 "presenza del consenso informato per utenti sottoposti a contenzione fisica": raggiunto in 23/27 casi (**85.18%**);
- IND. SPEC. 3.2 "trattamento del dolore": raggiunto in 31/73 casi (**42.46%**);
- IND. SPEC. 6.1 "presenza di anamnesi sociale e familiare (nelle modalità dettate dalla DGR. 1765/2014)": raggiunto in 127/160 casi (**79.37%**);
- IND. SPEC. 6.2 "individuazione di obiettivi personalizzati per attività animative/educative": raggiunto in 140/160 casi (**87.50%**);
- IND. SPEC. 7.1 "la specifica progettazione degli interventi in soggetti con deterioramento cognitivo": raggiunto in 60/112 casi (**53.57%**).

RSD

- IND. GEN.2, "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati": raggiunto in 6/10 casi (**60%**) per mancata evidenza di condivisione del PI con l'utente o caregiver/avente titolo.
- IND. SPEC. 2.2 "attuazione di misure preventive/tratta mentali in soggetti valutati a rischio caduta e/o caduti": raggiunto in 6/8 casi (**75%**)

CDI

- IND. GEN.2 "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati": raggiunto in 2/12 casi (**16.66%**) per mancata individuazione di indicatori misurabili relativi agli obiettivi del PI e non adeguata tracciabilità della somministrazione della terapia farmacologica.;
- IND. GEN.3.1 "coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione": raggiunto in 8/12 casi (**66.66%**);
- IND. SPEC. 2.1 "presenza di prescrizione medica completa per l'applicazione dei mezzi di contenzione": raggiunto in 0/1 casi, (**0%**);
- IND. SPEC. 6 "la specifica progettazione degli interventi in soggetti con deterioramento cognitivo": raggiunto in 4/5 casi (**80%**);
- IND. SPEC. 7 "presenza di interventi di attività motoria coerenti appropriati alle condizioni degli utenti": raggiunto in 10/12 casi (**83.33%**).

CDD

- IND. GEN.1 "presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale del bisogno": raggiunto in 13/16 casi (**81.25%**);
- IND. GEN.2 "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati": raggiunto in 12/16 casi (**75%**) per mancata condivisione del PI e non adeguata tracciabilità della somministrazione della terapia farmacologica;
- IND. GEN.3.1 "coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione": raggiunto in 13/15 casi (**86.66%**);
- IND. SPEC. 4.2 "strategie d'intervento in situazione di rischio o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo": raggiunto in 13/15 casi (**86.60%**).

CSS



- IND. GEN.2 "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati": raggiunto in 1/2 casi (**50%**) per mancata registrazione nel diario della non attuazione/sospensione degli interventi pianificati.

COMUNITA' PER LE TOSSICODIPENDENZE

- IND. GEN.2 "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati": raggiunto in 3/5 casi (**60%**) per mancata condivisione del PI, mancata registrazione nel diario della non attuazione/sospensione degli interventi pianificati e non adeguata tracciabilità della somministrazione della terapia farmacologica.

Le criticità prevalenti hanno riguardato **1 di 5 indicatori generali** (il n°2 "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati" è risultato inferiore al 90% in tutte le unità d'offerta) e **vari indicatori specifici**, peraltro più diversificati a seconda della tipologia di struttura, con percentuali di accettabilità **non superiori al 50%** riguardo alla "presenza di prescrizione medica completa per l'applicazione dei mezzi di contenzione" (**13.72%** per le RSA e **0%** per i CDI) e al "trattamento del dolore" (documentato, in caso di rilevazione positiva del sintomo, nel **42.46%** delle RSA).

Sanzioni

Nel corso del 2015, in ottemperanza alle DGR 2569/2014 e 3751/2015, non sono state applicate sanzioni amministrative in caso di mancato raggiungimento del livello di accettabilità previsto dalla DGR. 1765/2014 (non inferiore al 95%) per i controlli di appropriatezza.

Nel caso di un utente di RSA è stata rilevata una non conformità circa la rendicontazione di assenze per ricovero ospedaliero, che ha comportato la decurtazione della remunerazione per le giornate di assistenza prestata dal personale non adeguatamente documentate nel FASAS.

VIGILANZA EROGATORI di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Gli Enti Erogatori di Assistenza Domiciliare Integrata accreditati con la ASL di Sondrio sono 10, di cui 8 con sede regionale nel territorio della ASL e sedi operative distribuite su più distretti (**Tabella 8**).

Tabella 8.

Distretto	Enti erogatori ADI (sede regionale in ASL)			Sedi operative
	N°	con Cure Palliative	solo Cure Palliative	
Bormio-Tirano	1	0	0	3
Sondrio	4	1	1	4
Chiavenna-Morbegno	3	2	0	4



Anche nel caso degli erogatori ADI sottoposti a visita ispettiva nel corso del 2015, si evidenzia una significativa maggioranza di raccomandazioni sugli aspetti organizzativo-gestionali, riguardanti per lo più la completezza della parte documentale, in assenza di diffide e conseguenti sanzioni (**Tabella 9, Grafici 4 e 5**).

Tabella 9.

UNITA' DI OFFERTA	PRESCRIZIONI (P)		RACCOMANDAZIONI (R)		CONSIGLI (C)		TOT. P.	TOT. R.	TOT. C.
	ORGANIZ. GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO- SANITARIE	ORGANIZ. GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO- SANITARIE	ORGANIZ. GESTIONALI	STRUTTURALI IGIENICO- SANITARIE			
ADI	0	0	18	2	0	0	0	20	0

Grafico 4

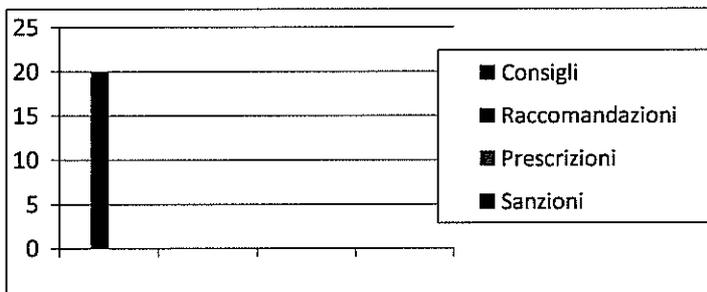
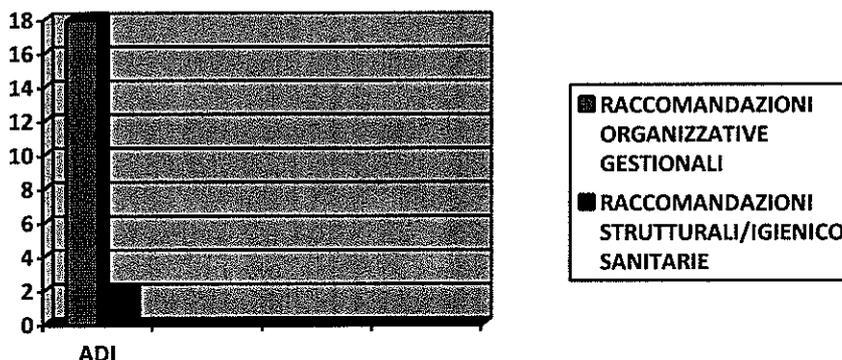


Grafico 5



I controlli di appropriatezza sono stati effettuati su almeno il 10% dei FASAS, in ragione del 35% di verifiche ex-post e del 65% di verifiche in itinere (**Tabella 10**).

Tabella 10.



Tipologia controllo di appropriatezza per UNITA' D' OFFERTA	N° FASAS Esaminati	N° Indicatori applicabili	N° Indicatori soddisfatti	Livello di ACCETTABILITA' raggiunto (%)	
A.D.I. ordinaria Ex Post	14	120	97	80.83	TOTALE ADI Ord.
A.D.I. ordinaria In Itinere	24	182	174	95.60	88.39
A.D.I. Cure Palliative Ex Post	2	22	19	86.36	TOTALE ADI CP
A.D.I. Cure Palliative In Itinere	1	10	10	100	93.18

Relativamente alle verifiche “ex post” non è stato raggiunto il livello di accettabilità del 95%, con percentuali inferiori al 90% sia per l'ADI ordinaria che per l'ADI Cure Palliative. Anche in questo caso, così come previsto dalla dgr. 3751/2015, non sono state irrogate sanzioni amministrative.

Per quanto riguarda l' **ADI ordinaria**, le principali criticità hanno riguardato i seguenti indicatori:

- IND. GEN.2 “esistenza della pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati”, raggiunto in 8/14 casi (**57.14%**) prevalentemente per incompleta compilazione del diario degli interventi;
- IND. GEN.4 “congruenza dei dati rendicontati con flusso informativo/debito informativo rispetto a quanto rintracciato in FASAS”, raggiunto in 11/14 casi (**78.57%**) principalmente per numero di interventi rendicontati inferiore agli accessi riportati in diario;
- IND.SPEC. 1 “monitoraggio del sintomo dolore con scala appropriata alle condizioni dell'utente”, raggiunto in 10/14 casi (**71.42%**);
- IND. SPEC. 4 “presenza di corretta registrazione in diario degli interventi attuati, della motivazione a chiusura del profilo o della motivazione alla rivalutazione”, raggiunto in 5/14 casi (**35.71%**).

Nel caso dell' **ADI Cure Palliative**, le principali criticità hanno invece riguardato i seguenti indicatori:

- IND. GEN. 2 “esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati”, raggiunto in 1/2 casi (**50%**) principalmente per incompleta compilazione del diario degli interventi;
- IND. SPEC. 2.3 “presenza del diario con rilevati dati di obiettività, condizioni soggettive e interventi attuati”, raggiunto in 0/2 casi (**0%**).



Sebbene l'esito dei **controlli "in itinere" sull'ADI ordinaria e sull'ADI Cure Palliative** sia risultato conforme al livello di accettabilità prevista (non inferiore al 95%), relativamente all'**ADI ordinaria** si segnalano percentuali inferiori al 90% a livello dei singoli indicatori seguenti:

- IND. GEN. 4 "congruenza dei dati rendicontati con flusso informativo/debito informativo rispetto a quanto rintracciato in FASAS" raggiunto in 21/24 casi (**87.50%**) sempre per numero di interventi rendicontati inferiore agli accessi riportati in diario);
- IND. SPEC. 2, "monitoraggio del sintomo dolore con scala appropriata alle condizioni dell'utente", raggiunto in 19/24 casi (**79.16%**).

Anche nel caso dell'ADI, dunque, le criticità prevalenti hanno riguardato **1 di 5 indicatori generali** (il n°2 "esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati") con percentuali di accettabilità anche inferiori al 50% mentre, per quanto riguarda i **vari indicatori specifici**, la "corretta registrazione in diario degli interventi attuati", in particolare "della motivazione a chiusura del profilo o della motivazione alla rivalutazione" è stata verificata in una percentuale non superiore al **35.71%** dei controlli "ex post".

VIGILANZA INCROCIATA

La normativa regionale prevedeva, nelle more del modello organizzativo di netta separazione tra compiti di gestione e controllo delle Unità d'Offerta direttamente gestite dall'ASL, che la vigilanza e il controllo fossero gestiti da ASL terza.

Sul territorio della Provincia di Sondrio non ci sono S.M.I. e Consulteri Familiari privati (l'unico Consultorio Familiare privato è stato chiuso alla fine del 2014)

Le U.O. gestite direttamente dall'ASL erano:

- SERT Distretto di Sondrio (Distretto di Sondrio);
- SERT Distretto di Bormio (Distretto di Tirano - Bormio);
- SERT Distretto di Morbegno (Distretto di Morbegno – Chiavenna);
- SERT Distretto di Chiavenna (Distretto di Morbegno – Chiavenna);
- SERT Distretto di Tirano (Distretto di Tirano – Bormio);
- Consultorio Familiare di Sondrio (Distretto di Sondrio);
- Consultorio Familiare di Bormio (Distretto di Tirano – Bormio);
- Consultorio Familiare di Tirano (Distretto di Tirano – Bormio)
- Consultorio Familiare di Morbegno (Distretto di Morbegno - Chiavenna);
- Consultorio Familiare di Chiavenna (Distretto di Morbegno – Chiavenna).

Queste Unità d'Offerta sono state vigilate, così come previsto dalla DGR 2989/14, dall'ASL di Lecco.

Vigilanza presso U.O. gestite direttamente da altre ASL



Così come indicato da Regione Lombardia con DGR 2989/2014 e previsto dal Piano dei Controlli 2015, sono state sottoposte a vigilanza le U.O. direttamente gestite dall'ASL della Valle Camonica e Sebino e precisamente:

- il SERT di Darfo;
- il consultorio familiare di Breno.

Nel corso delle visite ispettive è stato verificato il mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento, riscontrando alcune criticità riguardanti l'adeguatezza dei locali e la tenuta della documentazione sanitaria per le quali sono state fornite corrispondenti raccomandazioni (**Tabella 11**).

Tabella 11.

UNITA 'D' OFFE RTA	PRESCRIZIONI			RACCOMANDAZIONI			CONSIGLI		
	ORGAN IZZ. GESTIO NALI	STRUTT URALI IGIENIC O- SANITA RIE	TO T	ORGANI ZZ. GESTIO NALI	STRUTT URALI/ IGIENIC O- SANITA RIE	TO T	ORGAN IZZ. GESTIO NALI	STRUTT URALI IGIENIC O- SANITA RI	TO T
SERT/ SMI (DARF O)	0	0	0	3	2	5	0	0	0
CONS. FAM (BREN O)	0	0	0	5	3	8	0	0	0

I controlli di appropriatezza hanno riguardato il 5% dei fascicoli degli utenti ambulatoriali (**Tabella 12**).

Tabella 12.

Tipologia UNITA' D' OFFERTA	N° FASAS esaminati	N° Indicatori applicabili	N° Indicatori soddisfatti	Livello di ACCETTABILIT A' raggiunto (%)
SERT	17	80	63	78.75
Consultori familiari	18	120	118	98.33



Nel **SERT** il livello di accettabilità raggiunto è stato inferiore al 95% e le principali criticità sono state rilevate a livello dei seguenti indicatori, risultati inferiori al 90%:

- IND. GEN.1 "presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale del bisogno", raggiunto in 11/16 casi (**68.75%**);
- IND. GEN.2 "esistenza della pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati", raggiunto in 12/17 casi (**70.58%**);
- IND. GEN.3.1 "coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione", raggiunto in 10/14 casi (**71.42%**);
- IND. GEN.3.2 "coerenza della pianificazione con gli interventi attuati", raggiunto in 13/16 casi (**81.25%**).

Nel **consultorio familiare** oggetto di verifica è stato invece superato il livello di accettabilità del 95% previsto dalla normativa e nessun indicatore è risultato singolarmente inferiore al 90%.

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

Come previsto dal Piano dei Controlli 2015 e in conformità alla DGR 2942/2014, l'attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di Unità d'Offerta innovative, approvate dalla regione ai sensi della lettera w dell'articolo 11 della legge regionale 3/2008, e le misure applicative della DGR 116/2013 ha riguardato il 100% delle strutture interessate presenti sul territorio dell'ASL. Questo in considerazione della sempre maggior rilevanza che tali iniziative stanno andando ad assumere nell'ambito del secondo pilastro del welfare, con l'obiettivo di coniugare continuità delle cure e sostenibilità dei servizi in risposta all'evoluzione dei bisogni della popolazione.

Relativamente alle prestazioni previste dalla DGR 2942/14 e di cui alle **Tabelle 13 e 14**), sono stati verificati i requisiti soggettivi degli enti gestori e il possesso/mantenimento dei requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici previsti dalle normative specifiche nelle unità d'offerta interessate.

A tale riguardo non si sono evidenziate significative criticità.

Tabella 13.

RESIDENZIALITA'LEGGERA Distretto	Tipologia Ente		Totale Posti attivi	N°FASA S verificati
	RESID.COMUNIT.AS SIST. ANZIANI	RSA		
SONDRIO	1	-	10	2
MORBEGNO- CHIAVENNA	1	1	14	2
BORMIO-TIRANO	-	1	1	1
Totale	2	2	25	5

**Tabella 14.**

RSA APERTA	N° Unità d'Offerta	Utenti (al 30/06/2015)	FASAS controllati
Distretto			
SONDRIO	2	21	5
MORBEGNO- CHIAVENNA	2	25	2
BORMIO-TIRANO	2	11	2
Totale	6	57	9

Sono stati inoltre effettuati i controlli di appropriatezza sul 15% dei FASAS, con particolare riguardo a:

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

Le verifiche hanno complessivamente confermato l'appropriatezza delle prestazioni erogate; sono state date alcune raccomandazioni in merito alla tenuta della documentazione socio-sanitaria.

Da sottolineare il crescente gradimento da parte dell'utenza per le suddette unità d'offerta, come testimoniano le liste d'attesa per l'accesso alla residenzialità leggera e il progressivo aumento delle richieste di prestazioni di RSA aperta – soprattutto assistenziali ed educative – da usufruire sia a domicilio sia presso le strutture, che ha spinto i gestori a dotarsi di personale esclusivamente dedicato.

CURE INTERMEDIE

Le Unità d'Offerta presenti sul territorio, che nel corso del 2014 erano state coinvolte nella sperimentazione POST-ACUTI ed erano state verificate circa il possesso dei requisiti soggettivi, strutturali-tecnologici e organizzativo-gestionali, dal 30/4/2015 hanno aderito al progetto delle CURE INTERMEDIE (vedi **Tabella 15**).

Tabella 15.

ENTE GESTORE	Distretto	Posti letto	FASAS verificati
Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti-Paravicini	MORBEGNO- CHIAVENNA	12	2
L'Arca Soc. Coop. Sociale	MORBEGNO- CHIAVENNA	6	1
S.Michele Soc. Coop. Sociale	BORMIO-TIRANO	10	2
Totale	3	28	5



ATS Montagna

Nel corso del I semestre sono stati effettuati incontri con gli Enti Gestori per illustrare e approfondire gli standard organizzativo-gestionali; dal confronto sono emerse particolari criticità relativamente all'applicazione delle scale per l'individuazione dei profili di cura.

Nella seconda parte dell'anno sono state effettuate visite ispettive in tutte e 3 le strutture coinvolte, allo scopo di verificare lo stato di adeguamento rispetto ai requisiti previsti dalla 3383/2015.

Sono stati inoltre eseguiti i controlli di appropriatezza sul 15% dei FASAS, con particolare riguardo a:

- la presenza della richiesta su ricetta regionale e della scheda di valutazione compilata dal medico inviante;
- la presenza della valutazione multidimensionale, effettuata entro i tempi previsti e coerente con il profilo di cura individuato per l'utente;
- la presenza del progetto/piano assistenziale individualizzato e sua coerenza col profilo di cura dell'utente;
- la coerenza tra quanto riportato nel FASAS e i dati rendicontati nel flusso;
- la documentazione dell'informazione all'utente/care-giver/medico di medicina generale circa il percorso di cura da parte del care-manager.

Si segnala l'ancora parziale difformità rispetto ai requisiti strutturali, organizzativo-gestionali e tecnologici previsti dalla DGR 3383/2015 per quanto riguarda la predisposizione di aree dedicate ad eventuali utenti in profilo 5, la dotazione d'impianto centralizzato per l'ossigenoterapia e del carrello delle emergenze e l'adeguamento degli standard assistenziali (principalmente per la figura del medico, ma anche dell'infermiere e del fisioterapista/terapista occupazionale) per i profili più elevati.

I controlli di appropriatezza hanno confermato la sostanziale adeguatezza delle prestazioni erogate.

MISURA 6

Nel corso del 2015 sono state sottoposte a visita ispettiva tutte le Comunità Educative del territorio della ex-ASL, che ospitano minori in Misura 6 e sono stati effettuati i controlli di appropriatezza sul 100% dei FASAS (**Tabella 16**).

Tabella 16.

Distretto	n° Comunità Educative	n° Minori MISURA 6		n° FASAS controllati
		ASL	Extra-ASL	
Bormio -Tirano	1	1	2	3
Sondrio	0	0	0	0
Morbegno - Chiavenna	5	8	11	19
Totale	6	9	13	22



I requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dalla dgr 20762/2005 erano stati verificati nel corso del 2014. Anche i requisiti gestionali e organizzativi aggiuntivi previsti dalla dgr 2942/2014 sono risultati soddisfatti.

La principale criticità emersa dalle verifiche ha riguardato il Progetto Individualizzato dell'Ufficio di Piano, non sempre rintracciabile nel fascicolo individuale; non sono state riscontrate ulteriori difformità, in particolare fra quanto rendicontato dall'erogatore e la documentazione agli atti.

Si segnala altresì che gli erogatori forniscono prevalentemente assistenza educativa aggiuntiva, mentre le prestazioni di carattere neuropsichiatrico/di sostegno psicologico/psicoterapeutico e tutelare sono usufruite esternamente alla struttura.

ALTRE VIGILANZE (ai sensi delle DGR 3239/2012 e 392/2013)

- **RIABILITAZIONE MINORI CON DISABILITA'.**

Nel territorio dell'ex-ASL è presente una sperimentazione R.A.M.I. (Rete Assistenziale Minori Integrata), di cui è ente capofila la Cooperativa Sociale Insieme con sede a Morbegno e che si avvale della collaborazione di altre cooperative locali.

Verificata la disomogeneità dell'offerta a livello territoriale, sono stati promossi e sono proseguiti nella prima parte del 2015 momenti di confronto con il gestore finalizzati a garantire l'offerta sull'intero territorio provinciale.

La visita ispettiva effettuata nel seconda parte dell'anno non ha rilevato particolari criticità rispetto al progetto e a quanto previsto dalla normativa di riferimento. Il controllo di appropriatezza eseguito sul 5% dei FASAS ha verificato la sostanziale adeguatezza delle prestazioni erogate agli utenti; sono state altresì date raccomandazioni in merito alla tenuta della documentazione socio-sanitaria (**Tabella 17**).

Si precisa che tutti i progetti vengono autorizzati dall'ASL, previa verifica delle singole richieste e della documentazione trasmessa.

Le principali criticità, rispetto alla continuità degli interventi e alle possibili evoluzioni della misura, sono essenzialmente legate all'incertezza dei finanziamenti.

- **INTERVENTI A SOSTEGNO DI PERSONE CON DISTURBO PERVASIVO DELLO SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO E DELLE LORO FAMIGLIE.**

Sul territorio provinciale è attiva una sperimentazione promossa in collaborazione con il Centro per l'Autismo dell'Anffas di Sondrio, finalizzata a garantire la risorsa a minori e adulti e ad incentivare le prestazioni di carattere domiciliare.

Dopo i momenti di confronto e verifica avuti nel corso del I semestre, nella seconda metà del 2015 è stata effettuata una visita ispettiva, che ha verificato la conformità con il progetto e quanto previsto dalle indicazioni regionali, e un controllo sul 5% dei fascicoli degli ospiti, da cui è emersa la sostanziale appropriatezza delle prestazioni (**Tabella 17**).

Si precisa che tutti i progetti vengono autorizzati dall'ASL previa verifica delle singole richieste e della documentazione trasmessa.

Le principali criticità, rispetto alla continuità degli interventi e alle possibili evoluzioni della misura, sono essenzialmente legate all'incertezza dei finanziamenti.



Tabella 17.

TIPOLOGIA MISURA/SPERIMENTAZIONE	N. strutture / progetti aderenti	N. strutture / progetti vigilati	N. utenti	N. FASAS verificati
Riabilitazione Minori Disabili	1	1	17	3
Minori con disturbi pervasivi dello sviluppo	1	1	56	3
Dipendenze prevenzione	1	1	60	3
Dipendenze adolescenti	1	1	286	14

Anche gli esiti dell'attività di vigilanza e controllo effettuata sulle sperimentazioni attive nel territorio della provincia e rivolte alle dipendenze sono riportate nella **tabella 17**.

Per tutte è stata verificata la conformità con il progetto e la normativa regionale, così come l'appropriatezza delle prestazioni erogate a seguito della verifica a campione sul 5% dei FASAS degli utenti in carico ambulatoriale.

CONTROLLO DEI REQUISITI SOGGETTIVI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO

Il controllo dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento previsti dall'Allegato 1 alla d.g.r. 2569/2014, è stato effettuato per tutte autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e alle istanze di accreditamento inoltrate nel corso del 2015 da parte di n. 6 enti gestori.

E' stata altresì effettuata la verifica, secondo le modalità definite dal DPR 445/2000, di oltre il 10%, delle autocertificazioni inviate entro il 31 gennaio dagli enti gestori, così come previsti dall'Allegato 1 alla d.g.r. 2569/2014 La verifica è stata effettuata mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti, tra i quali Tribunale, Prefettura degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione.

Per le verifiche da effettuarsi presso il Tribunale viene utilizzato un software messo a disposizione dal Tribunale stesso.

Per quanto riguarda i controlli delle autocertificazioni relative al Legale Rappresentante e agli Enti Gestori che concorrono alla realizzazione delle azioni previste dalla DGR n. 856/2013, nel corso dell'anno è stato verificato il 10% delle autocertificazioni presentate.

VIGILANZE NOTTURNE

Durante il mese di agosto sono state effettuate 2 vigilanze serali senza preavviso, rispettivamente presso una RSA e una 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 ospiti.

Dalle visite ispettive non sono emerse particolari criticità.



VERIFICA QUALITA' PERCEPITA

Considerato che dall'analisi delle customer-satisfaction rilevate nelle strutture socio sanitarie emergono altissimi gradi di soddisfazione da parte degli ospiti e/o dei familiari, si è messa 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 RSA.

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 della gravità e della complessità dell'utenza, rapportata al numero standard degli operatori stessi.

TAVOLI DI VIGILANZA

Si confermano numerose, anche nel 2015, le richieste rivolte dagli enti gestori di unità d'offerta socio sanitarie e socio-assistenziali per consulenze e azioni di supporto (**Tabella 18**).

Tabella 18.

TIPOLOGIA DI TAVOLO DI VIGILANZA	NUMERO DI TAVOLI EFFETTUATI
SOCIO- SANITARIO	7
SOCIO – ASSISTENZIALE	5
UNITA' SPERIMENTALI SOCIALI	1

Si fa notare che 3 dei 7 incontri richiesti in ambito socio-sanitario hanno riguardato l'avvio di misure innovative (residenzialità leggera in 2 casi e cure intermedie in 1 caso) e che, anche per il 2015, sono pervenute richieste di consulenza per l'attivazione di unità d'offerta sperimentali in ambito sociale nell'ottica di contribuire alla creazione di un sistema di servizi e prestazioni integrate sempre più vicine ai bisogni dei cittadini.

L'obiettivo è quello di favorire la funzione di autocontrollo da parte degli enti gestori e la capacità di dare risposte appropriate atte a garantire continuità delle cure e sostenibilità della rete dei servizi.

OBIETTIVI 2015 DIRETTORE GENERALE



Nel corso dell'anno sono stati raggiunti gli obiettivi aziendali di interesse regionale dei direttori generali delle ASL , delle A.O., e A.R.E.U. previsti dalla deliberazione n X /3554 del 2015

In particolare, per quanto riguarda gli obiettivi dell' area 4 dell'ambito socio sanitario, si prevedeva:

- la coerenza tra la programmazione espressa nel piano dei controlli e le indicazioni regionali;
- l'invio delle schede di monitoraggio semestrale e la stesura di una relazione intermedia, da trasmettere in Regione entro il 31/07/2015;
- l'invio delle schede di monitoraggio semestrale e la stesura di una relazione conclusiva, da trasmettere in Regione entro il 31/01/2016 2015, e di una relazione finale da trasmettere entro il 31/01/2016;
- la completa attuazione del piano di vigilanza e controllo.

Si precisa che il Servizio ha collaborato attivamente al raggiungimento di altri obiettivi ed in particolare degli obiettivi dell'area 2 (indici di dotazione fabbisogno unità d'offerta socio-sanitaria) e dell'area 3 (3.1Cure Intermedie e 3.11 Minori Misura 6).

MONITORAGGIO PIANI PROGRAMMA

La sola unità d'offerta con piano programma nel territorio dell'ex ASL di Sondrio è la RSA "Villa del Sorriso", gestita dalla Fondazione in partecipazione "Casa di Riposo Villa del Sorriso onlus" di Bormio.

Nel corso del 2015 è stato approvato il progetto definitivo e sono state effettuate 2 visite ispettive come previsto dalle indicazioni regionali.

La conclusione dei lavori è confermata per la fine del 2017.

FORMAZIONE

Nel corso del 2015 l'U.O. Qualità ed Accredimento dei Servizi, in collaborazione con le altre U.O. del Dipartimento ASSI, ha promosso percorsi formativi-informativi rivolti ai gestori delle U.O. socio-sanitarie con particolare riferimento alle regole 2015 e agli indicatori di appropriatezza.

Rispetto a quest'ultima area si sono svolti incontri specifici per le diverse tipologie di unità d'offerta.

Nel corso del 2015 gli operatori della vigilanza e i componenti della commissione istituita durante l'anno hanno partecipato ad un corso di formazione, organizzato dall'ex ASL di Vallecamonica, sulla vigilanza amministrativa ex art 23-25 del Codice Civile.

Tutti gli operatori hanno partecipato alle giornate formative promosse, tra maggio e settembre 2015, da Regione Lombardia sulle dgr. 2569 /14 e 1756/14.

VIGILANZA SOCIO-ASSISTENZIALE



1) Tipologia ed organizzazione attività

a) **Vigilanza routinaria**

È prevista per le unità d'offerta sociali già in esercizio in possesso di autorizzazione al funzionamento o funzionanti a seguito di Comunicazione Preventiva di Esercizio - CPE (ai sensi della l.r. 3/2008 e successive circolari regionali);

La vigilanza routinaria si basa sulla verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio.

L'attività viene programmata ad inizio anno, anche attraverso incontri con i responsabili dei servizi interessati, con l'individuazione delle UdO da sottoporre a vigilanza ed i controlli da effettuare, anche sulla base della documentazione agli atti.

Si analizzano dettagliatamente i problemi emersi nei controlli dell'anno precedente e si stabilisce il calendario delle vigilanze.

Prima della visita ispettiva la Commissione esamina la documentazione relativa alla struttura oggetto di vigilanza e si concordano le azioni da mettere in atto durante le visita.

La Commissione è di norma composta da:

- assistente sociale dell'UOC Qualità ed Appropriatezza, con anche funzione di coordinamento;
- educatore dell'UOC Qualità ed Appropriatezza, con anche funzione di verbalizzante;
- responsabile, o operatore delegato, del servizio di riferimento per l'area di interesse (minori, disabili, anziani) della struttura da vigilare;
- operatore tecnico individuato dal Responsabile del Dipartimento di Prevenzione, parte integrante della Commissione per gli aspetti strutturali, tecnologici, di sicurezza, igienico sanitari.

b) **Vigilanza su segnalazione**

In caso di segnalazione, o comunque in situazioni di particolare rilevanza o criticità, vengono programmate specifiche visite ispettive, a cui partecipa di norma il Direttore UOC Qualità ed Appropriatezza.

c) **Vigilanza a seguito di Comunicazione Preventiva di Esercizio**

La visita è effettuata entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta da parte del Comune territorialmente competente il quale, a seguito di presentazione della CPE da parte del soggetto gestore, è tenuto alla verifica della completezza della comunicazione e delle relative dichiarazioni e certificazioni, nonché alla richiesta di eventuali integrazioni.

La Commissione di vigilanza, a cui partecipa di norma il Direttore UOC, verifica il possesso dei requisiti strutturali/tecnologici ed organizzativo/gestionali per l'esercizio dell'attività previsti dalla normativa vigente.

d) **Vigilanza su Sperimentazione**

Questa attività di vigilanza è rivolta alle sperimentazioni avviate ai sensi dell'art.13 comma 1 lettera b della l.r. 3/2008.

Attivate in particolare da soggetti del terzo settore, ed approvate dal Comune di ubicazione territorialmente competente, sono concentrate nell'area anziani e rivolte a persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti, con sufficiente livello di autonomia; nascono dall'analisi dei bisogni espressi dal territorio e rispondono alla sempre maggiore richiesta di accoglienza residenziale "leggera".

Complessivamente le sperimentazioni sono 5 , di cui 4 a carattere residenziale ed 1 diurna (cfr tabella n).



L'ASL, quando coinvolta da gestori e Comuni, ha anche partecipato per le proprie conoscenze e competenze alla fase di valutazione ed al percorso progettuale che ha portato all'attivazione delle sperimentazioni.

Su richiesta del Comune l'ASL, con una équipe integrata di operatori dell'UOC Qualità e Appropriatezza, ha effettuato visite ispettive per la verifica dei requisiti strutturali generali e degli aspetti organizzativo/gestionali definiti ed esplicitati in sede di attivazione del servizio.

Verbalizzazione

Il verbale delle visite ispettive viene redatto e sottoscritto sul luogo, con la compilazione di un modello standard predisposto dall'UOC.

Viene di norma redatto in duplice copia, di cui una viene consegnata al referente del soggetto gestore presente alla visita e che a controfirmato il verbale per presa visione.

A seguito di acquisizione da parte del Direttore UOC, copia del verbale viene successivamente trasmessa, per competenza e gli eventuali provvedimenti conseguenti, al Comune di ubicazione dell'UdO, nonché al soggetto gestore.

II) **Vigilanza socio assistenziale 2015**

1) Attività: si è articolata in:

a) vigilanza sulle **Unità d'offerta sociali**, che nel 2015 ha riguardato n.46 servizi/strutture, di cui:

- n.42 visite ispettive programmate di vigilanza routinaria su 68 unità d'offerta sociali già funzionanti (pari al **61,7%** delle strutture in esercizio al 01.01.2015);
- n.4 prime visite ispettive a seguito di Comunicazione Preventiva di Esercizio e previa richiesta del Comune territorialmente competente (1 per attivazione di Alloggio Protetto per Anziani, 2 per attivazione di Comunità di Accoglienza Residenziale per Disabili, 1 per cambio di soggetto gestore di CSE), pari al **100%** delle CPE pervenute.

Di ciascuna visita ispettiva è stato redatto verbale, in conformità al modello standard definito dall'UOC, con successivo invio al soggetto gestore e al Comune di ubicazione della struttura.

b) vigilanza sulle **sperimentazioni** di nuove unità d'offerta sociali, ai sensi l.r. 3/2008, nei casi richiesti e concordati con i Comuni con relativa verbalizzazione: nel corso del 2015 sono state effettuate n.4 visite ispettive presso altrettante unità d'offerta, nel caso di una delle quali non è ancora pervenuta approvazione del progetto da parte del comune.

2) Dati e percentuali di copertura

Rispetto al dato di visite ispettive per la vigilanza routinaria si sottolinea come sia stata ampiamente superata la percentuale minima prevista dalla programmazione regionale (61,7% a fronte del 50% minimo richiesto)

Si evidenzia inoltre che, come esplicitato nelle regole regionali, è stata posta particolare attenzione all'area minori e infanzia, specialmente ai servizi per la prima infanzia (nidi,



micronidi, nidi famiglia, centri prima infanzia) con percentuale di vigilanza pari al **75,7%** (visitate 25 UO su 33).

3) Contenuti

La vigilanza routinaria ha riguardato prioritariamente il mantenimento degli standard strutturali, organizzativi, gestionali, ma anche altri aspetti ed indicatori di qualità aggiuntivi rispetto ai soli standard di esercizio.

In particolare nei servizi per la prima infanzia, si presta attenzione anche ad aspetti qualitativi aggiuntivi quali la formazione/preparazione del personale, le giornate d'apertura con le offerte di frequenza part-time ed a pacchetto orario, le attività proposte, l'adeguatezza e ricchezza degli ambienti in termini di stimoli per la crescita affettiva, sociale e cognitiva dei bambini, la collaborazione con le famiglie.

Aspetti strutturali:

- conformità delle planimetrie all'effettiva destinazione d'uso dei locali;
- articolazione e spazi della struttura destinati ad utenti e personale;
- rispetto dei requisiti igienico sanitari;
- spazi ed attrezzature esterne, ove previste;
- accessibilità degli spazi;
- temperatura degli ambienti;
- adeguata manutenzione e pulizia degli ambienti e degli arredi;
- verifica della documentazione relativa agli impianti.

Aspetti organizzativi:

- ricettività, iscrizioni e frequenza, anche part time;
- strumenti di rilevazione delle presenze, sia degli utenti che del personale;
- aggiornamento e completezza della carta dei servizi;
- rapporti con i familiari e i servizi del territorio;
- presenza del programma socio-educativo e/o socio-animativo generale
- presenza ed aggiornamento del fascicolo e progetto educativo personale ove previsto
- rilevazione della customer-satisfaction;
- coordinamento e modalità di lavoro in equipe;
- presenza di documentazione generale (gestione delle emergenze, gestione dei servizi generali, manutenzioni).

Aspetti gestionali:

- quantità e tipologia del personale (ruolo, titolo di studio, orario, rapporto di lavoro);
- articolazione della presenza degli operatori in relazione agli utenti iscritti e presenti;
- compresenza.

III) **Accreditamento**

La l.r. n.3/2008 ha disciplinato, tra l'altro, la rete delle unità d'offerta sociali.

Queste operano, nel rispetto del principio della libertà di scelta, nell'ambito della programmazione regionale e locale e nel rispetto di regole che definiscono i requisiti per il loro esercizio e le condizioni per l'accesso al sistema di accreditamento, come dettagliatamente previsto dal decreto 1254/2010, condizione per poter in seguito stipulare contratti con i comuni.



Per la vigilanza ad UdO accreditate la Commissione, se richiesto dagli Uffici di Piano, concorda con gli stessi una data per far coincidere la propria vista ispettiva sui requisiti di esercizio con quella del Responsabile dell'UdP, competente per la verifica del possesso o mantenimento degli standard di accreditamento.

Tabella 19. Elenco tipologia unità d'offerta sociali e posti autorizzati

DISTRETTO	SONDRIO		CHIAVE NNA		MORBEGNO		TIRANO		BORMIO		TOTALE	
	Numero strutture	Posti autorizzati										
NIDO	7	214	3	85	5	105	2	45	3	115	20	564
MICRONIDO	1	10			2	20					3	30
NIDO FAMIGLIA	7	35					1	5			8	40
CENTRO PRIMA INFANZIA					1	8			1	23	2	31
COMUNITA' EDUCATIVA					5	45	1	10			6	55
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA					1	3	1	3			2	6
COMUNITA' FAMILIARE												
CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE							1	34	4	265	5	299
CENTRI RICREATIVI DIURNI	5	310			3	250	1	21	1	20	10	601

DISTRETTO	SONDRIO		CHIAVE NNA		MORBEGNO		TIRANO		BORMIO		TOTALE	
	Numero strutture	Posti autorizzati										
SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA					1	35					1	35
CENTRO SOCIO EDUCATIVO			1	10	2	35	2	30	1	10	6	85
COMUNITA' ALLOGGIO* (utenza mista)	1	5									1	5
COMUNITA' D'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE	1	10					1	10	1	10	3	30



DISTRETTO	SONDRIO		CHIAVE NNA		MORBEG NO		TIRANO		BORMI		TOTALE	
	struttur o	Posti autoriz zati										
ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI	1	56	0	0	0	0	3	57	0	0	4	113

Tabella 20. Sperimentazioni

DISTRETTO	SONDRIO		CHIAVE NNA		MORBEG NO		TIRANO		BORMI		TOTALE	
	struttur o	Posti autoriz zati										
Comunità alloggio per anziani "Residenza Primavera"					1	20					1	20
Centro di Accoglienza Diurna per persone anziane autosufficienti	1	5									1	5
"Nucleo dimora Anziani"									1	12	1	12
"Residenza Comunitaria Assistita per Anziani"					1	8+1 0					1	18
Residenza per anziani "Casa di Viola"	1	10+1 5									1	25
TOTALE	2	30			2	38			1	12	5	80

I) Esiti attività di vigilanza e considerazioni generali

Dalla seguente **Tabella 21** si evidenzia che:

- prevalgono sempre in linea di massima le raccomandazioni (32), dato in linea con quello del 2014 (34);
- le raccomandazioni riguardano, in parti sostanzialmente equivalenti, aspetti strutturali (12), igienico-sanitari (9), organizzativi/gestionali (11);



- le raccomandazioni sono prevalentemente finalizzate ad implementare azioni atte a migliorare la qualità del servizio;
- le 4 prescrizioni sono riferite: 3 ad asilo nido ed 1 ad alloggio protetto.

A livello generale, si sono consolidati i rapporti con gli Uffici di Piano e con i singoli comuni; per questi ultimi permangono in alcuni casi criticità relativamente al loro ruolo, sia in relazione agli adempimenti conseguenti alla comunicazione preventiva di esercizio, sia più in generale in rapporto alle competenze in materia di unità d'offerta sociale.

Si è particolarmente insistito con i soggetti gestori sulla necessità di rendere disponibile e consultabile presso la sede dell'UdO tutta la documentazione (in originale o in copia) relativa ai requisiti sottoposti a verifica e controllo.

Specialmente nelle strutture per la prima infanzia si è dovuto spesso richiedere la trasmissione di parte della documentazione a seguito della visita ispettiva.

Considerata l'effettuazione della visita senza preavviso, quanto sopra è in parte legato alla difficoltà oggettiva degli operatori, contestualmente impegnati nell'attività con i bambini, nel dare riscontro alla Commissione per la verifica dei requisiti e relativa documentazione (si pensi in particolare ai nidi di piccole dimensioni, micronidi o nidi famiglia).

L'attività di vigilanza viene comunque spesso accolta dai gestori delle Unità di Offerta anche come momento di verifica qualitativa dei servizi offerti e come opportunità di confronto per chiarire dubbi e richiedere informazioni.

Tabella 21.

TIPOLOGIA UDO	N. UdO ESISTENTI	N. UdO VIGILANTE	N. PRESCRIZIONI			N. RACCOMANDAZIONI			N. CONSIGLI			TOTALE		
			A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
NIDI	20	17	1	2		9	3	3			1	10	5	4
MICRONIDI	3	3						1				0	0	1
NIDI FAMIGLIA	8	4						2	1			1	0	2
C. PRIMA INFANZIA	2	1										0	0	0
CENTRO RICREATIVO O DIURNO	10	4				1	5	3	1			2	5	3
CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE	5	2						1		1		0	1	1
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	2	2										0	0	0
COMUNITA'	0	0												



FAMILIARI														
COMUNITA' EDUCATIV E	6	2										0	0	0
SFA	1	1										0	0	0
CSE	6	4					1	1				1	0	1
COMUNITA' ALLOGGIO MISTA	1	1				1	1					1	1	0
COMUNITA' D'ACCOGL IENZA RESIDENZI ALE	3	3				1						1	0	0
ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI	4	2	1									1	0	0
SUB TOTALE	71	46	2	2	0	12	9	11	3	1	1	17	12	12
TOTALE			4			32			5			41		

A	STRUTTURALI
B	IGIENICO-SANITARI
C	ORGANIZZATIVI/GE NERALI

VIGILANZA SU SEGNALAZIONE

Nel corso dell'anno sono state eseguite 3 vigilanze su segnalazione.

- Su sollecitazione telefonica del familiare di un utente di una RSA, nel mese di luglio è stato effettuato un sopralluogo presso la struttura col tecnico della prevenzione dell'ASL, che ha riscontrato temperature interne superiori a quanto indicato dal Regolamento Locale di Igiene a causa del malfunzionamento del sistema di climatizzazione. E' stato altresì verificato l'avvio tempestivo, da parte dell'ente gestore, di tutte le misure provvisorie atte ad assicurare il raffrescamento e il ricambio dell'aria in attesa del ripristino dell'impianto. Sono stati forniti un consiglio e una raccomandazione circa la ritaratura dei rilevatori di temperatura ambientale e



il rapido completamento degli interventi atti a garantire una temperatura adeguata alle condizioni degli ospiti e agli operatori.

- Verifica del rispetto degli standard assistenziali e dell'appropriatezza e qualità delle cure erogate a un utente in stato vegetativo, dopo segnalazione scritta da parte di un parente. Alle visite ispettive effettuate presso la RSA, dotata peraltro di nucleo dedicato, non sono emerse criticità.
- Verifica circa il rispetto dei limiti di ricettività di un nido dopo segnalazione del Comune. Alla visita ispettiva non sono emerse criticità al riguardo.

ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTICOLI 23 E 25 DEL CODICE CIVILE SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO

Nel corso del 2015 la Commissione multidisciplinare interna alla ASL per l'esercizio delle attività di vigilanza e controllo prevista dagli artt. 23 e 25 del Codice Civile sulle fondazioni e associazioni, che operano in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e sanitario, istituita con Decreto del Direttore Generale n. 408 del 26/08/2014, ha provveduto coerentemente con quanto indicato nel Piano dei Controlli ad effettuare le proprie verifiche su n.6 fondazioni/associazioni, sorteggiate dalle 30 con sede nel territorio dell'ASL di Sondrio incluse nell'elenco aggiornato da Regione Lombardia.

La modalità di scelta dei soggetti giuridici da sottoporre a vigilanza e controllo è stata quella prevista dal Regolamento di funzionamento della Commissione, adottato con Deliberazione del direttore Generale n. 213 del 10/07/2015.

Il controllo è stato effettuato su base documentale, sulla scorta degli atti principali che caratterizzano la natura giuridica e l'attività esercitata, materiale richiesto in data 08/10/2015 prot. n. 41414 a tutte le fondazioni/associazioni di competenza.

Per ogni Fondazione /associazione è stato redatto da parte della Commissione un verbale sull'esito del controllo effettuato.

Non è stato eseguito alcun controllo mirato o su segnalazione, in quanto nel corso dell'anno non si sono evidenziate esigenze specifiche al riguardo.

Nel mese di maggio il personale della Asl di Sondrio e della ASL della Vallecamonica-Sebino, coinvolto nell'attività di vigilanza e controllo prevista dagli artt. 23 e 25 del Codice Civile sulle fondazioni e associazioni, ha partecipato ad un corso di formazione specifico, finanziato con parte del contributo regionale 2015, tenutosi nella sede della Vallecamonica.

CONTRIBUTO ECONOMICO REGIONALE ASSEGNATO ALL'ASL PER L'ATTIVITA' DI VIGILANZA

Nel corso del 2015, grazie al contributo economico regionale previsto per le attività di vigilanza, si è potenziato il servizio attraverso:

- rinnovo di una borsa di studio (10958 euro);
- formazione del personale (500 euro).

**ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO 2015****AREA ALTO LARIO**

Nel territorio di competenza della ASL della Provincia di Como nel 2015 erano comprese le seguenti unità di offerta afferenti ora nel 2016 alla ATS della Montagna:

Tipologia Unità d'Offerta	Totale Unità d'Offerta	Numero Sopralluoghi
RSA	12	23
CDI	2	3
CDD	3	4
CSS	1	2
Cure Intermedie/IDR	0	0
RSD	2	3
Consultori Familiari	1	1
Hospice	0	0
Sert	0	0
Comunità Terapeutiche	0	0
ADI	2	1
TOTALE	23	37

Inoltre è stato effettuato n. 1 sopralluogo ADI in itinere, n. 1 sopralluogo per verifica Segnalazione e n. 1 sopralluogo ex DGR 2942/2014 Misura Residenzialità Leggera.

UNITÀ D'OFFERTA VIGILATE NEL 2015

	N. UdO da vigilare	STRUTTURALE	ORDINARIA / APPROPRIATEZZA
RSA	12	6	7
CDI	2	2	1
CDD	3	2	2
CSS	1	1	1
Cure Intermedie/IDR	0		



RSD	2	1	2
Consultori Familiari	1	1	0
Hospice	0	0	0
Sert	0	0	0
Comunità Terapeutiche	0	0	0
ADI	2	0	1
TOTALE	23	13	14

TIPOLOGIA CRITICITÀ/RACCOMANDAZIONI DISPOSTE NELL'ANNO 2015

	Totale	Area igienica sanitaria	In merito a requisiti organizzativi, gestionali
RSA	5		4
CDI			1
CDD			2
CSS			1
Cure Intermedie/IDR			0
RSD		1	2
Consultori Familiari			1
Hospice			0
Sert			0
Comunità Terapeutiche			0
ADI			1
TOTALE	5	1	12

SANZIONI COMMINATE NELL'ANNO 2015 UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE

	Numero Sanzioni	Causale	Importo Totale Sanzioni
RSA	1	Carenza requisiti esercizio	€ 2.030,00
TOTALE	1		€ 2.030,00



CRITICITA' INDICATORI DI APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

RSA

Unità d'offerta Vigilata: 6	TOTALE FASAS ESAMINATI: 61
------------------------------------	-----------------------------------

Indicatori GENERALI		N. fasas in cui l'indicatore è applicabile	N. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza della valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni	61	40	98%
2	Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati	61	60	66%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	61	61	100%
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	60	60	100%
4	Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel fasas	61	61	100%

Indicatori SPECIFICI Percentuale di FASAS di utenti:		N. fasas in cui l'indicatore è applicabile	N. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1.1	Per i quali è stato valutato il rischio caduta	61	61	100%
1.2	Valutati a rischio caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/tratta mentali	52	52	100%
2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione	38	24	63%
2.2	Sottoposti a contenzione che contengono il consenso informato all'utilizzo sottoscritto	10	8	80%
3.1	E' presente una valutazione del dolore effettuata con scale di valutazione del dolore adeguate allo stato cognitivo della persona	61	46	75%
3.2	Trattamento del dolore negli ultimi 3 mesi nel 100% degli stati-episodi algici	27	12	44%
4.1	E' stato valutato, attraverso scale validate, il rischio di sviluppare ulcere da pressione	61	61	100%
4.2	Sono attuati Interventi appropriati per prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto	34	30	88%
5.1	Viene effettuata la valutazione dello stato	61	56	92%



nutrizionale e apporto idrico				
5.2	Viene effettuato il monitoraggio e/o misure preventive/trattamentali in utenti valutati a rischio o con stato di malnutrizione e/o di disidratazione	26	22	85%
6.1	L'anamnesi sociale e familiare è completa dei dati richiesti	61	48	79%
6.2	Obiettivi personalizzati per attività animative /educative individuali e/o di gruppo	61	53	87%
7.1	In persona con decadimento cognitivo (MMSE < 19) è prevista una progettualità specifica	45	35	78%
7.2	SOLO PER NUCLEI ALZHEIMER: le persone con CDR 2-3 sono coinvolte in programmi di stimolazione cognitiva globale	3	0	0%
8	Coinvolgimento in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni della persona	61	61	100%
Totale		966	851	88%

Indicatori generali:

Da una verifica dei dati ottenuti si evidenzia come per il 2015, in alcuni FASAS non si è ritrovata una valutazione dei bisogni o un preciso Progetto Individuale o una Pianificazione dettagliata completa di tutti gli elementi previsti dalla normativa.

Permane ancora, da parte dei gestori, qualche difficoltà nel tradurre la normativa in un progetto personalizzato con relativa tracciabilità degli interventi secondo obiettivi misurabili.

Indicatori specifici:

Si evidenziano criticità multiple sulla maggior parte degli item previsti dalla normativa

CDI

Unità d'offerta Vigilata: 1	TOTALE FASAS ESAMINATI: 5
------------------------------------	----------------------------------

Indicatori GENERALI		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza della valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni	5	3	60%
2	Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati	5	5	100%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	5	5	100%
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	5	5	100%
4	Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FASAS	5	5	100%

Indicatori SPECIFICI	n. fasas in	n. fasas in cui	%
----------------------	-------------	-----------------	---



Percentuale di FASAS di utenti:		cui l'indicatore è applicabile	l'indicatore è soddisfatto	
1.1	per i quali è stato valutato il rischio caduta	5	5	100%
1.2	valutati a rischio caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/tratta mentali	1	1	100%
2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione	0	0	100%
2.2	sottoposti a contenzione che contengono il consenso informato all'utilizzo sottoscritto	0	0	100%
3	E' presente una valutazione del dolore effettuata con scale di valutazione del dolore adeguate allo stato cognitivo della persona	5	5	100%
4.1	Viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e apporto idrico	5	5	100%
4.2	Viene effettuato il monitoraggio e/o misure preventive/trattamentali in utenti valutati a rischio o con stato di malnutrizione e/o di disidratazione	2	2	100%
5.1	L'anamnesi sociale e familiare è completa dei dati richiesti	5	3	60%
5.2	Obiettivi personalizzati per attività animative /educative individuali e/o di gruppo	4	4	100%
6	In persona con decadimento cognitivo (MMSE < 19) è prevista una progettualità specifica	2	2	100%
7	Coinvolgimento in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni della persona	5	5	100%
Totale		59	55	93%

Indicatori generali:

1 "Presenza della valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni"

Indicatore raggiunto solo parzialmente mancando spesso una sezione anamnestica sanitaria ed almeno una prima visita medica.

Indicatori specifici:

5.1 "L'anamnesi sociale e familiare è completa dei dati richiesti"

In alcuni FASAS non è stata raccolta una valutazione completa di tutti gli elementi previsti dalla normativa.



RSD

Unità d'offerta Vigilante: 2	TOTALE FASAS ESAMINATI: 11
------------------------------	----------------------------

Indicatori GENERALI		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza della valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni	11	11	100%
2	Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati	11	10	91%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	11	11	100%
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	11	11	100%
4	Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FASAS	11	11	100%

Indicatori SPECIFICI Percentuale di FASAS di utenti:		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1.1	Presenza della valutazione delle funzioni primarie	11	11	100%
1.2	Attuazione di interventi coerenti con la valutazione in caso di funzioni primarie compromesse e/o a rischio	9	9	100%
2.1	Presenza di valutazione delle abilità nelle funzioni motorie (deambulazione, trasferimenti, rischio caduta)	11	11	100%
2.2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di caduta o caduti	7	7	100%
3	Rintracciabilità della valutazione del dolore effettuata con scala appropriata e validata	11	6	55%
4.1	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale	11	11	100%
4.2	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	11	11	100%
4.3	Attuazione di strategie di intervento per gli utenti in cui sono state rilevate significative compromissioni dell'autonomia	10	10	100%
5.1	Valutazione del rischio/presenza di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	11	11	100%
5.2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di comportamenti	10	10	100%



	auto-etero aggressivi o che comportano controllo			
6.1	Presenza di valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	11	11	100%
6.2	Individuazione di obiettivi personalizzati per le attività animative/educative/occupazionali sia individuali che di gruppo	11	11	100%
7	Attuazione di interventi finalizzati all'inclusione sociale o al sostegno alle relazioni interpersonali	11	11	100%
Totale		190	184	97%

Indicatori generali:

2. "Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati".

In un FASAS non erano riscontrabili un Progetto Individuale ed Pianificazione completa di tutti gli elementi previsti dalla normativa.

3. "Rintracciabilità della valutazione del dolore effettuata con scala appropriata e validata".

Non sempre è rintracciabile una valutazione della sintomatologia dolorosa.

CDD

Unità d'offerta Vigilante: 2	TOTALE FASAS ESAMINATI: 8
------------------------------	---------------------------

Indicatori GENERALI		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza della valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni	8	8	100%
2	Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati	8	4	50%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	8	5	63%
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	8	5	63%
4	Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FASAS	8	5	63%

Indicatori SPECIFICI Percentuale di FASAS di utenti:		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1.1	Presenza della valutazione delle funzioni primarie	8	8	100%
1.2	Attuazione di interventi coerenti con la valutazione in caso di funzioni primarie compromesse e/o a rischio	6	6	100%



2.1	Presenza di valutazione delle abilità nelle funzioni motorie	8	7	88%
2.2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di caduta o caduti	6	5	83%
3.1	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale	8	8	100%
3.2	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	8	8	100%
3.3	Attuazione di strategie di intervento per gli utenti in cui sono state rilevate significative compromissioni dell'autonomia	6	6	100%
4.1	Valutazione del rischio/presenza di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	8	8	100%
4.2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	5	5	100%
5.1	Presenza di valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	8	8	100%
5.2	Individuazione di obiettivi personalizzati per le attività animative/educative/occupazionali sia individuali che di gruppo	8	8	100%
6	Attuazione di interventi finalizzati all'inclusione sociale o al sostegno alle relazioni interpersonali	8	8	100%
Totale		127	112	88%

Indicatori generali e specifici:

In una struttura analizzata, si evidenziano criticità multiple sulla maggior parte degli item previsti dalla normativa.

CSS

Unità d'offerta Vigilata: 1	TOTALE FASAS ESAMINATI: 3
-----------------------------	---------------------------

Indicatori GENERALI		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni	3	0	0%
2	Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati	3	0	0%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	3	3	100%
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	3	0	0%
4	Congruenza dati rendicontati nel flusso con	3	3	100%



quanto rintracciato nel FASAS			
-------------------------------	--	--	--

Indicatori SPECIFICI Percentuale di FASAS di utenti:		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1.1	Presenza della valutazione delle funzioni primarie	3	0	0%
1.2	Attuazione di interventi coerenti con la valutazione in caso di funzioni primarie compromesse e/o a rischio	3	0	0%
2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di caduta o caduti	3	0	0%
3.1	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale	3	3	100%
3.2	Presenza della valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione	3	3	100%
3.3	Attuazione di strategie di intervento per gli utenti in cui sono state rilevate significative compromissioni dell'autonomia	0	0	100%
4.1	Valutazione del rischio/presenza di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	3	0	0%
4.2	Attuazione di misure preventive/trattamentali per gli utenti valutati a rischio di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	3	0	0%
5.1	Presenza di valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali	3	3	100%
5.2	Individuazione di obiettivi personalizzati per le attività animative/educative/occupazionali sia individuali che di gruppo	3	3	100%
6	Attuazione di interventi finalizzati all'inclusione sociale o al sostegno alle relazioni interpersonali	3	3	100%
Totale		45	21	46%

Indicatori generali e specifici:

Nella struttura analizzata, si evidenziano criticità multiple sulla maggior parte degli item previsti dalla normativa.

**ADI EX POST**

Unità d'offerta Vigilata: 1	TOTALE FASAS ESAMINATI: 10
-----------------------------	----------------------------

Indicatori GENERALI		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza della valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni	0	0	N.P.
2	Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati	10	1	10%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	0	0	N.P.
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	10	1	10%
4	Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FASAS	1	1	100%

Indicatori SPECIFICI Percentuale di FASAS di utenti:		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriate alle condizioni cliniche della persona	10	1	10%
2.1	Presenza di valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	10	1	10%
2.2	Attuazione di interventi appropriati per gli utenti valutati a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	8	8	100%
3	Applicazione corretta ed appropriata dei protocolli assistenziali relativi alle condizioni cliniche del singolo utente	10	9	90%
4	Presenza in diario della registrazione degli eventi occorsi e degli interventi attuati	10	9	90 %
5.1	Presenza del PRI/pri redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo in coerenza con i bisogni rilevati	0	0	N.P.
5.2	Rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG n. 6032/2012 Allegato n. 1	0	0	N.P.
Totale		69	31	44%

Indicatori generali e specifici:

Nella struttura analizzata, si evidenziano criticità multiple sulla maggior parte degli item previsti dalla normativa.

**ADI IN ITINERE**

Unità d'offerta Vigilata: 1	TOTALE FASAS ESAMINATI: 1
-----------------------------	---------------------------

Indicatori GENERALI		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza della valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni	0	0	N.P.
2	Esistenza della progettazione, pianificazione, tracciabilità degli interventi attuati	1	0	0%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	0	0	N.P.
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	1	0	0%
4	Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FASAS	1	1	100%

Indicatori SPECIFICI Percentuale di FASAS di utenti:		n. fasas in cui l'indicatore è applicabile	n. fasas in cui l'indicatore è soddisfatto	%
1	Presenza al domicilio del materiale informativo	1	0	0%
2.1	Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriate alle condizioni cliniche della persona	1	0	0%
3.1	Presenza di valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	1	0	0%
3.2	Attuazione di interventi appropriati per gli utenti valutati a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	1	0	0%
4	Presenza in diario della registrazione degli eventi occorsi e degli interventi attuati	1	1	100%
5.1	Presenza del PRI/pri redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo in coerenza con i bisogni rilevati	0	0	N.P.
5.2	Rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG n. 6032/2012 Allegato n. 1	0	0	N.P.
Totale		8	2	25%

Indicatori generali e specifici:

Nella struttura analizzata, si evidenziano criticità multiple sulla maggior parte degli item previsti dalla normativa.



ATTIVITÀ DI VIGILANZA SULLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALI PER IL DISTRETTO MAL

Analisi attività dell'anno 2015

Uno schema riassuntivo dei sopralluoghi previsti dal piano dei controlli ed effettuati alla data del 31/12/2015 nel Distretto MAL è riportato di seguito.

Tipologie UDO	Numero Strutture censite a 1/1/2015	Numero Strutture da vigilare in base al Piano dei controlli 2015 (50%)	Numero sopralluoghi effettuati al 31/12/2015	Di cui sopralluoghi effettuati a seguito di CPE	Numero udo vigilate	% sopralluoghi raggiunta al 31/12/2015	Numero Strutture per le quali sono state indicati correttivi/miglioramenti	Numero Strutture sanzionate
Nidi	7	4	7	1	7	100 %		
Micronidi	0				0			
Nidi Famiglia	1	1	1		1	100 %		
Centri Prima Infanzia	3	2	3		2	66 %		
Comunità Educative	0				0			
Alloggi per l'Autonomia	1		1	1	1	100 %		
Comunità Familiari	1	1	1		1	100 %		
Comunità Alloggio Disabili	1		1		1	100 %		
Centro socio educativo (CSE)	1		1		1	100 %		
Servizi di formazione all'autonomia	0				0			
Centri aggregazione giovanile	0				0			
Centri Diurni Anziani	0				0			
Alloggi Protetti Anziani	1		1	1	1	100 %		
TOTALE	16	9	16	3	15	93 %		0

Come sopra evidenziato, al 31/12/2015 sono stati effettuati sopralluoghi sulle unità di offerta sociali non temporanee in percentuale del 93% contro il 50% previsto quale obiettivo annuale del Piano dei Controlli anno 2015.



All'interno del numero dei sopralluoghi effettuati sono state ricomprese anche le verifiche relative a n. 2 CPE, pari al 100% di quanto pervenuto alla data del 31/12/2015.

Numero sopralluoghi esitati in lettera di osservazioni o raccomandazioni o prescrizioni	Tipo di osservazione				Sanzione: carenza requisiti di esercizio o di accreditamento
	Struttural e	Organizzativ o-gestionale	Documental e	Multipla (struttural e e altro)	
4	3	0	1	0	0

ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO 2015

AREA VALLECAMONICA – SEBINO

Rete delle unità d'offerta socio-sanitarie nell'anno 2015

La rete delle UO socio sanitarie accreditate dell'area Anziani, presenti sul territorio, comprende attualmente:

- n. 14 RSA, per un totale di 977 posti letto (di cui 75 per Alzheimer e 69 di sollievo);
- n. 9 CDI, per un totale di 140 posti;
- n. 13 Servizi ADI (di cui 5 erogatori di Cure Palliative Domiciliari, anche se 1 di questi di fatto non operante in ambito territoriale)

La rete delle UO socio-sanitarie accreditate dell'area Disabili, presenti sul territorio, comprende attualmente:

- n. 1 Hospice, per un totale di 11 posti letto;
- n. 1 RSD, per un totale di 16 posti letto;
- n. 4 Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS), per un totale di 40 posti letto;
- n. 4 Centri Diurni per Disabili (CDD), per totale di 104 posti;
- n. 1 Istituto di Riabilitazione (IDR) ambulatoriale , accreditato per 11.404 prestazioni ambulatoriali;
- n. 1 Istituto di Riabilitazione (IDR) diurno, con capacità ricettiva di 14 posti per minori disabili.

La rete delle UO socio-sanitarie accreditate dell'area Famiglia/Minori, presenti sul territorio, comprende attualmente:

- n. 3 Consultori Familiari pubblici (Breno, Darfo BT, Edolo);
- n. 2 Consultori Familiari privati (Breno e Pisogne).

La rete delle UO Socio-sanitarie accreditate dell'area Dipendenze, presenti sul territorio, comprende attualmente:

- n. 1 Servizio Multidisciplinare Integrato ambulatoriale pubblico (sedi di Darfo BT e Cedegolo);



- n. 1 Servizio Multidisciplinare Integrato ambulatoriale privato (sede di Pisogne);
- n. 4 Comunità Terapeutiche, (Capo di Ponte, Civate Camuno, Darfo BT e Sonico) per un totale di 54 posti letto.

Rete delle unità d'offerta socio-assistenziali nell'anno 2015

La rete complessiva e analitica delle Unità d'offerta socio assistenziali comprende attualmente:

- n. 3 Alloggi Protetti per Anziani (sedi di Breno e Lozio), per un totale di 7 posti letto;
- n. 8 Centri Diurni per Anziani, per un totale di 385 posti;
- n. 1 Comunità Alloggio Residenziale per Disabili, per un totale di 3 posti letto;
- n. 4 Centri Socio Educativi (CSE), per un totale di 65 posti;
- n. 3 Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA), per un totale di 105 posti
- n. 2 Comunità Alloggio per Adulti a Utenza Mista (CAUM), per un totale di 20 posti letto;
- n. 5 Comunità Educative, per un totale di 40 posti letto;
- n. 1 Alloggio per l'Autonomia, per un totale di 4 posti letto;
- n. 16 Asili Nido/Micro Nidi, per un totale di 313 posti;
- n. 4 Nidi Famiglia, per un totale di 20 posti;
- n. 1 Centro di Aggregazione Giovanile (CAG);
- n. 23 Centri Ricreativi Diurni per Minori (CRD).

Le Persone Giuridiche di Diritto Privato, ex artt. 23 e 25 Cod. Civ.(Fondazioni), che gestiscono Unità d'offerta Socio Sanitarie, Socio Assistenziali e Attività Sociali sono 16 e sono riportate nell'apposito allegato.

L'anno 2015 è stato inoltre caratterizzato da cambiamenti nei Consigli di Amministrazione di 3 Enti gestori di unità d'offerta socio-sanitaria.

Disamina attività di vigilanza effettuata nel 2015

In linea con quanto riportato nella DGR n.2989/2014, è stato predisposto e formalizzato il Piano dei Controlli per l'anno 2015, e quindi inviato nei tempi previsti per la relativa validazione ai competenti Uffici Regionali.

L'effettuazione delle verifiche previste dal Piano dei Controlli 2015 è stata preceduta da una serie di interventi del Servizio Vigilanza e Accreditamento finalizzati a riorganizzare le modalità di lavoro interne e a fornire una base informativa agli Enti gestori, per metterli in condizione di recepire e attuare le indicazioni della programmazione regionale.

Sono stati pertanto preliminarmente messi in atto i seguenti interventi:

- partecipazione dei referenti del Servizio Vigilanza ai tavoli di lavoro regionali per l'implementazione delle nuove procedure relative alle verifiche di appropriatezza, ai sensi della normativa in materia;
- adeguamento della modulistica contenuta nei verbali per le visite ispettive e le verifiche di appropriatezza sui Fascicoli Socio Assistenziali e Sanitari (FASAS) sottoposti a controllo;



- presentazione e illustrazione agli Enti gestori, sia in forma associata che singola, delle indicazioni regionali in merito al Piano dei Controlli 2015/2016.

Si è quindi proceduto prioritariamente con le istruttorie per le nuove Segnalazioni Certificate di Inizio attività (SCIA) e istanze di accreditamento, nelle loro varie tipologie, attivate ai sensi delle DGR n.2569/2014 e n.2989/2014, al fine di garantire i tempi e le scadenze previste.

Le linee programmatiche regionali, con la riapertura dell'accreditamento in vari settori, hanno infatti consentito e stimolato l'avvio di nuovi ampliamenti e progettazioni da parte degli Enti gestori. Sono state interessate in particolare le aree dell'assistenza a utenza anziana, disabile o a rischio di emarginazione.

Le verifiche routinarie effettuate successivamente, secondo quanto previsto dal Piano annuale dei Controlli, hanno consentito di riscontrare e rilevare complessivamente:

- una buona disponibilità e collaborazione di base da parte degli Enti gestori della rete delle Unità d'offerta socio-sanitarie (UDO);
- un sostanziale gradimento da parte degli ospiti e dei familiari in merito alle prestazioni ricevute dalle varie UDO;
- un buon livello motivazionale da parte degli operatori e degli staff dirigenziali delle varie UDO;
- uno sviluppo di nuove progettazioni, attento a coniugare elementi di miglioramento con l'esigenza di garantire l'equilibrio economico della gestione in atto; ciò si è tradotto in alcuni casi, oltre ad ampliamenti di capacità ricettiva attentamente valutati, anche nella richiesta di revoca di alcune tipologie di prestazioni troppo onerose (nella fattispecie le Cure Palliative Domiciliari);
- una progressiva tendenza a significativi cambiamenti nella composizione degli organismi rappresentativi e direzionali dei vari Enti gestori, che da un lato ha apportato nuovi stimoli e motivazioni progettuali, e dall'altro ha richiesto alcuni nuovi adattamenti riorganizzativi e gestionali.

Gli esiti delle verifiche di appropriatezza effettuate nel corso del primo semestre 2015 sono stati riportati analiticamente nelle apposite schede di monitoraggio semestrale, complete di tutti i dati richiesti e regolarmente trasmesse, nei tempi previsti, ai competenti Uffici regionali in materia.

E' stata inoltre allegata a tale monitoraggio una relazione sulle attività di Vigilanza amministrativa svolta nei confronti delle Fondazioni e degli Enti gestori particolarmente interessati da significativi cambiamenti organizzativi in atto.

L'analisi dell'applicazione sul territorio degli indicatori di appropriatezza assistenziale di cui alla DGR n.1765/2014 è stata sistematicamente effettuata durante le visite ispettive alle varie tipologie di Unità d'offerta.

Gli esiti di tali verifiche consentono di poter rilevare che i livelli di accettabilità degli indicatori di appropriatezza permangono complessivamente elevati e nei parametri previsti dalle normative regionali in materia per le singole UDO.

Permangono tuttavia alcune criticità e disomogeneità tra le varie Unità d'offerta socio-sanitarie (in specifico tra le varie Residenze Sanitarie Assistenziali e i Centri Diurni Integrati) sul piano gestionale, rispetto:

- alla necessità di dettagliare in modo più operativo alcuni protocolli assistenziali, con particolare riferimento a quelli che richiedono la partecipazione di vari operatori;
- all'uso sistematico di strumenti per la rilevazione del dolore e di scale di valutazione scientificamente validate;



- all'importanza di riservare un'adeguata attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali nel rapporto con l'ospite e i familiari, che di fatto rappresentano la motivazione alla base di alcune segnalazioni pervenute al Servizio Vigilanza e Accreditamento;
- all'opportunità di una progettazione più individualizzata degli interventi di animazione nei confronti del singolo ospite, pur prendendo atto della presenza di attività globali di animazione condotte da personale con specifica professionalità.

Altri aspetti che appare opportuno segnalare sono i seguenti:

- è in atto una progressiva implementazione della cartella informatizzata dell'ospite, che necessita comunque di garantire la firma validata dell'operatore di riferimento, al fine di consentire un'adeguata tracciabilità e validità legale degli interventi effettuati;
- gli adempimenti previsti dal debito informativo regionale sono sempre più rilevanti e complessi, tali da richiedere periodici tavoli di lavoro tra gli Uffici della Direzione Sociale e gli Enti gestori interessati;
- l'attività di Vigilanza incrociata ha comportato un aggravio non indifferente per il Servizio Vigilanza e Accreditamento dell'ASL di Vallecamonica-Sebino, tenuto a mettere a disposizione risorse organizzative e di personale nei confronti di un'ASL limitrofa, quella di Brescia, notevolmente più popolosa, complessa e articolata.

Nel secondo semestre 2015 sono stati inoltre implementati i controlli sulle sperimentazioni di Unità d'offerta innovative, con verifica degli standard organizzativi e gestionali presso le strutture interessate dalle sperimentazioni.

E stata inoltre avviata e conclusa l'istruttoria per l'accREDITAMENTO del Servizio residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite e illecite a bassa intensità assistenziale "Bessimo Due" di Bessimo Superiore di Darfo BT. (BS), dopo la fase sperimentale ai sensi delle normative regionali in materia,

Il quadro delle sperimentazioni in atto presso l'ASL di Vallecamonica-Sebino, e convalidato nell'ambito della programmazione regionale, comprende le seguenti misure:

- RSA aperta, finalizzata a consentire un utilizzo di apposite risorse di personale assistenziale dipendente dall'Ente gestore a sostegno della domiciliarità di utenti fragili che permangono in ambito familiare. Costituisce una forma di apertura di tali strutture a interventi rivolti al territorio e alle sue esigenze;
- Cure Intermedie. Non essendo presenti sul territorio dell'ASL di Vallecamonica-Sebino strutture residenziali per adulti già classificate come cure intermedie, è confluita la sperimentazione regionale di assistenza post acuta da parte di alcune RSA.
- Residenzialità leggera/assistita, che favorisce l'utilizzo di posti letto non contrattualizzati di RSA da parte di utenza con un livello moderato di fragilità e necessitante di temporanea collocazione, a sostegno della vita familiare dell'ospite;
- Comunità educative per minori, interessate dalla DGR n.2942/2014;
- Centro abilitativo e consulenziale per minori affetti da disturbo generalizzato dello sviluppo - "Spazio Autismo" di Darfo BT.

Le sperimentazioni attivate a seguito della programmazione regionale in materia hanno rappresentato un momento significativo di sviluppo della rete dei Servizi territoriali.



Il monitoraggio dei vari progetti, effettuato sulla base delle indicazioni regionali in materia, ha evidenziato una sostanziale collaborazione da parte degli Enti gestori interessati e una sostanziale adesione alle indicazioni provenienti dalla programmazione regionale.

Alcune criticità sono riferibili:

- alla difficoltà iniziale da parte di strutture residenziali, specificatamente le RSA, ad adottare nuovi modelli organizzativi d'intervento sul territorio. L'organizzazione era infatti prevalentemente centrata sull'assistenza all'ospite presente in struttura; l'evoluzione della sperimentazione in atto sta comunque evidenziando una crescente capacità di apertura e innovazione organizzativa ad interventi in ambito familiare e territoriale;
- alla discontinuità e frammentarietà nelle modalità di erogazione dei finanziamenti regionali a sostegno delle varie misure sperimentali. La discontinuità finanziaria rischia infatti di determinare inevitabili ricadute sull'organizzazione e la gestione delle attività progettuali in corso;
- alcune la difficoltà rispetto alla puntuale e sistematica applicazione di alcuni aspetti procedurali e amministrativi nelle strutture dell'area minori interessate dalla sperimentazione.

Per le verifiche e i controlli amministrativi si è provveduto a sviluppare le seguenti attività:

Durante l'anno 2015 si è proseguita l'attività di Vigilanza Amministrativa sulla base della metodologia e degli strumenti utilizzati negli anni precedenti, con l'estensione delle visite ispettive ad altre Fondazioni riportate nei registri regionali e il monitoraggio costante dell'evoluzione della rete territoriale delle Unità d'offerta socio-sanitarie.

Si è inoltre provveduto ad attivare i collegamenti con i competenti Uffici della Pubblica Amministrazione per la verifica delle autocertificazioni relative al possesso dei requisiti soggettivi, rilasciate dagli Enti gestori. Tali collegamenti, effettuati in collaborazione con gli altri Uffici della Direzione Amministrativa dell'ASL, hanno consentito nel secondo semestre di espletare compiutamente le varie verifiche previste dalla normativa in materia.

Si è inoltre proceduto a implementare:

- il monitoraggio della situazione amministrativa di Enti gestori, interessati da significative trasformazioni giuridico-amministrative;
- l'aggiornamento sistematico dell'Anagrafica Regionale (AFAM) dei dati relativi alle Unità d'offerta socio-sanitarie.

Si precisa infine che nel I° semestre 2015 è stato organizzato ed effettuato, in collaborazione con i colleghi dell'ASL di Sondrio, l'apposito Corso di Formazione "Elementi di diritto societario e Vigilanza Amministrativa".

E' stata inoltre garantita la sistematica partecipazione degli operatori del Servizio Vigilanza e Accreditamento e della Direzione Sociale a tutte le iniziative formative di aggiornamento organizzate dalla Regione Lombardia e dall'ASL di Vallecamonica-Sebino su tematiche inerenti i vari aspetti del controllo giuridico-amministrativo.

CONTRIBUTO ECONOMICO REGIONALE ASSEGNATO ALL'ASL PER L'ATTIVITA' DI VIGILANZA



BUDGET SVA				
IMPEGNI DI SPESA 2015				
Priorità	Voce di spesa	Importo previsto	Provvedimenti	Note
1	Convenzione Geriatra	5.648,08	decreto ASL n. 34 del 28.01.15	
2	Convenzione Fisiatra	2.821,54	decreto ASL n. 34 del 28.01.15	
3	Integrazione convenzione Fisiatra	2.821,54	decreto ASL n.601 del 08.07.15	
4	Convenzione Psicologo	5.475,36	decreto ASL n. 61 del 28.01.15	
5	Convenzione Assistente Sociale	2.595,71	decreto ASL n. 65 del 28.01.15	
6	Convenzione Architetto	7.815,81	decreto ASL n. 61 del 28.01.15	
7	Incarico nuovo personale amministrativo	20.394,68	decreto ASL n. 553 del 24.06.15	di cui 10.197,34 relativi al secondo semestre 2015 e 10.197,34 relativi al primo semestre 2016
8	Corso Aggiornamento Vigilanza Amministrativa	350,00	decreto ASL n. 472 del 28.05.15	
9	Rinnovo incarichi Geriatra, Fisiatra, Architetto, Psicologo, Ass. Sociale	12.999,52	decreto ASL n. 877 del 18.11.15	relativo al primo semestre 2016
	TOTALE	60.922,24		
	Residuo al 31.12.14	79.379,81		
	Totale impegni di spesa 2015	60.922,24		
	Residuo al 31.12.2015	18.457,57		

LINEE PROGRAMMATICHE ATTIVITA' ANNO 2016**INTRODUZIONE**



La nuova legge regionale 23/2015 prevede che l'area di competenza dell'ATS di Montagna comprenda i territori dell'ex-ASL di Vallecamonica-sebino, dell'ex-ASL della provincia di Sondrio e del Distretto Medio e Alto Lario dell'ex-ASL della provincia di Como.

Le funzioni di vigilanza e controllo si eserciteranno pertanto, nel corso del 2016, sulle unità d'offerta socio sanitarie e sociali inserite nel territorio di competenza (Tabelle 22 e 23) così come previsto dalle normativa regionale e dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

Tabella 22. Unità d'Offerta Socio Sanitarie

Tipologia UDO	AREA VALTELLINA	AREA MEDIO ALTO LARIO	AREA VALLECAMONICA	TOTALE
RSA	20	12	14	46
CDI	5	2	9	16
RSD	3	2	1	6
CSS	1	1	4	6
CDD	8	3	4	15
COM. DIPENDENZE	2	0	3	5
SERT	5	1	3	9
CONS	5	1	5	11
ADI	9	2	13	24
HOSPICE	0	0	1	1
IDR AMBULATORIALE	0	0	1	1
IDR DIURNO	0	0	1	1
TOTALE	58	24	59	141

Tabella 23. Unità d'offerta socio-assistenziali

AREA	VALTELLINA	MEDIO ALTO LARIO	VALLECAMONICA	TOTALE
MINORI	N. Strutture	N. Strutture	N. Strutture	N. Strutture



NIDO/MICRONIDO	23	7	16	46
NIDO FAMIGLIA	8	1	4	13
CENTRO PRIMA INFANZIA	2	3	0	5
COMUNITA' EDUCATIVA	6	0	5	11
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	2	1	1	4
COMUNITA' FAMILIARE	0	1	0	1
CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE	5	0	1	6
CENTRI RICREATIVI DIURNI	10	0	23	33
TOTALE	56	13	50	119



AREA	VALTELLINA	MEDIO ALTO LARIO	VALLECAMONICA	TOTALE
DISABILI	N. Strutture	N. Strutture	N. Strutture	N. Strutture
SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA	1	0	3	4
CENTRO SOCIO EDUCATIVO	6	1	4	11
COMUNITA' ALLOGGIO* (utenza mista)	1	0	2	3
COMUNITA' D'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE	3	0	0	3
COMUNITA' ALLOGGIO00 DISABILI	0	1	1	2
TOTALE	11	2	10	23

AREA	VALTELLINA	MEDIO ALTO LARIO	VALLECAMONICA	TOTALE
ANZIANI	N. Strutture	N. Strutture	N. Strutture	N. Strutture
ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI	4	1	3	8
CENTRI DIURNI PER ANZIANI	0	0	8	8
TOTALE	4	1	11	16

La funzione di vigilanza si svolge attraverso la verifica del possesso e mantenimento dei requisiti, generali e specifici, di esercizio ed accreditamento.

La funzione di controllo prevede la verifica dell'appropriata erogazione delle prestazioni e della corretta rendicontazione.

Verranno inoltre effettuati i controlli agli enti contrattualizzati sul rispetto degli obblighi contrattuali.

Si conferma infine la verifica sulle persone giuridiche private di cui agli articoli 23 e 25 del codice civile.

Nel corso del 2016 buona parte del lavoro sarà volto infine a uniformare i protocolli, le procedure e le prassi operative in uso presso le singole ex-ASL allo scopo di rendere omogenea l'attività delle équipes di vigilanza.

Si ribadisce peraltro che l'attività di vigilanza non ha solo come obiettivo la qualità dei Servizi, ma costituisce anche un elemento utile per monitorare la relazione tra domanda ed offerta



sul territorio di competenza e di accompagnamento per un miglioramento complessivo del sistema.

AREA SOCIO-SANITARIA.

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.

Nel mese di febbraio sono previsti incontri con le UO accreditate per la restituzione dei dati relativi alla vigilanza 2015 e la condivisione delle linee operative della vigilanza 2016.

Nel corso del mese di febbraio - marzo inizieranno i tavoli di programmazione delle attività in collaborazione con le U.O. Dipartimentali interessate. In questa fase oltre a concordare il calendario delle visite ispettive, si definiranno le strategie e gli elementi sui quali focalizzare maggiormente l'attività di vigilanza.

Verranno 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.

Durante le visite ispettive viene garantita la multidisciplinarietà nella composizione della commissione di vigilanza e l'integrazione con operatori di altri dipartimenti in particolare del Dipartimento di Prevenzione.

I controlli, durante l'anno corrente, presso le unità d'offerta per la verifica degli standard strutturali e gestionali, saranno confrontati anche attraverso la rispondenza del debito informativo ed in particolare dalle schede struttura 2015.

Si ritiene inoltre fondamentale partecipare, per quanto di competenza, alle verifiche previste per le sperimentazioni in atto sul territorio.

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

Così come indicato nella dgr n. 4702/15, in attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR n. 2569/14, nel corso del 2016 verranno 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.

Verranno altresì effettuate le verifiche, 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 verrà garantita su almeno il 50% delle unità d'offerta in esercizio alla data del 01/01/2016 e sul 100% delle SCIA e delle domande di accreditamento/volture presentate nel corso del 2016.

Verrà sicuramente garantita 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.O. dove si sono riscontrate particolari criticità e prescrizioni significative (codici rischio).

Le vigilanze verranno effettuate senza preavviso.

La vigilanza riguarderà 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 verranno 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 o alla locazione.

Tutte le vigilanze prevedono la presenza, nella commissione, di tecnici del Dipartimento di Prevenzione e in caso di necessità, del Dipartimento tecnico- funzionale.

Nel caso di situazioni che necessitano vigilanze in emergenza si procederà ad effettuare vigilanze congiunte con i Vigili del Fuoco, così come già sperimentato nel 2012 in occasione delle visite ispettive alle RSA con piano programma

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi

La vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi gestionali e organizzativi verrà garantita su almeno il 50% delle unità d'offerta in esercizio alla data del 01/01/2016.

Verrà 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.O. dove si sono riscontrate particolari criticità e prescrizioni.

L'ASL 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.

Le vigilanze verranno effettuate senza preavviso.

Nello specifico verranno 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 in 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 approvato dal legale rappresentante che evidenzia gli obiettivi dell'U.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.

Controllo di appropriatezza

Gli obiettivi di efficacia, efficienza e sicurezza 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 d'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 verranno 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. Verranno assicurati i controlli anche sulle unità d'offerta dove sono state riscontrate particolari criticità durante le ispezioni del 2015.

Il controllo sull'appropriatezza verrà garantito su almeno il 15% dei FASAS delle strutture residenziali e semiresidenziali calcolato sugli utenti rendicontati nel 2015.



Il campione di fascicoli da sottoporre al controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o 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 2015. Il campione di fascicoli da sottoporre al controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016.

Verranno verificate 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 potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016.

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 2015 e /o nel 2016.

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 2015.

La commissione provvederà a verificare a campione (30% casuale e 70% mirato) le prestazioni rese tenendo conto di quanto previsto dalla DGR 2569/2014 ed in particolare da eventi sentinella riscontrati dalla vigilanza 2015, dagli indicatori di appropriatezza definiti al livello regionale e dai dati ricavati dai flussi informativi.

Si ritiene di poter confermare il 70% dei controlli su parte degli indicatori previsti lo scorso anno:

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

i controlli di appropriatezza devono essere volti a verificare :

- la corretta classificazione degli ospiti nel sistema di rendicontazione dei flussi economici;
- la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, quanto determinato dal progetto individuale, le azioni previste dal programma/piano assistenziale personalizzato e quelle effettivamente eseguite e risultanti dal diario assistenziale, verificandone l'attuazione da parte delle figure professionali appropriate;
- la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi regionali contenenti le informazioni clinico-funzionali-assistenziali;
- l'appropriatezza assistenziale attraverso l'applicazione degli indicatori, generali e specifici, previsti dalla DGR 1765/14.

In caso d'incoerenze emerse dall'analisi dei documenti, gli operatori dell'ASL possono decidere di approfondire, con la persona assistita o con i suoi familiari, l'appropriatezza delle



modalità di valutazione dei bisogni e di erogazione delle prestazioni rispetto al progetto individuale e il programma personalizzato.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario, per motivate ragioni, l'esecuzione di visite senza preavviso, i controlli di appropriatezza vengono effettuate con preavviso all'ente gestore nella giornata antecedente la visita.

Vigilanza sulle Unità d'offerta interessate da Piani Programma

Nel corso dell'anno 2016 verrà garantito il costante monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori di completamento dei piani programma.

Si prevede la verifica, tramite visite ispettive, almeno ogni sei mesi sulle due RSA 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.

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

Nel corso del 2016 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 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 verranno verificati il 15% degli interventi effettuati nei confronti di soggetti beneficiari.

In particolare verranno verificati:

- la conformità del P.A.I. al P.I. predisposto dall'ASL 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.

Si precisa che per le prestazioni previste dalla DGR 3833/15 nell'ambito delle Cure Intermedie verranno verificati almeno il 10% dei FASAS calcolato sul numero degli utenti rendicontati nel 2015.

Il controllo dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015e/o 2016.



AREA SOCIO-ASSISTENZIALE

La vigilanza sulle unità d'offerta sociali esistenti verrà garantita sul almeno il 50% delle unità d'offerta.

Verrà data priorità alle strutture non sottoposte a vigilanza nel corso del 2015 (così da garantire un controllo almeno ogni due anni), alle U.O. dedicate alla prima infanzia e in quelle U.O. dove si sono date particolari raccomandazioni.

Verrà garantito il controllo sul 100% delle C.P.E. pervenute al servizio.

Nello specifico si prevede:

il consolidamento della vigilanza routinaria annuale attraverso l'utilizzo generalizzato di un modello di verbale per la verifica del possesso o mantenimento di requisiti e standard per il funzionamento. I modelli verranno aggiornati ed implementati in base:

alle rilevazioni dello scorso anno;

alle modifiche delle norme e disposizioni regionali;

per le Unità d'Offerta Sociali di nuova attivazione con Comunicazione Preventiva di Esercizio, sulla base delle indicazioni operative di cui al decreto regionale n. 1254/2010, si prevede l'effettuazione della vigilanza entro 60 giorni dalla data di ricevimento della richiesta da parte del Comune territorialmente competente;

con riferimento all'integrazione con Enti Locali e U.d.P. si prevede:

il monitoraggio dell'azione di accreditamento delle nuove unità d'offerta;

la collaborazione, per quanto di competenza, per la realizzazione di quanto previsto nei Piani di Zona;

la collaborazione, per quanto compete, per lo sviluppo del sistema informativo dell'anagrafica delle U.d.O. Sociali.

CONTRIBUTO ECONOMICO REGIONALE ASSEGNATO ALL'ASL PER LE ATTIVITA' DI VIGILANZA ANNO 2015

I fondi a disposizione per l'anno 2016 saranno impegnati per:

rinnovo borsa di studio per gestione informatizzata dell'attività di vigilanza;

convenzione per personale tecnico/sanitario;

manutenzione software dedicato all'attività di vigilanza;

formazione del personale.

FORMAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI VIGILANZA

Il Piano di Formazione per l'anno 2016 per gli operatori preposti all'esercizio dell'attività di vigilanza e controllo prevede una continuità con quello avviato nell'anno 2015, pur prendendo atto della necessità di prevedere una programmazione formativa inserita nel quadro complessivo predisposto in materia dall'ATS della Montagna.



In specifico si prevede attualmente di implementare per gli operatori interessati i seguenti momenti formativi, sulla base delle esigenze di aggiornamento emerse nel corso dell'attività del biennio precedente :

corso di aggiornamento interno, su tematiche generali e specifiche connesse alla vigilanza amministrativa, con particolare riferimento agli aspetti connessi alle procedure previste per il sistema sanzionatorio;

partecipazione sistematica agli incontri regionali sull'aggiornamento del sistema di accreditamento e delle metodologie dell'attività di vigilanza e controllo;

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.

AZIONI INNOVATIVE 2016

Anche durante il 2016 si prevedono, durante le visite ispettive:

interviste con i familiari

vigilanze serali nelle RSA e RSD

interviste agli operatori sulla conoscenza dei protocolli/linee guida in uso presso la struttura di appartenenza.

ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTICOLI 23 E 25 DEL CODICE CIVILE SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO.

Nel corso dell'anno 2016 l'attività di vigilanza e controllo della Commissione per l'esercizio delle attività di vigilanza e controllo prevista dagli artt. 23 e 25 del Codice Civile sulle fondazioni e associazioni che operano in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e sanitario, continuerà ad essere anche indirizzata al controllo del corretto insediamento e funzionamento dell'organo di amministrazione e alla verifica dell'esistenza della documentazione contabile e di bilancio secondo le norme statutarie e di legge.

Sarà controllata la documentazione richiesta a tutte le Fondazioni/Associazioni e pervenuta nel corso dell'anno 2015.

Verranno vigilate e controllate a campione altre n. 10 fondazioni/associazioni tra quelle non ancora controllate nel 2015.