



ATS di Pavia
Piano delle attività di controllo
Area sanitaria, sociosanitaria e sociale
Anno 2018

Premessa	pag. 4
1. Contesto territoriale	pag.5
1.1. La rete dell'offerta delle strutture sanitarie accreditate	pag. 6
1.2. La rete dell'offerta delle strutture sanitarie autorizzate	pag. 7
1.3. La rete dell'offerta delle strutture sociosanitarie autorizzate e accreditate	pag. 8
1.4. La rete dell'offerta delle strutture sociali	pag. 10
1.5. La rete dell'offerta della farmaceutica: farmacie, parafarmacie, dispensari, grossisti/depositi, esercizi, GDO	pag. 11
2. Risorse Umane	pag. 12
3. Strategie per individuazione delle strutture oggetto di verifica	pag. 13
4. Piano di formazione	pag. 13
5. Attività di controllo strutture sanitarie	pag. 15
5.1. Attività di autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie	pag. 15
5.1.1. Attività svolta nel 2017 e indicazione per il 2018	pag. 15
5.2. Attività di Vigilanza e Controllo strutture sanitarie	pag. 16
5.2.1. Attività svolta nel 2017	pag. 16
5.2.2. Indicazioni per l'attività 2018	pag. 17
5.3. Attività di controllo NOC	pag. 19
5.3.1. Episodi di ricovero e cura	pag. 19
5.3.1.1. Attività svolta nel 2017	pag. 19
5.3.1.2. Indicazioni per l'attività anno 2018	pag. 25
5.3.2. Attività di controllo specialistica ambulatoriale	pag. 27
5.3.2.1. Attività svolta nel 2017	pag. 27
5.3.2.2. Indicazioni per l'attività 2018	pag. 30
5.3.2.3. Approfondimenti di studio sull'appropriatezza prescrittiva di determinate prestazioni specialistiche	pag. 32
5.3.2.4. Modalità di controllo NOC	pag. 32
5.3.3. Area Salute mentale	pag. 35
6. Attività di controllo Strutture sociosanitarie	pag. 36
6.1. Attività di autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie	pag. 36
6.1.1. Attività svolta nel 2017 e indicazioni per il 2018	pag. 36
6.2. Attività di vigilanza e controllo sulle strutture sociosanitarie	pag. 37
6.2.1. Attività svolta nel 2017	pag. 37
6.2.2. Indicazioni per l'attività 2018	pag. 41

7. Attività di controllo Strutture sociali	pag. 47
7.1. Attività svolta nel 2017	pag. 47
7.2. Indicazioni per l'attività 2018	pag. 49
8. Attività di Controllo di Farmaci e protesi	pag. 50
8.1. Attività svolte nel 2017	pag. 50
8.2. Indicazioni per l'attività 2018	pag. 52
8.3. Controlli sulla protesica maggiore	pag. 52

Premessa

Il presente piano dei controlli, in adesione alla DGR n.7600 del 20-12-2017 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario 2018) e alla DGR n. 6502 del 21-04-2017 (Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo concernente il piano controllo quadro e il piano dei protocolli ai sensi dell'art. 11 comma 4 lettera A L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e L.R. n. 41/2015), relaziona sull'attività condotta nel corso del 2017 e declina l'insieme degli interventi che si intendono perseguire nell'anno 2018 al fine di espletare le funzioni istituzionalmente in capo ad ATS in materia di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sanitaria, socio sanitarie e sociali al fine di garantire ai cittadini prestazioni di qualità, nell'ottica di un utilizzo sempre più efficiente ed efficace delle risorse allocate e disponibili.

Tale documento viene declinato alla luce della riorganizzazione dell'ATS di Pavia e in attuazione del POAS, approvato da Regione Lombardia DGR n. 6356 del 20-3-2017 che ha visto la definizione del dipartimento PAAPSS e delle relative UOC, individuate non per target (strutture sanitarie e strutture sociosanitarie) ma per funzione (autorizzazione/accreditamento, vigilanza e controllo, ecc.).

Le UOC di cui il Dipartimento si compone, sono:

- UOC Autorizzazione e accreditamento che esplica la sua competenza autorizzativa e di accreditamento sia sulle strutture sanitarie che socio sanitarie
- UOC Vigilanza e Controllo, anch'essa trasversale agli ambiti sanitario e socio sanitario
- UOC Appropriatelyzza e qualità degli erogatori che riassume le funzioni dell'ambito farmaceutico e agisce trasversalmente al dipartimento sui temi di appropriatezza clinica e qualità
- UOC Programmazione e Negoziazione degli erogatori che svolge valutazioni quali quantitative delle prestazioni, promuovendo riorientamento delle attività erogative e la gestione dei flussi economici degli erogatori.

Il percorso di concreta attuazione del POAS ha preso avvio nel secondo semestre 2017 con l'assegnazione del personale e si è concluso di recente con la designazione del Direttore del Dipartimento e l'assegnazione del Responsabile delle UOC e delle UOS.

Tale atto programmatico territoriale si articola in capitoli: il primo dedicato alla presentazione del contesto territoriale, il secondo dedicato alle strutture sanitarie, il terzo alle strutture socio-sanitarie, il quarto alla farmaceutica e alla protesica maggiore.

Infine, per quanto riguarda il Piano attuativo per governo tempi di attesa, si rimanda al Decreto n. 39/Dgi del 31/01/2018: Aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale per il Governo dei Tempi di Attesa dell'ATS di Pavia – Anno 2018.

1. Contesto territoriale

Il territorio di riferimento dell'Agenzia di Tutela della salute (ATS) di Pavia, costituito dall'intera provincia.

La popolazione residente provinciale è costituita da 547.251 residenti al 01 gennaio 2017 (dati ufficiali ISTAT: geodemo demo.istat.it).

Le principali caratteristiche demografiche sono l'anzianità, specialmente in Oltrepò e la scarsa fecondità. La componente di cittadini stranieri rappresenta circa il 12% della popolazione presente sul territorio, il 97,1% dei quali è composto da regolari, residenti e non.

Vi è una importante prevalenza di patologie croniche, che interessano più del 30% della popolazione generale; molto spesso le affezioni sono concomitanti nello stesso soggetto. Le patologie croniche assorbono più del 70% delle risorse sanitarie complessivamente erogate.

I ricoveri ospedalieri assorbono la maggior quantità di risorse sanitarie.

L'offerta ospedaliera provinciale di posti letto per acuti e di riabilitazione è superiore alla media regionale e nazionale ed il tasso di ospedalizzazione dei residenti registra negli anni un progressivo decremento per lo spostamento di ricoveri ed interventi verso diverse modalità di assistenza ospedaliera, specialistica e territoriale. La maggior parte di domanda di ricovero dal territorio viene soddisfatta nelle strutture provinciali, anche relativamente alle degenze complesse nelle alte specialità, con alcuni distinguo di rilievo, da monitorare con attenzione. Il consumo concomitante di farmaci diversi nei soggetti affetti da comorbilità è rilevante, con conseguente aumentato rischio di effetti collaterali e di interazione tra di loro, che porta altra patologia emergente. I consumi farmaceutici territoriali, in termini economici, sono sostanzialmente stabili negli ultimi anni, per il combinato effetto della genericazione di numerosi farmaci a rimborso SSN di ampia prescrizione, controbilanciato dalla presenza di farmaci innovativi ad alto costo. I consumi di farmaci ad uso ospedaliero o dispensati dalle strutture a pazienti non ricoverati (File F) sono in costante aumento per numerosità e costo per il Sistema Sanitario Regionale (SSR).

La domanda di prestazioni socio-sanitarie registra un progressivo leggero aumento nelle principali tipologie di servizio (ricoveri in RSA; pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI); prestazioni dei consultori e assistiti in cura presso i Ser.D., in particolare per il gambling, ovvero il gioco d'azzardo patologico ecc.). L'offerta socio-sanitaria è, in alcuni ambiti, disomogenea a livello provinciale, rispetto alla potenziale domanda del bacino di utenza (es. posti letto in RSA più numerosi in Lomellina, posti letto di Riabilitazione presenti quasi esclusivamente nel Pavese). Tutte le unità di offerta socio-sanitarie hanno un buon indice di copertura rispetto alla popolazione target di riferimento ed un tasso di saturazione spesso vicino al 100%; ambedue gli indicatori sono quasi sempre superiori alla media regionale.

1.1. La rete dell'offerta delle strutture sanitarie accreditate

L'offerta dei servizi sanitari accreditati della provinciale risulta ampia ed articolata, come si evidenzia dalla tabella sotto riportata (tab. 1). Gli ospedali provinciali sono 17, di cui n. 8 Presidi sono afferenti all'ASST della provincia di Pavia, 4 sono IRCCS (1 pubblico, la Fondazione Policlinico San Matteo e 3 privati, di cui 2 della Fondazione Maugeri e 1 della Fondazione Mondino). Gli altri ospedali sono Istituti clinici, Scientifici e Case di Cura accreditate.

La maggior parte dei posti letto di degenza ordinaria e diurna per acuti è inserito in strutture ospedaliere pubbliche mentre quella riabilitativa nelle private. I presidi di Pronto soccorso ad elevata specializzazione, così come i posti letto di rianimazione e terapia intensiva sono situati presso le strutture pubbliche.

Tabella 1: Rete dell'offerta delle strutture sanitarie accreditate: (dati desunti dall'applicativo ASAN aggiornati al 01/01/2018, SDO e 28 SAN)

	Tipologia	Numero	a contratto	N. prestazione anno 2017	Valore economico euro
Stabilimenti ospedalieri	Stabilimenti ospedalieri, numero	17	17	∞	∞
	Pronto Soccorso DEA, EAS, numero	9	9	1.307.258	17.288.812
	Degenza ordinaria acuti, posti letto numero	2.229	2.227	71.420	268.793.377
	Degenza ordinaria riabilitazione, posti letto numero	894	814	10.068	90.101.479
	Attività di Rianimazione e terapia intensiva, posti letto numero	100	100	527	10.262.503
	Degenza diurna acuti, posti letto numero	147	147	10.831	12.940.685
	Degenza diurna riabilitazione, posti letto numero	26	5	87	663.433
	Chirurgia a bassa complessità assistenziale, posti tecnici numero	72	72	13.851	14.851.033
	Attività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale, posti tecnici numero	174	174	84.317	16.269.354
	Attività sub acuti, posti tecnici numero	71	71	684	3.167.210
	Attività del nido, posti tecnici numero	74	74	3.652	3.977.217
	Attività di dialisi, posti tecnici numero	82	82	89.360	15.447.937
	Attività di dialisi ad assistenza limitata - CAL, posti tecnici numero	34	34		
	Servizio di medicina di laboratorio intraospedalieri	12	12	5.737.419	139.188.268
	Attività poliambulatoriale afferente a struttura di ricovero e cura, numero	18	18		
Strutture psichiatriche e neuropsichiatriche	Strutture residenziali psichiatriche pubbliche, posti tecnici numero	93	93	107.377	9.009.048
	Strutture residenziali psichiatriche private, posti tecnici numero	90	70		
	Strutture residenziali neuropsichiatriche private, posti tecnici numero	19	12	53.618	5.975.986
	Strutture semiresidenziali neuropsichiatriche private, posti tecnici numero	20	6		
	Strutture semiresidenziali psichiatriche pubbliche, posti tecnici numero	35	35	10.859	1.120.896
	Strutture semiresidenziali psichiatriche private, posti tecnici numero	100	100		
Strutture ambulatoriali extraospedaliere	Strutture ambulatoriali extraospedaliere pubbliche, numero	10	9	93.488	1.856.954
	Strutture ambulatoriali extraospedaliere private, numero	23	22	475.344	16.120.273
Medicina trasfusionale	Unità di Raccolta sangue extraospedaliere, numero	7		∞	∞
	Servizi trasfusionali (SIMT)	2	2	∞	∞
	Articolazioni organizzative di raccolta afferenti ai SIMT	5		∞	∞
Medicina di laboratorio	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedalieri pubblici, numero	4	1	38.253	154.569
	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedalieri privati, numero	7	6	2.689.815	11.776.341
	Punti Prelievo	52		∞	∞

Anche l'offerta specialistica sia ambulatoriale ospedaliera che extraospedaliera, pubblica e privata accreditata è ampiamente rappresentata sul territorio provinciale. Diversamente da quanto accade per la degenza, le strutture ambulatoriali extraospedaliere sono concentrate soprattutto nel privato accreditato.

L'offerta sanitaria comprende anche numerosi servizi di medicina di laboratorio ospedalieri ed extraospedaliere pubblici e privati accreditati; ad essi fanno capo numerosi punti prelievo distribuiti ampiamente su tutto il territorio provinciale con 52 centri, la cui concentrazione risulta maggiore nell'area del Pavese.

Anche l'offerta inerente la salute mentale con strutture residenziali/semiresidenziali psichiatriche, è variamente rappresentata sia nel pubblico che nel privato nei tre Territori, mentre la residenzialità di neuropsichiatrica infantile è limitata ad una sola struttura privata accreditata nell'area dell'Oltrepò.

1.2. La rete dell'offerta delle strutture sanitarie privata

Tabella 2: Rete dell'offerta delle strutture sanitarie private: (dati desunti dall'applicativo ASAN aggiornati al 29/03/2018 e sistema informativo aziendale Avelco)

STRUTTURE PRIVATE	Totale
Poliambulatori privati	97
Ambulatori Medicina Sport	1
Laboratori	2
Odontoiatria monospecialistica	438
Studi professionali medicina dello sport	4
Studi professionali medici	338*
Studi professionali non medici	174*
Totale complessivo	1054

A completamento dell'offerta sanitaria accreditata si vuole rappresentare il quadro dell'offerta sanitaria privata che risulta anch'esso ben rappresentato in particolar modo l'odontoiatria monospecialistica.

I dati della tabella sono stati estratti in parte dal sistema informativo ASAN e in parte dal sistema informativo interno che è in via di implementazione (*).

1.3. La rete dell'offerta delle strutture socio sanitarie

La rete d'offerta socio-sanitaria risulta sostanzialmente stabile sia in ordine al numero complessivo di strutture sia in ordine alla capacità erogativa delle stesse per cui la tipologia di unità di offerta più rappresentativa si conferma essere la RSA sia per numero di strutture che per volume di ospiti. L'unica eccezione è rappresentata dalle cure palliative che ha registrato importanti variazioni in esito al processo di riclassificazione intervenuto nel 2017.

Tabella 3: Rete dell'offerta delle strutture sociosanitarie autorizzate e accreditate del territorio pavese: (dati desunti dall'applicativo AFAM aggiornati al 01/01/2018 e da anagrafica ATS)

	Tipologia udo	N. DI UDO	POSTI TOTALI	DI CUI ACCREDITATI	DI CUI ALZHEIMER	NUCLEI SV		DI CUI A CONTRATTO	
						n.	p.l.		
UDO RESIDENZIALI	RSA	85	5861	5692	365	1	8	5292	
	RSD	10	273	255	//	1	4	255	
	CSS	12	110	110	//	//	//	110	
	CT TOX	13	314	299	//	//	//	299	
UDO SEMI-RESIDENZIALI	TOX Semires	2	33	33	//	//	//	33	
	CDI	28	715	695	//	//	//	575	
	CDD	15	400	370	//	//	//	370	
UDO CURE PALLIATIVE	HOSPICE	7	85	85	//	//	//	70	
	MAC	2	3	3	//	//	//	3	
	DAY HOSPICE	4	5	5	//	//	//	4	
	UCP-DOM	11 di cui una fuori territorio	//	//	//	//	//	//	
	AMBULATORI	4	//	//	//	//	//	//	
DOMICILIARI E AMBULATORIALI	ADI	25 (e n. 13 fuori territorio)	//	//	//	//	//	//	
	CONSULTORI	17	//	//	//	//	//	//	
	SER.T	3	//	//	//	//	//	//	
UDO RIABILITAZIONE/ CURE INTERMEDIE	Cure Intermedie	5	427	317	//	//	//	317	
	RIA Minori	Res	1	15	15	//	//	//	15
		DH	1	5	5	//	//	//	5
	Diurno Continuo	2	25	25	//	//	//	25	
	Ambulatori	5	52265	46265	//	//	//	46265	
	Domiciliare	1	9730	9730	//	//	//	9730	

Tabella 4: Rete dell'offerta delle strutture sociosanitarie del territorio pavese che erogano misure: (dati desunti da anagrafica ATS)

MISURE	Tipologia Misura	N.
	Residenzialità assistita	9
	RSA Aperta	28
	Residenzialità per religiosi	1

Tabella 5: Rete dell'offerta delle strutture sociosanitarie del territorio pavese che erogano progetti sperimentali: (dati desunti da anagrafica ATS)

SPERIMENTAZIONI	Tipologia progetto	Denominazione progetto	N.
	Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedialiera per minori disabili"	Ambulatorio di Riabilitazione Neuro-psicomotoria dell'età evolutiva	1
		Disturbi Apprendimento	1
	Case Management	Centro diurno per persone con autismo	1

1.4. La rete dell'offerta delle strutture sociali

La rete dell'offerta delle strutture sociali risulta sostanzialmente stabile con l'eccezione del fatto che la DGR N° X/7776 del 17/01/2018 ha introdotto la nuova unità d'offerta denominata "Comunità Alloggio Sociale Anziani" (C.A.S.A.) come un'unità d'offerta residenziale, regolamentando una serie di strutture (case famiglie/case alloggio) già presenti anche sul nostro territorio in numero cospicuo (137). Attualmente sono pervenute poco meno di 50 richieste di adeguamento secondo i criteri ed i requisiti previsti dalla DGR.

Tabella 6: Rete dell'offerta delle strutture sociali del territorio pavese: (dati desunti dall'applicativo AFAM aggiornati al 01/01/2018 e da anagrafica ATS)

TIPOLOGIA	Strutture n.	POSTI n.
Asili Nido	95	2869
Micronidi	20	194
Nido Famiglia	13	65
Centri Prima Infanzia	2	29
Comunità Educative	43	371
Comunità Familiari	8	39
Alloggio per Autonomia	29	87
APA alloggio protetto per anziani	8	185
CDA centro diurno assistenziale	4	70
CAG centro di aggregazione giovanile	2	115
CRED centri ricreativi estivi diurni	62	4609
CSE centro socio educativo	3	55
SFAD servizio formazione autonomia per disabile	3	84
CAH comunità alloggio per disabili	3	24
C.A.S.A./Casa famiglia	143	808
TOTALE	438	8796

1.5. La rete dell'offerta di farmaceutica e di protesica maggiore

Tabella 7: Rete dell'offerta delle farmacie del territorio pavese: (dati desunti dall'applicativo farmavision aggiornati al 01/01/2018 e da anagrafica ATS)

Tipologia di struttura		N.	N. ricette/ erogazioni	Valore economico euro
Farmacie	Pubbliche	12	5.010.666	90.004.946
	Private	189		
Dispensari		47		
Parafarmacie		60	//	//
Grossisti/depositi		23	//	//
Negozzi celiachia e GDO		11	183.288	1.244.254
Esercizi autorizzati al commercio on line	Farmacie	1	//	//
	Parafarmacie	1	//	//

Le farmacie sul territorio pavese sono uniformemente distribuite nei 9 distretti: in Pavia vi sono n. 34 farmacie, a Voghera-Varzi n. 27, a Garlasco n. 26, a Vigevano e Certosa n. 23 ciascuno, a Mortara n. 18, a Broni-Stradella e Casteggio n. 17 ciascuno e a Corteolona n. 16.

Per quanto attiene il file F, il numero delle strutture di ricovero e cura che garantiscono erogazione di farmaci secondo questa modalità sono 10 per un volume assistenziale pari a n. 495.752 erogazioni e una produzione economica di euro 88.989.173.

Per quanto riguarda l'ambito relativo alla prescrizione di presidi e ausili di protesica maggiore occorre segnalare che quasi tutte le strutture di ricovero e cura presenti sul territorio hanno specialisti prescrittori; mentre, per quanto attiene alla medicina generale, dal 2017 è stato attivato il progetto del Governo clinico per consentire la prescrizione da parte di n. 116 MMG per specifiche tipologie di presidi.

Per quanto attiene gli ausili prescritti su misura ed erogati da officine ortopediche, audioprotesisti, ottici (elenco 1 ex DM n. 332/99), i fornitori sono soprattutto concentrati nei comuni ospitanti i maggiori centri di ricovero e cura (Pavia, Vigevano e Voghera).

L'unico magazzino, dedicato alla fornitura di ausili non personalizzati ma di serie, con dispositivi nuovi e riutilizzabili (elenco 2 ex DM n. 332/99), è collocato fuori dal territorio provinciale ed afferisce ad altra regione.

La Fornitura di ausili protesici, quali apparecchiature elettromedicali per ventiloterapia meccanica domiciliare e connessi (elenco 3 ex DM n. 332/99), è stata garantita con gara aggregata tramite consorzio AIPPEL con capofila ASST Cremona.

Di seguito è rappresentata l'offerta per il territorio dell'ATS di Pavia.

Tabella 8: Rete dell'offerta riferite alla protesica

Assistenza protesica			N.
	Centri di prescrizione		126
	Prescrittori		527
	Fornitori accreditati	Azienda audioprotesica	23
		Azienda ottica e optometrista	16
		Azienda ortopedica	10
	Magazzino ausili di serie		1
	Fornitura ausili protesici		1

2. Risorse Umane

Come accennato in premessa, il 2017 è stato un anno di profonde modifiche organizzative e strutturali collegate all'attuazione del POAS aziendale che hanno richiesto al personale un percorso di continuo adeguamento in relazione ai cambiamenti intercorsi.

Le UOC di Autorizzazione e accreditamento, Vigilanza e Controllo hanno acquisito ed integrato le attività di gestione dei processi sanitari ai sociosanitari con conseguente acquisizione e implementazione di competenze, peraltro ancora in corso, per la gestione dei nuovi processi.

Anche l'UOC Appropriatelyzza e qualità degli erogatori, di nuova istituzione, ha riassorbito le funzioni dell'ambito farmaceutico e acquisito nuove funzioni, trasversali al dipartimento, sui temi di appropriatezza clinica e qualità.

A fronte di tali cambiamenti si sono registrate e si registreranno importanti modifiche dell'organico adibito alle attività oggetto di controllo con collocamento di personale a riposo, trasferimenti presso altre articolazioni agenziali o extra-agenziali.

L'inserimento di nuovo personale (n. 3 infermieri, n. 4 tecnici della prevenzione e n. 1 dirigente delle professioni tecniche) non ha comunque compensato le uscite ed inoltre è venuto meno il profilo e la competenza di uno psicologo e di assistente sociale, soprattutto nell'UOC Vigilanza e controllo.

Sono tuttavia previste delle acquisizioni di personale infermieristico (n. 2) e medico (n.1).

Infine permane estremamente critica, in termini di risorse umane, l'area dedicata ai controlli della farmaceutica/protesica, a seguito di trasferimento di personale farmacista all'ASST Pavia per consentire l'istituzione di un polo territoriale di Farmaceutica, separato dal quello ospedaliero, con la finalità di mantenere separata la gestione di farmaci e presidi destinati al territorio.

Pertanto le attività di controllo di ATS, anche alla luce della recente LR n. 6/2017 che prevede l'istituzione di una o più commissioni ispettive in condivisione con l'ordine dei Farmacisti proprio per assicurare una maggiore capillarità di vigilanza, sono soggette a frequenti riprogrammazioni del calendario ispettivo prefissato per le ispezioni ordinarie per garantire priorità a quelle straordinarie (segnalazioni, trasferimenti di sede, nuove istituzioni di parafarmacie, etc.).

Le attività di vigilanza e controllo delle U.D.O. Sociali sono state assegnate al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, che si farà carico delle attività di vigilanza di competenza, facendosi supportare dagli altri Dipartimenti (PAAPSS e PIPSS) per quanto riguarda gli altri aspetti oggetto di valutazione collegati al trasferimento di tale attività con personale rientrante nei profili professionali non afferenti al Dipartimento IPS (Assistente Sociale, Educatore e Infermiere valutatore). Tali aspetti sono inerenti principalmente i requisiti organizzativi e gestionali, la valutazione della formazione del personale (piano annuale della formazione e/o aggiornamento del coordinatore e degli addetti, con funzioni educative), il progetto educativo individualizzato, stante la specificità di offerta e la tipologia di utente (disabile, anziani e minori) nonché la funzione di rapporto e sostegno della rete sociale (Comuni, uffici di Piani di Zona). A breve termine verrà valutata l'eventuale necessità di integrazione delle risorse umane del DIPS per l'espletamento di questa attività.

3. Strategie per individuazione delle strutture oggetto di verifica

Nel corso del 2017 si è provveduto a strutturare un'iniziale scheda di analisi del rischio delle strutture sanitarie e socio sanitarie con definizione di criteri di rischio e priorità di intervento al fine di orientare i controlli negli ambiti più critici. Lo strumento, in corso implementazione con apposita formazione, permette di classificare le strutture sulla base di alcuni criteri, utilizzando sia i flussi di dati amministrativi (SDO, 28 san, SOSIA, SIDI, ecc.) sia le informazioni desunte dalle attività tipiche della vigilanza e controllo: alcuni di questi criteri consistono in tempistica dei controlli, tipologia delle macroattività presenti, dimensioni e complessità delle attività erogate, la fruizione del regime di proroga ai requisiti strutturali, la vetustà dell'edificio, lo stato delle manutenzioni degli impianti e apparecchiature, le condizioni igieniche, le precedenti segnalazioni/esposti, eventi avversi, precedenti sanzioni, ecc.

4. Piano di Formazione

Alla luce di quanto sopra evidenziato, nel 2017 la formazione è stata diretta a sviluppare/potenziare le competenze degli operatori con attività di formazione sul campo e residenziali.

L'obiettivo prefissato è stato focalizzato sulla necessità di attuare interventi mirati in ambiti in cui sono emerse particolari carenze/criticità, dove sono intervenute specifiche indicazioni regionali o modifiche normative di ampia portata.

Gli interventi formativi hanno riguardato:

1. "Progettazione di modelli e strumenti condivisi per l'autorizzazione e accreditamento delle Strutture sanitarie e sociosanitarie". L'evento ha portato
 - a. alla condivisione del documento tecnico riferito alla revisione dei criteri e requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie e di funzionamento dell'OTA (organismo tecnicamente accreditante), in linea con l'accordo intesa stato regioni del 2012 e del 2015;
 - b. allo sviluppo di una mappatura dei principali processi in capo alle U.O.C. con una conseguente analisi delle prassi operative poste in essere dalle diverse articolazioni aziendali in precedenza con l'obiettivo di definire delle procedure/istruzioni operative univoche almeno per i processi salienti.
2. "Approfondimenti e analisi del modello organizzativo della rete delle cure palliative per un approccio integrato al percorso presso ATS Pavia". La formazione è scaturita principalmente per condividere con gli operatori afferenti al costituendo Dipartimento PAAPSS e PIPSS il percorso di riclassificazione della rete delle Cure Palliative, introdotto con la DGR 5818/2016. L'evento ha affrontato la tematica fornendo al gruppo elementi utili sia per conoscere le modalità organizzative della rete locale delle cure palliative sia per approfondire i contenuti e gli indicatori dei requisiti previsti dalla recente norma. Sono state esaminate le normative vigenti in materia (DGR 4610/2012 e la DGR 5918/2016 e successive note esplicative), si è analizzato il contesto locale con le tipologie di unità di offerta presenti nel territorio provinciale con monitoraggio del percorso di riclassificazione e post-accreditamento.
3. "Vigilanza e controllo. Responsabilità e obblighi del personale dipendente". Durante il corso sono state esaminate le principali normative di riferimento per quanto attiene la responsabilità e gli obblighi del personale impegnato nelle attività di vigilanza e controllo approfondendo gli aspetti

penalistici e processualistici correlati alle funzioni di vigilanza e controllo svolte da dirigenti e operatori delle pubbliche amministrazioni.

4. "Programma di formazione di valutatori per il Sistema Trasfusionale Italiano". Durante il corso sono stati qualificati n. 2 operatori ATS (inseriti nel registro nazionale dei valutatori del sistema trasfusionale VSTI: Decreto del Centro Nazionale Sangue – CNS – n. 1158 del 24/05/2017) per la verifica dei servizi trasfusionali e delle Unità di Raccolta Sangue come previsto dal DPR 261/2007.
5. Il convegno "Infezioni correlate all'assistenza e appropriatezza della terapia antibiotica" è stato rivolto principalmente alle RSA della provincia di Pavia (raggiungendo gli operatori del 52% delle RSA) e agli operatori ATS interessati nei controlli. Si è posto come obiettivo prioritario quello di incrementare l'appropriatezza di utilizzo delle molecole, con conseguente miglioramento degli outcome clinici e contenimento del fenomeno della resistenza.

Per il 2018 è stato inserito nel Piano di Formazione aziendale il corso di formazione sul campo dal titolo "La graduazione del rischio: metodi e strumenti per l'individuazione del livello di rischio delle strutture" al fine di supportare quanto descritto nel precedente capitolo "Strategie per l'individuazione delle strutture soggette a verifica".

5. ATTIVITÀ DI CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE

5.1. Autorizzazione e Accredimento Strutture Sanitarie

5.1.1. Attività svolta 2017 e indicazione per attività 2018

L'attività di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie è a carico della costituenda UOC Autorizzazione e Accredimento che, oltre alla gestione delle istanze delle strutture accreditate, a partire da giugno/luglio 2017 ha inglobato le attività sulle strutture sanitarie autorizzate private, prima afferenti al Dipartimento di Prevenzione.

- **ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO** trattasi delle istanze presentate dalle Strutture sanitarie inerenti l'autorizzazione all'esercizio/SCIA e/o accreditamento, trasformazioni, ampliamenti e riclassificazioni.

Nel corso del 2017 sono pervenute n. 58 istanze di cui 26 riguardavano strutture accreditate (autorizzazione all'esercizio e accreditamento o trasformazione o ampliamento) e n. 32 strutture autorizzate; tali istanze sono state istruite, processate e concluse con predisposizione di relativo atto (n. 15 decreti per istanze per le strutture accreditate e n. 21 comunicazioni di presa d'atto per le strutture solo autorizzate private). L'iter istruttorio ha previsto verifiche documentali, sopralluoghi e l'aggiornamento del relativo applicativo di gestione delle anagrafiche strutture sanitarie - ASAN, attraverso la predisposizione di allegati alle istanze stesse, processi strutture, processi ente gestore. Numero 19 istanze sono state gestite con verifica documentale senza predisposizione di un atto di autorizzazione/accredimento poiché non processabili o per carenza documentali, ecc. e per numero 4 sono in corso di istruttoria.

Sono state inoltre istruite e concluse anche n. 21 istanze (n. 7 di strutture accreditate e n. 16 di strutture private) pervenute nel 2016 e concluse nel 2017 con predisposizione dei relativi provvedimenti.

Infine sono stati istruiti n. 3 processi ente gestore e n. 26 processi struttura molti dei quali collegati ad istanze ed altri a modifica di assetto. L'attività è esplicitata in sintesi nella tabella sottostante.

Tabella 8: attività correlata alla presentazione delle istanze delle strutture accreditate e private

Strutture sanitarie accreditate				Strutture sanitarie private/SCIA			
Iter concluso senza provvedimento	Esito positivo DGW e ATS	Atto emesso	In verifica	Iter concluso senza provvedimento	Esito positivo DGW e ATS	Atto emesso	In verifica
9	14	1	2	9	18	3	2
	7*				16*		

*Istanze presentate nel 2016 e concluse nel 2017

I dettagli della riclassificazione delle cure palliative sono riportati nell'apposito paragrafo delle strutture socio sanitarie.

Gli operatori del Servizio hanno partecipato a tavoli tecnici interaziendali e regionali e fornito costante supporto alle Strutture sanitarie laddove richiesto e necessario sia per l'utilizzo dell'applicativo sia per assicurare la corretta informazione, supporto tecnico e collaborazione con le strutture decisionali strategiche degli Enti erogatori SSR, nelle varie fasi del percorso istituzionale di accreditamento.

Per il 2018 è possibile presentare alle ATS territorialmente competenti istanze di nuovi accreditamenti, ampliamenti e trasformazioni, sia in ambito sanitario che sociosanitario, in linea con le vigenti procedure regionali e nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dalle regole DGR 7600/2017 e dei vincoli posti dal DM n. 70/2015 (non sono possibili nuovi accreditamenti ma solo trasformazioni e riconversioni, per le attività di ricovero per acuti, di cure intermedie e di degenza di riabilitazione; per queste ultime, ogni ATS, qualora l'indice dei posti letto non sia superiore allo 0,7 posti letto per 1000 abitanti, così come indicato all'art. 1 del DM 70, potrà valutare una diversa distribuzione dei posti letto di riabilitazione, senza aumentarne il numero complessivo di ATS, con il vincolo che i posti letto di riabilitazione di mantenimento e generale geriatrica non possono comunque essere trasformati in posti letto riabilitazione specialistica).

Si riconferma che anche per il 2018 non sono possibili nuove autorizzazioni e nuovi accreditamenti per le attività di PMA, come già richiamato dalla D.G.R. n. X/4103/2015, fino all'approvazione del DM in applicazione dei nuovi LEA.

Al fine di integrare le attività sanitarie e sociosanitarie, i Servizi di Medicina di Laboratorio (S.Me.L.) possono attivare presso le RSA e i CDI punti prelievo esterni di cui all'allegato 3B della D.G.R. n. 3313/2001 in struttura sanitaria o sociosanitaria accessibili a tutti cittadini, a condizione che le strutture ospitanti abbiano lo stesso "status" autorizzativo o di accreditamento dello S.Me.L e che sia indicato in modo inequivocabile che l'attività di prelievo è in capo allo S.Me.L.

Inoltre in ottemperanza alla DGR n. X/7540 del 18/12/2017 si è proceduto alla verifiche di riclassificazione delle strutture in possesso dei requisiti minimi autorizzativi per l'attività di elettrofisiologia.

5.2. Attività di Vigilanza e Controllo strutture sanitarie

5.2.1. Attività svolta nel 2017

Le principali attività svolte in ambito sanitario nel corso del 2017 hanno riguardato i seguenti ambiti:

- 1. Verifica biennale dei servizi trasfusionali** (SIMT) e delle Unità di Raccolta Sangue ed emocomponenti per il mantenimento dei requisiti previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010 e successive modifiche e integrazioni.

Nello specifico i valutatori VSTI hanno garantito il monitoraggio del mantenimento dei requisiti sull'attività trasfusionale attraverso verifiche in loco (14 verifiche), successive valutazioni documentali integrative ed incontri di approfondimento sia con i SIMT/CLV che con le UdR afferenti ad AVIS (prot. n. 59664 del 22/12/2017).

Per una UDR è stata avviata e conclusa (provvedimento n. 323/DGI del 25/10/2017) l'istanza per ampliamento e ristrutturazione dei locali con un iter di rivalutazione di tutti i requisiti organizzativi e strutturali.

- 2. Verifiche Autocertificazioni Quadrimestrali**, nel corso del 2017 sono state effettuate le dovute verifiche sul flusso relativo alle certificazioni quadrimestrali relative al mantenimento dei requisiti di dotazione organica delle Strutture sanitarie accreditate (n. 17 Strutture di Ricovero e Cura, n. 33 Strutture ambulatoriali extraospedaliere, n. 12 Strutture residenziali psichiatriche e di neuropsichiatria infantile, n. 9 Strutture semiresidenziali psichiatriche e di neuropsichiatria infantile, n. 11 Servizi di Medicina di Laboratorio extraospedalieri).

Per le Strutture Ospedaliere il controllo è avvenuto prevalentemente attraverso il monitoraggio del inserimento dei processi DDO sul portale regionale ASAN nei tempi previsti. Alcune strutture, poiché il

portale ASAN non prevedeva l'inserimento di alcune macroattività, hanno trasmesso file sostitutivi di relocals (file opportunamente predisposti dall'ATS).

Le altre strutture: ambulatori, laboratori, strutture psichiatriche hanno trasmesso con la tempistica prevista il modello EP (elenco personale) per la valutazione della dotazione organica.

Dalla verifica dei flussi, da un'analisi delle modalità di rendicontazione e di verifiche sul campo si sono riscontrati elementi di possibile criticità che imporranno la necessità di soluzioni di rendicontazione e controllo alternative o integrative.

- 3. Verifica dei Servizi di Medicina di Laboratorio:** in linea con le regole di sistema e con il piano controlli, nel corso del 2017 è stato implementato un programma di vigilanza sugli S.Me.L della provincia sia con riferimento agli esiti del monitoraggio dei flussi di valutazione esterna di qualità (VEQ), sia con riferimento a quanto previsto dalla DGR 6006/2016 (allegato 6 "Indicazioni in ambito di appropriatezza erogativa dei servizi di medicina di laboratorio") e successiva nota regionale del 30.1.2017 (quest'ultima inviata a tutti gli interessati con pec del 31/01/2017).

Nello specifico con nota ATS del 14.11.2017 (prot. ATS 53095) è stato richiesto alle strutture interessate l'evidenza del rispetto di quanto disposto dalla DGR 6006/2016 con trasmissione delle procedure in uso riferite all'attività preanalitica, alla gestione dei controlli di qualità interni ed esterni e sulla tipologia di esami eseguiti in sede o inviati in service. La valutazione della documentazione acquisita ha richiesto in alcuni casi l'attivazione di verifiche in loco soprattutto in quelle situazioni in cui si evidenziavano criticità anche correlate agli esiti del programma VEQ.

In particolare sono stati effettuati n. 6 sopralluoghi che in 2 casi hanno dato esito a diffida e sanzione.

In relazione al monitoraggio trimestrale/quadrimestrale dei flussi VEQ sono state predisposte specifiche note sia per il richiamo all'obbligo di partecipazione ai programmi di VEQ, laddove sia stata segnalata una mancata partecipazione, sia per proporre una valutazione puntuale del sistema, in caso di significativi scostamenti dalla performance attesa, al fine di mettere in atto eventuali azioni correttive (prot. n. 59665, 5966, 59667 del 22/12/2017).

- 4. PMA:** Per quanto attiene all'attività sui Centri di PMA, alcuni operatori dell'ATS, in collaborazione con gli ispettori del Centro Nazionale Trapianti, hanno partecipato a verifiche dei requisiti minimi previsti dai decreti legislativi n. 191/2007 e n. 16/2010. Le verifiche hanno interessato dapprima centri PMA del territorio lombardo e successivamente si è proceduto al sopralluogo del centro di PMA afferente al territorio pavese. La verifica ha portato alla predisposizione di un piano di azioni correttive e preventive con un cronoprogramma degli interventi ancora in corso.

5.2.2. Indicazioni per l'attività anno 2018

Per l'anno 2018, in linea con quanto definito con le regole regionali (DGR 7600/2017) e successive indicazioni attuative che perverranno, le attività di verifica della rete sanitaria del territorio provinciale proseguiranno in particolare sui seguenti ambiti:

1. Verifica biennale per il mantenimento dei requisiti previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010 per la medicina trasfusionale e successive modifiche e integrazioni.

Nel corso del 2018 proseguirà il monitoraggio delle strutture trasfusionali, le strutture da verificare sono individuate sulla base dei principali criteri e fattori di rischio quali vetustà degli edifici, criticità organizzative e tecnologiche evidenziate nel corso delle verifiche condotte negli anni precedenti, con previsione di almeno 4 accessi.

2. Verifica dei Centri di PMA in relazione ai Decreti Legislativi 197/2007 e 16/2010 e smi (almeno una verifica).
3. Monitoraggio degli S.Me.L del territorio con:
 - Verifica trimestrale/quadrimestrale dell'adesione al programma VEQ per ogni S.Me.L del territorio di competenza disponibili sul sito del Centro di riferimento regionale della qualità dei laboratori con analisi degli esiti e conseguente verifica nei casi ritenuti critici;
 - Analisi dei questionari disponibili sul sito del Centro di riferimento regionale della qualità dei laboratori con analisi degli esiti e conseguente verifica nei casi ritenuti critici;
 - Proseguimento delle verifiche in relazione a quanto disposto dalla DGR 6006/2016.
4. Nel 2018 tenuto conto che dalla verifica dei documenti di autocertificazione quadrimestrale di dotazione organica, inviati dalle strutture erogatrici del territorio e da un'analisi delle modalità di rendicontazione stesse si sono riscontrati elementi di criticità l'ATS introdurrà azioni di miglioramento relative ai sistemi di monitoraggio dei requisiti di personale che risulteranno alternativi o integrativi rispetto a quelli in uso con particolare attenzione alla verifica dei titoli professionali abilitanti del personale sanitario.

5.3. Attività di Controllo NOC

5.3.1. Episodi di ricovero e cura

5.3.1.1. Attività svolta nel 2017

L'attività di verifica e controllo per l'anno 2017 si è svolta in coerenza con il Piano dei Controlli aziendale e con la normativa regionale di riferimento in materia di autorizzazione e accreditamento sanitario.

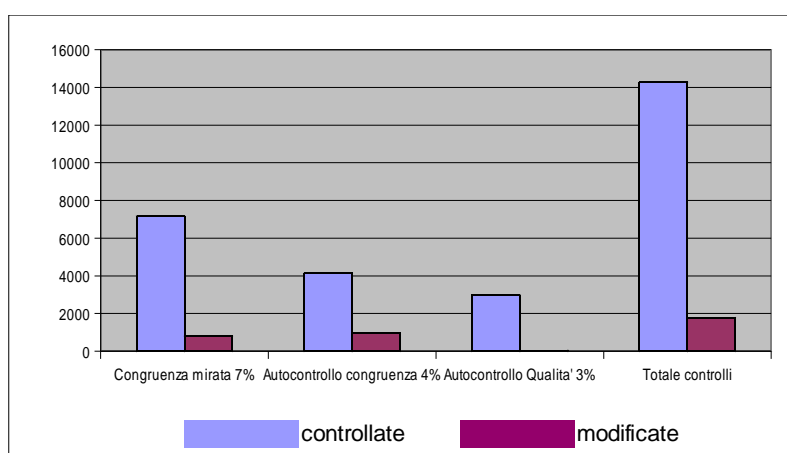
E' inoltre stata svolta nel pieno rispetto delle tempistiche necessarie per la condotta dell'istruttoria e dell'adozione degli adempimenti aziendali: iniziata a marzo 2017, si è regolarmente conclusa nel febbraio 2018. Essa ha avuto come obiettivo quantitativo atteso complessivo un controllo di almeno 13.749 episodi di ricovero e un controllo effettivo di 14.270 episodi di ricovero.

Nelle tabelle successive sono rappresentati gli esiti dei controlli effettuati nel periodo marzo 2017-febbraio 2018.

Tabella 9 – Riepilogo degli esiti dei controlli per tipologia e loro valorizzazione

ANNO 2017 Tipo	controllate		modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica %
	Num	Valore originale	Num	Valore abbattuto		
Congruenza mirata 7%	7.166	33.848.180	794	1.262.293	11,08	3,73
Autocontrollo congruenza 4%	4.126	26.053.818	945	804.427	22,90	3,09
Autocontrollo Qualita' 3%	2.978	12.378.743	40	134.729	1,34	1,09
Totale controlli	14.270	72.280.741	1.779	2.201.449	12,47	3,05

fig. 1 - campione complessivo per tipologia e modifiche apportate



La percentuale maggiore di episodi di ricovero controllati, come dimostra la tabella 10, risulta essere la tipologia 8 "Obiettivi locali", all'interno della quale sono compresi i criteri di campionamento scelti ed elaborati dai NOC dell' ATS Pavia, pubblicati nel piano dei controlli relativo all'anno 2017, ed i criteri risultanti dagli esercizi precedenti, specifici per le singole strutture.

Tabella 10 – Riepilogo del campione di congruenza mirata per tipologia ed esito (marzo 2017- febbraio 2018)

TipoCampione	A	B	C	D	E	F	K	L	M	X	Totale	% sul tot
1 - Ricoveri ripetuti per acuti	336	13		1	11					3	364	5,08%
2 - Ricoveri con assegnazione di DRG complicato	362		2	4	29				1	7	405	5,65%
3 - Ricoveri con attribuzione di DRG anomalo	21				19	1				1	42	0,59%
4 - Ricoveri ordinari acuti, degenza < 4 giorni, diag. Patologia neoplastica, DRG non chirurgico	124	1		26	9	1				2	163	2,27%
5 - Ricoveri in DH diagnostico, con nessuna o una sola procedura	79		1								80	1,12%
6 - Ricoveri in riabilitazione: presenza del soggetto nell'arco del ricovero	53			1							54	0,75%
7 - Ricoveri in riabilitazione: presenza del programma riabilitativo individuale	597						1	1	2		601	8,39%
8 - Controlli ad interesse locale	4.255	43	24	216	240	10	1		4	73	4.866	67,90%
9 - Estensione	32	11			4					1	48	0,67%
D - Controlli Dermatologia	133		5	1	9				1	4	153	2,14%
S - Importo medio per reparto	40				1						41	0,57%
V - % ricoveri ripetuti nello stesso ospedale	13			1							14	0,20%
W - % ricoveri ripetuti per la stessa MDC e all'interno dello stesso ospedale	8			2							10	0,14%
X - Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	319				5					1	325	4,54%
Totale	6.372	68	32	252	327	12	2	1	8	92	7.166	100,00%
Distribuzione % esiti	88,92%	0,95%	0,45%	3,52%	4,56%	0,17%	0,03%	0,01%	0,11%	1,28%		100,00%

Come si vede dalla Tabella 11, significativi sono stati gli abbattimenti relativi agli esiti D ed E, i quali determinano, da soli, la quota preponderante delle variazioni di valorizzazioni.

Nella tabella successiva si può osservare invece come uno specifico criterio scelto per la tipologia mirata, generi una notevole differenza di valorizzazione sebbene con numeri non particolarmente elevati.

Tabella 11 - Riepilogo esito del controllo e valorizzazione del campione di congruenza mirata (Marzo 2017- Febbraio 2018)

Esito	Descrizione	Pratiche	Originale	Assegnata	Amb	Totale
A	Pratica confermata	6.372	30.236.831	30.236.831	0	0
B	Pratica con rimborso annullato e ricompresa in altra pratica	68	144.147	0	0	-144.147
C	Pratica rimborsata in base al tariffario ambulatoriale	32	39.101	0	4.570	-34.531
D	Pratica con modifica durata della degenza ordinaria o degli accessi in Day Hospital	252	1.434.178	954.790	0	-479.388
E	Pratica con modifica DRG	327	1.348.540	782.894	0	-565.646
F	Pratica con modifica DRG e degenza	12	51.859	25.164	0	-26.695
K	Pratica con modifica modalità di dimissione	2	2.996	2.996	0	0
L	Assenza Programma Riabilitativo	1	8.260	7.434	0	-826
M	Importo modificato	8	25.680	14.620	0	-11.060
X	Pratica con modifiche ai codici di diagnosi e/o intervento/procedura ininfluyente sul DRG	92	556.588	556.588	0	0
		7.166	33.848.180	32.581.317	4.570	-1.262.293

Tabella 12 – Riepilogo abbattimenti per tipologia di campione

Tipo Campione	Valore originale	%	Valore assegnato	Valore ambulatoriale	Valore abbattimento	%
1	1.305.100	3,86%	1.263.366	0	-41.734	3,31%
2	1.498.526	4,43%	1.437.196	362	-60.968	4,83%
3	231.981	0,69%	175.033	0	-56.948	4,51%
4	388.117	1,15%	273.726	0	-114.391	9,06%
5	38.513	0,11%	38.226	150	-137	0,01%
6	382.253	1,13%	381.746	0	-507	0,04%
7	4.679.543	13,83%	4.676.623	0	-2.920	0,23%
8	22.783.412	67,31%	21.857.501	3.380	-922.531	73,08%
9	160.998	0,48%	123.890	0	-37.108	2,94%
D	192.978	0,57%	179.532	678	-12.768	1,01%
S	374.872	1,11%	373.591	0	-1.281	0,10%
V	58.888	0,17%	57.777	0	-1.111	0,09%
W	19.546	0,06%	16.802	0	-2.744	0,22%
X	1.733.453	5,12%	1.726.308	0	-7.145	0,57%
	33.848.180	100,00%	32.581.317	4.570	-1.262.293	100,00%

Anche dal punto di vista economico, come si evidenzia nella tabella 12, oltre il 70% degli abbattimenti viene generato dai controlli di “interesse locale”.

La tabella 13 mostra un'ulteriore analisi dei criteri di selezione del campione mirato, evidenziando i DRG che hanno condotto alle modifiche più rilevanti numericamente. Essi sono materia di attenzione particolare nell'ambito dei controlli di interesse locale e continuano a costituire un criterio privilegiato di selezione.

Tabella 13 - Differenza di valorizzazione assegnata nel processo di attribuzione a DRG senza complicanze

DRG originale	Descrizione DRG originale	DRG assegnato omologo senza CC	n°	Valore Originale	Valore assegnato	Differenza
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	008	6	42.846	10.548	-32.298
259	Mastectomia subtotale per T.M. con CC	260	5	27.722	17.706	-10.016
130	Malattie vascolari periferiche, con CC	131	5	9.967	4.694	-5.273
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	090	4	13.086	9.780	-3.306
265	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere con CC	266	3	11.407	3.855	-7.552
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	494	3	12.299	8.587	-3.712
180	Occlusione gastrointestinale, con CC	181	2	5.760	3.464	-2.296
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	145	2	9.474	7.624	-1.850
387	Prematurita' con affezioni maggiori	388	1	14.144	4.849	-9.295
188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	189	1	2.980	492	-2.488
			32	149.685	71.599	78.086

Tabella 14 - DRG con maggiori modifiche nell'ambito del campione mirato

DRG	Descrizione DRG	ESITI											totale modificate	
		A	B	C	D	E	F	K	L	M	X	Totale		
576	Setticemia senza ventilazione meccanica per 96 ore o più, età>17 anni	59			1	13						39	112	53
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	31	1		1	51							84	53
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	48	22			2							72	24
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	37	1		11	3						3	55	18
554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	28			9	4	4					1	46	18
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	22			17	1							40	18
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	199	1	1	13						2		216	17
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	62			7	9						1	79	17
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	34	1		15								50	16
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	127	6		3	6							142	15
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	38			7	7							52	14
477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	9				13	1						23	14
266	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	98		3	1	6					1	2	111	13
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	176			11							1	188	12
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	22			12								34	12
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	92		5		3						2	102	10
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	74			6	2		1	1				84	10
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	42	2		2	6							52	10
410	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta (solo per ricoveri in DO)	37			9	1							47	10
100	Segni e sintomi respiratori, senza CC	29		1	7	2							39	10

Le tabella 14A rappresenta l'esito della verifica di concordanza sull'autocontrollo di qualità della cartella clinica, ai sensi delle DGR 10077/2009 e DGR 621/2010 e DGR 1185/2013, dalla quale è possibile desumere il livello attualmente elevato di concordanza tra il controllo NOC e quello delle strutture, confermando in generale la qualità della documentazione sanitaria esaminata.

Tuttavia le criticità riscontrate si sostanziano principalmente in una non corretta gestione del consenso informato.

Tabella 14 A – Esiti dell'autocontrollo di qualità documentale anno 2017

Rilevatore	Rilevatore		Mar 17 - Feb 18 Num	Marzo 2017 - Febbraio 2018 Valore		
	Struttura	N.O.C.		Originale	Assegnato	Differenza
N.O.C.	Conforme	Conforme	826	4.088.621,00	4.088.621,00	0,00
	Conforme	Parz.Conforme	8	21.098,00	9.412,40	-11.685,60
	Conforme	Non Conforme	7	23.220,00	0,00	-23.220,00
	Parz.Conforme	Conforme	0	0,00	0,00	0,00
	Parz.Conforme	Parz.Conforme	12	31.164,00	13.480,40	-17.683,60
	Parz.Conforme	Non Conforme	0	0,00	0,00	0,00
	Non conforme	Conforme	1	37.428,00	37.428,00	0,00
	Non conforme	Parz.Conforme	0	0,00	0,00	0,00
	Non conforme	Non Conforme	13	82.140,00	0,00	-82.140,00
	Conforme		2.111	8.095.072,00	8.095.072,00	0,00
Struttura	Parz.Conforme		0	0,00	0,00	0,00
	Non Conforme		0	0,00	0,00	0,00
Totale			2.978	12.378.743,00	12.244.013,80	-134.729,20
Totale N.O.C.			867	4.283.671,00	4.148.941,80	-134.729,20
Pratiche concordanti			851			
Livello K di affidabilità			0,98			

Nell'ambito delle verifiche della qualità documentale, ATS ha ritenuto opportuno promuovere e sperimentare nel corso del 2017 con le strutture sanitarie erogatrici l'approfondimento di ulteriori aspetti di verifica della documentazione sanitaria. In aggiunta ai previsti item, sono state indagate le modalità in uso di ricognizione e riconciliazione della terapia e l'utilizzo e la corretta compilazione della check list di sala operatoria (come da raccomandazioni ministeriali) nonché lo schema di registrazione dei controlli pretrasfusionali (come da DM del novembre 2015). Tali elementi di controllo sono stati oggetto di attenzione per gli opportuni sviluppi, ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza e potranno fornire un valido supporto per promuovere strategie condivise ed integrate nell'ambito della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria.

Su questi presupposti il campo di applicazione delle verifiche sulla qualità della documentazione sanitaria ha riguardato n. 15 strutture di ricovero e cura e un numero di cartelle cliniche pari a n. 108.

In linea generale, le aree di miglioramento si sostanziano in interventi nei seguenti ambiti:

- introduzione di specifica scheda di riconciliazione della terapia farmacologica (nella maggior parte dei casi risulta effettuata una ricognizione nell'ambito dell'anamnesi all'ingresso che comunque non risulta esaustiva e in linea con le indicazioni della raccomandazione 17 mentre non risulta evidenza della riconciliazione);
- implementazione di specifici aspetti riferiti al percorso trasfusionale così come dettagliati nel DM novembre 2015;
- ulteriore sensibilizzazione per la compilazione degli ambiti riferiti alla raccomandazione 2, esplicitati nella check list di sala operatoria.

Tabella 14 B – Esiti dell'autocontrollo di congruenza anno 2017

Controllore	Pratiche esaminate	Valore originale	Valore assegnato	Valore ambulatoriale	Valore abbattimento
NOC	953	4.401.667	4.181.940	1.948	-217.779
Erogatore	3.158	21.586.942	21.002.825	531	-583.586
Totale	4.111	25.988.609	25.184.765	2.479	-801.365

Secondo le regole di sistema vigenti le strutture di ricovero hanno provveduto ad inviare un Piano di Controllo aziendale, esplicitando in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati. In seguito sono stati mensilmente acquisiti i flussi relativi ai campionamenti effettuati dagli Erogatori, con differenze notevoli tra quest'ultimi sia per quanto riguarda il rispetto delle tempistiche che per quanto riguarda la correttezza logico-formale dei flussi stessi.

La tabella 14 B illustra i relativi risultati. Tale modalità risulta efficace nell'individuare errori ed anomalie da correggere, con il non trascurabile merito di avere attivato un processo di verifica interna da parte di quegli Erogatori che non sempre lo avevano attivato in modo organico e coerente.

Nell'attività relativa all'anno 2017 una sola Struttura ha superato la soglia di concordanza, per cui si è dovuto procedere ad estensione del controllo per le fattispecie di errori riscontrati.

5.3.1.2. Indicazioni per l'attività 2018

Nelle more dell'approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli dell'ACSS, il presente Piano dei Controlli viene predisposto in continuità con quanto definito nel Piano dei Controlli e dei Protocolli dell' ACSS del 2017 (DGR X/6502/2017) integrato secondo quanto disposto dalla DGR X/7600 del 20.12.2017.

Quest'ultima indica come elemento sostanzialmente nuovo per l'attività 2018 la tempistica dei controlli, predisponendo che le annualità di controllo coincidano con l'annualità solare, ciò al fine di allineare l'esercizio di controllo con l'esercizio di produzione.

Pertanto dal 2018 le attività di controllo si concluderanno entro il mese di dicembre e quindi l'esercizio 2018 con inizio 1° marzo avrà eccezionalmente una durata di 10 mesi, il ripristino delle 12 mensilità di controllo sarà previsto a partire dal 1° gennaio 2019 (esercizio 2019).

La DGR X/7600/2017 dispone inoltre che a causa della prevista contrazione del tempo utile all'attività di controllo, la quota complessiva dei controlli attesi sia eccezionalmente ridotta dal 14% al 11,5%.

Già la DGR 6502/2017 aveva introdotto nuovi elementi di riferimento proposti dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), con un'ottica privilegiata di sempre maggior coordinamento tra le Agenzie di Tutela della Salute, per la programmazione dell'attività di controllo.

Considerato che il presente Piano deve rappresentare una continuità con quello relativo all'anno 2017 si è ritenuto di programmare e modulare le attività in funzione di queste indicazioni.

Pertanto:

- Si mantiene la periodicità temporale dei controlli, che saranno riferiti sia all'anno 2017 (prevalentemente al secondo semestre) quanto all'anno in corso.
- Rimane confermato il campionamento di una quota di cartelle cliniche relative all'attività di Cure Subacute con riferimento alla valutazione della corretta assegnazione dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale.
- In considerazione dei dati sopraesposti si prevede quindi di:
- Mantenere particolare attenzione al DRG 576 con stati settici in diagnosi principale, e al DRG 423 in considerazione dell'elevata percentuale di modifiche effettuate
- Proseguirà l'attenzione nei confronti della chirurgia bariatrica e post-bariatrica, in merito a quest'ultima soprattutto per ciò che attiene la congruenza di codifica e l'appropriatezza di erogazione con il SSN.

Anche per il 2018 rimangono naturalmente valide le indicazioni già seguite nello sviluppo dei precedenti Piani di Controllo:

- indicazioni già pubblicate dallo strumento "ex interpello" della D.G. Salute,
- lavori/verbali del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo delle Prestazioni sanitarie di Ricovero e Ambulatoriali
- Indicatori regionali così come specificati dalla DGR XI/2633 del 6/12/2011, calcolati e forniti dalla D.G. Salute.
- Ex prestazioni extra budget
- tipologie di campione (ex fattispecie) da "1" a "7" così come declinate nella DGR 12692 /2003.
- aree di interesse locale (tipologia 8), con particolare riferimento ai DRG contenuti nella tabella 13 ed a quelli segnalati da ACSS con la DGR 6502/2017 e utilizzando, specificamente, i seguenti criteri:
 - ✓ DRG chirurgici complicati con omologo non complicato: in questi casi verrà verificata sia l'appropriatezza dei giorni di ricovero sia la sussistenza della/delle diagnosi complicanti;
 - ✓ DRG complicati con complicanze a rischio opportunismo: si tratta di ricoveri in cui tra le diagnosi secondarie viene esposta sulla SDO una patologia (es. IVU, BPCO, diabete mellito scompensato, disturbi elettrolitici, ritenzione urinaria, ematuria, ecc.) che ne determina l'assegnazione ad un DRG complicato, a cui non corrisponde in cartella clinica il relativo impegno diagnostico o assistenziale;
 - ✓ codici di diagnosi V64.01- V64.02 – V64.03: descrivono le situazioni in cui l'intervento chirurgico programmato non viene eseguito per sopraggiunte controindicazioni (V64.01), decisione del paziente (V64.02), per altre ragioni (V64.03);

- ✓ prestazioni o procedure rendicontate in degenza ordinaria ma eseguibili in MAC (es.: rimozione BIB, infiltrazione delle faccette articolari a scopo antalgico, ecc..) oppure in BIC (DGR 10804/2009)
- ✓ appropriatezza del setting assistenziale del DH e del DS;
- ✓ corretta rappresentazione del prericovero: ricoveri con DRG chirurgico preceduti da ricovero di tipo medico di breve durata (o DH) che possono essere ricondotti ad unico episodio di ricovero;
- ✓ errori sistematici di codifica delle diagnosi e delle procedure, evidenziati negli anni precedenti in ogni singola struttura (es. asportazione endoscopica di varici esofagee, ecc.);
- ✓ DRG ad alto costo con possibilità di errori di codifica o giornate inappropriate (es.578,473,471 ecc.);
- ✓ ricoveri programmati di breve durata (2-3 giorni) con procedura non eseguita in prima giornata;
- ✓ durata della degenza con decurtazione delle giornate non appropriate: nei casi di ricoveri programmati di tipo medico con finalità diagnostiche e/o di inquadramento in ambito internistico di patologie già note, o di ricoveri chirurgici programmati nei quali l'intervento chirurgico venga eseguito diversi giorni dopo il ricovero (es. ritardo per motivi organizzativi);
- ✓ ricoveri riconducibili ai "108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza": programmati di tipo medico con degenza di pochi giorni (3-4 gg) superiore alla soglia indicata nell'All. F alla DGR 2057/2011, e programmati di tipo chirurgico con procedure presenti nell'All. A e All. B Patto per la salute 2010-2012;
- ✓ Corretta erogazione in ambito di ricovero delle prestazioni ricomprese nei LEA (es. rispetto dei criteri di erogabilità dell' attività odontoiatrica come da All.1 alla DGR 3111/2006)
- ✓ appropriatezza del ricovero e delle singole giornate di degenza in riabilitazione specialistica: vengono decurtate le giornate in cui non venga svolta alcuna attività riabilitativa ad eccezione delle giornate festive;
- ✓ Corretta erogazione e rappresentazione della chirurgia bariatrica e postbariatrica.

Infine, particolare attenzione verrà riservata ai controlli specificati nella DGR 6006/2016 "Disposizioni in ordine all'appropriatezza e modalità di erogazione di prestazione sanitarie in ambito ambulatoriale e di ricovero", con particolare riferimento a: codifica in riabilitazione di alta complessità ed intensiva, appropriatezza dei ricoveri per chemioterapia, codifica dell'infarto miocardico acuto, codifica TAVI.

5.3.2. Attività di controllo specialistica ambulatoriale

5.3.2.1. Attività svolta nel 2017

In merito ai controlli delle prestazioni ambulatoriali eseguiti nella scorsa annualità, si ritiene di poter esporre le seguenti osservazioni e conclusioni:

1. In tutte le maggiori Strutture erogatrici di prestazioni (I.R.C.C.S., Presidi dell'ASST, Case di Cura accreditate e contrattualizzate, ecc.), sono stati effettuati due accessi (uno per semestre, distribuiti su più giornate lavorative), nel corso dei quali è stato valutato un campione delle prestazioni validate dalla Regione ed effettuate nel periodo gennaio-dicembre 2016.
2. In alcune Strutture erogatrici di minore complessità ed attività (ambulatori monospecialistici accreditati e contrattualizzati), le verifiche hanno comportato un solo accesso durante l'annualità considerata.

3. Per quanto attiene ai Centri di Medicina dello Sport, si è deciso di avvalersi, come negli anni precedenti, della modalità meglio in seguito dettagliata, e, definita come "autocontrollo"; così come per i Laboratori Analisi (S.Me.L).
4. I campioni di controllo hanno considerato, ai sensi dell'allegato 13 della DGR VIII/010804 del 16/12/2009 e della DGR X/11885 del 20/12/2013, le prestazioni con la denominazione: A, B, D, E, F, G, I, J, K, M, O, P, R, S, T, U, V, X.
5. Il controllo delle MAC (Macroattività ambulatoriale complessa ad alta integrazione di risorse), di cui alla DGR n. IX/2633/2011 e n. IX/2946/2012, ha portato una significativa implementazione dell'attività lavorativa, totalmente svolta sul campo, consistente nella verifica di congruenza del pacchetto MAC stesso rendicontato con il flusso della Circolare 28/SAN con quanto effettivamente documentato in cartella clinica.

Nel corso dell'annualità esaminata, si è assistito inoltre ad un aumento e diversificazione delle prestazioni sanitarie erogate riconducibili ai vari pacchetti MAC.

6. In ottemperanza alla DGR IX/4716 del 23/01/2013 allegati B e C ed alla Circolare esplicativa n. 13 del 28/05/2013, in merito all'erogazione di prestazioni di "Genetica medica" da parte di Strutture insistenti nel territorio dell'A.T.S. si è provveduto in generale al controllo di tutta la loro produzione, essendo nello specifico di modica entità.

Presso l'unico erogatore che nel corso dell'anno 2016 ha manifestato, invece, una significativa produzione, si è provveduto al controllo del 40% delle prestazioni di genetica medica e del 10% della genetica oncoematologica erogate nel primo semestre, e quindi del 40% delle prestazioni di genetica medica e del 8% della genetica oncoematologica erogate nel secondo semestre 2016.

Nel merito, per ciascuno di tali record, si è proceduto a verifica sul campo di: controllo relativo al medico-prescrittore (specialista di branca o, se MMG, a seguito di indicazione specialistica); appropriatezza prescrittiva; presenza del consenso informato acquisito e conservato a cura dello specialista stesso, ed infine, congruità del referto. Tale attività di controllo, caratterizzata da notevole complessità e specificità, ha comportato il proseguimento della formazione da parte degli operatori, ed ha visto successivi impegnativi e proficui momenti di confronto e condivisione con gli specialisti di riferimento. Gli esiti di questa consistente attività svolta si sono rivelati soddisfacenti, in quanto si è potuto constatare una sostanziale corrispondenza alle indicazioni Regionali, evidenziando quindi l'impegno profuso dalle Strutture erogatrici nella corretta applicazione della norma.

7. Nel corso dell'annualità 2017 si è scelto di controllare un significativo numero di prestazioni radiologiche ad alto costo. Facendo seguito alle raccomandazioni prescrittive espresse al punto 12 allegato A della DGR X/2313 del 01/08/2014, particolare attenzione è stata dedicata alle prestazioni codificate per "Lombalgia-lombosciatalgia acuta", "Gonalgia acuta post traumatica e non traumatica, e gonalgia cronica", "Patologia degenerativa della cuffia ed instabilità di spalla".
8. E' inoltre proseguita l'azione di autocontrollo guidato svoltasi con la solita modalità. E' stato inviato alle Strutture l'elenco delle tipologie estratte in ottemperanza agli indirizzi dettati dalla normativa regionale, affinché le Strutture stesse effettuassero un autocontrollo per la verifica della correttezza del tracciato record, della corrispondenza alla prestazione erogata e di eventuali discrepanze tra prescrizione e refertazioni delle prestazioni. Gli esiti dell'autocontrollo sono stati poi valutati, validati e verbalizzati congiuntamente con i rappresentanti degli Enti Erogatori medesimi.

9. E' proseguita la condivisione in merito alla congruità tra le esenzioni per patologia e le relative prestazioni erogate. La citata attività ha portato ad una maggior omogeneità di comportamento da parte delle singole Strutture confermando la disponibilità alla condivisione di quanto concordato.
10. E' proseguito il controllo della macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale (BIC), analizzando il volume d'attività delle Strutture, la parte documentale, ed il tracciato 28/SAN, allo scopo di individuare comportamenti scorretti, quali la rendicontazione di prestazioni tipo esami pre-operatori, codifiche ridondanti (es. interventi di meniscectomia rendicontati anche come artroscopia diagnostica), medicazioni, rimozione punti di sutura e visite di controllo già incluse nella valorizzazione economica delle prestazioni.
11. Sono state controllate le prestazioni con vincoli di erogazione (FKT, odontoiatria), in applicazione alle direttive impartite con la Deliberazione N. VIII/3111 del 01/08/2006.
12. E' continuata la puntuale verifica della presenza del quesito/sospetto diagnostico nelle impegnative, ed il monitoraggio delle prescrizioni non corredate dal quesito o dal sospetto diagnostico prevalente, correttamente esplicitato.
13. Gli esiti del controllo sul campo svolto negli anni precedenti presso gli S.Me.L, hanno dato un risultato costante in termini di abbattimento economico e di correttezza del tracciato record. Pertanto, per gli S.Me.L stessi che erogano prestazioni afferenti prevalentemente alle attività di base, si è deciso di confermare la modalità di autocontrollo guidato. Si è proceduto ad inviare loro un campione estratto in ottemperanza agli indirizzi dettati dalla DGW affinché gli stessi effettuassero un autocontrollo finalizzato alla verifica della correttezza del tracciato record, alla corrispondenza con la prestazione erogata ed alla ricerca di eventuali discrepanze tra prescrizione e refertazione delle prestazioni. In considerazione dei risultati soddisfacenti ottenuti, la modalità di autocontrollo guidato è stata applicata anche ai Centri di Medicina dello Sport.
14. Complessivamente nell'anno 2017 sono stati controllati 136.244 record, il cui esito è riportato nella tabella seguente, raggiungendo e superando l'obiettivo quantitativo atteso.

Tabella 15 – Riepilogo controllo attività specialistica ambulatoriale per esito – anno 2017

Esito		Controllo istituzionale	Autocontrollo guidato	Totale
A	Confermato	71.324	59.506	130.830
B	Non confermato, valorizzazione annullata e ricompresa in altra pratica	397	25	422
C	Non confermato, valorizzazione annullata per referto non recuperabile	376	40	416
D	Non confermato, con decurtazione della valorizzazione e per prescrizione non recuperabile	5	1	6
E	Non confermato, con modifica codice/i prestazione/i o quantità	1.064	1.251	2.315
H	Modifica importo	1.473	16	1.489
X	Variatione senza modifica importo	691	75	766
Totale		75.330	60.914	136.244

Tabella 16 - Riepilogo controllo attività specialistica ambulatoriale per valore economico – Anno 2017

	Valore originale	Valore assegnato	Decurtazione economica
Controllo istituzionale	11.071.983,63	10.903.299,11	-168.684,52
Autocontrollo guidato	1.968.134,00	1.936.784,97	-31.349,03
Totale	13.040.117,63	12.840.084,08	-200.033,55

5.3.2.2. Indicazioni per l'attività anno 2018

Per l'anno 2018 la DGR X/7600 del 20.12.2017 riconferma tutte le modalità di controllo previste dalle regole di sistema, come anche la quota di controllo atteso per le attività ambulatoriali, essa infatti rimane invariata al 3,5%.

L'attività di controllo interesserà prioritariamente i record prodotti da tutte le Strutture Sanitarie poste a carico del S.S.R. ed insistenti nel territorio dell'A.T.S. di Pavia, utilizzando i dati regionali più aggiornati e validati.

I controlli delle prestazioni ambulatoriali previsti dal SSR saranno effettuati tenendo in considerazione gli assetti accreditati ed a contratto.

Proseguiranno inoltre, tutte le attività precedentemente ed analiticamente descritte.

Viene riconfermata per il 2018, per alcune tipologie di controllo, la metodologia dell'"autocontrollo guidato". L'esperienza passata ha dimostrato che, a fronte della prevista attiva partecipazione delle Strutture erogatrici all'analisi delle criticità segnalate, viene realizzato un significativo intervento per il miglioramento della appropriatezza di erogazione delle prestazioni e della qualità del sistema. Tale attività si può sintetizzare nelle seguenti fasi:

- ✓ estrazione di tutti i record individuati sulla base dei criteri previsti dalla vigente normativa;
- ✓ inoltro dei record oggetto di verifica al Legale Rappresentante della Struttura erogante con richiesta di chiarimenti ed approfondimenti al fine di poter prendere in considerazione la remunerabilità delle prestazioni segnalate come potenziali errori;
- ✓ valutazione della relazione e verifica della documentazione fornita da ciascuna Struttura (ricetta e relativo referto), per la conferma o meno della relativa valorizzazione;
- ✓ riscontro alla Struttura dell'esito del controllo, discussione delle eventuali criticità;
- ✓ stesura e controfirma di specifico verbale di accertamento, contenente in allegato le modifiche apportate.

Nell'ottica di incentivazione e ampliamento dell'attività di "autocontrollo guidato", oltre a quanto verificato negli anni scorsi per quanto attiene le tipologie di errore riportate nell'Allegato 13 della DGR VIII/010804 del 16/12/2009 con la denominazione A, B, D, E, F, G, I, J, K, O, R, S, T, U, V, e confermate dalle successive DGR, continuerà l'attività riguardante l'autocontrollo solo per quelle prestazioni di diagnostica strumentale di valorizzazione economica non elevata, e, comunque già oggetto di rendicontazioni con margini di errore minimali.

L'autocontrollo guidato proseguirà nei Centri di Medicina dello Sport e negli S.Me.L con la metodologia già messa in atto negli anni precedenti.

Il controllo della attività ambulatoriale proseguirà focalizzando l'attenzione su alcune tematiche specifiche, procedendo altresì alla verifica della documentazione sanitaria, e non solo nell'ambito delle macroattività complesse, con l'obiettivo di verificare attraverso la qualità, la congruenza ed l'appropriatezza l'erogazione della prestazione descritta. Si è scelto pertanto di puntare l'attenzione e quindi effettuare un congruo numero di controlli in merito alle seguenti attività:

- prestazioni di macroattività chirurgica ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale;
- attività di emodialisi;
- prestazioni ambulatoriali rendicontate in modo erroneamente ridondante poiché ricomprese nel corso del ricovero;
- il controllo della densitometria ossea verrà effettuato tenendo conto dei criteri definiti nella Nota Regionale del 19/06/2007, successivamente integrata dalla Nota del 04/11/2010, che fornisce ulteriori precisazioni ed indicazioni in merito alle modalità prescrittive ed alla rimborsabilità del suddetto esame;
- monitoraggio delle prescrizioni a carico del SSR, affinché siano effettuate esclusivamente mediante l'impiego del RUR, così come previsto dalla DGR VIII/10804 del 16/12/2009 e confermato dalle regole di sistema successive;
- si proseguirà nell'ottica di privilegiare i controlli di tipo statistico-formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni stesse;
- Ai sensi della Deliberazione Regionale n. X/6006 del 19/12/2016, si prevede l'implementazione dei controlli di appropriatezza delle prestazioni di odontoiatria, seguendo temporalmente i pazienti con analiticità nelle verifiche delle codifiche specifiche di branca. Sempre in forza della precitata deliberazione verrà posta attenzione nei riguardi delle prestazioni di "medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi": area meritevole di interesse in base alla crescente numerosità di prestazioni erogate ed al numero di erogatori presenti nel territorio.
- si prevede la puntuale prosecuzione sul campo del monitoraggio delle prestazioni di diagnostica per immagini ad alto costo, nonché delle prestazioni di genetica medica, oncoematologica ed oncologica molecolare;
- in merito al rispetto delle raccomandazioni prescrittive emanate con la DGR X/3993 del 4/08/2015, si prevede la continuazione del monitoraggio delle prestazioni di eco color doppler dei tronchi sovra aortici ed ecocolor Doppler venoso e arterioso degli arti inferiori.
- ulteriori controlli informatici sulle prestazioni erogate potranno essere inseriti qualora risultassero anomalie di comportamento da parte degli Erogatori e/o su segnalazioni da parte dei prescrittori e/o dall'utenza;
- si ritiene di proseguire il controllo dell'erogazione e della rendicontazione dei pacchetti MAC seguendo puntualmente il percorso sanitario per paziente, sia dal punto di vista statistico/formale del tracciato 28/SAN, sia l'aspetto documentale attraverso la valutazione della scheda clinica ambulatoriale.

5.3.2.3. Approfondimenti di studio sull'appropriatezza prescrittiva di determinate prestazioni specialistiche

Presso l'ATS Pavia si è costituito a luglio 2017 un Tavolo dell'Appropriatezza, cui hanno partecipato tutti i rappresentanti delle Direzioni Sanitarie degli Erogatori pubblici e privati ed i rappresentanti della medicina del territorio. Si tratta di un tavolo tecnico permanente, multidisciplinare e multi professionale, con l'obiettivo di affrontare ambiti di rischio di inappropriata prescrizione o di criticità relativamente a prescrizioni di Farmaceutica e Specialistica ambulatoriale, e relativamente a difformità che possono evidenziarsi nei percorsi dal ricovero alla dimissione degli assistiti e che richiedono sinergia tra la medicina specialistica e la medicina del territorio.

Il Tavolo costituisce luogo privilegiato di incontro e di discussione e di pianificazione delle azioni in merito alle principali tematiche legate all'appropriatezza prescrittiva. In particolare le linee di azione saranno volte a:

- Promuovere interventi di sensibilizzazione dei prescrittori sul corretto utilizzo dei codici di priorità, quesito diagnostico circostanziato, appropriatezza prescrittiva, per successivi coinvolgimenti dei MMG e PDF
- Promuovere il rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni prevedendo, per quelle per le quali sono stati definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione e per le quali viene evidenziata una necessità di particolare attenzione a livello regionale e locale (i.e. colonscopia), delle azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con i prescrittori e gli erogatori di prestazioni, anche con metodiche di autocontrollo.

5.3.2.4. Modalità operative dei controlli NOC

La fase ispettiva dei controlli NOC viene svolta presso le strutture degli Enti Erogatori di prestazioni sanitarie, si ritiene pertanto necessario indicare alcuni elementi essenziali per il regolare svolgimento della stessa:

1. la documentazione clinica richiesta deve essere disponibile alla data di inizio del controllo e rimanere a disposizione dei funzionari fino al termine del controllo stesso, salve diverse indicazioni dei funzionari del NOC
2. la Struttura deve individuare locali idonei allo svolgimento delle operazioni di controllo, i quali devono essere adeguati alla numerosità delle cartelle cliniche richieste e al numero dei funzionari accertatori
3. fornire la necessaria assistenza all'espletamento delle azioni di controllo

Nei casi in cui l'attività di verifica si protraesse oltre la settimana si possono concordare con i delegati preposti momenti di contraddittorio o di chiarimento sull'attività svolta e se del caso su richiesta dell'Erogatore il coinvolgimento dei referenti clinici.

Tali momenti si intendono acquisizione di pareri utili per la discussione finale, quando il Legale Rappresentante o un suo delegato viene informato delle risultanze dell'attività di controllo, che saranno riportate nel verbale di accertamento e sottoscritto da entrambe le parti.

Le risultanze dell'attività di controllo, a seguito della discussione, saranno riportate nel verbale di accertamento che dovrà essere sottoscritto da entrambe le parti; la non sottoscrizione o non accettazione del verbale da parte del Legale Rappresentante o di suo delegato, comporterà la notifica da parte della ATS, secondo i modi di legge.

Nel caso di rilevazione di errori ripetuti che superino la soglia statistica di significatività, si rende obbligatorio fare l'estensione del campione a tutta la casistica di riferimento, qualora, in sintesi, le modifiche raggiungano, rispetto al loro universo di riferimento, la percentuale superiore alla soglia del 5%, a suo tempo individuata (Circ. 37/SAN/2003) come significativa della non casualità dell'errore di codifica della prestazione erogata (DGR n°VIII/4799 del 30.05.2007).

La firma del verbale si intende un atto dovuto al termine di un'attività intercorsa tra le parti, la Struttura può esprimere il parere di concordanza/non concordanza sulle modifiche apportate che viene riportato sul verbale di accertamento.

In caso di non concordanza la Struttura ha la facoltà di inviare all'ATS di Pavia eventuali controdeduzioni, entro 30 giorni effettivi dalla firma del relativo verbale di accertamento, che saranno valutate dal Direttore Generale

Si procederà inoltre alla contestazione di illecito amministrativo nel caso di superamento della soglia del 5% di errore calcolata sull'entità della decurtazione economica realizzata (DGR n°IX/2057 del 28/07/2011).

A tale proposito si riporta di seguito quanto indicato nella DGR n°X/3993 del 04.08.2015. Essa ribadisce il contenuto della Legge n. 689/81 (e dell'art. 17 della LR n. 33/2009, comma 1.d) in tema di sanzionamento amministrativo, con particolare riferimento alle precisazioni di cui alla DGR n. X/1185/2013 qui integralmente richiamate. A questo proposito si ritiene opportuno ribadire la necessità del rispetto puntuale delle tempistiche dei procedimenti amministrativi riferiti al sanzionamento.

In particolare si ricorda che la contestazione di illecito amministrativo, ad opera degli organi deputati alle attività di controllo, deve essere contestuale alla redazione del verbale di accertamento ispettivo o al massimo deve essere notificata entro 90 giorni dalla redazione del suddetto verbale. Detta contestazione quindi:

5. non è influenzata dall'espressione di "non concordanza" (irrilevante ai fini dell'avvio procedimento sanzionatorio) da parte dell'Erogatore controllato sull'esito del controllo stesso;
6. non è vincolata alle tempistiche di gestione di un eventuale procedimento controdeduttivo, dovendo riferirsi esclusivamente al verbale di accertamento da cui discende.

L'Erogatore che intendesse produrre propri scritti difensivi avversi la contestazione ricevuta, dovrà farli pervenire agli Uffici competenti della ATS che ha condotto l'accertamento in questione entro e non oltre 30 giorni solari dalla notifica del verbale di contestazione di illecito amministrativo, al superamento dei quali non potranno avere più alcun effetto. Tali scritti difensivi quindi:

7. devono giungere come atto separato rispetto ad eventuali controdeduzioni al verbale di accertamento cui si riferisce la contestazione di sanzione in questione;
8. possono essere inviati nei tempi indicati anche in caso di espressione di "concordanza" da parte dell'Erogatore controllato sull'esito del controllo stesso, come verbalizzato sul relativo verbale di accertamento.

Le valutazioni di competenza della ATS di riferimento a seguito della ricezione nei tempi previsti degli scritti difensivi da parte dell'Erogatore contestato, si esercitano nei confronti della verifica della sussistenza delle condizioni di applicabilità della sanzione amministrativa nonché della determinazione, nei limiti previsti dalla normativa vigente, del valore economico della stessa, sulla base di quanto previsto dalla L.R. n.23/2015

Con ciò si intende sottolineare che in nessun caso dette valutazioni potranno essere condotte o avere effetto sugli esiti di controllo registrati dagli organi accertatori, resi definitivi alla conclusione del relativo procedimento amministrativo.

L'eventuale notifica di irrogazione di sanzione amministrativa, procedimento distinto dalla contestazione di illecito amministrativo di cui sopra, deve invece essere inviata dalla ATS entro un tempo massimo di 5 anni dalla redazione del relativo verbale ispettivo (verbale di accertamento).

L'obbligazione di pagare la somma dovuta per la violazione si estingue per il trasgressore nei cui confronti è stata omessa la notificazione nel termine prescritto.

Eventuali interpretazioni della normativa vigente in deroga alle disposizioni qui richiamate, con particolare riferimento alle tempistiche dei procedimenti sin qui descritti (contestazione di illecito amministrativo, produzione di scritti difensivi, irrogazione sanzione pecuniaria) possono, qualora ne ricorrano gli estremi, configurare profili di responsabilità contabile (cfr. DGR n. VIII/4799/2007).

5.3.3. Area Salute mentale

La programmazione dei controlli 2018, in merito alla psichiatria territoriale, proseguirà quindi nell'ottica di valutazione di tutte le prestazioni erogate a pazienti selezionati a campione, e seguiti temporalmente, ponendo particolare attenzione all'accessibilità, agli interventi richiesti dalle popolazioni specifiche di utenti ("in primis" i giovani).

Tra gli aspetti prioritari, si ritiene che quello dell'integrazione sia sempre più attuale e suscettibile d'incremento, con il fondamentale ruolo svolto dagli OCSM e dagli OCNPIA per favorire la collaborazione tra soggetti istituzionali ed Enti interessati, condividere problemi, individuare soluzioni il più possibile omogenee sul territorio e suggerire linee di azioni di supporto alla programmazione dell'attività. Un altro importante aspetto è rappresentato da una maggior integrazione tra Psichiatria e NPIA per l'area dei disturbi psichici in adolescenza, sia rispetto all'intervento in urgenza con ricovero di adolescenti presentanti quadri acuti, sia riguardo alle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia d'età 16-18 anni. L'interesse verso questa area di passaggio dell'età giovanile, può avere particolare rilievo prognostico e preventivo, e, deve rappresentare un primo terreno ove mettere a frutto le esperienze innovative svolte, avente inoltre la finalità di unire conoscenze e competenze tra NPIA e Psichiatria per l'elaborazione di nuove linee d'intervento.

La programmazione dei controlli per l'annualità in corso, prevede pertanto il mantenimento delle verifiche in tutti i centri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e la verifica delle rivalutazioni effettuate dal DSM-ASST Pavia circa i casi di assistiti da lungo tempo presso le strutture psichiatriche extra ATS (46 e 43 san).

6. Attività di controllo strutture sociosanitarie

6.1. Attività di autorizzazione e accreditamento strutture socio sanitarie

6.1.1. Attività svolta nel 2017 e indicazioni per il 2018

Nel corso del 2017 il quadro delle unità di offerta socio sanitarie ha nel complesso registrato una ridotta variazione, eccezion fatta per l'area delle cure palliative interessata dalla riclassificazione disposta dalla d.g.r. 5918/2016 a cui viene dedicato uno specifico approfondimento.

Nello specifico nel 2017 sono pervenute n. 52 istanze di cui processate n. 38 e rigettate n. 14.

Tabella 17: attività correlata alla presentazione delle istanze delle strutture sociosanitarie

Tipologia di istanza	Processate	Rigettate
	n.	n.
SCIA	2	1
SCIA con contestuale richiesta di accreditamento	11	8
Accreditamento	4	1
Riclassificazione cure palliative in assenza di variazioni	10	4
Riclassificazione ADI in assenza di variazioni	7	//
Decadenza accreditamento per cessazione attività	4	//
Totale	38	14

Delle istanze processate soltanto n. 10 (pari al 26,3%) hanno determinato una variazione nel quadro dell'offerta per attivazione di nuove strutture (n.2 di cui n.1 UCP-DOM e n.1 CDC), trasferimenti di sede/modifiche strutturali con aumento della capacità ricettiva (n.3 di cui n. 2 RSA e n. 1 CDI), nuovo accreditamento (n. 1 RSA) ovvero cessazione di attività (n.4 di cui n. 1 UCP-DOM e n. 2 ADI Cure palliative che non hanno aderito alla riclassificazione, n.1 ADI).

La quota più rilevante delle istanze risulta infatti correlata all'iter di riclassificazione delle cure palliative, pari a n. 28, che costituiscono, infatti, il 75% del totale. Nel dettaglio tale iter ha interessato n. 11 UCP-DOM, n. 2 UOCP, n.3 Hospice e n. 12 ADI ed ha determinato tre macro modifiche: l'inclusione nella rete territoriale delle Cure palliative afferenti all'area sanitaria, l'attivazione di nuove unità di offerta per l'assistenza domiciliare cure palliative con la conseguente riclassificazione dell'ADI per le sole attività di assistenza ordinaria e la mancata riclassificazione delle ADI CP con la conseguente cessazione di attività preesistenti. In un caso l'esito delle verifiche in area socio sanitaria dei requisiti previsti dalle normative ha comportato l'irrogazione di diffida e di sanzione amministrativa, per un totale di euro 2000.

Relativamente agli Hospice la riclassificazione ha determinato una variazione del numero delle unità di offerta a seguito della riorganizzazione di n. 3 strutture sanitarie, in assenza però di variazioni del numero di posti letto totali.

Relativamente alle UCP-DOM, la riclassificazione ha determinato invece significativi cambiamenti nel quadro dell'offerta di provenienza socio sanitaria: la differenza in negativo di UDO deriva, infatti, della cessazione di n. 3 ADI CP preesistenti e dell'attivazione di n.1 nuova UCP_DOM, precedentemente solo a contratto con l'ATS.

Inoltre è stato garantito il controllo dei requisiti soggettivi per le istanze pervenute nel 2017 e sopra dettagliate nonché, a conclusione delle procedure all'aggiornamento del sistema AFAM.

Per il 2018 è possibile presentare alle ATS territorialmente competenti istanze di nuovi accreditamenti, ampliamenti e trasformazioni, in ambito sociosanitario, in linea con le vigenti procedure regionali e nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dalle regole DGR 7600/2017 e dei vincoli posti dal DM n. 70/2015 (non sono possibili nuovi accreditamenti ma solo trasformazioni e riconversioni di cure intermedie).

6.2. Attività di vigilanza e controllo strutture sociosanitarie

6.2.1. Attività svolta nell'anno 2017

Nel 2017 l'attività di vigilanza e controllo sulle unità di offerta socio sanitarie ha garantito gli obiettivi previsti dal Piano Controlli 2017, nonostante i profondi cambiamenti organizzativi che hanno coinvolto l'organizzazione, come sinteticamente esplicitato nel paragrafo "risorse umane".

Nonostante queste criticità l'équipe della Vigilanza e Controllo strutture socio sanitarie ha effettuato complessivamente n. 579 sopralluoghi/controlli di cui n. 359 controlli sono stati condotti su UdO sociosanitarie. Nel corso dell'anno l'attività di vigilanza e controllo programmata è stata realizzata come esplicitato nella sottostante tabella:

Tabella 18: attività correlata alle verifiche di vigilanza e appropriatezza anno 2017 delle strutture sociosanitarie

Tipologia Udo	Campione	Verifica di Vigilanza	Verifiche di Appropriatezza				Verifiche a seguito di segnalazione	Verifiche post accreditamento (90 gg)	Diffida e sanzione
			UdO Vigilante	FASAS Campionati	% FASAS prevista	% FASAS campionati			
RSA	41	41	41	614	15	15,19	3	2	2
RSD	6	6	6	48	30	30.38	2		1 Penale contrattuale
CSS	3	3	3	11	30	36.67			/
CDI	17	17	17	124	15	15.10	1		1 sanzione e 1 Penale contrattuale
CDD	8	8	8	64	30	30.33	1		1 Penale contrattuale
Comunità tox	7	7	7	43	15	15.36			/
TOX Semiresidenziale	1	1	1	2					/
SER.T.	2	2	2	27	5	5.12			/
Adi	9	9	9	100	5	5.16		7	/
Consultori	9	9	9	139	5	5.24		1	/
Hospice	2	2	2	49	15	18.28	1	5	1
UCP DOM								9	
Cure Intermedie	7	7	7	125	10	10			
Ria Residenziale				4	10	11.76			1
Ria ambulatoriale				12	3	3.21			
Diurno continuo				40	3	3.05			

Il criterio programmatico scelto ha utilizzato un approccio verticale della programmazione dell'anno precedente, per cui le attività di vigilanza e controllo di appropriatezza hanno coinciso per ciascuna UdO scelta, garantendo la totalità dei diversi livelli tipologie di verifica (vigilanza strutturale, gestionale ed organizzativa e controlli di appropriatezza).

La vigilanza è stata finalizzata al mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, soggettivi, gestionali ed organizzativi di esercizio e accreditamento e controlli di appropriatezza, utilizzando il modello di verbale fornito da Regione Lombardia.

Semestralmente sono state inviate in Regione Lombardia le tabelle di monitoraggio dei dati riportanti lo stato di avanzamento del Piano dei Controlli, sia per l'area sociosanitaria che per l'area sociale. Tali trasmissioni sono avvenute in data 31-07-2017 per il primo semestre, rispettivamente con il prot. n. 36929 (area sociosanitaria) ed in data 31-01-2018 per il secondo semestre, rispettivamente con il prot. n. 4743 (area sociosanitaria). Ogni invio è stato corredato da tabelle, compilate su format regionale, riportanti i dettagli di ogni singolo controllo.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

L'accertamento dei requisiti strutturali – tecnologici ha realizzato quanto previsto dalla programmazione dei controlli nel 2017. Durante tale attività si sono evidenziati elementi di attenzione che saranno oggetto di puntuali azioni e che indirizzeranno la programmazione del 2018.

È stato altresì garantito il controllo delle UdO socio sanitarie con piano programma ancora in corso. Nel merito sono state effettuate tutte le azioni previste dalla dgr 7600/2017, conclusesi con Decreto n. 67/DGi del 27-02-2018 e Decreto n. 68/DGi del 27-02-2018.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento.

Come previsto dalla DGR n. 2569/2014, nel mese di gennaio sono pervenute da parte di tutti gli Enti gestori le autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive per tutti i livelli erogativi.

L'attività è stata espletata verificando la completezza delle autocertificazioni inviate, quindi attivando le verifiche previste per il campione di Enti scelto secondo un criterio randomizzato e rappresentativo delle tipologie di UdO insistenti sul territorio. A conclusione delle procedure sopra richiamate, si è proceduto al conseguente aggiornamento del sistema AFAM.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e di accreditamento

Anche per quanto riguarda l'accertamento dei requisiti gestionali ed organizzativi, nel corso del 2017 è stato realizzato quanto previsto dalla programmazione dei controlli con particolare approfondimento di quelli aggiuntivi di accreditamento introdotti dalla DGR n. 2569/2014.

Le verifiche effettuate nel 2017 hanno evidenziato degli ambiti di miglioramento tra i quali si riporta il disallineamento tra quanto descritto in procedura e l'operatività e viceversa (composizione del fascicolo sociosanitario, farmaci, titoli, igiene mani, sterilizzazione, ecc.); inoltre risulta non sempre strutturata la verifica da parte degli operatori addetti/incaricati della corretta applicazione dei documenti in essere. Pertanto la programmazione 2018 sarà indirizzata a rilevare i comportamenti e favorire azioni di miglioramento strutturate.

È proseguita la modalità posta in essere in merito alla trasmissione da parte di tutte le UdO della Carta dei Servizi aggiornata, per la conseguente verifica e successiva pubblicazione sul sito aziendale. In aggiunta, è

proseguita la verifica delle autocertificazioni sostitutive pervenute dagli Enti gestori in attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 2569/2014 per la verifica della documentazione attestante l'assolvimento del D.Lgs 231/2001.

E' stato altresì garantito l'adempimento dei debiti informativi da parte delle strutture secondo le tempistiche previste con conseguente invio in Regione del flusso dovuto per tutte le tipologie di UdO secondo le scadenze previste (intercorrenti dal mese di luglio al mese di settembre).

Controllo di appropriatezza

Per quanto attiene i controlli di appropriatezza, la programmazione degli stessi ha garantito tutte le verifiche previste per l'anno 2017 raggiungendo le percentuali previste e desumibili dalla tabella sopra riportata. Tali verifiche sono state condotte in piena adesione della check list fornita da Regione Lombardia per la rilevazione degli indicatori ex DGR n. 1765/2014.

Tutti i sopralluoghi sono stati effettuati con preavviso nella giornata lavorativa precedente, come da indicazioni regionali, e da équipe composta da almeno 2 operatori uno dei quali è stato individuato come responsabile dell'istruttoria sulla base di criteri prestabiliti. Si aggiunge che la definizione della composizione dell'équipe è avvenuta tenendo conto del principio di rotazione, per quanto possibile con le risorse disponibili, al fine di adempiere a quanto previsto dal Legge 190/2012.

Tutte le verifiche sono state effettuate in applicazione dei criteri di campionamento dei Fisas descritti nel piano annuale e distinti per tipologia di UdO.

Per tutti i Fisas campionati è stata garantita l'applicazione degli indicatori previsti dalla DGR n. 1765/2014 e sono stati considerati i criteri suggeriti dalla DGR n. X/6502/2017. Si specifica che nel corso del 2017 in merito al controllo ADI sono stati inclusi i controlli di appropriatezza per una UdO accreditata extra ASL che ha erogato prestazioni sul territorio.

Atti di diffida e sanzionatori/decurtativi

L'esito delle verifiche in area socio sanitaria dei requisiti previsti dalle normative ha comportato in n. 6 casi l'irrogazione di diffida e di sanzione amministrativa, per un totale di euro 10.000. In n. 3 casi è stata applicata la penale contrattuale pari ad euro 3.000 (per un totale di euro 9.000) ed in un caso è stata applicata la decurtazione del 30% dell'intero periodo contestato a seguito di un controllo di appropriatezza.

Attività di controllo sulle misure e sperimentazioni

RSA aperta e residenzialità leggera

Sia per la misura sperimentale RSA Aperta sia per la Residenzialità leggera sono stati condotti i controlli in ottemperanza a quanto disposto dalla ex dgr 2942/2014. In adesione alle indicazioni regionali, gli stessi sono stati condotti sul 50% delle strutture attive nel 2016 (13 per la prima tipologia di UdO e n. 5 per la seconda tipologia). I criteri di campionamento utilizzati hanno dato la precedenza alle UdO non oggetto di controllo nel corso del 2016.

Tali controlli di vigilanza e di appropriatezza sono stati effettuati utilizzando un modello di verbale fornito da Regione Lombardia, che contempla la verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e di appropriatezza. Relativamente a quest'ultima sono stati campionati rispettivamente

- 1) RSA aperta: n. 20 Fasas, sui n. 209 totali, raggiungendo la quota del 9.56%, superando il previsto 5% dei controlli
- 2) Residenzialità leggera n. 15 Fasas, sui n. 76 totali raggiungendo la quota del 19.7%, superando pertanto il previsto 15% dei controlli.

E' altresì stato svolto un controllo presso la misura sperimentale di Residenzialità assistita per Religiosi denominata Comunità Centro Sociale "Padre F. Pianzola" di Mortara attivata ai sensi della dgr 2942/2014 e dgr 4086/2015.

La tabella sottoriportata rappresenta in sintesi quanto descritto

Tabella 19: attività correlata alla verifiche di vigilanza e appropriatezza delle strutture sociosanitarie che erogano misure

MISURE	Tipologia Misura	Vigilanza		Appropriatezza			
		campione	Verifica di Vigilanza	UdO Vigilate	FASAS Campionati	%FASAS prevista	%FASAS campionati
	Residenzialità leggera	5	5	5	15	15	19,7
	RSA Aperta	13	13	13	20	5	9,56
	Residenzialità per religiosi	1	1	1	2	15	15,38

Progetti sperimentali ex DGR 3239/2012

In riferimento a questa area, presso ATS di Pavia sono ancora attivi tre progetti sperimentali derivanti dalla DGR 3239/2012 afferenti all'area della "Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili" ed un progetto relativo al Case management per persone con disturbi dello spettro autistico.

In adesione alle Regole regionali di campionare almeno il 50% dei progetti attivi si è proceduto comunque ad effettuare il controllo sui 3 progetti dell'area riabilitazione pervenendo quindi ad una percentuale del 75%.

Nella tabella sotto riportata viene declinata la dimensione qualitativa e quantitativa per ogni struttura campionata.

Tabella 20: attività correlata alla verifiche di vigilanza e appropriatezza delle strutture sociosanitarie che erogano progetti sperimentali

Tipologia progetto	Denominazione progetto	FASAS campionati	%FASAS prevista	%FASAS campionati
Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili"	Ambulatorio di Riabilitazione Neuro-psicomotoria dell'età evolutiva	7	5	5,55
	Disturbi Apprendimento	8	5	5,55
Case Management	Centro diurno per persone con autismo	3	15	20

Con particolare riferimento al controllo di appropriatezza svolto su un numero di Fasas campionati, si precisa che le percentuali di campionamento dei Fasas, effettuato sulla base delle prese in carico nel corso del 2016, sono diverse a seconda della tipologia di UdO: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, in adesione alle regole regionali, ex dgr 5954/2016.

Con particolare riferimento al campionamento dei Fisas, il criterio utilizzato è derivato da un lavoro svolto con altra articolazione aziendale afferente al Dipartimento di Cure Primarie, relativo alla rendicontazione economica. In particolare si è concentrata l'attenzione sulla verifica della corrispondenza tra quanto registrato nel flusso economico e quanto effettivamente riscontrato nel Fisas di alcuni utenti ancora in carico e campionati in modo mirato.

Per alcune verifiche si sono resi necessari alcuni approfondimenti. Tutti i controlli si sono comunque conclusi con esito positivo.

Si declinano di seguito le attività inerenti ulteriori interventi svolti nel corso del 2017 così come previsto nel piano dei controlli nell'ambito dell'attività di vigilanza e controllo dell'area socio sanitaria.

Stati vegetativi

L'attività è stata garantita per tutti i nuovi inserimenti di soggetti in Stato Vegetativo (n. 5 sopralluoghi) nelle UdO socio sanitarie entro 10 giorni dalla presa in carico, in applicazione della DGR 4598/2012.

Verifiche post accreditamento

È stato inoltre garantito il percorso di post accreditamento a 90 giorni per tutte le strutture per quali è stata presentata istanza e per le Cure Palliative che nel corso del 2017 hanno intrapreso un percorso di riclassificazione sulla base della DGR 5918/2016. L'attività è rappresentata nella tabella 21.

Assenze remunerate ai sensi della DGR 1953/2014

Anche in relazione alle richieste di pagamento di giornate di assenza di ospiti presso le UdO socio sanitarie (pagamento consentito dalle regole regionali entro alcuni parametri), sono stati effettuate specifiche valutazioni sui progetti individuali pervenuti dai Gestori. La verifica prevede un esame documentale, con particolare riferimento alle motivazioni avanzate dal Gestore a giustificazione delle assenze e a campione nel corso di sopralluogo di appropriatezza raggiungendo la quota percentuale prevista.

6.2.2. Indicazioni per l'attività di vigilanza e controllo sociosanitaria anno 2018

In ottemperanza alla DGR 7600 del 20-12-2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario per l'esercizio 2018" e della DGR 6502 del 21-4-2017, si declinano di seguito le attività contemplate per l'anno 2018 nell'ambito della vigilanza e dei controlli di appropriatezza, nell'ottica di costante monitoraggio della qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Attività di vigilanza e controllo

L'attività di vigilanza e di controllo di appropriatezza assicurerà i controlli in almeno il 33% delle U.d.O socio sanitarie in esercizio al 1.1.2018. Anche per l'anno in corso il criterio programmatico scelto garantisce che le attività di vigilanza e controllo di appropriatezza coincidano per ciascuna UdO scelta, effettuando la totalità dei diversi livelli/tipologie di verifica (vigilanza strutturale, gestionale ed organizzativa e controlli di appropriatezza).

Il triennio 2018-2020 garantirà le verifiche nel 100% delle UdO attive sul territorio al 01-01-2018.

La tabella sottoriportata rappresenta il 33% del totale delle UdO che saranno campionate nel 2018.

Tabella 21: Dettaglio quantitativo del campione delle strutture socio sanitarie da sottoporre a controllo nel 2018.

Tipologia di UdO		N. di UdO	Controlli di vigilanza	Controlli di appropriatezza
UDO RESIDENZIALI	RSA	85	29	29
	RSD	10	4	4
	CSS	12	4	4
	CT TOX	13	4	4
UDO SEMI-RESIDENZIALI	CDI	28	10	10
	CDD	15	5	5
	TOX Semires	2	1	1
UDO CURE PALLIATIVE	HOSPICE	7	3	3
	UCP-DOM	10	3	3
	AMBULATORI	4	2	2
DOMICILIARI E AMBULATORIALI	ADI	25	8	8
	CONSULTORI	17	6	6
	SER.T	3	1	1
UDO RIABILITAZIONE/ CURE INTERMEDIE	Cure Intermedie	6	1	1
	RIA Minori		Res	1
		DH	1	1
	Diurno Continuo	2	1	1
	Ambulatori	5	2	2
	Domiciliare	1	1	1

In aderenza ai dettami della normativa vigente, le visite di vigilanza saranno condotte sempre senza preavviso, mentre per i controlli di appropriatezza si procederà ad un preavviso delle strutture nella giornata lavorativa precedente al sopralluogo. Le equipe di controllo saranno formate da almeno 2 operatori

garantendo l'utilizzo dei modelli di verbali forniti da Regione Lombardia per le tipologie di UdO e di controllo.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

Per quanto attiene l'accertamento dei requisiti strutturali-tecnologici la programmazione garantirà le verifiche in almeno il 33% delle strutture come da tabella sopraripotata.

Anche in tale ambito la programmazione si effettuerà ricercando, attraverso la raccolta dei dati derivanti dalla scheda del verbale fornito da Regione Lombardia e in uso ormai da alcuni anni, una graduazione del rischio, attraverso la reportistica derivante dalla scheda stessa sul numero di difformità riscontrante, di quale entità, tipo e natura.

Inoltre nel 2018 verrà proseguita la verifica nel 100% delle strutture interessate da Piani programma (n. 1 Consultorio Familiare e di n. 2 Serd) al fine del monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori e del mantenimento degli standard di sicurezza, fino alla scadenza prevista del 31/12/2020.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e di accreditamento

Per quanto attiene l'accertamento dei requisiti gestionali ed organizzativi, la programmazione dei controlli garantirà le verifiche in almeno il 33% delle strutture presenti sul territorio al 01-01-2018, inoltre, come già evidenziato in precedenza, verranno approfonditi alcuni aspetti rilevati nell'attività di controllo dell'anno precedente che dovrebbero essere migliorati (reale applicazione delle procedure, composizione del fascicolo sociosanitario, gestione farmaci, titoli abilitanti, igiene mani, sterilizzazione, ecc.)

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento.

Nell'anno in corso verranno garantite le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive, attraverso richieste alle P.A. interessate, per almeno il 10% di quelle inviate annualmente dai Legali Rappresentanti delle UdO. A tale proposito si specifica che nel mese di gennaio si è provveduto ad attivare gli Enti gestori per la trasmissione delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive per tutti i livelli erogativi in attuazione di quanto previsto dalla DGR 2569/2014 che individua nel 31 gennaio il termine per la presentazione della documentazione attestante i requisiti soggettivi di accreditamento. Con la stessa modalità verrà data attuazione alle verifiche relative ad eventuali atti di nomina dei legali rappresentanti degli Enti gestori.

Controllo di appropriatezza

I controlli di appropriatezza prevedono una visita della struttura al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti, contestualizzando il campionamento dei FASAS nell'ambito assistenziale.

Il controllo verterà quindi sulla verifica di:

- ✓ corretta classificazione degli ospiti;
- ✓ coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale/ PI e PAI mediante verifica dei diari/figure professionali;
- ✓ congruenza con i flussi e quanto tracciato nei Fasas;
- ✓ appropriatezza assistenziale attraverso l'applicazione degli indicatori di cui alla dgr 1765/2014, per la rilevazione dei quali verrà adottato il modello di verbale trasmesso da Regione Lombardia.

Alla luce degli esiti dei controlli degli anni precedenti, con una percentuale di appropriatezza elevata, si prevede di programmare verifiche più approfondite anche attraverso una valutazione diretta degli ospiti.

Per le UdO campionate sarà garantito il controllo di appropriatezza dei fasas con i criteri definiti dalla normativa (DGR 6502/2017 e DGR 1765/2014):

- Regime residenziale e semiresidenziale:
 - ✓ la verifica di almeno l'11.5% dei FASAS calcolato sul numeri di utenti rendicontati nel 2017 delle UdO residenziali e semiresidenziali, comprendendo in tale verifica anche FASAS dell'anno 2018;
- Regime ambulatoriale e domiciliare:
 - ✓ la verifica di almeno il 3.5% dei FASAS calcolato sul numeri di utenti rendicontati nel 2017 delle UdO che erogano in regime ambulatoriale e domiciliare, comprendendo in tale verifica anche FASAS dell'anno 2018.

Il campionamento dei fascicoli prevedrà una metodologia mista (casuale e mirata). In merito alla quota mirata, che costituirà almeno il 30% del campione totale, si declinano di seguito i criteri/indicatori che verranno applicati come da normativa vigente:

Area Anziani: RSA

1. ospiti con particolari criticità assistenziali quali lesioni da pressione, applicazione di contenzioni, cadute e catetere vescicale, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
2. ospiti con età inferiore a 65 anni o con scostamento significativo dalla media, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
3. ospiti recentemente inseriti nelle U.d.O. (ultimi ingressi), scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
4. ospiti trasferiti da altre UdO, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
5. ospiti per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
6. ospiti con cambi classe significativi, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

Area Anziani: CDI

1. ospiti con particolari criticità assistenziali quali applicazione di contenzioni, cadute e con compromissione delle performance motorie e/o cognitive, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
2. ospiti con età inferiore a 65 anni o con scostamento significativo dalla media, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
3. ospiti con bisogni complessi o con tipologia di frequenza (part time, tempo pieno) (per CDI), scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
4. ospiti per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;

5. ospiti trasferiti da altre UdO, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

Area Disabili: RSD, CDD e CSS

1. ospiti con particolari criticità assistenziali e/o bisogni di carattere riabilitativo-fisioterapico e/o comportamenti auto – etero aggressivi, scelti tramite analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
2. ospiti con bisogni complessi (per CDD), scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
3. ospiti con incidenza di cadute, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
4. ospiti con età inferiore a 18 anni o superiore ai 65 anni, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
5. ospiti trasferiti da altre UdO, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
6. ospiti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza previsti dalla dgr 1953/2014, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

Area Dipendenze: SERD e COM TOX

1. utenti/ospiti recentemente inseriti nelle U.d.O. (ultimi ingressi) scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
2. utenti/ospiti minorenni o comunque in età giovanile, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
3. utenti/ospiti con polidipendenze, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
4. utenti/ospiti recentemente dimessi per conclusione del progetto terapeutico o per abbandono del progetto, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
5. utenti con un numero di prestazioni del tipo “management clinico telefonico di paziente” superiore alla media ASL per il 30% (per i SERD);
6. utenti con problematica di gioco, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo
7. ospiti per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo (per Com Tox);
8. Fasas chiusi di ospiti la cui permanenza si discosta dalla media dell'anno precedente (per le Com Tox)
9. ospiti trasferiti da altre UdO, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo (per le Com Tox).

Area Consultori Familiari:

1. utenti che hanno ricevuto prestazioni rappresentative rispetto a quelle ad alta integrazione socio sanitaria contemplate dalla d.g.r 4597 del 28/12/2012 e previste tra gli indicatori specifici dalla dgr 1765/2014 (prestazioni riconducibili ai codici 101-102-001-003-801-802), scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
2. utenti che hanno ricevuto prestazioni relative a IVG MINORI

Area Hospice

1. ospiti affetti da patologie di natura non neoplastica scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
2. ospiti recentemente inseriti nelle U.d.O. (ultimi ingressi) scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
3. ospiti con degenze superiori ai 60gg, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
4. ospiti con ricoveri in diversi hospice, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo
5. ospiti trasferiti da altre UdO, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

Area Cure Intermedie:

1. ospiti/utenti provenienti direttamente da altro percorso riabilitativo all'interno della stessa U.d.O
2. ospiti per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.
3. ospiti minorenni per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.
4. Ospiti con remunerazione più elevata, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
5. Ospiti con ricovero/prestazione ripetuto nell'anno, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo
6. ospiti trasferiti da altre UdO, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

Area IDR Ambulatoriale domiciliare e diurnato:

1. utenti ultrasessantacinquenni, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
2. utenti presi in carico dopo oltre 6 mesi di attesa dal primo contatto, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
3. utenti che hanno beneficiato di cicli ripetuti nel corso di 12 mesi, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
4. utenti con durata del trattamento pari al valore soglia, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
5. utenti con diagnosi complesse (spettro autistico), scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
6. ospiti trasferiti da altre UdO, scelti direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

ADI Ordinaria e Cure Palliative

1. utenti con profili 3 e 4 grandi anziani;
2. utenti che hanno effettuato prestazioni miste (riabilitative ed infermieristiche) scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
3. pazienti con età superiore ai 70 anni, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

4. Utenti in carico da più di 6 mesi scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
5. Utenti in trattamento fisioterapico, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

Per tutti i Fasas campionati verrà garantita l'applicazione degli indicatori previsti dalla dgr 1765/2014, per i quali verranno utilizzate le check list fornite da Regione Lombardia revisionate.

Infine, nel corso dell'anno si valuterà di sperimentare compatibilmente con le disponibilità di risorse nuove modalità di controllo nell'ambito dell'appropriatezza che prevedranno anche il coinvolgimento delle UdO interessate mutuando le metodiche di autocontrollo già applicate in ambito sanitario.

Il quadro delle attività istituzionali previste per l'anno 2018 includerà altresì la verifica, entro i 10 giorni lavorativi dall'inserimento nelle UdO, degli ospiti in Stato Vegetativo

Misure innovative previste dalla DGR 2942/2014

Per quanto riguarda le misure e le sperimentazioni in essere verranno condotti i controlli in ottemperanza a quanto disposto dalla normativa vigente anche in considerazione del percorso di consolidamento di alcune di queste misure previsto dalla DGR n. 7769/2018.

7. Attività di controllo Strutture sociali

7.1. Attività svolta nel 2017

Analogamente, per l'area sociale, la programmazione delle attività è stata effettuata secondo quanto descritto nel Piano Controlli 2017 adottato con Dgi 15/DGi del 31-01-2017 "Adozione del Piano dei controlli anno 2017 – area Sociale - in attuazione della DGR n.X/5954 del 5 dicembre 2016", che è stato inviato in Regione Lombardia alla Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale in data 31-01-2017 con prot ATS n. 5360. Il Piano trasmesso per l'area sociale è stato da quest'ultima validato con nota pervenuta in data 06-03-2017 al prot n. 11583 in cui veniva espressa la coerenza delle azioni con la normativa di riferimento.

Nel 2017 sono stati condotti n. 220 sopralluoghi presso le UdO sociali; di questi n. 126 per attività di vigilanza e controllo e n. 94 sono stati effettuati presso UdO, oggetto di istanze di parte (SCIA/CPE, riclassificazione delle strutture per Cure Palliative, ecc), di sperimentazioni o presso strutture fuori rete (Case Famiglia, Case Albergo, ecc), a fronte di segnalazioni pervenute.

In adesione alle regole regionali, anche per l'area sociale semestralmente sono state inviate in Regione Lombardia le tabelle di monitoraggio dei dati riportanti lo stato di avanzamento del Piano dei Controlli (primo semestre in data 31-07-2017 prot. n. 36926; secondo semestre in data 31-01-2018 prot. n. 4741). Ogni invio è stato corredato da tabelle, compilate su format regionale, riportanti i dettagli di ogni singolo controllo.

Il totale delle UdO sociali verificate risultano essere n. 117 così distribuite:

- Asili Nido: n. 41 UdO da verificare previste - n. 41 UdO verificate (per un totale di 41 sopralluoghi, pari al 32.54% del totale)
- Micronidi: n. 7 UdO da verificare previste - n. 7 UdO verificate (per un totale di 7 sopralluoghi pari al 5.55% del totale)
- Nido Famiglia: n. 2 UdO da verificare previste - n. 2 UdO verificate (per un totale di 2 sopralluoghi pari al 1.6% del totale)
- Centri Prima Infanzia: n. 1 UdO da verificare previste - n. 1 UdO verificate (per un totale di 1 sopralluoghi pari al 0.8% del totale)
- Comunità Educative: n. 29 UdO da verificare previste - n. 30 UdO verificate (per un totale di 31 sopralluoghi pari al 24.6% del totale, comprensivi dei controlli effettuati in collaborazione con le Polizie locali su delega della Tribunale dei Minori di Milano presso la Procura della Repubblica di Milano)
- Comunità Familiari: n. 5 UdO da verificare previste - n. 5 UdO verificate (per un totale di 5 sopralluoghi pari al 3.9% del totale)
- Alloggi per l'Autonomia: n. 18 UdO da verificare previste - n. 19 UdO verificate (per un totale di 25 sopralluoghi, pari al 19.8% del totale, comprensivi dei controlli effettuati in collaborazione con le Polizie locali su delega della Tribunale dei Minori di Milano presso la Procura della Repubblica di Milano)
- Alloggi Protetti per Anziani: n. 4 UdO da verificare previste - n. 4 UdO verificate (per un totale di 4 sopralluoghi pari al 3.2% del totale)
- Centro Diurno per Anziani: n. 2 UdO da verificare previste - n. 2 UdO verificate (per un totale di 2 sopralluoghi pari al 1.6% del totale)
- Centro Sociale di Aggregazione Giovanile: n. 1 UdO da verificare previste - n. 1 UdO verificate (per un totale di 1 sopralluoghi pari al 0.8% del totale)
- Centro Socio Educativo: n. 2 UdO da verificare previste - n. 2 UdO verificate (per un totale di 2 sopralluoghi pari al 1.6% del totale)
- Servizio di Formazione all'Autonomia per Persone Disabili: n. 2 UdO da verificare previste - n. 2 UdO verificate (per un totale di 2 sopralluoghi pari al 1.6% del totale)
- Comunità Alloggio Disabili: n. 3 UdO da verificare previste - n. 3 UdO verificate (per un totale di 3 sopralluoghi pari al 2.4% del totale).

In area sociale, per ogni controllo si è proceduto alla consegna (direttamente in sopralluogo o con invio successivo) del verbale di verifica al Sindaco del Comune di ubicazione della struttura sociale, quale Autorità competente. In 7 casi il Comune di riferimento ha emesso atto di ordinanda o diffida per le criticità segnalate. Si aggiunge che per n. 4 strutture controllate, non afferenti alla rete sociale, alla luce del riscontro di attività sanitarie erogate in assenza di titolo abilitativo, sono stati emessi provvedimenti di diffida da parte della ATS di Pavia e relative sanzioni amministrative di euro 6.000 ciascuno (per un totale di euro 24.000).

Altre attività svolte in area sociale:

Nel corso del 2017 il servizio ha collaborato con diverse Polizie Locali del territorio in ottemperanza a deleghe d'indagine avanzate dalla Procura della Repubblica di Milano presso il Tribunale per i Minorenni. Nel dettaglio tali controlli sono avvenuti presso 21 strutture sociali.

Nel corso del 2017 è stata inoltre garantita la collaborazione con i Comuni ed i Piani di Zona effettuato controlli congiunti presso 6 strutture sociali che hanno avanzato istanza di accreditamento.

Altre attività svolte in strutture non afferenti alla rete socio sanitaria o sociale:

Sono stati condotti n. 15 sopralluoghi presso strutture al di fuori della rete sociale (case famiglia, case albergo, comunità alloggio, strutture sperimentali), sempre su segnalazione, proseguendo le attività che ormai da anni si conducono in tali strutture. Spesso tali controlli sono stati effettuati congiuntamente con personale del NAS di Cremona. Dalla documentazione pervenuta alla ATS di Pavia nel corso del 2017, si è osservato un costante aumento delle attivazioni di queste strutture sul territorio, che spesso avviene mediante la presentazione di SCIA ai Comuni di coinvolti per ubicazione.

7.2. Indicazioni per l'attività 2018

Come previsto dalla DGR 7600 del 20.12.2017, questa Agenzia svolge azione di controllo sulle UdO sociali.

Le ATS dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute.

Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2018 dovrà garantire la verifica sulle unità di offerta in esercizio non vigilate nel 2017, a carattere non temporaneo.

Si prevede pertanto di effettuare il controllo di:

1. 100% della seguente casistica:
 - Comunicazioni Preventive d'Esercizio.
 - Segnalazione di disservizi, qualora ritenuta attendibile
 - Richieste di collaborazione da parte di Autorità Giudiziaria o Polizie Locali.
2. 50% delle strutture in esercizio per minori, (Nidi, Micronidi, Nidi Famiglia, Centri di Prima Infanzia, Centri di Aggregazione Giovanile, Comunità Minori) con priorità a quelle non verificate nel 2017 e delle strutture di altre aree in esercizio (Centri Socio Educativi, Servizi di Formazione all'Autonomia, Comunità per Disabili, Centri Diurni Anziani, Alloggi protetti per anziani), al fine di garantire il controllo del 100% di tutte le unità d'offerta sociali nel biennio.

8. Attività di Controllo di farmaci e protesi

8.1. Attività svolte nel 2017

Le azioni per il governo della farmaceutica territoriale si sono basate sul monitoraggio della spesa e sui controlli delle prescrizioni per le classi dei farmaci per i quali si sono registrati scostamenti elevati rispetto alla media regionale.

Di seguito si evidenziano i maggiori scostamenti registrati per classe terapeutica oggetto di monitoraggio.

Tabella 22: scostamenti registrati per classe terapeutica oggetto di monitoraggio (fonte dati farmavision)

Jan-Nov-17	Spesa Scost / *1000 Ass.li pes.		
	28 - A.T.S. 28 - Pavia	REGIONE	Scost
ATC1			
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	29.595,52	28.275,20	4,67%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	10.690,75	10.155,27	5,27%
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	46.660,34	43.036,69	8,42%
D - DERMATOLOGICI	822,50	702,11	17,15%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	6.142,52	5.859,59	4,83%
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI	3.623,98	3.180,46	13,94%
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	8.298,59	8.747,50	-5,13%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	5.411,10	5.077,58	6,57%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	4.352,64	4.000,00	8,82%
N - SISTEMA NERVOSO	24.553,50	22.836,71	7,52%
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	314,00	227,72	37,89%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	13.197,97	13.081,07	0,89%
S - ORGANI DI SENSO	3.356,65	2.766,76	21,32%
V - VARI	809,54	677,10	19,56%
Tot	157.830	148.624	6,19%

In merito agli scostamenti rilevati nel corso del 2017 per le classi terapeutiche sopra descritte sono state attivate iniziative di informazioni/formazione nei confronti dei medici di famiglia e della medicina specialistica per i controlli previsti dall'ambito dell'appropriatezza prescrittiva in particolare per un miglior utilizzo di farmaci biosimilari ed equivalenti e per i controlli di coerenza con la normativa in particolare indicazioni autorizzate e note Aifa.

Farmaceutica ospedaliera

Per quanto riguarda le verifiche sulle UdO sanitarie (farmaceutica ospedaliera), il controllo della prescrizione/erogazione in file F dei farmaci in scheda AIFA presso le strutture ospedaliere del territorio è stato applicato tramite:

- Controlli eseguiti su n. 5 strutture accreditate e a contratto (ASST Ospedale Civile di Voghera, Ospedale Civile di Vigevano, Istituto Clinico Beato Matteo, Centro medico di Pavia - Maugeri e Policlinico San Matteo) tramite accesso diretto per un totale di record verificati pari a n. 12.199 comprensivi della totalità dei farmaci per HCV ed oncologici
- controlli sulla corretta rendicontazione della nota di credito/rimborso alla struttura per i farmaci soggetti a risk sharing (della tipologia 15).

Criticità riscontrate nelle attività di controllo

Le attività di controllo realizzate in entrambi i settori, territoriale ed ospedaliero, nonostante quelle previste dal Piano Controlli 2017 abbiano subito un necessario riadeguamento e riprogrammazione per le sopraccitate criticità correlate alla carenza di personale farmacista da dedicare, hanno comunque rappresentato azioni di orientamento e formazione sia per i servizi farmaceutici ospedalieri sia per la medicina del territorio.

Eventuali azioni di miglioramento da inserire nei controlli 2018 in relazione alle attività di controllo

Per i controlli File F si prevede nel 2018 di effettuare le verifiche previste dalle Regole, precisamente:

il controllo della prescrizione/erogazione da parte di ASST, IRCCS Policlinico San Matteo e le altre strutture private accreditate dei farmaci che richiedono l'obbligo della scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione, secondo i seguenti obiettivi: farmaci innovativi (100% delle schede AIFA e del dato di targatura per i farmaci HCV); farmaci ipercolesterolemia, inibitore PCSK9 (verifica di almeno il 50%); farmaci oncologici (verifica del 50%); farmaci non soggetti a schede AIFA rifuximab, trastuzumab, temozolamide (verifica del 50%).

Questa tipologia di controlli verrà effettuata in collaborazione col gruppo NOC durante l'attività di verifica degli erogatori.

Vigilanza farmacie, depositi, grossisti, parafarmacie, negozi di alimenti speciali (celiachie)

Per la rendicontazione delle attività relative alla vigilanza farmacie occorre segnalare che non è stato possibile attuare quanto previsto dal piano controlli 2017 a causa della carenza temporanea di farmacisti che si è sommata alla nota vastità del territorio e al numero elevato di esercizi.

Nella tabella sottostante si evidenzia l'attività svolta.

Tabella 23: attività correlata alle verifiche di vigilanza anno 2017 delle farmacie

Tipologia	N. ispezioni
Farmacie	30 di cui 7 di nuova istituzione
Parafarmacie	4
Magazzini all'ingrosso	5
Dispensari	3 di cui 1 di nuova istituzione e 2 riaffidamenti gestione
Trasferimento locali farmacie	1

Eventuali azioni di miglioramento da inserire nei controlli 2018 in relazione alle attività di controllo

Nel corso del 2017 a fronte di 99 farmacie da ispezionare, per le quali l'ultima attività di verifica risaliva ad oltre un biennio, ne sono state ispezionate n. 23. Poiché per il 2018 l'obiettivo di controllo previsto dalle regole è almeno il 40% delle farmacie da ispezionare nel biennio 2018-2019 sarà ripresa la programmazione effettuata nel 2017 al fine di garantire la vigilanza sull'ambito di rischio già identificato.

In virtù della pubblicazione della LR n. 6/2017, è stato adottato il modello unico di verbale ispettivo ed è stata istituita la commissione in condivisione con l'ordine dei farmacisti per la programmazione comune dell'attività ispettiva. Questi aspetti hanno permesso di superare le criticità evidenziate nel passato in merito alle difformità di criteri di verifica per i tre ambiti territoriali (Pavese, Lomellina, Oltrepo).

Atti di diffida e sanzione

L'esito delle verifiche ispettive, come previsto da normativa, ha comportato l'irrogazione di diffida e di sanzione amministrativa in n. 4 casi, per un totale di euro 4.158,24.

8.2. Indicazioni per l'attività di controllo 2018 per la farmaceutica territoriale

Alla luce della collocazione dell'area farmaceutica nell'organizzazione dell'ATS di Pavia nell'ambito dell'appropriatezza e qualità degli erogatori, il 2018 rappresenta l'opportunità per un approccio innovativo per le attività di controllo e la promozione dell'appropriatezza sul territorio.

Pur mantenendo le azioni consolidate riguardo il contenimento di spesa tramite le verifiche su scostamenti immotivati o comportamenti prescrittivi non in linea con le iniziative condivise con i prescrittori del territorio (MMG/PDF e specialisti) per l'utilizzo dei generici e dei biosimilari, sono focalizzate le azioni di richiamo all'appropriato utilizzo delle terapie farmacologiche nel contesto più ampio del "Tavolo per l'appropriatezza" istituito da luglio 2017 cui partecipano, con ATS, tutti gli erogatori del territorio e la rappresentanza dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia

Il tavolo si prefigge di ricondurre ai target di riferimento relativamente al PNE e al Portale regionale le performance degli erogatori osservate sul territorio e anche per la farmaceutica si prevede di ottenere la massima sensibilizzazione sia per la concreta realizzazione degli obiettivi previsti dalle regole di sistema, sia per l'appropriatezza di cura. In particolare:

- il consolidamento del farmaco a brevetto scaduto in generale e il miglioramento per le classi ATC C08CA (antiipertensivi), N06AX (antidepressivi), S01EE (analoghi prostaglandine) per consentire il raggiungimento a livello regionale di una percentuale complessiva di almeno il 77% (espressa in DDD);
- la riduzione di almeno il 3% (DDD/1000 ab) della classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico) verso anno 2017 tramite iniziative formative e informative;
- riduzione del rischio da interazioni farmacologiche nei politrattati tramite iniziative formative e progetto di farmacovigilanza che coinvolgerà i MMG/PDF;
- realizzazione della raccomandazione Ministeriale per la ricognizione/riconciliazione terapeutica tramite progetto ATS /IRCCS San Matteo e ASST Pavia con la finalità di ridurre rischio di eventi inattesi e conseguente contenimento di spesa non solo nell'ambito della farmaceutica.

In merito ai controlli sulla coerenza della normativa AIFA per il 2018 l'obiettivo di controllo sulla corretta applicazione delle note AIFA: n. 4, 13, 39, 51, 66, 74, 79 e dei piani terapeutici per ezetimibe e ezetimibe+simvastatina.

Controlli contabili delle ricette farmaceutiche

Come previsto dal piano operativo programmato dalla Regione tramite Santer, per il periodo giugno 2017-2019, circa la definizione entro il 2019 delle verifiche sulle anomalie ricette e relative contestazioni contabili alle farmacie, risalenti ai 10 anni precedenti, nel 2017 sono state attivati il 100% dei controlli programmati con un recupero di euro 293.773,99.

Anche per il 2018 continueranno le operazioni di controllo che coinvolgono gli operatori amministrativi per le fasi istruttorie (invio lettere alle farmacie) e un farmacista (per condurre gli audit con i farmacisti del territorio) e che saranno concentrate in 24 mesi come da cronoprogramma proposto da Santer.

8.3. Controlli della protesica maggiore

In relazione a quanto stabilito dalla L.R. 23/2015 che definisce gli ambiti di competenza di ATS e ASST relativamente alla farmaceutica protesica e integrativa, nel corso del 2017 sono state attivate dal livello regionale le determinazioni in merito al servizio unificato di assistenza protesica e integrativa (SUPI), con la

definizione di un nuovo modello di gestione dell'assistenza protesica per il quale sono stati definiti i controlli di competenza ATS e ASST e che ha l'obiettivo di garantire la semplificazione al cittadino permettendo maggiori controlli su tutto il territorio regionale ai sensi della DGR 8730/2008.

L'attività di assistenza protesica (ex DM 332/99 e DPCM 12 gennaio 2017 sull'approvazione di nuovi Lea) comprende:

- le protesi e le ortesi costruite o costruite su misura da un professionista abilitato
- gli ausili tecnologici di fabbricazione continua di serie che, a garanzia della corretta utilizzazione dell'assistito in condizioni di sicurezza devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato
- gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie pronti per l'uso che non richiedono l'intervento del professionista sanitario abilitato

Pertanto nel corso del 2018 l'ATS di Pavia svilupperà gli ambiti di vigilanza e controllo nell'ottica di una sempre maggiore garanzia verso i cittadini (sia in termini di appropriatezza e nel rispetto dei tetti di spesa previsti): ATS in stretta sinergia con ASST assicurerà il governo dei processi prescrittivi ed erogativi, il monitoraggio della spesa e la rendicontazione dei costi sostenuti in linea con i budget assegnati.

Alla luce di quanto disposto nella DGR n. X/6917/2017 i controlli di competenza ATS sono contemporaneamente di carattere sanitario, tecnico e amministrativo.

Per il 2018, in linea con i principi di analisi del rischio e definizione delle priorità in materia di vigilanza e controllo verrà effettuata un'analisi dei flussi dei fornitori per quantità, tipologia e qualità delle prestazioni erogate, segnalazioni, ecc. e successivamente sugli ambiti di presunta inappropriata si procederà con verifiche sul campo. Allo stesso modo verrà effettuata un'analisi sui prescrittori.

A tal proposito sarà istituito un tavolo interaziendale con ASST, che in ATS Pavia è l'unico referente contabile del SUPI, per garantire i controlli definiti nella DGR stessa sulla base delle rispettive competenze e sullo stesso campione a partire dai requisiti dei Centri di prescrizione, al controllo dell'aderenza prescrittiva alle Linee guida per l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, al monitoraggio delle prescrizioni on line, al controllo dei soggetti aventi diritto rispetto al dispositivo erogato.