

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Pavia

ATS di Pavia
Piano dei controlli
Area sanitaria e sociosanitaria
Anno 2017

Contenuti

Premessa

1. Area sanitaria: la rete dell'offerta delle strutture accreditate.....pag. 4
1.1 ricovero e cura:	
Sintesi dell'attività svolta nel 2016.....	pag. 6
Indicazioni per l'attività anno 2017	pag. 11
1.2 specialistica ambulatoriale	
Sintesi attività svolta nel 2016.....	pag. 17
Programmazione attività 2017.....	pag. 20
1.3 salute mentale.....pag. 21
1.4 accreditamento sanitario	
Sintesi attività svolta nel 2016.....	...pag. 23
Programmazione anno 2017.....	...pag. 24
1.5 Area farmaceutica ospedaliera e territorialepag. 25
2. Area sociosanitariapag. 31

Premessa

Il Piano dei Controlli, in adesione alla DGR n. 5954 del 05-12-2016 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario 2017) e alla DGR n. 6502 del 21-4-2017 (Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agencia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo concernente il *piano dei controlli 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), declina l'insieme degli interventi che si intendono attivare nell'anno 2017 al fine di espletare le funzioni istituzionalmente in capo all'ATS in materia di vigilanza sulle unità di offerta sanitaria e socio sanitarie ed in materia di controllo di appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini da parte delle strutture erogatrici, nell'ottica di un utilizzo sempre più efficiente ed efficace delle risorse allocate e disponibili, nonché di un miglioramento continuo della qualità dell'erogazione delle prestazioni.

Il Piano, atto programmatico territoriale con forte valenza strategica, si compone dell'analisi di contesto della rete delle unità di offerta presenti sul territorio provinciale, riporta gli esiti dell'attività svolta nel 2016 e gli interventi previsti per il 2017.

Si evidenzia che il Piano viene declinato alla luce della riorganizzazione, in progress, dei servizi dell'ATS di Pavia in attuazione del nuovo POAS approvato da Regione Lombardia con DGR n. 6356 del 20-3-2017.

Si ritiene opportuno sottolineare che il presente piano potrà subire modifiche o integrazioni alla luce dei profondi cambiamenti organizzativi e funzionali che investono l'Agencia comportanti una riorganizzazione delle risorse umane correlate alle funzioni assegnate e connesse attività operative.

Infine, per quanto riguarda il Piano controlli area sociale e Piano attuativo per governo tempi di attesa, si rimanda agli specifici provvedimenti di adozione: Decreto n. 15/ DGi Adozione del "Piano dei Controlli" anno 2017 – Area Sociale – in attuazione della DGR X/5954 del 5.12.2016 e Decreto n. 20/DGi: Aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale per il Governo dei Tempi di Attesa dell'ATS di Pavia – Anno 2017. Con particolare riferimento al Piano dei controlli area Sociale, in data 06-03-2017 (prot n. 11583) è pervenuta la comunicazione da parte di Regione Lombardia di valutazione positiva riguardo alla congruità del documento presentato.

1. Area sanitaria: la rete dell'offerta delle strutture accreditate

L'offerta dei servizi sanitari accreditati della provincia risulta ampia ed articolata, come mostra la tabella sotto riportata (tab 1). Gli stabilimenti ospedalieri sono 17, di cui n. 8 sono afferenti all'ASST della provincia di Pavia, 4 sono IRCCS (1 pubblico, la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e 3 privati, di cui 2 degli ICS Maugeri e 1 della Fondazione C. Mondino). Gli altri sono gli Istituti Clinici di Pavia e Vigevano, la CdC Cittadella Sociale e la CdC Villa Esperia.

La maggior parte dei posti letto di degenza ordinaria e diurna per acuti è inserita 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 annessi alle strutture pubbliche.

Tabella 1: Rete dell'offerta delle strutture sanitarie accreditate: (dati desunti dall'applicativo ASAN al 13/01/2017)

	Tipologia struttura	Numero
Stabilimenti ospedalieri	Stabilimenti ospedalieri, numero	17
	Pronto Soccorso DEA, EAS, numero	7
	Degenza ordinaria, posti letto numero	3.187
	Attività di Rianimazione e terapia intensiva, posti letto numero	100
	Degenza diurna, posti letto numero	179
	Chirurgia a bassa complessità assistenziale, posti tecnici numero	67
	Attività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale, posti tecnici numero	171
	Attività sub acuti, posti tecnici numero	51
	Attività del nido, posti tecnici numero	84
	Attività di dialisi, posti tecnici numero	80
	Attività di dialisi ad assistenza limitata - CAL, posti tecnici numero	34
	Hospice sanitario, posti tecnici numero	55
	Attività di medicina di laboratorio	12
Attività poliambulatoriale, numero	17	
Strutture psichiatriche e neuropsichiatriche	Strutture residenziali psichiatriche pubbliche, posti tecnici numero	93
	Strutture residenziali psichiatriche private, posti tecnici numero	70
	Strutture residenziali neuropsichiatriche private, posti tecnici numero	19
	Strutture semiresidenziali psichiatriche pubbliche, numero	2
	Strutture semiresidenziali psichiatriche private, numero	6
	Strutture semiresidenziali neuropsichiatriche private, numero	1
Strutture ambulatoriali i extra ospedaliere	Strutture ambulatoriali extraospedaliere pubbliche, numero	8
	Strutture ambulatoriali extraospedaliere private, numero	21
Medicina trasfusionale	Unità di Raccolta sangue	7
	Servizi trasfusionali (SIMT)	2
	Unità di Raccolta afferenti ai SIMT	5
Medicina di laboratorio	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedaliere pubblici, numero	4
	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedaliere privati, numero	8
	Punti Prelievo	51

Anche l'offerta specialistica sia ambulatoriale ospedaliera che extraospedaliera, pubblica e privata accreditata è ampiamente presente nel territorio. 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 extraospedalieri pubblici e privati accreditati; ad essi fanno capo numerosi punti prelievo distribuiti ampiamente su tutto il territorio provinciale con 50 centri, la cui concentrazione risulta maggiore nel distretto Pavese. Corre l'obbligo di precisare che alcuni punti prelievo, ubicati presso alcune case di cura o istituti clinici privati accreditati, sono prevalentemente utilizzati dai pazienti ricoverati in struttura.

Anche l'offerta inerente la salute mentale con strutture residenziali e semiresidenziali riabilitative psichiatriche, è variamente rappresentata sia nel pubblico che nel privato nelle tre Aree Territoriali, la residenzialità territoriale di neuropsichiatria infantile è rappresentata da una struttura privata accreditata ubicata nell'Oltrepo.

1.1 Area Controlli ricovero e cura

1.1.1. Sintesi dell'attività svolta nel 2016

L'attività di verifica e controllo per l'anno 2016 si è svolta sviluppando i contenuti del Piano dei Controlli aziendale e nel rispetto delle indicazioni e della 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 2016, si è regolarmente conclusa nel febbraio 2017. L'obiettivo quantitativo atteso complessivo assommava ad almeno 13.969 episodi di ricovero che come mostrano le tabelle e la fig successive è stato pienamente rispettato.

Tabella 2 – Riepilogo degli esiti dei controlli per tipologia e loro valorizzazione

Controlli su ricoveri - anno 2016						
Tipo	Cartelle controllate		Cartelle modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica %
	N° cartelle	Valore originale	N° cartelle	Valore abb.		
Congruenza mirata 7%	7333	28.321.427	1067	1.650.149	14,5	5,8
Autocontrollo 4%	4389	14.126.861	454	451.145	10,3	3,2
Autocontrollo 3%	3210	11.968.087	50	142.733	1,5	1,2
Totale controlli	14932	54.416.375	1571	2.244.027	10,5	4,1

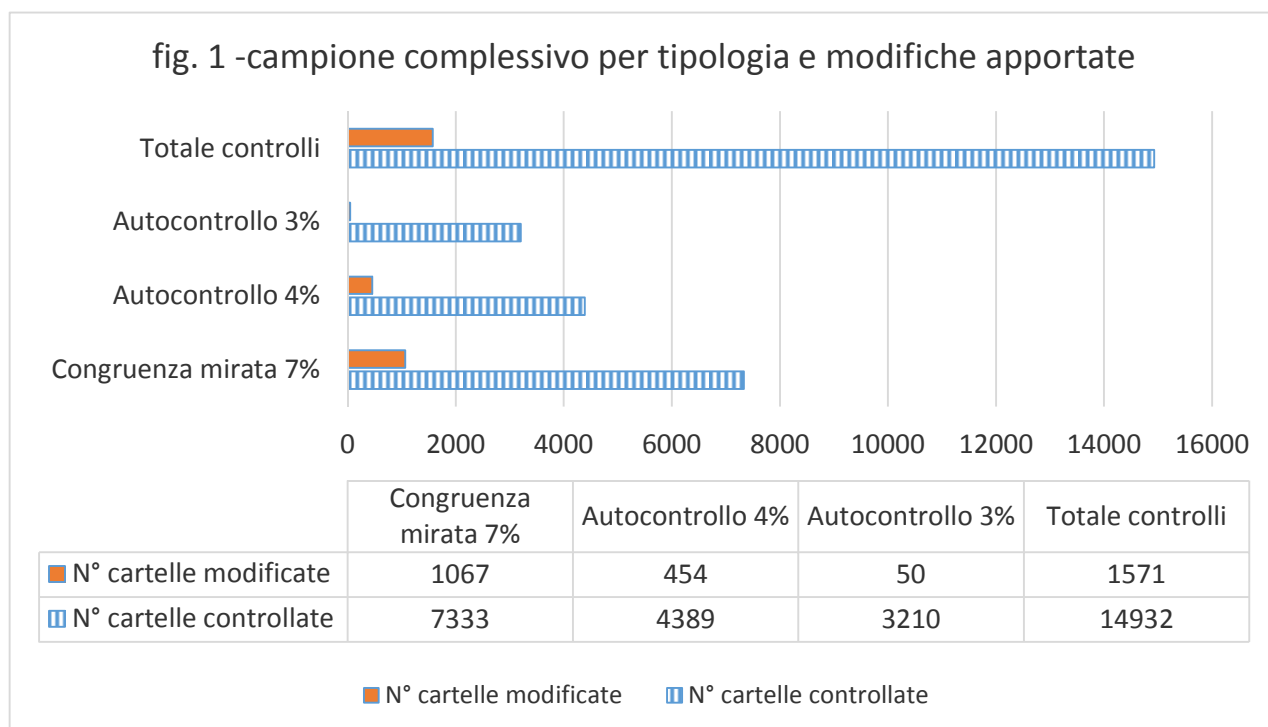


Tabella 3 -Riepilogo del campione di congruenza mirata per tipologia ed esito (marzo 2016- febbraio 2017)

	A	B	C	D	E	F	K	M	X	Tot	%
1 - Ricoveri ripetuti per acuti	510	10	3	7	29				5	564	7,7
2 - assegnazione di DRG complicato	644	1		14	84	2			16	761	10,4
3 - attribuzione di DRG anomalo	13				13					26	0,35
4 - Ricoveri ordinari acuti, degenza < 4 giorni, diag. Patologia neoplastica, DRG non chirurgico	125	1	1	30	8	1			2	168	2,3
5 - Ricoveri in DH diagn, con nessuna o una sola procedura	85	2	2		2					91	1,24
6 - Ricoveri in riabilitazione: presenza del soggetto	120									120	1,64
7 - Ricoveri in riabilitazione: presenza del pri	499						1			500	6,82
8 - Controlli ad interesse locale	3.758	53	29	241	343	12	4	1	64	4.505	61,4
C -	5									5	0,07
D - Controlli Dermatologia	135	2	15		31	1			1	185	2,52
S - Importo medio per reparto	43									43	0,6
V - % ricoveri ripetuti nello stesso ospedale	37		1							38	0,5
W - % ricoveri ripetuti per la stessa MDC e all'interno dello stesso ospedale	14				1					15	0,2
X - Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	269	2		3	17				11	302	4,12
Z - % casi ordinari con degenza di 2/3 giorni	9				1					10	0,14
Totale	6.266	71	51	295	529	16	5	1	99	7.333	
%	85,4	0,9	0,7	4,0	7,2	0,2	0,07	0,01	1,4		

La Tabella 3 evidenzia che la percentuale maggiore di episodi di ricovero controllati sia riconducibile alla tipologia 8 "Obiettivi locali", mentre è ormai completamente marginale e quasi abbandonata la modalità di selezione casuale del campione.

Tabella 4- Riepilogo esito del controllo e valorizzazione del campione di congruenza mirata (Marzo 2016 - Febbraio 2017)

CODICE ESITO	DESCRIZIONE	N. pratiche	Valore originale	Valore assegnato	Valore ambulatoriale	Totale
A	Pratica confermata	6266	24.560.679,00	24.560.679,00	0,00	0,00
B	Pratica non confermata con rimborso annullato e ricompreso in altra pratica	71	65238,00	0,00	0,00	-65238,00
C	Pratica non confermata valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale	51	36850,00	0,00	9165,00	-27685,00
D.	Pratica non confermata con modifica della degenza ordinaria o degli accessi in DH.	295	923321,00	492459,80	0,00	-430861,00
E	Pratica non confermata con modifica del DRG	529	2287063,00	1186003,30	0,00	-1101059,70
F	Pratica non confermata con modifica del DRG e degenza	16	37790,00	15761,00	0,00	-22029,00
K	Pratica non confermata con modifica modalità di dimissione.	5	19438,00	19355,00	0,00	-83,00
M	Pratica non confermata con modifica della valorizzazione	1.	6629,00	3436,00	0,00	-3193,00
X	pratica non confermata con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica.	99	384419,00	384419,00	0,00	0,00

La Tabella 4 dimostra che, a fronte del dato dell'85% di SDO confermate, risultano significativi gli esiti D (Pratica con mod. degenza ordinaria o degli accessi in DH) ed E (Pratica con modifica DRG) che determinano, da soli, la quota preponderante dell'abbattimento.

Tabella 5 – Riepilogo abbattimenti per tipologia di campione

Tipo Campione	Valore Originale	%	Valore Assegnato	Valore Ambulatoriale	Valore abbattimento	%
1	1.726.462,00	6,59%	1.657.646,00	2.800,00	-66.016,00	4,21%
2	3.034.520,00	11,58%	2.853.415,00	0,00	-181.105,00	11,55%
3	152.192,00	0,58%	110.696,00	0,00	-41.496,00	2,65%
4	312.609,00	1,19%	229.011,00	50,00	-83.548,00	5,33%
5	40.123,00	0,15%	38.561,00	100,00	-1.462,00	0,09%
6	904.752,00	3,45%	904.752,00	0,00	0,00	0,00%
7	4.000.500,00	15,27%	4.000.500,00	0,00	0,00	0,00%
8	14.472.354,00	55,24%	13.334.243,8	5.015,00	-1.133.095,20	72,28%
C	11.182,00	0,04%	11.182,00	0,00	0,00	0,00%
D	228.450,00	0,87%	202.429,30	850,00	-25.170,70	1,61%
S	131.594,00	0,50%	131.594,00	0,00	0,00	0,00%
V	182.679,00	0,70%	180.921,00	350,00	-1.408,00	0,09%
W	53.991,00	0,21%	51.310,00	0,00	-2.681,00	0,17%
X	923.693,00	3,53%	893.685,00	0,00	-30.008,00	1,91%
Z	22.966,00	0,09%	21.319,00	0,00	-1.647,00	0,11%
	26.198.067,0		24.621.265,1	9.165,00	-1.567.636,9	

Anche dal punto di vista economico, come si può evidenziare nella tabella 4, oltre il 70% degli abbattimenti viene generato dai controlli di “interesse locale”. La tabella successiva mostra un’ulteriore analisi dei criteri di selezione del campione mirato, evidenziando i DRG campionati che hanno condotto alle modifiche più rilevanti.

Tabella 6 - DRG con maggiori modifiche nell'ambito del campione mirato

DRG	Descrizione	ESITI									Totale
		A	B	C	D	E	F	K	M	X	
410	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta (solo per ricoveri in DO)	92		5	26	1					124
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	74	20		8	5	1			8	116
576	Setticemia senza ventilazione meccanica per 96 ore o più, età>17 anni	60				35		1		8	104
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni senza CC	46			22	2					70
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	35			6	1		1			43
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	11				29				1	41
420	Febbre di origine sconosciuta,	25			5	7					37

età > 17 anni senza CC										
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	17			16	1			1	35
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	18			10					28
419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	15			11					26
578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	5			12				2	19
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	9	9							18

La tabella 6 rappresenta i DRG per i quali, nel corso dell'anno, si è dovuto procedere con più frequenza a variazioni e correzioni. Essi rappresentano di conseguenza riferimenti di attenzione particolare nell'ambito dei controlli di interesse locale e continuano a costituire un criterio prioritario di selezione.

Tabella 7A – Esiti dell'autocontrollo di qualità anno 2016

Rilevatore	Rilevatore		Mar 16 Feb 17	Marzo 2016 - Febbraio 2017		
	Struttura	N.O.C.		Valore		
				Originale	Assegnato	Differenza
N.O.C.	Conforme	Conforme	809	2.970.401,00	2.970.401,00	0,00
	Conforme	Parz.Conforme	4	12.820,00	9.030,80	-3.789,20
	Conforme	Non Conforme	6	8.576,00	0,00	-8.576,00
	Parz.Conforme	Conforme	0	0,00	0,00	0,00
	Parz.Conforme	Parz.Conforme	23	94.469,00	45.083,10	-49.385,9
	Parz.Conforme	Non Conforme	2	8.662,00	0,00	-8.662,0
	Non conforme	Conforme	0	0,00	0,00	0,00
	Non conforme	Parz.Conforme	0	0,00	0,00	0,00
	Non conforme	Non Conforme	15	72.360,00	0,00	-72.360,0
Struttura	Conforme		2.351	8.800.799,00	8.800.799,00	0,00
	Parz.Conforme		0	0,00	0,00	0,00
	Non Conforme		0	0,00	0,00	0,00
Totale			3.210	11.968.087,0	11.825.313,90	-142.773,1
Totale N.O.C.			859	3.167.288,0	3.024.514,90	-142.773,1

Pratiche concordanti	847			
Livello K di affidabilità	0,99			

Le tabella 7A 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 attuale elevato di concordanza tra il controllo NOC e quello delle strutture, confermando in generale la qualità della documentazione sanitaria esaminata.

Tabella 7B – Esiti dell'autocontrollo di congruenza anno 2016

	Pratiche esam.	Val orig	Val. ass.to	Ambulatoriale	Abbattuto
NOC	948	3.620.910	3.2383773	21.481	360.656
Erogatore	3441	10.505.951	10.413.156	2306	90.189
Totale	4389	14.126.861	13.6510929	23.787	451.145

Secondo le regole di sistema vigenti le strutture di ricovero hanno provveduto ad inviare un proprio Piano di Controllo aziendale, esplicitando in maniera argomentata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate. In seguito sono stati mensilmente acquisiti i flussi relativi ai campionamenti effettuati dagli Erogatori.

La tabella 7B 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. Nel 2016 nessuna Struttura ha superato la soglia di concordanza, per cui non si è dovuto procedere ad alcuna estensione del controllo per le fattispecie di errori riscontrati.

1.1.2. Indicazioni per l'attività 2017

La DGR 6502/2017 ha 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.

In questo senso nella redazione del presente Piano sono stati attentamente valutati gli elementi sopracitati, e si è ritenuto pertanto di programmare e modulare le attività in funzione delle citate indicazioni.

Pertanto:

- Si mantiene la periodicità temporale dei controlli, che saranno riferiti sia all'anno 2016 (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 esigibilità dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale.

Altre considerazioni riguardano il peso medio dei DRG controllati; nell'ampia forbice di variabilità, l'ATS Pavia si colloca leggermente sotto la mediana, con un peso medio intorno ad 1,2. In coerenza

con le indicazioni fornite, si alzerà il peso medio oltre la soglia di 1,3 punti, prevedendo quindi una maggiore quota di DRG ad “alto peso”.

Per quanto concerne l’analisi dei 15 DRG più rappresentativi, è stata condotta un’analisi con gli stessi criteri applicati alla produzione ed ai controlli dell’ATS nel periodo marzo 2016-febbraio 2017.

Tabella 8 – Primi 15 DRG in ordine di variabilità di campionamento in Lombardia – Analisi dei controlli ATS Pavia anno 2016

DRG	Descrizione	Ricoveri		Valorizzazione		% controllati
		Prodotti	Controllati	Originale	Assegnata	
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1.103	69	257.189	251.655	6,26
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	104	3	67.614	67.614	2,88
149	interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza CC	362	20	134.820	129.337	5,52
169	Interventi sulla bocca, senza CC	244	22	30.349	30.349	9,02
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.016	162	703.921	699.778	8,04
260	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfonodo sentinella)	417	16	51.646	51.646	3,84
266	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	514	135	175.277	166.054	26,26
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	305	104	122.464	98.611	34,10
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	1.804	58	153.626	151.960	3,22
365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	284	15	32.976	32.976	5,28
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	180	36	140.550	103.531	20,00
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	245	13	29.043	29.043	5,31
430	Psicosi	898	23	73.610	71.526	2,56
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza CC	129	15	43.965	39.704	11,63
576	Setticemia senza ventilazione meccanica per 96 ore o più, età>17 anni	538	109	560.728	487.581	20,26
		9.143	800	2.577.778	2.411.365	8,75

In considerazione dei dati sopraesposti si prevede quindi di:

- Mantenere una frazione di campionamento elevata per i DRG 576 (almeno il 20%) e 408 (almeno il 25%), in considerazione dell’elevata percentuale di modifiche effettuate
- Aumentare le quote relative ai DRG 169 (almeno il 43%) e 359 (almeno l’8%) come da indicazioni ACSS

- Per quanto concerne gli altri DRG della tabella, saranno mantenuti, a meno di significative e al momento non prevedibili variazioni, in quota ridotta, in particolare per quelli sui quali non sono state apportate modifiche significative (vedi ad es. i DRG 260 e 428)

Anche per il 2017 rimangono valide le indicazioni generali già seguite nello sviluppo dei precedenti Piani di Controllo:

1. indicazioni già pubblicate dallo strumento “ex interpello” della D.G. Salute,
2. lavori/verbali del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controllo delle Prestazioni sanitarie di Ricovero e Ambulatoriali
3. Indicatori regionali così come specificati dalla DGR XI/2633 del 6/12/2011, calcolati e forniti dalla D.G. Salute.
4. Ex prestazioni extra budget
5. Tipologie di campione (ex fattispecie) da “1” a “7” così come declinate nella DGR 12692 /2003.
6. Aree di interesse locale (tipologia 8), con particolare riferimento ai DRG contenuti nella tabella 5 ed a quelli segnalati nel Piano Quadro ACSS 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 con particolare riferimento alle branche specialistiche di dermatologia, urologia, ortopedia, chirurgia generale;
 - 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, elettroporazione, 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 (1-2 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)
- verifica applicazione delle linee guida in ambito di riabilitazione
- 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;
- PMA: verifica della appropriatezza delle giornate di DH secondo la normativa vigente, con attribuzione al regime ambulatoriale delle giornate con la sola esecuzione di esami diagnostico - strumentali.

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.

Modalità operative dei controlli tipo NOC

Si ritiene opportuno ed utile riportare in sintesi le modalità operative di gestione amministrativa dell'attività di controllo di area sanitaria.

La fase ispettiva dei controlli tipo 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:

- 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
- la Struttura è tenuta ad 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
- fornire la necessaria assistenza all'espletamento delle azioni di controllo

Nei casi in cui l'attività di verifica si protrae oltre la settimana si possono concordare con i delegati preposti momenti di contraddittorio o di chiarimento sull'attività svolta e se del caso su esplicita richiesta dell'Erogatore, per chiarimenti di tipo clinico, possono essere coinvolti i medici interessati.

Tali momenti possono essere utili all'acquisizione di pareri per la discussione conclusiva, quando il Legale Rappresentante o un suo delegato viene informato delle risultanze dell'attività di controllo, che possono essere riportati 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 richiama 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:

- 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;
- 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:

- devono giungere come atto separato rispetto ad eventuali controdeduzioni al verbale di accertamento cui si riferisce la contestazione di sanzione in questione;
- 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).

1.2 Area controlli specialistica ambulatoriale

1.2.1. Sintesi attività svolta nel 2016

Rispetto all'attività di controllo riguardante l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali svolta nella scorsa annualità, si espongono in sintesi le seguenti osservazioni:

- 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 2015.
- 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.
- Per quanto attiene ai Centri di Medicina dello Sport, si è avvalsi, come negli anni precedenti, della modalità meglio in seguito dettagliata, e, definita come "autocontrollo"; così come per i Laboratori Analisi (S.Me.L), dove comunque sono stati effettuati alcuni accessi, con finalità di controllo principalmente mirate alle prestazioni di genetica medica.
- 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, H, I, J, K, M, O, P, R, S, T, U, V, X.
- 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.
- L'attività di controllo del codice pacchetto MAC01 (chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo) è proseguita in modo molto analitico e puntuale.
- Nel corso dell'annualità esaminata si è rilevato un aumento e diversificazione delle prestazioni sanitarie erogate riconducibili ai vari pacchetti MAC.
- In ottemperanza alla DGR IX/4716 del 23/01/2013 allegati B e C ed alla Circolare esplicativa n. 13 del 28/05/2013, sono state estrapolate tutte le prestazioni di "Genetica medica" facenti parte dell'allegato B della normativa di cui infra, erogate da tutte le Strutture insistenti nel territorio dell'A.T.S. 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.
- Nel corso dell'annualità 2016 si è scelto di controllare un consistente 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". Tali attività di verifica ed elaborazione dei dati erano iniziate nell'ultimo trimestre 2015, e sono esitate, ad inizio anno 2016, in specifiche relazioni all'interno di un gruppo di lavoro costituito di concerto con gli Enti Erogatori.

- E' inoltre proseguita l'azione di autocontrollo guidato e proattivo 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.
- 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.
- E' proseguito il controllo della macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale (BOCA), 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.
- 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.
- 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.
- 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 e proattivo". Si è proceduto ad inviare loro un campione estratto in ottemperanza agli indirizzi dettati dalla Direzione Generale Salute, 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 e proattivo" è stata applicata anche ai Centri di Medicina dello Sport.

Complessivamente nel periodo marzo-dicembre 2016 sono stati controllati 164784 record, il cui esito è riportato nella tabella seguente, raggiungendo e superando l'obiettivo quantitativo atteso.

Tabella 9: Riepilogo controllo attività specialistica per esito anno 2016 (attività marzo-dicembre 2016)

Esito	Controllo Istituzionale	Autocontrollo Guidato	Totale
A - confermato	85941	72022	157963
B - non confermato, valorizzazione annullata ricompresa in altra pratica	469	0	469
C - non confermato, valorizzazione annullata per referto non recuperabile	500	77	577
D - non confermato, con decurtazione della valorizzazione per prescrizione non recuperabile	25	0	25
E - non confermato, con modifica codice/i o quantità prestazione/ i	1361	1338	2699
H – modifica quota fissa	2202	58	2260
X - non confermato, con modifica senza influenza sulla valorizzazione economica	675	116	791
Totale	91173	73611	164784

Tabella 10: Riepilogo controllo attività specialistica per valore economico anno 2016 (attività marzo-dicembre 2016)

	Valore Originale	Valore Assegnato	Decurtazione economica
Controllo Istituzionale	14.730.790,72	14.520.234,93	-210.555,79
Autocontrollo Guidato	2.496.320,00	2.438.666,36	-57.635,64
Decurtazione Totale	- 210.555,79	- 57.635,64	- 268.191,43

1.2.3 Indicazioni per l'attività anno 2017

Nell'anno 2017, l'obiettivo quantitativo dell'attività di controllo è collocato, come da indicazioni regionali ad almeno il 3,5% della produzione, salvo diverse indicazioni che potranno essere emanate nell'annualità in corso dalla Direzione Generale Welfare di concerto con l'Agenzia Regionale dei Controlli ed, in tal caso, verrebbero operativamente recepite.

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 2017, per alcune tipologie di controllo, la metodologia dell'"autocontrollo guidato e proattivo". 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:

- a) estrazione di tutti i record individuati sulla base dei criteri previsti dalla vigente normativa;
- b) 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;
- c) valutazione della relazione e verifica della documentazione fornita da ciascuna Struttura (ricetta e relativo referto), per la conferma o meno della relativa valorizzazione;
- d) riscontro alla Struttura dell'esito del controllo, discussione delle eventuali criticità;
- e) 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 e proattivo", 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, H, 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 e proattivo" proseguirà nei Centri di Medicina dello Sport e negli S.Me.L con la metodologia già messa in atto negli anni precedenti.

Nel corso dell'attività di controllo routinaria, si seguiranno i dettami indicati nella DGR IX/4324 del 26/10/2012 e DGR X/5954 del 5/12/2016 (determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio-sanitario 2017). Nell'ambito legislativo di cui infra, si sceglie di focalizzare l'attenzione ed 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;

- 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 1912/2016, 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 ecoecolorodoppler 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.

1.3 Area Salute mentale

Nell'ambito della tutela della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica, le ultime indicazioni regionali (DGR X/5954 del 5/12/2016), prevedono "il mantenimento dei livelli prestazionali raggiunti, promuovendo nel contempo una maggior stabilizzazione del sistema", sia in ambito di attività territoriale che di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica e neuropsichiatrica.

Ciò comporta una puntuale azione di monitoraggio da parte dell'A.T.S. in collaborazione con la Direzione Generale Welfare riguardo la valutazione di appropriatezza di erogazione delle prestazioni. Nell'anno 2016 è stata effettuata un'analisi delle prestazioni psichiatriche erogate agli utenti dei CPS nel corso del periodo settembre 2014 - dicembre 2015, rendicontati col tracciato "28/SAN". Per ognuno dei sopracitati Presidi è stato selezionato un numero congruo di pazienti, e, si è provveduto a controllare le prestazioni da questi stessi ricevute nel detto periodo preso a riferimento. Con questo controllo è iniziato un percorso di valutazione di appropriatezza del processo assistenziale adottato, riferito al profilo/livello di gravità clinica della persona assistita, sviluppando quindi una maggior sinergia "in primis" con il DSM provinciale.

Nella scorsa annualità è stato effettuato un puntuale ed approfondito controllo della documentazione sanitaria relativa agli utenti afferenti alle Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Provincia di Pavia.

La programmazione dei controlli 2017, 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;
- il controllo a campione rivolto alle prestazioni erogate agli utenti per tutti i Centri Diurni accreditati insistenti nel territorio provinciale pavese con riferimento temporale dal luglio 2015 al settembre 2016.

1.4 Area accreditamento sanitario

1.4.1. Sintesi attività svolta nel 2016

Le principali attività svolte dalla UOC Qualità della Rete Sanitaria nel corso del 2016 hanno riguardato gestione di istanze, esecuzione verifiche da piano controlli, attività di verifica sui flussi previsti dalla normativa vigente, ecc.

Di norma vengono effettuati sopralluoghi presso le diverse Strutture a fronte della presentazione di istanze, a seguito di segnalazioni, per la valutazione del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti dalla normativa e nell'ambito dei processi di riclassificazione.

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

Nel corso del 2016 sono state istruite, processate e concluse con predisposizione di relativo atto n. 54 istanze (tra subentri, vulture, modifiche assetto, istanze, ecc.) con aggiornamento del relativo applicativo di gestione delle anagrafiche strutture sanitarie - ASAN, attraverso la predisposizione di allegati alle istanze stesse, processi strutture, processi ente gestore. 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.

- *ISTANZE DI PROROGA DEL POSSESSO DEI REQUISITI STRUTTURALI/TECNOLOGICI* di cui alla D.G.R. 898/2010 e successive norme, in collaborazione con il dipartimento di Prevenzione è stata attuata una valutazione e monitoraggio delle istanze presentate dalle Strutture interessate al sistema di "proroga" del possesso dei requisiti strutturali e tecnologici al 2020, trattasi di n. 12 istanze riguardanti Strutture di Ricovero e Cura con predisposizione di specifici atti alla Direzione Generale Welfare.

Il monitoraggio di cui sopra si è svolto dapprima, con acquisizione e valutazione della documentazione tecnica inviata e se del caso con successivi specifici incontri con i referenti tecnici delle strutture ospedaliere coinvolte nel sistema di proroga, al fine di esprimere il parere conclusivo per la Regione.

La valutazione ha riguardato anche le istanze di proroga inerente i requisiti antincendio e antisismica delle Strutture Ambulatoriali superiori ai 500 mq e di alcune strutture psichiatriche residenziali/semiresidenziali.

- *PIANO CONTROLLI*: i sopralluoghi oltre che a fronte della presentazione di istanze sono stati effettuati per la valutazione del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti dalla normativa, a seguito di segnalazioni e nell'ambito del piano controlli (n. 2 UU.OO. Ostetricia e Ginecologia, n. 2 UU.OO. di Radiologia e Diagnostica per immagini, n. 1 Struttura di Psichiatria, n. 2 Strutture di Neuropsichiatria, n. 2 strutture odontoiatriche, n. 2 Unità di Raccolta sangue); in alcuni casi i sopralluoghi hanno dato esito a ad atti di sanzione/diffida in caso di mancanza di requisiti in materia di accreditamento.

- *VERIFICHE AUTOCERTIFICAZIONI QUADRIMESTRALI*, nel corso del 2016 sono state effettuate le dovute verifiche delle autocertificazioni 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. 11 Strutture residenziali psichiatriche e di neuropsichiatria infantile, n. 9 Strutture semiresidenziali psichiatriche e di neuropsichiatria infantile, n. 13 Servizi di Medicina di Laboratorio extraospedaliere). Il controllo è avvenuto per le Strutture Ospedaliere attraverso la verifica dei tabulati elettronici (sostitutivi dell'applicativo relocals superato ex D.D.G. San. n. 2788/2001 e smi) che configurano esattamente gli assetti

accreditati aggiornati e da luglio 2016 i processi DDO su ASAN. Per le rimanenti strutture è stato valutato l'elenco del personale operante come da modello EP (elenco personale).

- *MONITORAGGIO FLUSSI VEQ dei laboratori con conseguente predisposizione di note di richiamo all'obbligo di partecipazione ai programmi di valutazione esterna della qualità (VEQ) con riferimento ai programmi e campioni per i quali era stata segnalata una mancata partecipazione e/o una performance non in linea con l'atteso. Per alcuni laboratori (n. 3) alla nota è seguito specifico sopralluogo.*

- *PMA*

Per quanto attiene all'attività sui Centri di PMA alcuni operatori dell'ATS hanno partecipato ad un gruppo di lavoro regionale per la stesura dei requisiti organizzativi e strutturali specifici. Nel mese di novembre/dicembre 2016 sono state valutate, anche nel corso di appositi incontri, le informazioni richieste ai Centri dal Ministero in relazione alle attività degli stessi, quale attività propedeutica alle verifiche previste per il 2017 degli ispettori del Centro Nazionale trapianti del Ministero della salute.

1.4.2 Indicazioni per l'attività anno 2017

Per l'anno 2017, anche alla luce delle indicazioni regionali (DGR 5954/2016, DGR 6297/2017) 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 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. Nel corso del 2017 saranno programmate visite in situ presso i 2 SIMT del territorio e delle 7 Unità di Raccolta Sangue a gestione associativa.
2. Verifica del possesso dei titoli abilitanti per i profili professionali del personale impiegato nelle strutture sanitarie con le seguenti priorità:
 - Verifica dei titoli dei professionisti inseriti in UO oggetto di Istanza
 - Verifica dei titoli dei professionisti operanti nel 10% degli enti che gestiscono strutture di riabilitazione autorizzate ed accreditate;
3. Verifica dei Centri di PMA in relazione ai Decreti legislativi 197/2007 e 16/2010 e smi;
4. Monitoraggio degli S.Me.L del territorio relativamente alla attività di VEQ:
 - Verifica quadrimestrale dell'adesione al programma VEQ per ogni S.Me.L nel territorio di competenza;
 - Analisi degli esiti e conseguente verifica nei casi ritenuti critici.
5. Riclassificazione della rete delle cure palliative in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 5918/2016.
6. Riclassificazione delle attività per le quali è prevista la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento negli ambiti/aree previsti dalle Regole, secondo i tempi dettati dal livello regionale (es. Stroke Unit, Centri di PMA, ecc.).
7. Monitoraggio dell'evoluzione organizzativa e funzionale (requisiti specifici delle singole attività/servizi trasformati) legati a specifiche istanze.

8. Verifica del numero di prestazioni eseguite in sede ed in service da parte dei Servizi di Medicina di Laboratorio negli anni 2016 e 2017.
9. Analisi e verifiche, secondo le indicazioni regionali, delle Istanze di proroga ai termini stabiliti per il possesso dei requisiti strutturali e tecnologici ai sensi della DGR n. X/4702/2015, presentate nei tempi previsti dalle Strutture di Ricovero Pubbliche e Private (comprese le relative strutture sanitarie ambulatoriali che rientrano nei relativi assetti), Strutture Psichiatriche e ASP (limitatamente alle attività sanitarie accreditate).
10. Verifica/analisi delle autocertificazioni quadrimestrali di dotazione organica del personale sanitario inviate dalle Strutture accreditate, con particolare attenzione alla verifica dei titoli professionali abilitanti forniti delle Strutture ambulatoriali territoriali.

1.5 Area farmaceutica ospedaliera e territoriale

Attività 2016

Per l'anno 2016 nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ATS Pavia ha adempiuto ai controlli previsti dalle Regole regionali 2016 e dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa farmaceutica, di analisi delle ricette relative a prescrizioni farmaceutiche, vigilanza ispettiva farmacie, parafarmacie depositi e grossisti.

Oltre all' area dei controlli sui formalismi amministrativi, autorizzativi o limitativi,(es. note Aifa, indicazioni autorizzate, off label) Sono stati consolidati anche i controlli previsti dalle Regole di Sistema per quanto riguarda l'ambito dell'appropriatezza prescrittiva in particolare per il miglioramento dell'utilizzo di farmaci biosimilari ed equivalenti .

DATI CONTROLLI 2016 :

Farmaceutica territoriale

Ambito controlli contabili delle ricette farmaceutiche

Il controllo e analisi delle ricette relative a prescrizioni farmaceutiche anomale dell'anno 2016, è stato effettuato attraverso attività di analisi settimanali della Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA)

L'attività di controllo riguarda l'analisi delle ricette anomale , segnalate da Santer Reply con apposita reportistica, spedite dalle farmacie territoriali in modo inappropriato, senza il rispetto dei formalismi previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale.

Gli errori si riferiscono sia a formalismi nella redazione della ricetta, sia ad irregolarità nella fase di spedizione.

Durante l'anno 2016 sono state svolte n. 9 sedute di CFA ordinaria; in cui sono state analizzate le ricette anomale, il cui addebito alle farmacie durante l'anno 2016 ha portato al recupero di € 18.256,26 .

Nel corso del 2016 è proseguito il controllo sulle ricette contestate alle farmacie per differenze contabili ai sensi della DGR X/3940 –DDG 8247/2015, tramite lettere di notifica alle singole farmacie per gli anni 2006-2007 e con gestione di 140 contraddittori con i singoli titolari, recuperando crediti per circa 60.000 euro riferiti all'anno 2005 .

Monitoraggio della spesa farmaceutica

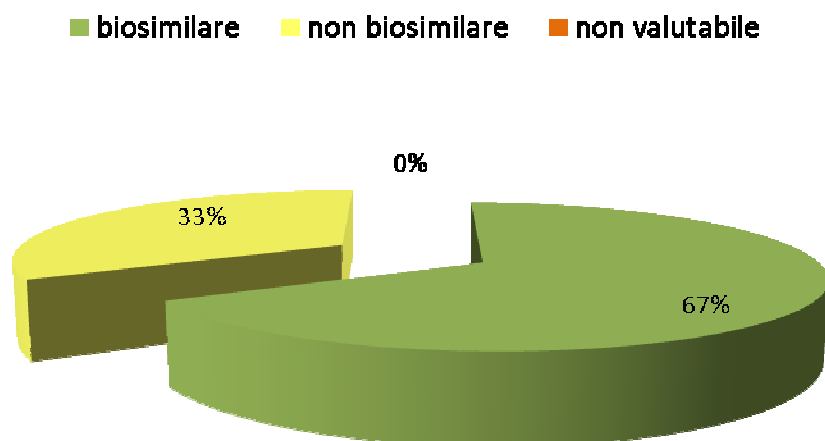
Nel 2016 i controlli relativi al monitoraggio del tetto di spesa farmaceutica territoriale (convenzionata, doppio canale ed erogazione diretta alla dimissione) ai sensi della DGR 4702/2015, hanno previsto le verifiche degli esiti delle azioni messe in campo dalla azienda nel corso degli anni in riferimento agli obiettivi di farmaco equivalente e farmaci biosimilari per il rispetto del finanziamento assegnato che nel 2016 è stato pari ad euro 115.319/1.000 suddiviso in: Farmaceutica convenzionata euro 83.954/1000, doppio canale ed erogazione diretta alla dimissione euro 30.919/1000, per mantenere l'equilibrio di sistema sono stati adottati controlli sulle ricette della convenzionata per farmaci da PHT, sulle ricette del doppio canale e sulle carenze dei farmaci per impedire le fuoriuscite inappropriate tramite contatti dirette con le singole farmacie.

Sono state inoltre inviate note di raccomandazione per il rispetto dei formalismi prescrittivi e delle indicazioni Aifa agli EEPA.

AREA APPROPRIATEZZA

I controlli dei farmaci biosimilari sono stati effettuati periodicamente per singolo prescrittore per il tramite dei piani terapeutici per le aree delle Eritropoietine, Fattori di crescita leucocitaria e GH

Sono stati verificati n. 2.328 piani terapeutici per le classi di interesse ed è emerso un risultato complessivo pari al 67% di pazienti naive trattati con farmaci biosimilari, come si evidenzia nel grafico. Tale obiettivo è al di sotto di quanto prefissato agli erogatori per l'anno 2016 (77%) e in diminuzione rispetto agli anni precedenti.

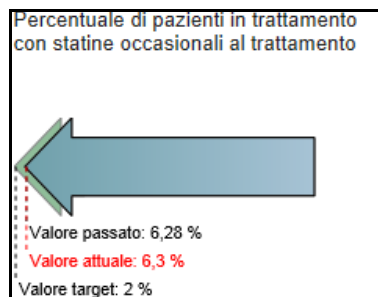
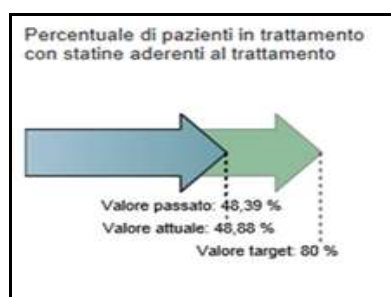


I controlli sul farmaco equivalente dimostrano un consolidamento dell'adesione a tale obiettivo nel corso degli anni da parte dei prescrittori, ma come risulta dalla seguente tabella in cui vengono analizzati i singoli ATC, la percentuale di DDD raggiunta nel corso del 2016 è pari al 76.75%, al di sotto dell'obiettivo previsto nelle regole 2016 (83%), ma al di sopra della media regionale (76.25%).

Jan-Dec-16	28 - A.T.S. 28 - Pavia				REGIONE			
FLAG GENERICO (BREVETTO DEC)	# DDD / * 1000 Ass.li pes.				# DDD / * 1000 Ass.li pes.			
ATC1	Y	N	TOT	% Y / Tot	Y	N	TOT	% Y / Tot
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	41.549	8.615	50.164	82,83%	39.056	8.170	47.226	82,70%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	13.601	10.203	23.804	57,14%	13.303	10.628	23.931	55,59%
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	141.860	25.632	167.492	84,70%	125.497	23.934	149.431	83,98%
D - DERMATOLOGICI	286	725	1.011	28,33%	263	652	915	28,73%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	7.044	6.012	13.056	53,95%	7.411	5.342	12.753	58,11%
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI	6.338	2.065	8.402	75,43%	6.342	1.877	8.219	77,16%
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	4.984	399	5.382	92,59%	5.630	352	5.982	94,11%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	2.293	394	2.686	85,35%	2.127	352	2.479	85,80%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	6.043	3.350	9.393	64,34%	6.074	3.052	9.126	66,56%
N - SISTEMA NERVOSO	21.563	4.853	26.415	81,63%	18.287	4.630	22.917	79,80%
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	10	553	563	1,70%	23	324	347	6,52%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	3.122	8.484	11.605	26,90%	4.208	8.488	12.697	33,15%
S - ORGANI DI SENSO	2.546	4.698	7.244	35,15%	1.905	3.802	5.707	33,38%
V - VARI	39	145	184	21,29%	27	99	126	21,54%
Tot	251.277	76.126	327.403	76,75%	230.153	71.704	301.857	76,25%

Il controllo della prescrizione territoriale dei farmaci a brevetto scaduto è stato restituito ai mmg tramite la pubblicazione trimestrale della scheda medico individuale nell'area dedicata.

E' stato monitorato il livello di raggiungimento degli indicatori di appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle classi terapeutiche a maggior impatto per le patologie croniche quali statine e ppi, e sono state inviate note informative alle medicina generale e agli erogatori adeguatamente commentate in particolare in merito mancato raggiungimento del valore di performance Aifa, come risulta dai seguenti grafici per le statine:



INDICATORE DI APPROPRIATEZZA: 80%
Valore raggiunto ATS Pavia: 48,88%

INDICATORE DI APPROPRIATEZZA: 2%
Valore raggiunto ATS Pavia: 6,3%

- Per gli inibitori di pompa protonica è stata rilevata l'inappropriatezza in un caso su cinque assistite tramite l'elaborazione dei dati di farmaceutica convenzionata pari a circa 94.000 prescrizioni.

Farmaceutica ospedaliera

Per quanto riguarda le verifiche sulle unità di offerta sanitarie (farmaceutica ospedaliera), le Regole di sistema 2016 (DGR n. 4702/2015) prevedevano:

- il controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) così suddiviso:

- farmaci per HCV: 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata;
- farmaci oncologici: 75%

- il controllo della corretta rendicontazione della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di “risk-sharing” (tipologia 15) per i farmaci soggetti agli accordi negoziali tra AIFA e Aziende.

La tabella sottostante riporta gli esiti delle ispezioni eseguite in loco sulle Strutture Pubbliche e Private accreditate ed a contratto afferenti al territorio dell’ATS di Pavia.

	presidio	record controllati	
		farmaci oncologici ad alto costo con scheda aifa	farmaci hcv
ASST della Provincia di Pavia	Ospedale di Vigevano	946	
	Ospedale di Voghera	400	
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo		3842	6090
Fondazione IRCCS Maugeri Pavia		2492	
Istituto Clinico Beato Matteo di Vigevano		700	
Istituto di Cura Città di Pavia		307	
totale record controllati		8693	6090
totale record validati		10392	6090
percentuale		83,6%	100%
Totale spesa (€)		22.737.159	40.947.942

Per quanto riguarda il controllo della corretta rendicontazione della nota di credito/rimborso dei rimborsi di “risk-sharing” (tipologia 15) per i farmaci soggetti agli accordi negoziali tra AIFA e Aziende, il totale per l’anno 2016 ammonta a 588.380,60€

VIGILANZA FARMACIE,DEPOSITI, GROSSISTI, PARAFARMACIE, NEGOZI DI ALIMENTI SPECIALI (CELIACHIA)

Nel corso del 2016 è stata effettuata l’attività di controllo normativo/tecnico sulle sedi farmaceutiche, distributori all’ingrosso di farmaci del territorio attraverso visite ispettive

preventive, ordinarie e straordinarie. sono state effettuate n 26 ispezioni: farmacie (10), dispensari (2), parafarmacie (6), magazzini all'ingrosso (8) con le seguenti tipologie ispettive: ispezioni ordinarie (14), per affido stupefacenti (6), ispezione a magazzino (1), ispezione per trasferimento (1), ispezioni straordinarie per riaffidamento (1), ispezioni straordinarie in collaborazione coi NAS (2).

Sono stati sanzionati tre illeciti amministrativi pari a un totale di 1.105,66€

Controlli Anno 2017 **Farmaceutica territoriale**

Ambito controlli contabili delle ricette farmaceutiche

Proseguirà l'azione di verifica della commissione farmaceutica aziendale per le irregolarità relative alle ricette anomale segnalate da Santer Reply con apposita reportistica, spedite dalle farmacie territoriali in modo inappropriato, senza il rispetto dei formalismi previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale.

Gli errori si riferiscono sia a formalismi nella redazione della ricetta, sia ad irregolarità nella fase di spedizione.

E' prevista un'attività di controllo per differenze contabili ai sensi della DGR X/3940 –DDG 8247/2015 relativa agli anni 2008-2009.

Monitoraggio della spesa farmaceutica

Per il 2017 si confermano le azioni di razionalizzazione della spesa farmaceutica come previsto dalle regole di sistema, tramite azioni di verifica sul farmaco equivalente e sui farmaci biosimilari con il rafforzamento delle azioni poste in essere nel 2016 e il monitoraggio sui profili prescrittivi dei medici del territorio con evidenza delle aree inappropriata, verifica del rispetto delle indicazioni Aifa e verifica dell'impiego di farmaci off label.

AREA APPROPRIATEZZA

Per le classi terapeutiche a maggior rilevanza e per quelle già oggetto di controllo nel 2016 (statine, ipp) saranno monitorati gli andamenti rispetto agli indicatori di performance Aifa, con evidenza e divulgazione ai MMG e agli specialistici delle criticità ('profili prescrittivi anomali'), individuazione dei Medici con criticità prescrittive ed elementi di inappropriata in specifiche classi (farmaco equivalente, biosimilari).

FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Come da indicazioni della DGR X/5954 del 05/12/2016 e dalla DGR X/6297 del 06/03/2017 si programma il controllo della prescrizione/erogazione di farmaci in File F come di seguito riportato:

- Per tutto il tracciato File F convalidato da Regione Lombardia:

- controllo che nelle rendicontazioni non ci siano farmaci con AIC Revocata;
- controllo che nella richiesta di rimborso il costo dei farmaci sia al massimo quello dei prezzi massimi di acquisto;

- controllo della corretta rendicontazione della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di “risk-sharing” (tipologia 15) per i farmaci soggetti agli accordi negoziali tra AIFA e Aziende.

- Per i farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) mediante accessi diretti presso gli erogatori:

Farmaci per HCV: l'obiettivo del controllo è la verifica del 100% dei record rendicontati

- Verifica della presenza del dato di targatura per ogni confezione erogata;
- verifica della presenza/assenza della scheda AIFA che deve essere anche allegata alla Cartella clinica (controllo a campione);
- verifica della perfetta congruenza tra le date di somministrazione e dispensazione del farmaco.

Farmaci oncologici ad alto costo: l'obiettivo del controllo è la verifica del 75% dei record rendicontati

- verifica della presenza/assenza della scheda AIFA che deve essere anche allegata alla Cartella clinica (controllo a campione);
- verifica della perfetta congruenza tra le date di somministrazione e dispensazione del farmaco.

Come per i controlli NOC, le verifiche verranno effettuate presso le Strutture Pubbliche e Private accreditate ed a contratto, dal 1 marzo 2017 al 28 febbraio 2018.

VIGILANZA FARMACIE, DEPOSITI, GROSSISTI, PARAFARMACIE, NEGOZI DI ALIMENTI SPECIALI (CELIACHIA)

La DGR 6297 /2017 prevede come obiettivo di controllo ispettivo per le farmacie aperte al pubblico presenti sul territorio la verifica di almeno il **50% delle Farmacie con l'obiettivo di ispezionare il 100% di Farmacie nel biennio**. L'accesso avviene ai sensi delle modalità previste dalla LR 6/ 2017 per il tramite delle commissioni ispettive secondo un calendario programmatico deliberato dall'ATS

Obiettivo dell'ATS Pavia è rappresentato dalla verifica annuale di un numero di sedi farmaceutiche pari a 100.

Oltre alle sedi farmaceutiche saranno oggetto di controllo anche le parafarmacie (L 248/2006) i grossisti depositi (DLGS 219/06) i negozi convenzionati per celiaci, (DGR 4490 /2012)

2. Area sociosanitaria: Analisi del contesto territoriale

Il quadro complessivo delle unità di offerta socio sanitarie ubicate nel territorio provinciale al 31.12.2016 risulta costituito da n. 224 strutture come mostra la tabella successiva. Nel corso dell'anno si sono registrate le seguenti variazioni:

- Autorizzazione di n. 2 nuove RSA
- Cessazione di una UdO ADI.

<i>TIPOLOGIA UdO</i>	<i>ACCREDITATE/ CONTRATTUALIZZATE</i>	<i>AUTORIZZATE</i>	<i>TOTALE</i>
RSA	82	3	85
CDI	27	1	28
CDD	14	1	15
CSS	12	0	12
RSD	10	0	10
TOX RESIDENZIALI	13	0	13
TOX SEMIRESID	2	0	2
SERD ASL PAVIA	3	0	3
C.F. privati	6	0	6
C.F. pubblici ASL PAVIA	11	0	11
IDR (non confluite nelle Cure Intermedie)	4	2	6
Cure Intermedie (ex IDR/Post acuta)*	4	1	5
HOSPICE	3	0	3
ADI	25	0	25
TOTALE	216	6	224

2.1 Attività svolta nell'anno 2016

Nel corso dell'anno l'attività di vigilanza e controllo programmata nel Piano dei controlli è stata interamente realizzata e in particolare sono stati assicurati:

- il controllo del 50% delle UdO socio sanitarie in esercizio al 1.1.2016,
- l'attività aggiuntiva riferita alle UdO socio sanitarie con esito critico riguardo alle verifiche svolte nel 2015 ed oggetto di ulteriori provvedimenti quali atti di diffida con contestuale erogazione di sanzioni amministrative, o di atti decurtativi (pari ad un totale di n. 21),
- l'attività riguardante le unità di offerta di nuova attivazione nell'anno 2015.

Per tutto il 2016, il criterio programmatico scelto ha ripercorso e concluso il biennio utilizzando l'approccio "verticale" della programmazione dell'anno precedente, per cui le attività di vigilanza e controllo di appropriatezza hanno coinciso per ciascuna UdO scelta, garantendo quindi la totalità dei diversi livelli/tipologie di verifica (vigilanza strutturale, gestionale ed organizzativa e controlli di appropriatezza).

La tabella successiva riporta il quadro riassuntivo dello stato di conseguimento dell'attività con il

dettaglio per ciascuna tipologia di unità di offerta.

Tabella SCHEMA RIEPILOGATIVO per tutte le UdO				
TIPOLOGIA UdO	Controlli da effettuare	Controlli effettuati	TOTALE VISITE	%
RSA	101	101	139	100
CDI	24	24	24	100
RSD	8	8	10	100
CDD	14	14	16	100
CSS	18	18	18	100
TOX	16	16	19	100
SERT	2	2	2	100
CURE INTERMEDIE	4	4	6	100
HOSPICE	2	2	3	100
CONSULTORI	10	10	21	100
ADI	26	26	33	100
TOTALE	225	225	291	100

Il campionamento delle strutture ha tenuto conto dei controlli effettuati nel corso del 2015 al fine di garantire il completamento nel biennio 2015-2016 delle verifiche previste sul 100% delle UdO del territorio. L'attività è stata finalizzata alla vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici utilizzando il modello di verbale fornito da Regione Lombardia con la collaborazione, ove necessario, delle altre articolazioni organizzative dell'Agenzia. Oltre a tale attività "ordinaria", si è proseguito lo sviluppo del Progetto aziendale specifico sulla movimentazione manuale degli ospiti in RSA.

Le attività di vigilanza sulle UdO interessate dai "piani programma" hanno coinvolto 2 SERD ed 1 Consultorio Familiare Pubblico In ottemperanza alla dgr 4702/2015 nonché della l.r. 23/2015, il dovuto monitoraggio semestrale dello stato di avanzamento dei piani programma in essere è stato condotto nel 2016 dall'ATS di ubicazione delle strutture la cui scadenza è prevista, a livello regionale, al 31-12-2017.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento.

Come previsto dalla dgr 2569/2014 nel mese di gennaio sono pervenuti 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. L'attività si svolta per il controllo dei requisiti soggettivi per le istanze pervenute nel 2016, pari a n. 15. A conclusione delle procedure sopra richiamate si è proceduto all'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 2016 è stato realizzato pienamente quanto previsto dalla programmazione dei controlli utilizzando il modello di verbale fornito da Regione Lombardia.

E' stato altresì garantito il compiuto adempimento di tutti i debiti informativi da parte delle strutture secondo le scadenze previste (intercorrenti dal mese di luglio al mese di settembre).

Controllo di appropriatezza

Anche per i controlli di appropriatezza sono state soddisfatte tutte le verifiche previste per l'anno 2016. Tali verifiche sono state condotte in piena adesione della check list fornita da Regione Lombardia.

Tutte le verifiche sono state effettuate in applicazione dei criteri di campionamento dei Fisas descritti nel piano annuale e distinti per tipologia di UdO rispettando l'applicazione degli indicatori previsti utilizzando la check list fornita da Regione Lombardia.

In merito alla dimensione numerica, nel 2016 è stato garantito il conseguimento per tutte le diverse percentuali previste come riportato nella tabella successiva.

Tab Schema riassuntivo dei Fisas controllati per ciascuna tipologia di UdO			
tipologia udo	numero fisas da verificare	numero fisas verificati	percentuale raggiunta
RSA	676,2	677	15,02
CDI	42	46	16,31
RSD	35,4	37	31,36
CDD	49	50	30,67
CSS	28	29	31,52
COM TOX	50	50	15,29
SERD	4	4	5,56
CONS	98	104	5,28
CURE INTERM	35	35	10,14
RIABILITAZIONE/AMB	21	21	3,61
HOSPICE	18	19	15,57
ADI ORD (ex post + in itinere)	89	116	7,3
ADI PALL (ex post + in itinere)	1	3	30

Atti di diffida e sanzionatori/decurtativi

A fronte dei 569 sopralluoghi complessivamente effettuati nel corso del 2016, la disamina degli esiti ha evidenziato un totale di n. 18 controlli con esito negativo per severe criticità e la conseguente irrogazione di atti sanzionatori/decurtativi/penale contrattuale, previa diffida. Di seguito si riassumono le tipologie di carenze riscontrate più frequentemente:

1. carenze in ambito gestionale/organizzativo (Area Politica, obiettivi e attività, Gestione risorse umane ed economiche, Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, Procedure e protocolli, carta dei servizi) in n. 6 controlli;
2. incongruenze nelle prestazioni erogate, carenze documentali riscontrate nei Fisas e inappropriata di inserimento degli ospiti presso le strutture oggetto di verifica in n. 5 controlli;

3. inosservanza delle condizioni contrattuali in 4 controlli;
4. carenze di requisiti strutturali in 3 controlli;
5. assenza di titolo autorizzativo in un caso (UdO sociale).

La tabella successiva riporta il dettaglio dei provvedimenti per tipologia di struttura.

Tabella distribuzione per tipologia di UdO del numero di diffide						
Tipologia di struttura	Numero diffide	Importi sanzionatori	Atti	Importi contrattuale	Penale	Importi decurtazioni
ADI	7	8000		9000		308,88
RSA	5	5000		3000		
Area sociale	3	12000				
Strutture fuori rete	2	12000				
Com Tox	1	1000		3000		
Totale	18	38000		15000		308,88

Di seguito si sintetizzano le ulteriori attività svolte nel 2016 come previsto nel piano dei controlli.

Progetti sperimentali/azioni innovative

Progetti sperimentali ex dgr 3239/2012

A fronte della riorganizzazione di tale area, i progetti sperimentali ex DGR 3239/12 rimasti attivi nel corso del 2016 all'interno della ATS di Pavia sono quelli afferenti all'Area Consultoriale e dell'Area della Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extra ospedaliera per minori disabili. Pertanto, in ottemperanza alle regole regionali che prevedevano l'attivazione dei controlli nel 50% delle strutture attive e nelle percentuali previste (in analogia con le UdO socio sanitarie) del numero dei Fasas calcolati al 31/12/2015, secondo quanto previsto dalle Dgr 2569/14 e Dgr.3239/2012 e s.m.i. sono stati effettuati i dovuti controlli in merito al monitoraggio delle attività previste dai singoli Progetti in continuità con quanto già effettuato nel corso degli anni precedenti.

RSA APERTA e RESIDENZIALITA' LEGGERA ex dgr 2942/2014

Sono stati svolti i previsti controlli sia di vigilanza che di appropriatezza. Nella tabella sottostante è riportata la dimensione numerica al 31-12-2015, da cui sono stati campionati il 50% delle strutture. Il numero di strutture riportate, a contratto per entrambe le misure, sono quelle che hanno registrato almeno una presa in carico nel corso dell'anno 2015.

Tabella 17: dimensione numerica UdO da campionare	
RESIDENZIALITA' LEGGERA	RSA APERTE
5 RSA	24 RSA
2 CASE ALBERGO	
3 ALLOGGI PROTETTI	

L'attività di vigilanza e di appropriatezza è stata svolta utilizzando il modello di verbale fornito da Regione Lombardia ed ha contemplato la verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e di appropriatezza.

CURE INTERMEDIE

Nel corso del secondo semestre 2016 nell'ambito della fase osservazionale della sperimentazione dell'UdO Cure Intermedie si è data continuità agli interventi effettuati nel 2015 in un'ottica complessiva di supporto e di accompagnamento delle singole UdO sia riguardo all'implementazione del soddisfacimento del debito informativo sia riguardo la gestione della scheda unica di accesso oltre che di specifiche criticità

NASKO CRESCO E SOSTENGO

In merito ai previsti controlli delle ulteriori progettualità poste in essere (Progetto Nasko; Progetto Cresco e Sostengo). Nel corso del primo semestre sono state approfondite le modalità di trasmissione dei dati inerenti i progetti necessari al campionamento dei Fasas da sottoporre a controllo. Nel corso del secondo semestre sono stati condotti i sopralluoghi relativi per la verifica dei Fasas raggiungendo la percentuale del 24% per l'area Nasko e Sostengo, ed il 9.3 % per i progetto Cresco attivati dai CF pubblici di Pavia.

BISOGNI COMPLESSI E ASSENZE REMUNERATE

Sono proseguite le attività riguardanti l'istruttoria delle richieste pervenute dagli Enti Gestori per l'attivazione di progetti, in risposta all'emergere di bisogni complessi ed alla necessità di riconoscimento di assenze aggiuntive.

STATI VEGETATIVI

L'attività ha incluso la verifica, entro i 10 giorni lavorativi dall'inserimento nelle UdO, di ospiti in Stato Vegetativo

STRUTTURE FUORI DALLA RETE

Nel 2016 sono proseguiti i controlli nei confronti delle comunità familiari (case famiglia) presenti sul territorio. In particolare sono stati effettuati 20 sopralluoghi presso tali strutture, a seguito di segnalazione, spesso congiuntamente con il NAS di Cremona, a cui si aggiungono 6 sopralluoghi presso Case Albergo insistenti sul territorio. Si precisa che nell'ambito dei citati 20 sopralluoghi, n. 8 strutture sono state chiuse con ordinanze dei Sindaci per gravi carenze (per la maggior parte, strutture abusive o aventi un titolo abilitante non conforme con quanto riscontrato effettivamente in sopralluogo).

Dalla documentazione pervenuta alla ATS di Pavia nel corso del 2016, si osserva comunque un costante aumento delle attivazioni di queste strutture sul territorio, che spesso avviene mediante la presentazione di SCIA ai Comuni coinvolti per ubicazione. Solo in una piccola percentuale si rileva che il Comune di ubicazione competente per territorio richiede documentazione integrativa o a completamento della istanza presentata.

Questo fenomeno è di particolare rilevanza nel territorio dell'Agenzia fatto che ha generato la necessità di organizzare anche un incontro con i Sindaci dei Comuni interessati e con i rappresentanti dei Piani di Zona, con lo scopo di sensibilizzare tutti gli interessati.

Esercizio della vigilanza e del controllo ex artt 23 e 25 c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato

Nel 2016 è proseguito il lavoro avviato nelle annualità precedenti in merito al monitoraggio della documentazione autocertificativa. Per il 2017 è prevista una riorganizzazione di questa attività che consideri sia le strutture di area sociosanitaria che sanitaria.

2.2 Indicazioni per l'attività anno 2017

Le attività programmate per l'anno 2017 verranno svolte con l'obiettivo del monitoraggio della qualità dei servizi erogati ai cittadini e della analisi e valutazione dell'andamento della domanda espressa, nelle sue molteplici manifestazioni, e la risposta da parte della rete delle Unità d'Offerta presenti sul territorio. I principali elementi per area di assistenza a supporto della attività vengono rappresentati di seguito. Articolare impegno riguarderà l'integrazione delle Udo nel percorso di presa in carico della DGR 6164/2017 e dell'emananda deliberazione sul governo dell'offerta.

Inoltre, in linea con il nuovo approccio di governo assegnato alle ATS, si proseguirà con l'analisi del rischio delle diverse tipologie e strutture, in modo da graduare gli interventi sulla scorta di elementi oggettivi.

Per quanto riguarda gli Hospice saranno seguite le procedure per la riclassificazione di cui alla DGR 5918/2016 e la costituzione della rete integrata afferente al Dipartimento di cure palliative.

Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di richieste di autorizzazione e/o accreditamento

In coerenza con la riorganizzazione ex LR 23/2015 la verifica di tutti i requisiti verrà svolta da una UO dedicata che agirà in termini unitari e integrati per le diverse aree di interesse per cui la collaborazione di supporto alla istruttoria delle richieste verrà svolta in questo senso. Anche la verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e dei requisiti strutturali e tecnologici verrà svolta utilizzando gli strumenti predisposti dalla Direzione Welfare di Regione Lombardia in termini compatibili al nuovo assetto organizzativo dell'ATS.

Attività di vigilanza e controllo

L'attività di vigilanza e di controllo di appropriatezza assicurerà i controlli nel 50% delle U.d.O socio sanitarie in esercizio al 1.1.2017. 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 biennio 2017-2018 garantirà le verifiche nel 100% delle UdO attive sul territorio al 01-01-2016. Per il 2016 la composizione del campione di UdO è pari al primo 50% del totale, come descritto nella tabella sotto riportata.

Tabella Dettaglio quantitativo del campione delle strutture socio sanitarie da sottoporre a controllo nel 2017.		
TIPOLOGIA UdO	VIGILANZA	APPROPRIATEZZA
RSA	41	41
CDI	17	17
CDD	8	8
CSS	3	3
RSD	6	6
TOX RESIDENZIALI	7	7
TOX SEMIRESID	1	1
SERD ASL PAVIA	2	2
C.F. privati	6	6
C.F. pubblici ASL PAVIA	3	3
IDR (non confluite nelle Cure Intermedie) RIA	4	4
Cure Intermedie (ex IDR/Post acuta)*	3	3
HOSPICE	2	2
ADI	9	9
TOTALE	112	112

Le visite di vigilanza saranno condotte senza preavviso, mentre per i controlli di appropriatezza si procederà con un preavviso alle strutture nella giornata lavorativa precedente al sopralluogo. Le equipe di controllo saranno costituite in modo congruo alla tipologia delle stesse e si utilizzeranno i modelli di verbali forniti da Regione Lombardia per le tipologie di UdO e di controllo e le operazioni di verbalizzazione saranno agevolate dalla strumentazione informatica.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

Per quanto attiene l'accertamento dei requisiti strutturali – tecnologici, la programmazione dei controlli garantirà le verifiche in almeno il 50% delle strutture presenti sul territorio al 01-01-2017. Si utilizzerà il modello di verbale fornito da Regione Lombardia. Le attività di controllo includono la di analisi dei documenti inviati dagli Enti gestori.

Ad esito del superamento dei controlli incrociati e della conseguente competenza dell'ATS su tutte le unità di offerta del proprio ambito territoriale, nel 2017 verrà proseguita la verifica, anche tramite visite ispettive, almeno ogni 6 mesi, 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 31/12/2017.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento.

Verranno garantite le verifiche previste dalla normativa vigente delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive, attraverso richieste alle P.A. certificanti, per almeno il 10% di quelle inviate annualmente dai Legali Rappresentanti delle UdO. A tale proposito si è provveduto ad attivare gli Enti gestori per la trasmissione delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive per tutti i livelli erogativi compresi le verifiche relative ad eventuali atti di nomina dei legali rappresentanti degli Enti gestori.

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 50% delle strutture presenti sul territorio al 01-01-2017. In merito a tali controlli, verrà utilizzato il modello fornito da Regione Lombardia.

Anche per il 2017 proseguirà la modalità già posta in essere in merito alla trasmissione da parte degli EG delle Carta dei Servizi in vigore, per la conseguente verifica e successiva pubblicazione sul sito aziendale. Verrà altresì garantito il compiuto adempimento di tutti i debiti informativi previsti.

Controllo di appropriatezza

Per quanto attiene i controlli di appropriatezza, la programmazione degli stessi prevede le verifiche nel 50% delle strutture presenti sul territorio al 01-01-2017.

I controlli di appropriatezza possono includere una visita della struttura al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti, eventualmente contestualizzando il campionamento dei FASAS od una parte di esso.

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.

I controlli di appropriatezza saranno effettuati su almeno il 50% delle UdO_garantendo per i diversi regimi:

1. Regime residenziale e semiresidenziale:

- la verifica del 15% dei FASAS calcolato sul numeri di utenti rendicontati nel 2016 delle UdO residenziali e semiresidenziali, non escludendo che tale verifica sia effettuata su FASAS dell'anno 2017;
- la verifica del 30% dei FASAS calcolato sul numeri di utenti rendicontati nel 2016 delle UdO dell'area disabili (RSD,CSS e CDD), non escludendo che tale verifica sia effettuata su FASAS dell'anno 2017;
- la verifica del 10% dei FASAS calcolato sul numeri di utenti rendicontati nel 2016 delle UdO Cure Intermedie in regime residenziale e semiresidenziali; non escludendo che tale verifica sia effettuata su FASAS dell'anno 2017.

2. Regime ambulatoriale e domiciliare:

- La verifica del 5% dei FASAS calcolato sul numero dei nuovi utenti che hanno ricevuto sociosanitarie ad alta integrazione nell'anno 2016, non escludendo che tale verifica sia effettuata su FASAS dell'anno 2017;
- Il 3% dei FASAS calcolato sul numeri di utenti rendicontati nel 2016 per le prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare delle strutture di riabilitazione, non escludendo che tale verifica sia effettuata su FASAS dell'anno 2017;
- la verifica nel 5 % dei FASAS calcolato sul numeri sul numero dei nuovi utenti rendicontati nel 2016 per i SERD, non escludendo che tale verifica sia effettuata su FASAS dell'anno 2017.

Per tutte le tipologie di UdO, fatti salvi i casi in cui il numero dei FASAS oggetto di campionamento sia inferiore a 30 ed i casi in cui vi siano motivate ragioni, la percentuale di FASAS oggetto di controllo per ciascuna UdO non supererà il 50% del totale dei FASAS, calcolato sul numero rendicontato per il 2016.

Il campionamento dei fascicoli prevedrà una metodologia mista casuale e mirata. Per la quota mirata, che costituirà almeno il 50% del campione totale, si utilizzeranno i seguenti criteri/indicatori:

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 Consulenti 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 e 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 ospiti per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.
2. ospiti minorenni per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.
3. Ospiti con DRG con valorizzazione più elevata, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo;
4. Ospiti con ricovero/prestazione ripetuto nell'anno, 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 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. voucher cure palliative per 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 i fasas campionati si applicheranno gli indicatori previsti dalla dgr 1765/2014, per i quali verranno utilizzate le check list fornite da Regione Lombardia revisionate.

Progetti sperimentali/azioni innovative

Vigilanza e controlli sulle sperimentazioni di UdO innovative e le misure applicative della dgr 116/2013

Per quanto riguarda le misure applicative alla dgr 116/2013 il controllo è confermato per quanto previsto dalla dgr 2942/2014, per cui verranno applicate le modalità e le percentuali di verifica previste per le altre UdO.

Progetti/sperimentazioni

Il quadro delle attività istituzionali previste per l'anno 2017 includerà la verifica, entro i 10 giorni lavorativi dall'inserimento nelle UdO, degli ospiti in Stato Vegetativo, oltre che i controlli per le ulteriori progettualità poste in essere da alcuni anni e riconfermate per il 2017:

- Progetto Nasko;
- Progetto Sostengo;
- Progetto Cresco;
- Sperimentazioni ex dgr 3239 e smi.

DOTAZIONE DI PERSONALE e PIANO DI FORMAZIONE

In applicazione della riorganizzazione del SSR tutta l'attività di vigilanza e controllo sulla diverse reti di offerta è stata ridefinita unitariamente e nel corso del 2016 si è provveduto ad una iniziale implementazione del personale addetto. Nell'ulteriore sviluppo della riorganizzazione si è già previsto un piano di formazione dedicato comprensivo anche di una ricognizione e aggiornamento di strumenti informatici.