

AGENZIA TUTELA SALUTE (ATS) - PAVIA

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ATS Pavia

Viale Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA

Tel. (0382) 4311 - Fax (0382) 431299 - Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

DECRETO N. 284/DGi DEL 27/06/2019

IL DIRETTORE GENERALE: Dr.ssa Mara AZZI

OGGETTO: Adozione del "Piano dei Controlli - Anno 2019" in attuazione della DGR N. XI/1046 del 17/12/2018

Codifica n. 1.1.02

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE SANITARIO

Dr. Santino SILVA

(Firmato digitalmente)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Adriano VAINI

(Firmato digitalmente)

DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Dr.ssa Ilaria MARZI

(Firmato digitalmente)

Il Responsabile del Procedimento:

Direttore Dipartimento PAAPSS Dr.ssa Maria Rosa Dellagiovanna

(La sottoscrizione dell'attestazione è avvenuta in via telematica con password di accesso)

Il Funzionario istruttore:

UOC Programmazione e Negoziazione con gli erogatori Dr. Stefano Boni

UOS Valutazione esiti performance degli erogatori Risk management Dr.ssa Anna Paiano

L'anno 2019 addì 27 del mese di Giugno

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, avente ad oggetto il riordino del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.);

Vista la Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

Vista la DGR X/4469 del 10 dicembre 2015, costitutiva dell'A.T.S. di Pavia;

Vista la DGR XI/1060 del 17.12.2018 di conferimento dell'incarico di Direttore Generale dell'A.T.S. di Pavia;

Visto il decreto aziendale n. 140/DG del 03/04/2019 avente per oggetto "Approvazione del Bilancio Preventivo Economico 2019 dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia (BPE 2019)";

Udito il Responsabile del procedimento il quale riferisce quanto segue:

- con la DGR n. XI/1046 DEL 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2019" sono state fissate le regole di governo per la gestione del Servizio Socio sanitario per l'anno 2019
- con la nota dell'Agenzia dei controlli - protocollo numero acssl.2019.0000596 del 06/06/2019 avente ad oggetto "P.C.P 2019 Prosecuzione attività" (prot. ATS n. 29018 del 7/6/2019) si invitano le ATS ad adottare il Piano dei controlli annuale ed inviare alla DG Welfare e all'ACCS entro il 30 giugno 2019, rimandando al rispetto di quanto è indicato nella DGR n. X/6502 del 21/04/2017
- si specifica che nella redazione degli interventi programmati dei controlli per il 2019 si è fatto riferimento ai contenuti degli incontri del novembre 2018 compilando la tabella di programmazione che definisce il destinatario del controllo, la finalità e l'obiettivo specifico del controllo, i criteri di inclusione dei destinatari del controllo, la tipologia di controllo, l'indicatore di misurazione dei controlli programmati;
- è opportuno riservarsi la possibilità di rivedere, in corso d'anno, il Piano annuale dei controlli 2019, in funzione di eventuali criticità o dei risultati delle verifiche che verranno effettuate, di eventuali nuove normative e/o di ulteriori indicazioni regionali in materia di controlli, da parte dell'ACSS;

Richiamato quanto sopra riferito, il responsabile del procedimento propone:

- adottare il "Piano annuale dei controlli anno 2019" il cui testo è allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale;
- riservarsi, se necessario, la possibilità di revisione e/o aggiornamento, nel corso d'anno del "Piano annuale dei controlli anno 2019" come in premessa specificato;
- demandare ai Dipartimenti dell'Agenzia di Tutela di Salute (PAAPSS, DIPS, PIPSS, Cure primarie, Amministrativo) per quanto di loro competenza, l'attuazione del presente Piano
- diffondere il documento alle parti interessate con la pubblicazione sul sito istituzionale dell'ATS di Pavia;
- trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare e alla Agenzia dei controlli;

- dare atto che l'adozione del provvedimento non comporta oneri economici a carico dell'ATS di Pavia;

- di non procedere ad alcuna contabilizzazione considerando che dall'attuazione del presente provvedimento non derivano costi/ricavi;

Ritenuto di fare propria la proposta del responsabile del procedimento Direttore Dipartimento PAAPSS Dr.ssa Maria Rosa Dellagiovanna che, con la propria sottoscrizione, attesta che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittimo;

Acquisito ai sensi dell'art. 3 del D.L.vo 502/92 e succ. mod. ed integrazioni, su richiesta del Direttore Generale, il parere favorevole, espresso per competenza dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sociosanitario;

D E C R E T A

Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1) di adottare il "Piano annuale dei controlli anno 2019" il cui testo è allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale;

2) di riservarsi, se necessario, la possibilità di revisione e/o aggiornamento, nel corso dell'anno del "Piano annuale dei controlli anno 2019" come in premessa specificato;

3) di diffondere il documento alle parti interessate con la pubblicazione sul sito istituzionale dell'ATS di Pavia;

4) di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare e alla Agenzia dei controlli (ACSS);

5) di dare atto che l'adozione del provvedimento non comporta oneri economici a carico dell'ATS di Pavia

6) di unire quale parte integrante e sostanziale la seguente documentazione:
All.1 - Piano dei Controlli Area Sanitaria e Sociosanitaria Anno 2019

7) di demandare al Responsabile del procedimento l'attuazione del presente provvedimento;

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Mara AZZI
(Firmato digitalmente)

Ai sensi dell'art. 17 comma 6 della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e smi, il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo e sarà pubblicato all'Albo pretorio on line con l'osservanza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016.

PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente decreto sarà pubblicato sull'Albo pretorio on line per la durata di giorni quindici consecutivi e sarà successivamente sempre reperibile alla voce Provvedimenti della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

Pavia li 27/06/2019

Il Funzionario addetto



ATS di Pavia
Piano delle attività di controllo
Anno 2019

Premessa	pag. 4
1. Contesto territoriale	pag.5
2. Risorse Umane	pag. 9
3. Strategie di programmazione dei controlli	pag. 9
4. Piano di formazione	pag. 9
5. Attività di controllo strutture sanitarie	pag. 13
5.1. La rete dell'offerta delle strutture sanitarie	pag. 13
5.1.1.Strutture sanitarie accreditate	pag. 13
5.1.2.strutture sanitarie private autorizzate	pag. 14
5.1.2.1. Sedi e mezzi di trasporto sanitario	pag. 14
5.2. Attività di autorizzazione, accreditamento vigilanza e controllo strutture sanitarie	pag. 15
5.2.1.Attività di autorizzazione e accreditamento svolta nel 2018	pag. 15
5.2.2.Attività di Vigilanza e Controllo strutture sanitarie svolta nel 2018	pag. 16
5.2.3.Indicazioni per l'attività anno 2019 strutture sanitarie	pag. 17
5.3. Attività di controllo NOC	pag. 20
5.3.1.Episodi di ricovero e cura	pag. 20
5.3.1.1. Attività svolta nel 2018	pag. 20
5.3.1.2. Indicazioni per l'attività anno 2019	pag. 22
5.3.2.Attività di controllo specialistica ambulatoriale	pag. 27
5.3.2.1. Attività svolta nel 2018	pag. 27
5.3.2.2. Indicazioni per l'attività 2019	pag. 28
5.3.3.Modalità di controllo NOC	pag. 32
5.4. Atti di diffida e sanzionatori strutture sanitarie	pag. 33
5.5. Area Salute mentale	pag. 34
5.5.1.Attività svolta nel corso del 2018	pag. 34
5.5.2.Indicazioni per l'attività 2019	pag. 36
6. Attività di autorizzazione, accreditamento, vigilanza e controllo Strutture sociosanitarie	pag. 40
6.1. La rete dell'offerta delle strutture sociosanitarie autorizzate e accreditate	pag. 40
6.2. Attività di autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie svolta nel 2018	pag. 41
6.3. Attività di vigilanza e controllo sulle strutture sociosanitarie svolta nel 2018	pag. 42
6.4. Atti di diffida e sanzionatori e decurtativi	pag. 44
6.5. Indicazioni per l'attività di vigilanza e controllo strutture sociosanitarie anno 2019	pag. 44
6.6. Misure e sperimentazioni	pag. 49

7. Attività di controllo requisiti contratti	pag. 53
8. Attività di controllo Strutture sociali	pag. 55
9. Attività di Controllo di Farmaci e protesi	pag. 57
9.1. La rete dell'offerta della farmaceutica: farmacie, parafarmacie, dispensari, grossisti/depositi, esercizi, GDO	pag. 57
9.2. Attività svolte nel 2018	pag. 58
9.3. Indicazioni per l'attività 2019	pag. 61
10. Tempi di attesa e accessibilità ambito sanitario	pag. 65
10.1. Attività svolta nel 2018	pag. 65
10.2. Interventi e attività programmate per il 2019	pag. 65
11. Cure primarie	pag. 69
12. Attività di controllo sui gestori della Presa in carico	pag. 71
13. Recupero crediti	pag. 74
14. Vigilanza e controllo sulle associazioni e fondazioni	pag. 76
15. Customer satisfaction	pag. 78

Premessa

Il presente piano dei controlli, in adesione alla DGR n.1046 del 17-12-2018 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario 2019) e alla DGR n. 6502 del 21-04-2017 (Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo concernente il piano controllo quadro e il piano dei protocolli ai sensi dell'art. 11 comma 4 lettera A L.R. 33/2009 così come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e L.R. n. 41/2015), relaziona sull'attività di controllo condotta nel corso del 2018 e declina l'insieme degli interventi che si intendono perseguire nell'anno 2019 al fine di espletare le funzioni istituzionalmente in capo ad ATS in materia di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sanitaria, socio sanitaria, sociale farmaceutica, protesica, salute mentale, tempi di attesa, cure primarie, percorso di presa in carico dei pazienti cronici ecc. per garantire ai cittadini prestazioni di qualità con un elevato grado di sicurezza, nell'ottica di un utilizzo sempre più efficiente ed efficace delle risorse disponibili.

Tale atto programmatico territoriale si articola in capitoli:

- Breve presentazione del contesto territoriale;
- risorse umane, strategie di controllo e attività formativa degli operatori coinvolti;
- controlli delle strutture sanitarie (strutture di ricovero e cura, ambulatoriali, salute mentale ecc. inclusi i mezzi di trasporto e sedi);
- controlli delle strutture socio-sanitarie comprese sperimentazioni e misure;
- controlli propedeutici alla stipula del contratto sanitari e sociosanitari;
- controlli delle strutture sociali
- controlli di farmaceutica e protesica maggiore
- controlli della rete delle cure primarie:
- controllo sui tempi di attesa e accessibilità
- vigilanza sulle Associazioni e Fondazioni
- Presa in carico
- Customer satisfaction.

1. Contesto territoriale

L'ATS di Pavia opera su un territorio coincidente con quello della Provincia, con una popolazione complessiva di 545.810 abitanti residenti al 01/01/2018 (Fonte: Geodemo ISTAT). Il territorio di riferimento dell'ATS di Pavia è il terzo della Lombardia per estensione (2.960 kmq), rappresenta il 12,5% del territorio lombardo, ha una densità di circa 184 ab/Kmq e risulta suddiviso in 186 Comuni nel 2019. La provincia di Pavia è per il 74% pianeggiante, per il 16% collinare e per il restante 10% montuosa.

Tabella 1: Distribuzione della popolazione della provincia di Pavia – Dati al 1.1.2018 (Fonte: Geodemo ISTAT)

	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-59	60-64	>=65	Totale
Femmine	1.797	8.129	11.519	11.338	11.162	11.399	65.093	64.996	17.818	76.256	279.507
Maschi	2.008	8.644	12.001	12.154	12.026	12.546	67.375	66.329	17.136	56.084	266.303
Totale	3.805	16.773	23.520	23.492	23.188	23.945	132.468	131.325	34.954	132.340	545.810

Dal punto di vista demografico, la popolazione provinciale si caratterizza per la rilevante quota percentuale di anziani che risulta superiore a quella regionale e per la bassa natalità, mentre relativamente ai principali indicatori di salute, Pavia presenta tassi di mortalità generale superiori alla media regionale e nazionale.

Tabella 2: Indicatori demografici – Anno 2017 (Fonte: ISTAT)

Indicatori	Pavia	Lombardia	Italia
Tasso di natalità	6,9	7,9	7,6
Numero medio di figli per donna	1,3	1,4	1,3
Indice di vecchiaia	193,3	159,1	165,3
Indice di mortalità	13,0	9,9	10,7
Età media	46,4	44,8	44,9

Le principali cause di mortalità in Provincia di Pavia risultano essere le malattie del sistema circolatorio e i tumori sia per le femmine sia per i maschi, anche se per questi ultimi la priorità delle due cause risulta invertita.

Tabella 3: Mortalità proporzionale per le principali cause di morte – Anno 2016 (Fonte: Registro di mortalità)

Principali cause di morte	% Femmine	% Maschi	% Totale
Malattie del sistema circolatorio	38,3%	31,9%	35,4%
Tumore	26,5%	36,1%	30,8%
Altre cause di morte	23,3%	18,0%	20,9%
Malattie del sistema respiratorio	5,8%	6,8%	6,3%
Malattie dell'apparato digerente	3,6%	4,0%	3,8%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	2,5%	3,3%	2,8%

Osservando i trend dei tassi standardizzati di mortalità per tumori possiamo notare che per i maschi si rileva una diminuzione nel tempo mentre per le femmine l'andamento sembra maggiormente costante. I trend dei tassi standardizzati di mortalità per le malattie del sistema circolatorio risultano invece in diminuzione per entrambi i sessi.

Grafico 1: Tasso di mortalità standardizzato per tumori in Provincia di Pavia per 10.000 persone (Fonte: ISTAT Health for all 2018)

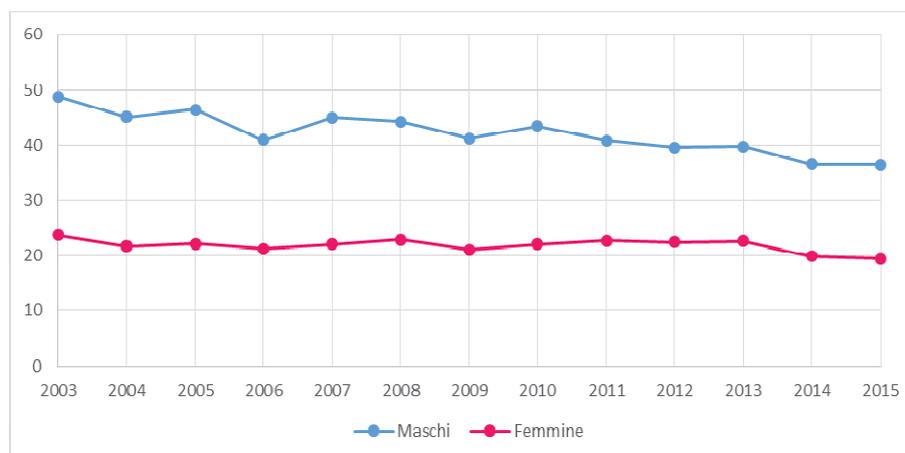
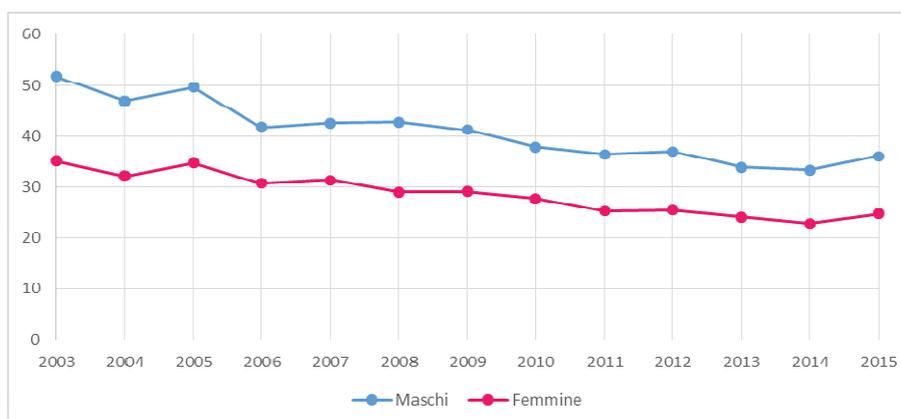


Grafico 2: Tasso di mortalità standardizzato per malattie del sistema circolatorio in Provincia di Pavia per 10.000 persone (Fonte: ISTAT Health for all 2018)



Riguardo alla prevalenza di patologie croniche (broncopneumopatie, neoplasie, diabete, nefropatie...) in Provincia questa risulta abbastanza alta. Gli assistiti che soffrono di almeno una delle principali patologie croniche in provincia sono circa 190.000, pari al 35% della popolazione, mentre i consumi sanitari relativi ai pazienti cronici assorbono l'80% circa delle risorse. Inoltre nel 34,5% dei casi i pazienti cronici sono affetti da più di una patologia (fino a sette).

Tabella 4: Distribuzione degli assistiti della provincia per patologia principale – Anno 2018 (Fonte: Banca Dati Assistiti di Pavia)

Patologia principale	Assistiti	% Assistiti patologia	Età media	Spesa totale	Spesa pro capite
01 - Deceduto	6.835	1,3%	82	55.539.208	8.126
02 - Trapianto	790	0,1%	54	15.367.560	19.453
03 - Ins_renale	3.957	0,7%	72	36.022.504	9.103
04 - HIV	1.405	0,3%	52	14.713.427	10.472
05 - Neoplasia	28.032	5,2%	67	138.784.753	4.951
06 - Diabete	27.590	5,1%	68	71.143.568	2.579
07 - Cardiovascolpatia	88.277	16,3%	69	169.730.645	1.923
08 - Broncopatia	9.067	1,7%	45	12.191.142	1.345
09 - Gastropatia	6.297	1,2%	55	18.814.673	2.988
10 - Neuropatia	4.134	0,8%	52	12.540.611	3.034

Patologia principale	Assistiti	% Assistiti patologia	Età media	Spesa totale	Spesa pro capite
11 - Autoimmuni	6.258	1,2%	50	6.357.834	1.016
12 - Endocrinopatia	10.493	1,9%	53	9.538.488	909
13 - Malattie rare	3.151	0,6%	35	5.956.526	1.890
14 - Parto	2.494	0,5%	32	7.836.585	3.142
15 - Altro (Utente non consumatore)	87.693	16,2%	35	0	0
16 - Altro (Utente consumatore)	253.950	47,0%	38	101.013.421	398
Totale	540.423	100,0%	47	675.550.944	1.250

L'ATS di Pavia si caratterizza dunque come un contesto relativamente omogeneo sotto il profilo della popolazione e del quadro epidemiologico, ove la peculiarità principale, rispetto alla situazione regionale, è costituita dalla presenza di anziani.

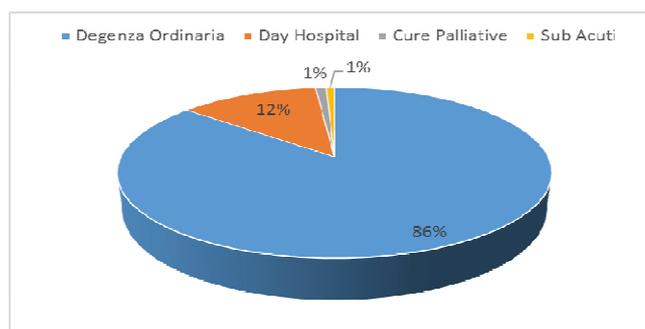
Dati sui ricoveri

Relativamente alle prestazioni di ricovero ospedaliero degli assistiti pavesi erogate sia in Lombardia che fuori Regione (mobilità passiva) possiamo notare dalla tabella sottostante una diminuzione nel corso degli anni mentre la proporzione tra i diversi regimi di ricovero resta abbastanza costante.

Tabella 5: Ricoveri dei residenti pavesi negli anni (Fonte: Flusso Schede di dimissione ospedaliera)
*per l'anno 2018 non è disponibile il dato relativo alla mobilità passiva

Regime	2015	2016	2017	2018*
Degenza Ordinaria	74.861	73.663	72.029	65.860
Day Hospital	10.387	9.953	10.384	8.400
Cure Palliative	1.069	1.070	783	728
Sub Acuti	541	589	626	527
Totale	86.858	85.275	83.822	75.515

Grafico 3: Distribuzione dei ricoveri per regime - Anno 2017 (Fonte: Flusso Schede di dimissione ospedaliera)



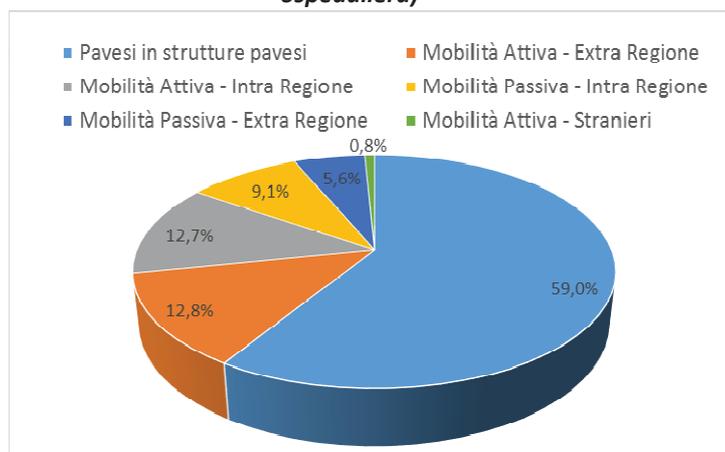
La maggior parte dei ricoveri, 59%, è effettuata da assistiti pavesi in strutture della Provincia, la mobilità attiva, cioè i ricoveri effettuati in strutture della Provincia da assistiti non pavesi, si attesta intorno al 26%, mentre la mobilità passiva, cioè i ricoveri effettuati da assistiti pavesi in strutture fuori Provincia, è circa il 15% e prevalentemente verso strutture lombarde rispetto a quelle fuori regione.

Tabella 6: Fughe e attrazioni dei ricoveri negli anni (Fonte: Flusso Schede di dimissione ospedaliera)

**per l'anno 2018 non è disponibile il dato relativo alla mobilità passiva*

	2015	2016	2017	2018*
Mobilità Attiva - Intra Regionale	14.343	14.524	14.477	14.129
Mobilità Attiva - Extra Regionale	14.756	14.521	14.601	14.327
Pavesi	69.759	68.172	67.095	65.458
Mobilità Attiva - Stranieri	923	989	898	717
Mobilità Passiva - Intra Regione	10.349	10.623	10.310	10.057
Mobilità Passiva - Extra Regione	6.750	6.480	6.417	
Totale	116.880	115.309	113.798	104.688

Grafico 4: Distribuzione dei ricoveri per fughe e attrazioni - Anno 2017 (Fonte: Flusso Schede di dimissione ospedaliera)



2. Risorse Umane

Nel 2018 la dotazione organica è risultata critica, sia per il collocamento a riposo di operatori con esperienza e competenze in ambito di attività di controllo che per il trasferimento di operatori ad altre ATS/struttura regionale. Nonostante nell'ultimo bimestre del 2018, nel Dipartimento PAAPSS che esercita prevalentemente un ruolo di controllo, siano stati inseriti operatori di profilo infermieristico (2 unità), 1 medico, 1 amministrativo, 1 farmacista; risultano ancora assenti alcune figure professionali da dedicare alle attività di vigilanza e controllo delle strutture sanitarie, sociosanitarie e farmaceutica.

Inoltre è rimasta vacante la copertura dell'UOC Vigilanza e controllo che è stata assunta ad interim dal direttore del Dipartimento.

Pertanto alla luce di quanto sopra espresso, in alcuni settori, si ritiene realisticamente problematico il raggiungimento delle percentuali di verifica richieste dalla normativa (es. trasporto sanitario, farmaceutica, strutture sanitarie).

3. Strategie di programmazione controlli

Le indicazioni normative in materia di controllo rappresentano l'orientamento prioritario nell'esercizio delle attività di controllo sanitarie e sociosanitarie che nel Dipartimento PAAPSS sono state integrate dal POAS n. 188/Dgi del 21/10/2016 e successiva delibera di giunta regionale DGR X/6356 del 23/03/2017.

Parallelamente, sulla base delle criticità evidenziate dal territorio in particolare per l'ambito sociosanitario, nel corso del 2018 si è deciso di ricercare un modello programmatico che rispondesse in modo più efficace alle necessità contingenti

A tal fine si è provveduto a strutturare un'iniziale scheda di analisi del rischio delle strutture sanitarie e socio sanitarie con definizione di criteri di rischio e priorità di intervento al fine di orientare i controlli negli ambiti più critici. Lo strumento, in corso implementazione con apposita formazione (vedi cap.4), permette di classificare le strutture sulla base di alcuni criteri, utilizzando sia i flussi di dati amministrativi (SDO, 28 san, SOSIA, SIDI, ecc.) sia le informazioni desunte dalle attività tipiche della vigilanza e controllo: alcuni di questi criteri consistono in tempistica dei controlli, tipologia delle macroattività presenti, dimensioni e complessità delle attività erogate, la fruizione del regime di proroga ai requisiti strutturali, la vetustà dell'edificio, lo stato delle manutenzioni degli impianti e apparecchiature, le condizioni igieniche, le precedenti segnalazioni/esposti, eventi avversi, precedenti sanzioni, ecc.

4. Piano di Formazione

Nel 2018 l'attività formativa è stata orientata a sviluppare/affinare le competenze degli operatori inseriti nell'attività di accreditamento, vigilanza e controllo sia attraverso l'organizzazione di eventi in sede (residenziali e di Formazione sul campo) che favorendo la partecipazione agli eventi organizzati da altri enti (Direzione generale Welfare, Ministero, altre ATS Lombarde).

Gli eventi formativi organizzati in sede ATS sono i seguenti:

1. *Corso di formazione sul campo: "La graduazione del rischio: applicazione di metodi e strumenti per l'individuazione del livello di rischio"*

La formazione è stata finalizzata a introdurre nell'attività di pianificazione del piano controlli dell'ATS metodi e criteri di gestione del rischio; si è focalizzata sull'analisi delle informazioni disponibili in Agenzia relative agli erogatori sanitari e sociosanitari, provenienti sia da flussi amministrativi di attività es. SDO, SOSIA, SIDI, 28 San, flusso PS, flussi sulla dotazione di personale, ecc. che da informazioni emergenti dalle attività di vigilanza e controllo (precedenti verifiche, reclami/encomi, eventuali eventi avversi, diffide, sanzioni, prescrizioni, precedenti istanze, ecc.).

L'analisi dei dati amministrativi di attività ha riguardato principalmente l'ambito socio sanitario e, in particolar modo, le RSA. Dal confronto con gli operatori, sono stati individuati gli indicatori da indagare; tali indicatori sono stati successivamente analizzati, quali ad es. presenza di lesioni da decubito, numero di accessi in Pronto Soccorso in periodo di ricovero in RSA, presenza di contenzione e presenza di cadute. Per correggere gli outcomes di esito da possibili fattori confondenti che potrebbero impattare in diverso modo sul fenomeno, è stato utilizzato un modello statistico logistico in cui si sono considerate tre tipologie di variabili: strutturali, di personale e di salute dell'ospite. L'esito ha prodotto un report che, nel corso del 2019, contribuisce ad orientare l'attività di verifica soprattutto negli ambiti risultati critici.

2. Corso di formazione residenziale: Vigilanza e controllo: responsabilità ed obblighi del personale dipendente

Durante l'evento formativo sono stati approfonditi gli ambiti di responsabilità amministrativa, civile e penale del personale addetto alle attività di vigilanza e controllo esterno e gli obblighi di denuncia del personale nelle attività interne.

3. Corso di formazione residenziale: "Come cambia la responsabilità degli esercenti delle professioni sanitarie dopo la legge 24/2017"

Il corso è stato finalizzato a fornire un approfondimento normativo di supporto nella gestione dei sinistri e di malpractice professionale a fronte delle significative modifiche intervenute in attuazione della legge Gelli-Bianco.

Inoltre alcuni operatori, per gli ambiti di competenza hanno partecipato a formazioni organizzate da altri enti:

1. Corso di formazione residenziale: "Il FASAS informatizzato: strumento di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza" organizzato da ATS Città Metropolitana e rivolto ai propri gestori sociosanitari.

L'evento ha avuto l'obiettivo di presentare le esperienze di alcuni gestori sull'informatizzazione del FASAS, le ricadute e gli aspetti normativi riferiti alla firma digitale nell'ottica della condivisione di un percorso tra realtà simili. ATS Pavia ha colto l'occasione per una successiva sensibilizzazione alla tematica degli erogatori del territorio.

2. Corso di formazione residenziale "La gestione dei medicinali e la corretta tenuta dei registri in RSA/RSD e strutture di cura" organizzato da ATS Città Metropolitana. Nel corso dell'evento sono stati restituiti agli erogatori le principali criticità riscontrate nel corso della vigilanza sulla corretta gestione dei registri e dei farmaci e la condivisione di buone prassi.

3. Corso di formazione residenziale: "Procreazione medicalmente assistita: normativa e requisiti" organizzato da ATS Città metropolitana che ha fornito agli operatori addetti ai controlli di vigilanza un quadro aggiornato delle normative di riferimento ed elementi utili per la verifica dei requisiti tecnologici da parte degli operatori addetti alle verifiche delle PMA.

4. *Corso di formazione residenziale: “Genetica medica: applicazione della nuova normativa regionale”*, organizzato da ATS Città metropolitana e orientato a dare criteri comuni per il controllo dei laboratori che hanno presentato istanza di riclassificazione.
5. *Corso di formazione sul campo: “Gruppo di miglioramento: organismo tecnicamente accreditante”* organizzato da Polis Lombardia. Il gruppo di miglioramento ha permesso la condivisione e il confronto tra gli operatori di tutte le ATS Lombarde sulle criticità comuni dei criteri di verifica; inoltre ciascuna ATS ha fornito il proprio contributo alla predisposizione della documentazione a sostegno dei requisiti degli OTA e alla verifica da parte degli ispettori del Ministero.

Infine, è stata garantita la presenza di operatori agli incontri organizzati da Regione o da ACSS su specifiche tematiche.

Nel 2019, in linea con quanto richiesto nelle regole di sistema (DGR n. 1046/2018) e negli altri documenti di settore regionali (ad es. risk management), ATS Pavia ha previsto nel proprio Piano formativo eventi di formazione diretti a Medici di medicina generale, medici specialisti e infermieri ospedalieri, farmacisti territoriali e operatori delle strutture sociosanitarie (eventi che coinvolgono gli enti gestori nell’ottica dell’appropriatezza dei percorsi e della qualità dei servizi erogati).

Pertanto gli eventi in programma nel 2019 sono i seguenti:

1. *Corso di formazione residenziale: “La gestione dei farmaci in ambito sociosanitario”*. Il convegno, in due edizioni, rivolto a tutti gli erogatori sociosanitari si propone di sensibilizzare gli operatori ai rischi connessi alla gestione del farmaco; nel corso dell’evento saranno approfondite le raccomandazioni ministeriali collegate ai farmaci e particolare attenzione sarà posta alla responsabilità professionale. L’evento si pone l’obiettivo di favorire la revisione di protocolli e procedure in base alle aree di criticità emerse nelle attività di vigilanza.
2. *Corso di formazione sul campo: “Implementazione di buone pratiche nell’assistenza agli ospiti in stato vegetativo presso le strutture sociosanitarie dell’ATS di Pavia”*. Il progetto formativo coinvolge sia operatori dell’ATS di Pavia, afferenti al Dipartimento PAAPSS e PIPSS, sia dipendenti delle strutture erogatrici, appartenenti a tutte le qualifiche professionali, che partecipano al processo assistenziale; l’evento è finalizzato a definire un pannello di buone pratiche di riferimento per l’assistenza ai pazienti in Stato vegetativo ospiti presso le strutture residenziali del territorio.
3. *Corso di formazione sul campo: “Implementazione di buone pratiche per il contenimento delle infezioni”*. Il gruppo di lavoro dell’evento formativo coinvolgerà un rappresentante sanitario afferente a n. 10 RSA selezionate, un infettivologo delle Malattie infettive e un’assistente sanitaria del CIO della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e personale dell’ATS (infermiere e assistente sanitaria della UOC medicina delle comunità e operatori del PAAPSS). La figura dell’infettivologo è utile per discutere gli elementi più importanti delle evidenze scientifiche in materia e favorire l’allineamento dei protocolli delle RSA selezionate rispetto EBM e dando indicazioni circa il trattamento degli ospiti colonizzati.
4. *Corso di formazione residenziale: “Sicurezza della terapia farmacologica per il paziente: dall’ospedale al territorio”*. Il convegno, in due edizioni, rivolto a medici di medicina generale, medici specialisti e infermieri ospedalieri, farmacisti territoriali si propone di sensibilizzare tutti gli attori coinvolti nella sicurezza della terapia farmacologica.

5. *Corso di formazione sul campo: “Ispezioni e Sanzioni: corretta gestione procedurale del processo”*. Tale evento è rivolto solo ad operatori interni e si propone di condividere ed aggiornare nel dipartimento PAAPSS le modalità operative per una corretta ed uniforme gestione del processo sanzionatorio dalla fase di rilevazione dell'illecito, alla corretta registrazione di tutto il percorso.
6. *Corso di formazione sul campo: “La graduazione del rischio: applicazione di metodi e strumenti per l'individuazione del livello di rischio”* - L'evento formativo è stato riproposto anche per il 2019 e si propone di approfondire indicatori su ulteriori tipologie di strutture che nella scorsa edizione sono state marginalmente analizzate (ad es. RSD e indicatori sanitari).

5. ATTIVITÀ DI CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE

5.1. La rete dell'offerta delle strutture sanitarie

5.1.1. Strutture sanitarie accreditate

L'offerta dei servizi sanitari accreditati della provinciale risulta ampia ed articolata, come si evidenzia dalla tabella sotto riportata (tab. 7). Gli ospedali provinciali sono 17; n. 8 Presidi sono afferenti all'ASST della provincia di Pavia (di cui per uno è in corso una progettazione di riqualificazione in PreSST e uno in POT), 4 sono IRCCS (1 pubblico, la Fondazione Policlinico San Matteo e 3 privati, di cui 2 della Fondazione Maugeri e 1 della Fondazione Mondino). Gli altri ospedali sono Istituti clinici, Scientifici e Case di Cura accreditate.

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

Tabella 7: Rete dell'offerta delle strutture sanitarie accreditate: (dati desunti dall'applicativo ASAN aggiornati al 30/01/2019)

	Tipologia	Numero	a contratto
Stabilimenti ospedalieri	Stabilimenti ospedalieri, numero	17	17
	Pronto Soccorso DEA, EAS, numero	6	6
	Degenza ordinaria acuti, posti letto numero	2.180	2.178
	Degenza ordinaria riabilitazione, posti letto numero	830	750
	Attività di Rianimazione e terapia intensiva, posti letto numero	81	81
	Unità coronarica	19	19
	Degenza diurna acuti, posti letto numero	139	139
	Degenza diurna riabilitazione, posti letto numero	26	5
	Chirurgia a bassa complessità assistenziale, posti tecnici numero	72	72
	Attività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale, posti tecnici numero	176	176
	Attività sub acuti, posti tecnici numero	71	71
	Attività del nido, posti tecnici numero	74	74
	Attività di dialisi, posti tecnici numero	82	82
	Attività di dialisi ad assistenza limitata - CAL, posti tecnici numero	34	34
	Servizio di medicina di laboratorio intraospedalieri	12	12
	Attività poliambulatoriale afferente a struttura di ricovero e cura, numero	17	17
Strutture psichiatriche e neuropsichiatriche	Strutture residenziali psichiatriche pubbliche, posti tecnici numero	93	93
	Strutture residenziali psichiatriche private, posti tecnici numero	90	70
	Strutture residenziali neuropsichiatriche private, posti tecnici numero	19	12
	Strutture semiresidenziali neuropsichiatriche private, posti tecnici numero	20	6
	Strutture semiresidenziali psichiatriche pubbliche, posti tecnici numero	35	35
	Strutture semiresidenziali psichiatriche private, posti tecnici numero	100	100
Strutture ambulatoriali extraospedaliere	Strutture ambulatoriali extraospedaliere pubbliche, numero	10	9
	Strutture ambulatoriali extraospedaliere private, numero	23	22
Medicina trasfusionale	Unità di Raccolta sangue extraospedaliere, numero	8	
	Servizi trasfusionali (SIMT)	2	2
	Articolazioni organizzative di raccolta afferenti ai SIMT	5	
Medicina di laboratorio	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedaliere pubblici, numero	4	1
	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedaliere privati, numero	6	5
	Punti Prelievo	57	

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

L'offerta sanitaria comprende anche numerosi servizi di medicina di laboratorio ospedalieri ed extraospedalieri pubblici e privati accreditati; ad essi fanno capo numerosi punti prelievo distribuiti ampiamente su tutto il territorio provinciale con 57 centri, la cui concentrazione risulta maggiore nell'area del Pavese.

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

5.1.2. Strutture sanitarie private autorizzate

A completamento delle rete dell'offerta sanitaria si rappresenta nella seguente tabella il quadro dell'offerta sanitaria autorizzata.

Tabella 8: Rete dell'offerta delle strutture sanitarie autorizzate (dati desunti dall'applicativo ASAN aggiornati al 31/12/2018)

STRUTTURE PRIVATE	Totale
Poliambulatori	106
Ambulatori Medicina Sport	1
Laboratori	2
Odontoiatria monospecialistica	436
Studi professionali medicina dello sport	10
Totale	555

5.1.2.1. Sedi e mezzi di trasporto sanitario

Tabella 9: n. di sedi e mezzi di trasporto sanitario - Dato aggiornato al 25/06/2019

Tipologia	Numero
Sedi	37
Mezzi	296

5.2. Autorizzazione, Accreditamento, Vigilanza e Controllo Strutture Sanitarie

5.2.1. Attività di autorizzazione e accreditamento svolta 2018

- **ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO** trattasi delle istanze presentate dalle Strutture sanitarie inerenti l'autorizzazione all'esercizio e/o accreditamento (nuova struttura, trasformazione, ampliamento) nonché delle istanze inerenti le riclassificazioni, come disposto da specifici atti di Regione Lombardia.

Nel corso del 2018 sono pervenute n. 19 istanze di cui alcune riferite a Strutture di Ricovero e Cura, in numero minore S.Me.L e UdR. L'iter istruttorio ha previsto verifiche documentali, sopralluoghi, predisposizione di relativi decreti e aggiornamento dell'applicativo ASAN - Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie (allegati alle istanze e processi struttura).

Numero 4 istanze sono state gestite con verifica documentale senza predisposizione di un atto poiché non processabili.

A seguito della DGR n. 7540/17 è stato avviato e concluso il percorso di riclassificazione delle Attività di elettrofisiologia, processando n. 4 istanze. Si è altresì avviato il percorso di riclassificazione delle Attività di Citogenetica e Genetica Medica ai sensi della DGR 7466/2017 per n. 5 SMeL.

Sono state inoltre gestite e concluse n. 2 istanze pervenute nel 2017.

Sono infine pervenute n. 2 richieste di parere da parte di altra ATS per la verifica dei requisiti relativi a punti prelievo siti nel territorio di ATS Pavia ed afferente a Servizi di Medicina di Laboratorio con sede presso altra ATS.

- **SEGNALAZIONI CERTIFICATE DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)** trattasi delle comunicazioni presentate in caso di nuova struttura, trasformazione, ampliamento dalle Strutture Sanitarie non soggette ad autorizzazione all'esercizio (Ambulatori, Attività Odontoiatrica Monospecialistica (AOM), Trasporto Sanitario, Studi professionali di Medicina dello Sport).

Sono pervenute 73 SCIA di cui 20 riferite ad AOM, 49 a Poliambulatori, 4 a Studi Professionali di Medicina dello Sport con contestuale richiesta di abilitazione alla certificazione dell'idoneità a praticare attività agonistica. L'iter istruttorio ha previsto verifiche documentali, sopralluoghi, predisposizione di prese d'atto/determine e aggiornamento dell'applicativo ASAN - Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie. Numero 27 istanze sono state gestite senza predisposizione di un atto poiché non processabili o per richiesta di annullamento da parte dell'Ente Gestore.

Per quanto riguarda le attività di Trasporto Sanitario (DGR 5165/2016) sono state processate n. 24 SCIA relative, di cui 5 Sedi operative e 19 Mezzi. Sono state inoltre gestite e concluse n. 3 SCIA pervenute nel 2017.

- COMUNICAZIONI DI ALLINEAMENTO ASSETTO ACCREDITATO-POAS

In seguito all'incontro dell'11/07/2018 presso la Direzione Generale Welfare – U.O. Programmazione Polo Ospedaliero, finalizzato al riallineamento dell'assetto accreditato delle Strutture di Ricovero e Cura pubbliche "ai contenuti dei POAS aziendale" approvati da Regione Lombardia, sono pervenute nel 2018 n. 20 comunicazioni. L'iter istruttorio ha previsto verifiche documentali, predisposizione di n. 7 Prese d'atto e aggiornamento dell'applicativo ASAN - Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie con istituzione di n. 28 Processi Struttura.

- INCONTRI/SOPRALLUOGHI

Nel corso del 2018 sono stati effettuati n. 91 sopralluoghi, a seguito di presentazione di SCIA o istanza, finalizzati alla valutazione del possesso/mantenimento dei requisiti di autorizzazione/accreditamento e n.105 incontri, inseriti in apposito registro e/o verbalizzati, volti a fornire agli enti erogatori supporto tecnico, informazioni e collaborazione nel percorso autorizzativo e di accreditamento.

L'attività è esplicitata in sintesi nella tabella sottostante.

Tabella 10: attività correlata alla presentazione delle SCIA/istanze

Strutture sanitarie accreditate				Strutture sanitarie autorizzate/Attività di trasporto sanitario			
Iter concluso non processato	Esito positivo DGW e ATS	Atto emesso	In verifica	Iter concluso non processato	Esito positivo DGW e ATS	Atto emesso	In verifica
4	16	1	9	29	55	-	14
1*	1*				3		

*Istanze presentate nel 2017 e concluse nel 2018

5.2.2. Attività di Vigilanza e Controllo strutture sanitarie svolta nel 2018

Le principali attività svolte in ambito sanitario nel corso del 2018 hanno riguardato i seguenti ambiti:

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

In tale ambito l'attività di verifica, effettuata attraverso i valutatori VSTI in collaborazione con alcuni operatori dell'Accreditamento, ha riguardato 4 attività di raccolta (3 UdR associative e una afferente ad un SIMT) e il CLV. Alcune verifiche hanno riguardato tutti i requisiti previsti mentre in 2 casi la verifica si è concentrata su elementi oggetto di miglioramento.

- 2. Verifiche Autocertificazioni Quadrimestrali**, nel corso del 2018 sono state effettuate le dovute verifiche sul flusso relativo alle certificazioni quadrimestrali relative al mantenimento dei requisiti di dotazione organica delle Strutture sanitarie accreditate (n. 17 Strutture di Ricovero e Cura, n. 33 Strutture ambulatoriali extraospedaliere, n. 12 Strutture residenziali psichiatriche e di neuropsichiatria infantile, n. 9 Strutture semiresidenziali psichiatriche e di neuropsichiatria infantile, n. 11 Servizi di Medicina di Laboratorio extraospedalieri).

Per le Strutture Ospedaliere il controllo è avvenuto prevalentemente attraverso il monitoraggio del l'inserimento dei processi DDO sul portale regionale ASAN nei tempi previsti. Alcune strutture, poiché il portale ASAN non prevedeva l'inserimento di alcune macroattività, hanno trasmesso file sostitutivi di relocal (file opportunamente predisposti dall'ATS).

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

- 3. Verifica dei Servizi di Medicina di Laboratorio**: in linea con le regole di sistema e con il piano controlli, nel corso del 2018 è continuato il programma di verifica dei S.Me.L della provincia con riferimento ai seguenti aspetti:

- monitoraggio degli esiti della valutazione esterna di qualità (VEQ);

- monitoraggio flussi di produzione anno 2017 con particolare riferimento a quanto definito dalle regole sul numero e percentuale di prestazioni minime da erogare in sede; la verifica ha riguardato anche la coerenza tra prestazioni erogate in sede e la sezione specializzata (autorizzata/accreditata);
- verifiche documentali o sul campo su 5 laboratori soprattutto in quelle situazioni in cui si sono evidenziate criticità; durante le verifiche sono stati considerati gli esiti dei precedenti monitoraggi, i contenuti dell'allegato 6 della DGR 6006/2016 "Indicazioni in ambito di appropriatezza erogativa dei In particolare in un caso gli esiti delle verifiche hanno portato all'irrogazione di diffida e sanzione.

4. **PMA:** Per quanto attiene all'attività sui Centri di PMA, non è stata effettuata la verifica programmata in quanto il team di verificatori non aveva il numero sufficiente per eseguire le verifiche stabilite.

Tuttavia nel corso del 2019, ATS Pavia ha provveduto ad arricchire il team disponendo l'invio di 2 operatori che hanno effettuato la formazione prevista (corso di 3 giorni organizzato e tenuto dal Centro Nazionale Trapianti con attività di formazione frontale e verifiche sul campo).

5.2.3. Indicazioni per l'attività anno 2019 strutture sanitarie

Per il 2019 è possibile presentare alle ATS territorialmente competenti istanze di nuovi accreditamenti, ampliamenti e trasformazioni, nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dalle regole DGR 1046/2018 e dei vincoli posti dal DM n. 70/2015. Per le attività di ricovero per acuti e di degenza di riabilitazione sono possibili solo trasformazioni e riconversioni. Per quanto riguarda le sole degenze di riabilitazione ospedaliera, ogni ATS, qualora l'indice dei posti letto non sia superiore allo 0,7 posti letto per 1000 abitanti, così come indicato all'art. 1 del D.M. n. 70/2015, potrà valutare una diversa distribuzione, con il vincolo che i posti letto di riabilitazione di mantenimento e generale geriatrica non possono comunque essere trasformati in posti letto di riabilitazione specialistica.

Per l'anno 2019, in linea con quanto definito con le regole regionali (DGR n. 1046/2018) e successive indicazioni attuative che perranno e coerentemente con quanto concordato nella cabina di regia dell'OTA, le attività di verifica della rete sanitaria del territorio provinciale proseguiranno in particolare sui seguenti ambiti:

- Verifica del possesso dei requisiti dei DEA di 2 livello.
- Verifica biennale per il mantenimento dei requisiti previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010 per la medicina trasfusionale e successive modifiche e integrazioni.
- Verifica dei Centri di PMA in relazione ai Decreti Legislativi 197/2007 e 16/2010 e smi.
- Verifiche dei S.Me.L.
- Verifica dei titoli professionali abilitanti.
- Verifiche su sedi e trasporto sanitario.
- Riclassificazione laboratori di anatomia patologica

Tabella 11: programmazione controlli 2019 strutture sanitarie

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione e dei controlli	Informazioni aggiuntive
Enti erogatori	Rispetto dei requisiti previsti dalla normativa per l'erogazione	Verifica del rispetto dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento previsti dalla normativa vigente previste per tipologia di istanze e di attività	Strutture che presentano istanza	Verifica ispettiva	100% provvedimenti /atti	
Strutture di ricovero e cura	Rispetto della normativa regionale di riclassificazione e del servizio	Verifica corrispondenza del servizio ai requisiti previsti dalla DGR 1046/2018 sui DEA di II livello	Struttura per la quale è stato pubblicato il Decreto di Riclassificazione della quale Dea di II livello	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica/relazione	
Strutture del sistema trasfusionale	Rispetto della periodicità della verifica dettata dalla normativa nazionale	Verifica selezione requisiti previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010	Strutture con arco temporale di verifica >= 2 anni Strutture per le quali si sono evidenziate delle criticità nel corso delle verifiche precedenti ATS o altri enti	Verifica ispettiva/documentali	Verbali per 5 UdR e 1 SIMT	
Centri di PMA	Rispetto della periodicità della verifica dettata dalla normativa nazionale	Verifica dei requisiti previsti dai Decreti Legislativi 197/2007 e 16/2010 e smi	Strutture con arco temporale di verifica >= 2 anni	Verifica ispettiva	Verbali di sopralluogo di almeno 1 centro	
Laboratori di anatomia patologica	Perfezionamento del percorso di riclassificazione e dei SMeL di "Anatomia patologica"	Verifica del possesso dei requisiti previsti dalla DGR n. 772 del 12/11/2018	Strutture che presentano istanza di riclassificazione	Verifica ispettiva/documentali	predisposizione di atto di ATS	Secondo la tempistica dettata dalla normativa
Servizi di medicina di laboratorio	Rispetto della normativa regionale di riferimento	Verifica selezione requisiti previsti dalla 3313/2001 e smi e dalle regole di sistema	Prime strutture ritenute critiche dopo l'elaborazione dei dati relativi ai flussi di produzioni (in sede), partecipazioni alla VEQ e relative performance qualitative e quantitative Segnalazioni reclami	Verifica ispettiva/documentale	Evidenza documentale delle verifiche effettuate Verbali di sopralluogo di almeno 3 laboratori	Verifica flussi del Centro per la qualità dei laboratori: - adesione e performance del programma VEQ - Produzione 2018 - Titoli del personale - prestazione non associabili
Strutture sanitarie a contratto	Rispetto della normativa vigente sui titoli del personale e sulle incompatibilità	Verifica del rispetto dei requisiti riferiti ai titoli professionali abilitanti del personale sanitario in relazione alla normativa vigente e sussistenza di non incompatibilità	Personale (apicale, di nuovo inserimento, non oggetto di controllo precedente) - delle strutture oggetto di istanza - delle strutture oggetto di verifica del mantenimento dei requisiti.	Verifica alla fonte del dato	5% del personale - elencato nelle istanze - oggetto di verifiche di vigilanza	
Strutture sanitarie a contratto	Verifiche Autocertificazioni di dotazione organica	Verifica del possesso /mantenimento dei requisiti di dotazione organica	Tutte le strutture sanitarie a contratto	Verifica documentale	100% dei report	

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione e dei controlli	Informazioni aggiuntive
Sedi e mezzi trasporto sanitario	Rispetto dei requisiti previsti dalla normativa per l'erogazione del servizio di trasporto sanitario	Verifica possesso/mantenimento dei requisiti delle sedi e dei mezzi in relazione alla D.G.R. X/5165 del 16.05.2016	Criterio temporale Criticità registrate negli anni precedenti Segnalazioni	Verifica ispettiva/documentale	100% SCIA Verbale di sopralluogo per - il 5% dei mezzi di trasporto - il 10% delle sedi	Contrariamente a quanto indicato dalla normativa (30% della vigilanza), la percentuale di verifiche (5 e 10%) è proporzionata all'effettiva disponibilità delle risorse umane

5.3. Attività di Controllo NOC

5.3.1.- Episodi di ricovero e cura

5.3.1.1. Attività svolta nel 2018

L'attività di verifica e controllo per l'anno **2018** si è svolta in coerenza con il Piano dei Controlli aziendale e con la normativa regionale di riferimento in materia di autorizzazione e accreditamento sanitario.

A partire dall'Esercizio 2018, al fine di allineare l'esercizio di controllo stesso con l'esercizio di produzione, la DGR X / 7600 del 20/12/2017 ha disposto che le attività di controllo si concludessero entro il 31.12.2018.

Il 2018 è stato in tal senso un anno di transizione, con una durata, eccezionale, di 10 mesi, prevedendo il ripristino delle 12 mensilità a partire dal 1° gennaio 2019 (esercizio 2019).

In considerazione della prevista contrazione del tempo utile per l'attività di controllo, la quota complessiva dei controlli attesi è stata quindi ridotta dal 14 % all'11,5 %. Essa ha avuto come obiettivo quantitativo atteso complessivo un controllo di almeno 11.162 episodi di ricovero e un controllo effettivo di 11.337 episodi di ricovero.

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

Tabella 12– Riepilogo degli esiti dei controlli per tipologia e loro valorizzazione

ANNO 2018	Controllate		Modificate		Cartelle modificate %	Decurtazione economica %
	Num	Valore originale in euro	Num	Valore abbattuto in euro		
Congruenza mirata 5%	4.975	21.318.319	578	977.307	12%	5%
Autocontrollo congruenza 3,5%	3.449	19.706.219	938	552.665	27%	3%
Autocontrollo Qualità 3%	2.913	12.709.790	24	121.258	1%	1%
TOTALE	11.337	53.734.328	1.540	1.651.230	14%	3%

L'attività rappresentata nella tab. 12 non presenta sostanzialmente variazioni percentuali rispetto all'anno precedente.

Nelle tabelle seguenti è rappresentata l'attività di congruenza, cioè la verifica della corrispondenza dei dati riportati sulla SDO, già inviati dall' Erogatore in Regione Lombardia, con le informazioni desunte dall'esame della cartella clinica, oltrechè le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La tabella 13 mette in evidenza l'esito dei controlli per setting di ricovero, in essa si evince come a seguito del controllo NOC, le rivalorizzazioni riguardino circa il 12% dei ricoveri in degenza ordinaria per acuti, e quasi il 14% dei ricoveri in DH.

Tabella 13 – Esito valutazione delle schede di dimissione ospedaliera in congruenza per tipologia di ricovero

ANNO 2018 (mar-dic) – attività di controllo di congruenza	SCHEDE DIMISSIONE OSPEDALIERA					
	CONFERMATE		MODIFICATE			
	n°	%	n°	%	totale	Decurtazione economica
ricoveri ordinari per acuti	3.327	87,88	459	12,12	3786	-858.101
ricoveri Day Hospital	440	86,11	71	13,89	511	-91.494
ricoveri reparti sub acuti	68	91,89	6	8,11	74	-2.640
ricoveri in riabilitazione	562	93,05	42	6,95	604	-25.072
totale	4.397		578		4975	-977.307

Quanto detto trova conferma dall'analisi della tabella seguente dove l'esito D (pratica non confermata, con modifica della degenza ordinaria o degli accessi di DH) ricorre nel 4% delle pratiche modificate, ad esso va sommato 1 % dell'esito F (pratica non confermata, con modifica di DRG e degenza ordinaria/accessi DH), raggiungendo quindi il 5% di pratiche non confermate poiché presentanti inappropriatezza delle giornate di degenza.

Tabella 14: Dettaglio esiti a seguito di valutazione di congruenza

CONTROLLO CONGRUENZA MARZO-DICEMBRE 2018		n°	%	decurtazione economica	%
A	Pratica confermata	4.397	88%	0	0%
B	Pratica con rimborso annullato e ricompresa in altra pratica	29	1%	-45.025	4%
C	Pratica rimborsata in base al tariffario ambulatoriale	18	0%	-14.096	1%
D	Pratica con modifica durata della degenza ordinaria o degli accessi in Day Hospital	152	4%	-241.251	25%
E	Pratica con modifica DRG	296	8%	-585.580	60%
F	Pratica con modifica DRG e degenza	29	1%	-83.955	9%
G	Pratica con modifica DRG e regime di ricovero	0	0%	0	0%
H	Pratica con modifica regime di ricovero, con o senza modifica degenza	1	0%	0	0%
I	Pratica con modifica DRG e degenza e regime di ricovero	0	0%	0	0%
J	Onere Degenza modificato	0	0%	0	0%
K	Pratica con modifica modalità di dimissione	0	0%	0	0%
L	Altro	0	0%	0	0%
M	Importo modificato	8	0%	-7.400	1%
X	Pratica con modifiche ai codici di diagnosi e/o intervento/procedura ininfluyente sul DRG	45	1%	0	0%
	Totale modificate	578	12%	-977.307	100%
	TOTALE	4.975		-977.307	

Si vede inoltre come i due terzi delle pratiche modificate hanno un esito E (pratica non confermata, con modifica del DRG) segno di incongrua rappresentazione del ricovero sulla SDO, per errata codifica della diagnosi principale, o inserimento di diagnosi complicanti non documentate in cartella clinica o da codifica di procedura /intervento non corretta.

L'**attività di autocontrollo** non mostra elementi significativi, ciò si può spiegare con l'ormai consolidato sistema di controllo interno, ma nel caso dell'autocontrollo di congruenza, potrebbe anche essere imputabile all'individuazione da parte delle strutture erogatrici di criteri non efficaci.

Tabella 15: verifica attività di autocontrollo

ANNO 2018 – verifica attività di autocontrollo erogatori			
	concordanti	non concordanti	totale
autocontrollo di congruenza	3.422	27	3.449
autocontrollo qualità documentale	2.903	10	2.913

5.3.1.2. Indicazioni per l'attività anno 2019

Nelle more dell'approvazione del Piano dei Controlli e dei Protocolli dell'ACSS, il presente Piano dei Controlli viene predisposto in continuità con quanto definito nel Piano dei Controlli e dei Protocolli dell' ACSS del 2017 (DGR X/6502/2017) integrato secondo quanto disposto dalla DGR XI / 1046 del 17.12.2018.

Quest'ultima indica la necessità per l'anno 2019, che almeno il 13,5% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 6,5 punti percentuali (fino a 3,5% di qualità documentale e fino al 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 13,5 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalle DD.G.R. n. VIII/10077/09, n. IX/621/10 e n. X/1185/2013. Per i restanti 7 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ATS, alla selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza.

L'atteso regionale è di 12.775 prestazioni di ricovero controllate, pari al 13,5% della produzione 2018, cioè di 94.631.

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

Le attività, anche quest'anno, saranno modulate in funzione di queste indicazioni.

Pertanto:

1. Si mantiene la periodicità temporale dei controlli, che saranno riferiti sia all'anno 2018 (prevalentemente al secondo semestre) quanto all'anno in corso.

2. Rimane confermato il campionamento di una quota di cartelle cliniche relative all'attività di Cure Subacute con riferimento alla valutazione della corretta assegnazione dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale.

In considerazione dei dati sopraesposti si prevede quindi di:

3. Mantenere particolare attenzione al DRG 576 con stati settici in diagnosi principale, e al DRG 423 in considerazione dell'elevata percentuale di modifiche effettuate
4. Proseguirà l'attenzione nei confronti della chirurgia bariatrica e post-bariatrica, in merito a quest'ultima soprattutto per ciò che attiene la congruenza di codifica e l'appropriatezza di erogazione con il SSN.

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

- ✓ indicazioni già pubblicate dallo strumento "ex interpello" della D.G. Salute;
- ✓ lavori/verbali del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controllo delle Prestazioni sanitarie di Ricovero e Ambulatoriali;
- ✓ Indicatori regionali così come specificati dalla DGR XI/2633 del 6/12/2011, calcolati e forniti dalla D.G. Salute;
- ✓ Ex prestazioni extra budget;
- ✓ tipologie di campione (ex fattispecie) da "1" a "7" così come declinate nella DGR 12692/2003.
- ✓ aree di interesse locale (tipologia 8) e DRG segnalati da ACSS con la DGR 6502/2017 e utilizzando, specificamente, i seguenti criteri:
 1. 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;
 2. 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;
 3. 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);
 4. 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)
 5. appropriatezza del setting assistenziale del DH e del DS;
 6. 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;
 7. 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.);
 8. DRG ad alto costo con possibilità di errori di codifica o giornate inappropriate(es.578,473,471 ecc.);
 9. ricoveri programmati di breve durata (2-3 giorni) con procedura non eseguita in prima giornata;
 10. 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);

11. ricoveri riconducibili ai “108 DRG ad elevato rischio di inappropriatelyzza”: programmati di tipo medico con degenza di pochi giorni (3-4 gg) superiore alla soglia indicata nell'All. F alla DGR 2057/2011, e programmati di tipo chirurgico con procedure presenti nell'All. A e All. B Patto per la salute 2010-2012;
12. 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)
13. appropriatezza del ricovero e delle singole giornate di degenza in riabilitazione specialistica: vengono decurtate le giornate in cui non venga svolta alcuna attività riabilitativa ad eccezione delle giornate festive;
 - Corretta erogazione e rappresentazione della chirurgia bariatrica e postbariatrica.
 - Attenzione particolare 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.
 - Dall'esercizio 2019 verrà avviata una nuova tipologia di controllo denominata “**controllo endoprotesi**”, essa sarà svolta all'interno del controllo mirato di congruenza delle prestazioni di ricovero, in riferimento al quale viene individuato un nuovo esito per il debito informativo, denominato “Esito P”.

Tale attività sarà quindi soggetta a tutte le regole del procedimento amministrativo in questione, in tema di avvio e conduzione delle attività ispettive, eventuale gestione di contenziosi (procedimento controdeduttivo) e/o di procedimenti sanzionatori. Il controllo endoprotesi integra quindi il controllo mirato di congruenza ed appropriatezza generica senza sostituirne nessuno degli elementi costitutivi (verifica DRG, regime, degenza ecc.), che andranno quindi contestualmente verificati all'interno dello stesso episodio di ricovero.

In fase di avvio di questa tipologia di controllo, l'oggetto degli accertamenti sarà costituito dalla verifica della congruenza dei codici alfanumerici “protesi/componente”, rendicontati nel flusso SDO4, con la tipologia e la quantità di endoprotesi/componenti impiantati (o con l'utilizzo del kit per prostatectomia radicale robotica) in ciascun episodio di ricovero, come risultante dalla relativa documentazione clinica.

Strumenti di controllo saranno quindi gli elementi documentali (es. etichette adesive dispositivi) oggettivanti l'utilizzo dei presidi rendicontati, da ricercare all'interno della cartella clinica. Tali elementi devono rivelarsi congruenti con quanto dettagliatamente descritto nei verbali operatori presenti in cartella. Il verbale operatorio infatti, dovendo necessariamente riferire del tipo e della quantità di dispositivi impiantati (o dell'utilizzo del kit per prostatectomia radicale robotica) costituirà l'elemento privilegiato di partenza per la conduzione delle verifiche in questione.

- A seguito di chiarimenti forniti da Regione Lombardia con nota del 29/01/2019, sulla corretta codifica delle prestazioni di ricovero di chirurgia vertebrale, particolare attenzione sarà posta ai **ricoveri ospedalieri per artrodesi**.

A fronte di indicazioni fornite dall'ACSS nel corso dell'anno 2018, di individuare modalità di sottoclassificazione della tipologia 8 (mirato), al fine di permettere una più precisa analisi post controllo, si è deciso di declinare, in via sperimentale, gli indicatori di campionamento elencati sopra, secondo i criteri proposti da ACSS:

Tabella 16: sottotipo campione 8

CAMPO SOTTO TIPO CAMPIONE 8	
001	BIC
002	CARDIOLOGIA
003	CHIRURGIA PLASTICA POST-BARIATRICA
004	CHIRURGIA POST-MASTECTOMIA
005	CHIRURGICI BREVI
006	APPROPRIATEZZA REGIME DGR 1046/2019
007	DGR 014 EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE
008	DGR 565-566 VENTILAZIONE MECCANICA
009	DRG AD ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA ALL. F DGR 2057/2011
010	DRG ONCOLOGICI E CHEMIOTERAPIA
011	DRG PIU' REMUNERATIVI
012	INNESTI CUTANEI
013	MAC
014	MASTECTOMIA
015	NEONATI
016	ODONTOSTOMATOLOGIA
017	PARTI
018	PARTI CESAREI (INCLUSO ROBSON)
019	PMA
020	PROCEDURE NON ESEGUITE
021	PSICHIATRIA
022	REPARTI RIABILITATIVI SPECIALISTICI
023	REPARTO SUBACUTI
024	RIABILITAZIONE IN DH
025	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA INFEZIONE O USTIONE
026	SEPSI
027	TAVI
028	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
029	TRASFERIMENTI IN RIABILITAZIONE
030	OBIETTIVI LOCALI

Tali criteri sono stati largamente utilizzati negli anni precedenti nel campionamento mirato (tipologia 8), con la modalità sopra rappresentata trovano una sistemazione più ordinata.

5.3.2. Attività di controllo specialistica ambulatoriale

5.3.2.1. Attività svolta nel 2018

I controlli nel corso del 2018 si sono svolti rispettando le tempistiche e le modalità degli anni precedenti, con la sola eccezione, dettata dalla normativa vigente, di concludere i controlli entro dicembre 2018.

L'attività ha previsto le due fattispecie indicate dalla DGR n. VII/12692 del 10/04/2003:

1. controlli sulla corretta modalità di rappresentazione della attività erogata
2. controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa

L'ambito di attività di controllo è stato orientato a quanto previsto dalla DGR VIII/10804 del 16/12/2009 allegato 13 e dalla DGR X 1185 del 20/12/2013 , riguardando cioè le prestazioni di tipo A, B, D, E, F, G, I, J, K, M, M, O, P, R, S, T, U, V, X.

Il controllo mirato è stato rivolto alle seguenti prestazioni:

1. Macroattività ambulatoriale complessa (MAC) regolamentate dalle DGR n. IX/2633/2011, n. IX/2946/2012, X/1185/2013.
2. macroattività chirurgica a bassa complessità operativa (BIC)
3. genetica medica
4. radiologia ad alto costo
5. FKT, odontoiatria, in applicazione alle direttive della DGR n. VIII/3111/2006 e s.m.i.

Tali prestazioni soprattutto quelle di Macroattività ambulatoriale complessa (MAC) hanno visto una sensibile rivalorizzazione, imputabile ancora, per ciò che è riguardato una struttura erogatrice, ad un deficit informatico nella organizzazione della rendicontazione.

E' proseguita per il 2018 l'azione di "autocontrollo" guidato svolta con modalità solite: è 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. Tale modalità è stata utilizzata anche per i Centri di Medicina dello Sport e per il Laboratori Analisi (S.Me.L.).

Complessivamente sono state viste **127.461 prestazioni a fronte di un atteso di 89.944**, il cui esito è riportato nelle tabelle seguenti.

Tabella 18: Riepilogo controllo attività specialistica ambulatoriale per valore economico – Anno 2018

	Record controllati	Decurtazione economica
Controllo istituzionale	100.446	-219.622
Controllo guidato	27.015	-42.064
Totale	127.461	-261.685

Tabella 19: Riepilogo controllo attività specialistica ambulatoriale per esito – anno 2018

Esito	Descrizione	Controllo istituzionale	Controllo guidato	Totale
A	Confermato	97.981	25.829	123.810
B	Non confermato, valorizzazione annullata e ricompresa in altra pratica	831	0	831
C	Non confermato, valorizzazione annullata per referto non recuperabile	130	18	148
D	Non confermato, con decurtazione della valorizzazione per prescrizione non recuperabile	0	1	1
E	Non confermato, con modifica codice/i prestazione/i o quantità	783	1.117	1.900
H	Modifica importo per esenzioni	358	0	358
X	Variazioni senza modifica importo	363	50	413
Totale		100.446	27.015	127.461

5.3.2.2. Indicazioni per l'attività anno 2019

Per l'anno 2019 la DGR XI/1046 del 17.12.2018 riconferma tutte le modalità di controllo previste dalle regole di sistema, come anche la quota di controllo atteso per le attività ambulatoriali, essa infatti rimane invariata al 3,5%.

L'attività di controllo interesserà prioritariamente i record prodotti da tutte le Strutture Sanitarie poste a carico del S.S.R. ed insistenti nel territorio dell'A.T.S. di Pavia, utilizzando i dati regionali più aggiornati e validati. I controlli delle prestazioni ambulatoriali previsti dal SSR saranno effettuati tenendo in considerazione gli assetti accreditati ed a contratto.

E' previsto il controllo di un numero minimo di 90.825 record, calcolato come il 3,5% della produzione di 2.595.007 dell'anno 2018.

A seguito di incontri intercorsi, durante l'anno 2018, tra ATS Pavia e le altre ATS Lombarde con il coordinamento di ACSS, allo scopo di uniformare l'attività di controllo, si è deciso di sospendere per l'anno 2019 l'attività in "autocontrollo" guidato che negli anni scorsi aveva caratterizzato la ATS della provincia di Pavia.

Considerato che l'attività di specialistica ambulatoriale si contraddistingue per un elevato numero di prestazioni, in continuo aumento nella nostra provincia, anche per una più corretta allocazione di alcune prestazioni che negli anni precedenti venivano eseguiti in ricovero, si rende necessario implementare, nell'ambito di questa fattispecie di controlli, il controllo statistico-formale.

Quest'ultimo, avvalendosi di sistemi informatici, rappresenta una modalità più rapida per la valutazione dell'attività di specialistica, rivolta ovviamente a quel tipo di prestazioni standardizzate non richiedente in genere la valutazione della documentazione o se la richiede sarà riferibile a pochi eventi.

Nell'attesa di improntare quanto sopra si è deciso di trasformare quella che era l'attività in "autocontrollo" guidato, in controllo informatico "ex ante", cioè viene inviato agli Erogatori un campione di prestazioni, relativamente al periodo interessato, nelle quali ricorrono errori sulla base degli indicatori regionali, di prestazioni non associabili (massimo due prestazioni), di errori in radiologia a basso costo, di prestazioni non rientranti nel codice di esenzione per patologia esposto, di medicina di laboratorio, di medicina dello sport, alle quali viene dato l'esito che occorre.

L'Erogatore dopo aver preso visione di tali esiti, qualora fosse necessario perché ritenesse non appropriato l'esito assegnato, deve produrre l'opportuna documentazione nelle giornate previste per il controllo sul campo.

Proseguiranno nel 2019 tutte le attività di controllo previste dalla normativa vigente svolte negli anni precedenti, incrementando la verifica su:

1. prestazioni non associabili
2. prestazioni di genetica medica, oncologia e oncoematologia molecolare
3. macroattività di chirurgia a bassa complessità operativa e assistenziale (BIC)
4. Macroattività ambulatoriale complessa (MAC)

Particolare attenzione sarà dedicata alle raccomandazioni fornite dalla DGR n. X/6502/2017

- **odontoiatria:** i controlli devono essere effettuati oltre che in conformità ai dettami della normativa vigente, ai contenuti della DGR 6006 del 19/12/2016.

In questo ambito nelle more della piena entrata in vigore del D.P.C.M. del 12/01/2017, la DGR 1046/2018 si è espressa dando indicazioni di erogabilità (Sub Allegato D) che sostituiscono integralmente le precedenti (DGR 3111/2006).

- **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 e al numero di erogatori presenti nel territorio.

I controlli in ambito riabilitativo verificano l'aderenza ai contenuti della DGR 3111/2006 e s.m.i., DGR 6006/2016, oltrechè la corretta allocazione delle attività in Macroattività ambulatoriale complessa (MAC) e scelta del livello assistenziale ai sensi delle DGR 2633/2011 (All.10), DGR 1962/2011, DGR 2946/2012, DGR 1185/2013.

Alfine di ribadire i criteri di appropriatezza e prescrivibilità delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa, così come ancora indicati dalla DGR 3111/2006, si intende organizzare un tavolo tecnico, di cui faranno parte specialisti ed operatori del settore, in modo da condividere le più opportune scale di disabilità e gravità, previste dalla delibera precedente citata per l'erogabilità delle suddette prestazioni, ed uniformare, quindi, i contenuti dei pacchetti MAC fra i diversi erogatori,

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 dell'utenza.

Tabella 20: SINTESI ATTIVITA' DI CONTROLLO SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Ambito (disciplina)	Obiettivo specifico di controllo	Tipologia di controllo	Indicatore di misurazione dei controlli programmati	Informazioni aggiuntive
ASST, IRCCS, EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI E A CONTRATTO	verifica di congruenza	radiologia	Verifica indicazioni diagnostica strumentale (DGR 10804/2009)	verifica sulla produzione (informatizzato/sul campo)	In base alla produzione	conferma /non conferma valorizzazione prestazione erogata
		dialisi	verifica prestazioni di emodialisi (DGR 10804/2009)			
	verifica di congruenza	laboratorio	Verifica contemporanea presenza di Creatinina e Creatinina Clearance (DGR 10804/2009)	verifica sulla produzione (informatizzato)		
			Verifica contemporanea presenza curva da carico e glicemia basale (DGR 10804/2009)			
			Verifica contemporanea presenza di Coprocultura e Salmonella e/o Shigella e/o campylobacter (DGR 10804/2009)			
			Verifica presenza di anticogramma associato a esame colturale non sistemico (DGR 10804/2009)			
			Valutazione metodica in uso dosaggio colesterolo LDL (DGR 10804/2009)			
			Verifica eventuale presenza di più codici di antibiogramma, per utilizzo di metodiche diverse (DGR 10804/2009)			
			Verifica contemporanea presenza dosaggio proteine e elettroforesi (DGR 10804/2009)			
verifica di congruenza	laboratorio	Verifica codice estrazione DNA (91.36.5) contemporaneamente presente a codici di Biologia molecolare che lo includono (DGR 10804/2009, N.T.R, DGR 2057/2011)	verifica sulla produzione (informatizzato/sul campo)			
		verifica rendicontazione TSH riflesso con TSH libero e/o FT3 e/o FT4 (DGR 2057/2011)				
ASST, IRCCS, EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI E A CONTRATTO	verifica di congruenza	tutte	Verifica contemporanea presenza di codici di prestazioni di endoscopia e diagnostica cardiologica (DGR 10804/2009)	verifica sulla produzione (informatizzato/sul campo)	In base alla produzione	conferma /non conferma valorizzazione prestazione erogata
			Verifica di eventuali prestazioni incluse nella prima visita e controlli (DGR 10804/2009)			
			Altre prestazioni non associabili come da N.T.R.			
EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI E A CONTRATTO	appropriatezza/ congruenza		Verifica correttezza rendicontazione e appropriatezza (indicazioni e tempi minimi) erogazione certificazioni attività sportiva agonistica	verifica a campione (sul campo)	In base alla produzione	conferma /non conferma valorizzazione prestazione erogata

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Ambito (disciplina)	Obiettivo specifico di controllo	Tipologia di controllo	Indicatore di misurazione dei controlli programmati	Informazioni aggiuntive
ASST, IRCCS, EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI E A CONTRATTO	appropriatezza / congruenza		genetica medica, oncologia e oncoematologia molecolare (DGR 4716/2013, DGR 2313/2014)	verifica a campione (sul campo)		conferma /non conferma valorizzazione prestazione erogata
			MOC (DGR 13796/2003, Nota Reg. 19/06/2017, Nota Reg.04/11/2010)			
			BIC (DGR 10804/2009, DGR 3993/2015)			
			MAC (DGR 2633/2011, DGR 2946/2012, DGR 1185/2013)			
			ODONTOIATRIA (DGR 3111/2006, DGR 6006/20016, DGR 1046/2018, DGR 1444/2019)			
			PRESTAZIONI RIABILITATIVE (DDG 32731/2000, DGR 3111/2006 e s.m.i., DGR 6006/2016)			
			MAC RIABILITATIVE (DGR 22633/2011, DGR 1962/2011, DGR 2946/2012, DGR 1185/2013)			
	appropriatezza / congruenza		eco color doppler tronchi sovraortici (DGR 3993/2015)	verifica e monitoraggio a campione (sul campo)	campione rappresentativo della produzione	
			eco color doppler venoso e arterioso degli arti inferiori (DGR 3993 /2015)			
			RM muscolo scheletriche DGR 2313/2014			
			Endoscopia digestiva DGR 4702/2015			
	congruenza	tutte	Verifica pertinenza tra prestazione e codice esenzione indicata (DGR 10804/2009)	verifica a campione (informatizzato/sul campo)		
	appropriatezza		Prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero (DGR 8078/2002)	verifica sulla produzione (sul campo)		
appropriatezza		Prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG di ricovero (pre e/o post ricovero) (DGR 8078/2002)				
appropriatezza		Prestazioni ambulatoriali erogate in PS e seguite da ricovero (DGR 8078/2002)				
appropriatezza / congruenza		Ulteriori controlli vengono effettuati in presenza di anomalie di comportamento da parte degli Erogatori e/o su segnalazione dei prescrittori e/o dell'utenza	verifica a campione (informatizzato/sul campo)			

5.3.3. Modalità operative dei controlli NOC

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

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

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

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

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).

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 (DGR n. VII/12692 del 10.04.2003).

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 (DGR VI/ 31654 del 10.10.1997).

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 (DGR n. VII/12692 del 10.04.2003).

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

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

In particolare si ricorda che la contestazione di illecito amministrativo, ad opera degli organi deputati alle attività di controllo, deve essere contestuale alla redazione del verbale di accertamento ispettivo o al

massimo deve essere notificata entro 90 giorni dalla redazione del suddetto verbale. Detta contestazione quindi:

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4. Atti di diffida e sanzionatori strutture sanitarie

Nell'anno 2018 per l'area sanitaria sono state irrogate n. 7 sanzioni amministrative, previa diffida, di cui n. 4 a seguito di attività di verifica NOC e n. 3 per il mancato/parziale mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento (totale euro 96.000). Si precisa che le sanzioni riferite alla verifica dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento sono state registrate su apposito applicativo ASAN mentre quelle irrogate a seguito delle verifiche dei NOC sono state trasmesse al livello regionale con periodicità.

5.5. Area Salute mentale

5.5.1. Attività svolta nel corso del 2018

Nell'ambito della Salute Mentale nella scorsa annualità è stata attuata un'attività di controllo che ha comportato interventi di verifica declinati in base alle Regole di Sistema Regionale, al Piano dei Controlli e dei Protocolli dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo e a specifici bisogni rilevati.

Di seguito si riportano gli ambiti previsti istituzionalmente per le verifiche di competenza.

La salute mentale è un area sanitaria con un forte connessione al sociale/socio-sanitario. Pertanto le attività svolte nel corso del 2018 hanno visto il coordinamento di figure interdisciplinari afferenti al Dipartimento di Salute Mentale di ASST Pavia, dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, dell'ATS di Pavia (Dipartimento Cure Primarie e Dipartimento PAAPSS), degli erogatori e degli enti locali.

Tali attività vengono di seguito elencate:

- Attività di controllo sull'appropriatezza/congruenza degli inserimenti in Strutture Residenziali e Semi Residenziali di Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) secondo il Piano Regionale di Salute Mentale;
- Verifica dei tempi di permanenza e del livello di intensità riabilitativa erogato per i pazienti inseriti nelle Strutture residenziali di psichiatria;
- Verifica completezza flussi 46/SAN e 43/SAN;
- Interventi di vigilanza su Strutture Residenziali e Semi Residenziali a seguito di segnalazione;
- Attività di controllo sulla congruenza tra le fatture emesse e quanto riportato nel flusso 46/SAN e 43/SAN;
- Verifica del fatturato annuale degli Enti pubblici e privati rispetto ai valori di contratto per le prestazioni territoriali di Psichiatria e NPIA;
- Verifica produzione effettiva delle singole unità erogatrici per possibile rimodulazione dei budget;
- Analisi degli andamenti epidemiologici della domanda sanitaria in materia di Salute Mentale;
- Valutazioni delle richieste di accreditamento di nuove Strutture Residenziali e Semi Residenziali di Psichiatria e NPIA;

Nello specifico i **controlli** svolti dall'ATS di Pavia nel 2018 hanno riguardato le seguenti **macroaree**:

Area salute mentale "istituzionale"

L'attività di controllo apportata all'area extra-contratto 43 SAN, come indicato dalle Regole di sistema dell'anno 2018 è consistita in:

- a) presa d'atto finanziamento BPE e stima impegno di spesa sulla base degli ospiti in carico, monitoraggio della spesa ed eventuale rimodulazione per assestamento bilancio.

Risultati:

- N. atti: 2 decreti generali /anno per impegno di spesa annuale e rimodulazione assestamento;
- N. relazioni: 2 relazioni /anno per rimodulazioni assestamento bilancio area PSIC/NPIA;

- b) Acquisto di prestazioni in regime residenziale presso strutture accreditate NON a contratto per l'area

psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (43 SAN) come da modello organizzativo aziendale predisposto ad hoc per l'attività di controllo sull'appropriatezza dei nuovi inserimenti in 43 SAN.

Risultati:

- 25 verifiche/anno e circa n. 5 rettifiche/anno sulle proposte di inserimento;
- N. atti: > 25 determine/anno per inserimento nuovi pazienti in 43 SAN PSICHIATRIA e NPIA

c) monitoraggio delle proroghe di inserimenti 43 SAN PSICHIATRIA e NPIA

Risultati:

- circa N. 35 proroghe/anno per PSICHIATRIA e 30 per NPIA con conseguente verifica dell'appropriatezza delle proroghe.

d) Monitoraggio del finanziamento, stima della spesa per trimestre successivo e stima annuale sulla base delle presenze calcolate sugli ospiti già presenti ed eventuali nuovi ingressi di cui si è a conoscenza.

Risultati:

- CET = n. 4/anno previa verifica dei flussi e dei fogli di budget;

e) Produzione di relazioni ad uso interno ATS PV e su richiesta di Regione Lombardia relative agli inserimenti, alle caratteristiche della popolazione e suo monitoraggio, al budget e al monitoraggio flussi ecc...

Risultati:

- Almeno N°. 4 relazioni ad uso interno ATS PV/anno.
- Almeno N°. 2 relazioni richieste da Regione Lombardia/anno (flusso 43 SAN).
- Almeno N°. 3 compilazioni di report di monitoraggio flussi/anno (flussi 43 San; Ex OP; contenzioni etc.).

f) Convocazione tavoli di lavoro interistituzionali per la governance, monitoraggio, rendicontazione flusso 43 SAN.

Risultati:

- N. circa 5 tavoli/anno

Area salute mentale “sperimentale ed innovativa”

Avendo ATS attività di governance, monitoraggio e rendicontazione dei progetti e programmi innovativi e sperimentali area PSICHIATRIA-NPIA (PSICHIATRIA= TR64-TR65-TR66-TR93, NPIA=G043-G044), gli interventi sono consistiti in:

- raccolta e verifica dei contenuti delle proposte progettuali;
- condivisione e approvazione dei progetti da parte di OCSM.
- ricezione e successiva valutazione degli esiti e della documentazione relativa alla rendicontazione progettuale.
- condivisione della rendicontazione progettuale con OCSM;

Risultati:

- N. 2 o 3 incontri/anno di OCSM per supporto tecnico agli interventi progettuali

- N 7 ricezioni-valutazioni rendicontazioni progettuali e relativo assolvimento del debito regionale
- N. 1 incontro/anno OCSM per condivisione delle rendicontazioni progettuali.

Area Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

L'attività è consistita in:

- monitoraggio dei flussi di n. 32 equipe certificative DSA per l'anno 2018 attraverso un'azione di tutoraggio tecnico telefonico e via mail nella compilazione dei file;
- autorizzazione dei soggetti in possesso dei requisiti previsti dalla L. 170/2010 per effettuare attività di prima certificazione diagnostica del disturbo specifico di apprendimento (DSA), come da modello organizzativo aziendale predisposto ad hoc;

Risultati:

- N. 2 Decreti di "Aggiornamento dell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di disturbo Specifico dell'Apprendimento valida ai fini scolastici ex L. 170/2010, presso l'ATS di Pavia. Presa d'atto dell'esito dei lavori della commissione costituita in seno all'organismo di Coordinamento per la Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza (OCNPIA) e approvato dallo stesso Organismo".

Area Disturbi dello Spettro Autistico

Le attività inerenti al progetto: "Determinazioni in ordine a presa in carico precoce di soggetti in età evolutiva affetti da disturbi dello spettro autistico" (Decreto N.372/Dgi del 24.11.2017) è consistita nel:

- coordinamento del Gruppo di approfondimento tecnico di pediatri di libera scelta e gli specialisti neuropsichiatri per monitorare il percorso di presa in carico precoce per soggetti in età evolutiva affetti da disturbi dello spettro autistico,
- monitoraggio delle azioni attuate per la diagnosi precoce e presa in carico dei soggetti affetti da disturbi per lo spettro autistico secondo le indicazioni presenti nello strumento operativo,

Risultati:

- Convocazione di N 2 tavoli/anno. Atti: n. 2 verbali/anno

5.5.2.Indicazioni per l'attività 2019

Nell'ambito della tutela della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica, le ultime indicazioni regionali 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 2018 è stata effettuata un'analisi delle prestazioni psichiatriche erogate agli utenti dei CPS, 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 2019, proseguirà quindi nell'ottica di valutazione di tutte le prestazioni erogate a pazienti selezionati a campione, e seguiti temporalmente, ponendo particolare attenzione all'accessibilità e agli interventi richiesti da 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 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 e nella c.d fase di transizione, 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.

Per l'annualità in corso, oltre ai controlli da "remoto", sono previste verifiche in tutti i centri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e monitoraggio delle rivalutazioni effettuate dal DSM-ASST Pavia; queste ultime riguarderanno i pazienti pavesi in carico a strutture psichiatriche extra ATS (46 e 43 san) con tempi di permanenza oltre i limiti normati.

La UOS Coordinamento Attività di Rete prosegue anche per il 2019 le azioni di controllo espletate nel corso del 2018 previste per la Psichiatria dalle Regole di Sistema ponendo particolare attenzione a:

- Controllo della spesa rispetto al tetto massimo per la 43/SAN che resta attestato sul valore dell'anno precedente;
- Controllo appropriatezza inserimenti strutture Residenziali e Semi Residenziali psichiatriche: prosegue l'azione consolidata da anni relativa al controllo degli inserimenti nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali prevede un'opportuna ricerca nelle Comunità contrattualizzate prima dell'inserimento in strutture psichiatriche non a contratto;
- monitoraggio delle liste d'attesa per quanto riguarda la diagnosi precoce e la presa in carico del Disturbo dello Spettro Autistico anche attraverso le proposte progettuali previste dalle Regole 2019;

- Progetti sperimentali in Salute Mentale: prosegue il ruolo di ATS nella valutazione e nel monitoraggio dei Programmi nel 2019.

Tabella 21: programmazione controlli Ambito psichiatrico

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari del controllo	Tipologia del controllo	Indicatore di misurazione dei controlli programmati	Informazioni aggiuntive
DSM-D	Controllo -spesa 43 SAN -Piani di riordino 43 SAN	Verifica dell'appropriatezza -di un nuovo inserimento - della durata degli inserimenti. Trasferimento degli utenti in strutture a minore intensità terapeutica	Nuovi inserimenti Utenti con inserimento > 5 anni Utenti dimissibili	- Monitoraggio delle proposte di inserimento. - Monitoraggio degli inserimenti > 5 aa -Verifica dell'esecuzione Interventi di formazione sulla mappatura e le caratteristiche delle strutture sociosanitarie e sociali del SSR e incidenti nel territorio pavese. -Verifica della presenza della Scheda di Valutazione sociosanitaria (SVS) definita dal tavolo interaziendale -Verifica di avvenuta Sperimentazione della scheda per l'individuazione di strutture sociosanitarie idonee all'atto della dimissione. -Verifica di adozione della scheda SVS -Identificazione delle strutture SRP3 nell'ambito del riparto del 10% del valore di assegnazione 43 SAN.	-n proposte respinte N /Tot proposte inviate < 1 -Verifica del 70% degli inserimenti > di 5aa -Interventi formativi >1 -Produzione della SVS -N. di SVS >5 somministrate per ogni Struttura residenziale di ASST -Riscontro di adozione della scheda SVS da parte di ASST (n. schede somministrate)> 70% degli utenti dimissibili. -Decreto per manifestazione di interesse SRP3	

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari del controllo	Tipologia del controllo	Indicatore di misurazione dei controlli programmati	Informazioni aggiuntive
DSM-D	Controllo Programmi Innovativi	Ricezione e trasmissione della documentazione relativa alla DG Welfare	Progetti innovativi	Monitoraggio dei programmi innovativi, rimodulazione, rendicontazione	N. tot programmi innovativi monitorati, rimodulati e rendicontati=100%	

Tabella 22: Programmazione Ambito neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari del controllo	Tipologia del controllo	Indicatore di misurazione dei controlli programmati	Informazioni aggiuntive
DSM-D	Controllo -spesa 43 SAN	Verifica dell'appropriatezza -di un nuovo inserimento - della durata degli inserimenti.		-Monitoraggio delle proposte di inserimento -Monitoraggio degli inserimenti > 5 aa	-n proposte respinte N /Tot proposte inviate < 1 Verifica del 70% degli inserimenti > di 5aa	
DSM-D	Controllo Progetti sperimentali	Ricezione e trasmissione della documentazione relativa alla DG Welfare		Monitoraggio dei progetti sperimentali, rimodulazione, rendicontazione	N. tot progetti sperimentali monitorati, rimodulati e rendicontati=100%	

6. Attività Autorizzazione, Accreditamento, Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie

6.1. La rete dell'offerta delle strutture socio sanitarie

La rete d'offerta socio-sanitaria nel territorio della provincia risulta sostanzialmente stabile, si è avuto un lieve incremento dei posti accreditati in RSD e in RSA, quest'ultima tipologia di Unità di offerta risulta ancora essere la più rappresentativa sia in ordine al numero complessivo di strutture sia in ordine alla capacità erogativa. Il quadro dell'offerta delle cure palliative, nel corso del 2018 si è ulteriormente delineato con l'avvio della riclassificazione di un Hospice ex sanitario che si concluso nel 2019.

In linea con la DGR 7768/2018 è stata riclassificato un servizio residenziale terapeutico- riabilitativo a media intensità per minori.

Tabella 23: Rete dell'offerta delle strutture sociosanitarie autorizzate e accreditate del territorio pavese: (dati desunti dall'applicativo AFAM aggiornati al 31/12/2018 e da anagrafica ATS)

	Tipologia udo	N. DI UDO	POSTI/ PRESTAZIONI TOTALI	DI CUI ACCREDITATI	DI CUI ALZHEIMER	NUCLEI SV		DI CUI A CONTRATTO	
						n.	p.l.		
UDO RESIDENZIALI	RSA	84	5861	5766	365	1	8	5272	
	RSD	10	273	272	//	1	4	263	
	CSS	12	110	110	//	//	//	110	
	CT TOX	13	314	299	//	//	//	299	
UDO SEMI- RESIDENZIALI	TOX Semires	2	33	33	//	//	//	33	
	CDI	28	715	695	//	//	//	575	
	CDD	15	400	370	//	//	//	370	
UDO PALLIATIVE CURE PALLIATIVE	HOSPICE	7	85	85	//	//	//	70	
	MAC	2	3	3	//	//	//	3	
	DAY HOSPICE	4	5	5	//	//	//	4	
	UCP-DOM	10 di cui 2 fuori territorio	//	//	//	//	//	//	
	AMBULATORI	4	//	//	//	//	//	//	
DOMICILIARI E AMBULATORIALI	ADI	24 (e n. 12 fuori territorio)	//	//	//	//	//	//	
	CONSULTORI	17	//	//	//	//	//	//	
	SER.T	3	//	//	//	//	//	//	
UDO RIABILITAZIONE/ CURE INTERMEDIE	Cure Intermedie	3	367	257	//	//	//	257	
	Post Acuta (sper)	3	60					60	
	RIA Minori	SRM	1	15	15	//	//	//	15
		DH	1	5	5	//	//	//	5
	RIA GEN GER DH	1	2	//	//	//	//	//	
	Diurno Continuo	2	25	25	//	//	//	25	
	Ambulatori	5	52265	46265	//	//	//	46265	
	Domiciliare	1	9730	9730	//	//	//	9730	

6.2. Attività di autorizzazione e accreditamento svolta nel 2018 strutture socio sanitarie

Nel corso del 2018 sono state gestite n. 22 istanze (4 pervenute nel 2017), di cui processate n. 18 e rigettate n. 4.

Delle istanze processate n. 4 hanno determinato variazione del quadro di offerta per aumento capacità ricettiva (n.1 RSA e n. 1 RSD) e per cessazione dell'attività (n. 1 RSA e n. 1 CDC).

Si è avviato e concluso l'iter di riclassificazione, ai sensi della DGR 7768/2018, di n. 1 Struttura Residenziale di Riabilitazione per l'età evolutiva (ex art 26 legge 833/78) in Servizio Residenziale Terapeutico-Riabilitativo a media intensità per minori.

In merito al percorso di riclassificazione delle Cure Palliative (ai sensi della DGR n. X/5918/16) è pervenuta comunicazione di avvenuto adeguamento ai requisiti previsti da parte di n. 1 unità di offerta (in proroga dal 2017) senza variazioni di sede o rimodulazioni dell'attività nonché dei posti letto totali. Il processo di riclassificazione, avviato a fine 2018, si è concluso nell'anno 2019.

L'iter di verifica connesso alle istanze pervenute ha previsto sopralluoghi, verifiche documentali, verifiche gestionali, controllo dei requisiti soggettivi, anche in collaborazione con la UOC Programmazione e Negoziazione con gli Erogatori, aggiornamento di AFAM – Anagrafe regionale delle strutture socio-sanitarie – e predisposizione dei relativi atti conclusivi (decreti). In particolare, in seguito alla presentazione delle SCIA/istanze, sono stati effettuati n. 9 sopralluoghi finalizzati alla valutazione del possesso/mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento e n. 24 incontri organizzati con gli Enti Gestori al fine di fornire informazioni e collaborazione nel percorso autorizzativo e di accreditamento.

In due casi, l'esito delle verifiche dei requisiti previsti dalle normative ha comportato l'irrogazione di diffida e di sanzione amministrativa, per un totale di euro 4.000/00.

Nella tabella è riportato il riepilogo dell'attività effettuata nell'anno di riferimento.

Tabella 24: attività correlata alla presentazione delle istanze delle strutture sociosanitarie

Tipologia di istanza/attività	Processate	Rigettate
	n.	n.
SCIA	0	0
SCIA con contestuale richiesta di accreditamento	3	0
Accreditamento RSA	1	0
Accreditamento CSS	1*	1
Riclassificazione cure palliative in assenza di variazioni	1*	0
Riclassificazione SRM	1	0
Decadenza accreditamento per cessazione attività	2	2
Voltura Accreditamento	6	1
Riconoscimento Ente Unico Gestore	2	0
Cessazione attività	1	0
Totale	18	4

(* iter concluso nel 2019)

Anche per il 2019, in ambito socio sanitario, è possibile presentare alle ATS territorialmente competenti istanze di nuovi accreditamenti, ampliamenti e trasformazioni, nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dalla DGR 1046/2018 (Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019) e dal D.M. n. 70/2015. Per le attività di cure intermedie, non sono possibili nuovi accreditamenti ma solo trasformazioni e riconversioni il cui governo è in carico alla Direzione Generale Welfare.

6.3. Attività di vigilanza e controllo svolta nell'anno 2018 strutture socio sanitarie

Nel 2018 l'attività di vigilanza e controllo sulle unità di offerta socio sanitarie ha garantito gli obiettivi previsti dal Piano Controlli 2018, nonostante i profondi cambiamenti organizzativi che hanno coinvolto l'organizzazione, come sinteticamente esplicitato nel paragrafo "risorse umane".

La programmazione ha previsto che le attività di vigilanza e controllo di appropriatezza coincidessero per ciascuna UdO campionata.

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

Inoltre l'attività di vigilanza, oltre a garantire i sopralluoghi previsti dal piano controlli, è stata impegnata nella verifica degli eventi che hanno avuto una risonanza mediatica per l'impatto sulla qualità dell'assistenza erogata nelle strutture socio sanitarie.

Semestralmente sono state inviate in Regione Lombardia le tabelle di monitoraggio dei dati riportanti lo stato di avanzamento del Piano dei Controlli (trasmissione primo semestre del 31-07-2018 prot. n. 36644 e secondo semestre del 31-01-2019 prot. n. 5728/2019).

L'équipe di Vigilanza e Controllo ha effettuato complessivamente n. **226** sopralluoghi/controlli di cui n. 181 di attività programmata e n.45 di attività straordinaria così come evidenziato nella tabella sottostante (tab.25):

Tabella 25: attività correlata alle verifiche di vigilanza e appropriatezza anno 2018 delle strutture socio sanitarie

Tipologia UdO	Campione / Vigilante	Verifica di Vigilanza e Controllo	Verifiche di Appropriatezza		Verifiche a seguito di segnalazione	Verifiche post accreditamento (90 gg)	Diffida e sanzione
			FASAS Verificati	% FASAS prevista			
RSA	29	29	319	11,5%	5	3	4
RSD	4	4	28	11,5%	7	1	1
CSS	6	6	11	11,5%	/	/	/
CDI	10	10	38	11,5%	1	2	1
CDD	5	5	16	11,5%	/	/	/
Comunità tox	4	4	30	3,5%	1	/	/
TOX Semiresidenziale	1	1	5		/	/	/
SER.T.	1	1	10	3,5%	/	/	/
Adi	8	7	52	3,5%	/	2	/
Consultori	6	6	59	3,5%	/	1	/
Hospice	1	1	21	11,5%	/	1	/
UCP DOM	3	3	13	3,5%	/	/	
Cure Intermedie	2	2	16	11,5%	2	/	/
Ria Residenziale			15	11,5%	/	/	/
Ria ambulatoriale			20	3,5%	/	/	/

L'attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti previsti dalla normativa vigente ha evidenziato alcune

criticità ricorrenti e che saranno oggetto di approfondimenti nel 2019 anche attraverso la programmazione di incontri mirati:

➤ **requisiti strutturali e tecnologici di esercizio e di accreditamento:**

- protezione antisismica,
- protezione antincendio
- impianto elettrico
- sicurezza antinfortunistica
- impianto idro-termo-sanitario per le verifiche di campionamento della legionella;

➤ **requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e di accreditamento**

- composizione/tenuta del fascicolo sociosanitario,
- gestione farmaci,
- verifica dei requisiti per l'esercizio professionale e applicazione Legge n. 3/2018;
- applicazione delle raccomandazioni OMS sull'igiene delle mani per il contenimento delle ICA;
- modalità di rilevazione delle presenze del personale a standard;
- mancata disponibilità della documentazione attestante il possesso/mantenimento dei requisiti durante l'accesso di verifica;
- presenza di documentazione in uso con intestazione non riconducibile all'Ente Gestore;
- disallineamento tra quanto descritto nelle procedure in uso presso le u.d.o. a quanto effettivamente applicato nell'operatività;
- protocolli/procedure poco aderenti alla realtà organizzativa e talvolta priva di bibliografia di riferimento, mancanza di strumenti di verifica sulla corretta applicazione di protocolli/procedure,
- liste di attesa non sempre aggiornate e con criteri di formazione delle stessa non esplicitati.

In merito ai ricoveri presso le RSA del territorio per persone under 65 non è più prevista la richiesta preventiva di autorizzazione in deroga all'ingresso. E' in capo all'ente gestore la valutazione dell'appropriatezza del ricovero, ATS, nel corso dell'attività di controllo ne verificherà l'adeguatezza.

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

Controllo di appropriatezza

Per quanto attiene ai controlli di appropriatezza, la programmazione degli stessi ha garantito tutte le verifiche previste per l'anno 2018 raggiungendo le percentuali previste e desumibili dalla tabella sopra riportata. Tali verifiche sono state condotte in piena adesione della check list fornita da Regione Lombardia per la rilevazione degli indicatori ex DGR n. 1765/2014.

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

Tutte le verifiche sono state effettuate in applicazione dei criteri di campionamento dei Fasas descritti nel

piano annuale e distinti per tipologia di UdO.

Per tutti i Fasas campionati è stata garantita l'applicazione degli indicatori previsti dalla DGR n. 1765/2014 e sono stati considerati i criteri suggeriti dalla DGR n. X/6502/2017.

Assenze remunerate ai sensi della DGR 1953/2014

La verifica prevede un esame documentale, con particolare riferimento alle motivazioni avanzate dal Gestore a giustificazione delle assenze dell'ospite e, a campione, nel corso di sopralluogo di appropriatezza è stata verificata la congruenza tra quanto definito nel progetto individuale e quanto rintracciato nel Fasas.

Inoltre è stata effettuata una verifica tra quanto rendicontato nel flusso economico e quanto definito nel progetto individuale inviato dal gestore.

Stati vegetativi

L'attività è stata garantita per tutti i nuovi inserimenti di soggetti in Stato Vegetativo (n. 10 sopralluoghi) nelle UdO socio sanitarie entro 10 giorni dalla presa in carico, in applicazione della DGR 4598/2012 e DGR 4222/2012. Si è inoltre proseguito con la rivalutazione complessiva degli ospiti in S.V. allo scadere del quinto anno successivo alla presa in carico.

Verifiche post accreditamento

È stato inoltre garantito il percorso di post accreditamento a 90 giorni a seguito dell'aggiornamento del Registro Regionale delle unità d'offerta socio sanitarie. L'attività è rappresentata nella tabella 25.

6.4. Atti di diffida e sanzionatori/decurtativi

L'esito delle verifiche in area socio sanitaria dei requisiti previsti dalle normative ha comportato in n. 6 casi l'irrogazione di diffida e di sanzione amministrativa, per un totale di euro 11.000. In un caso è stato sospeso l'accreditamento per un periodo di 45 giorni (Decreto n. 284/DGI del 03/08/2018).

6.5. Indicazioni per l'attività di vigilanza e controllo sociosanitaria anno 2019

In ottemperanza alla DGR 1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario per l'esercizio 2019" e della DGR 6502 del 21-4-2017 "Determinazione in ordine alla proposta dell'Agenzia dei Controlli del sistema socio sanitario lombardo concernente il piano dei controlli quadro e il piano dei protocolli ai sensi dell'art. 11, comma 4, lettera A), LR 33/2009 così come modificata dalla LR n. 23/2015 e Legge Regionale n. 41/2015" e a tutela della sicurezza degli ospiti della rete sociosanitaria, si declinano le attività di controllo, programmate per l'anno 2019, nell'ambito della vigilanza e dei controlli di appropriatezza e nell'ottica di costante monitoraggio della qualità dei servizi erogati ai cittadini.

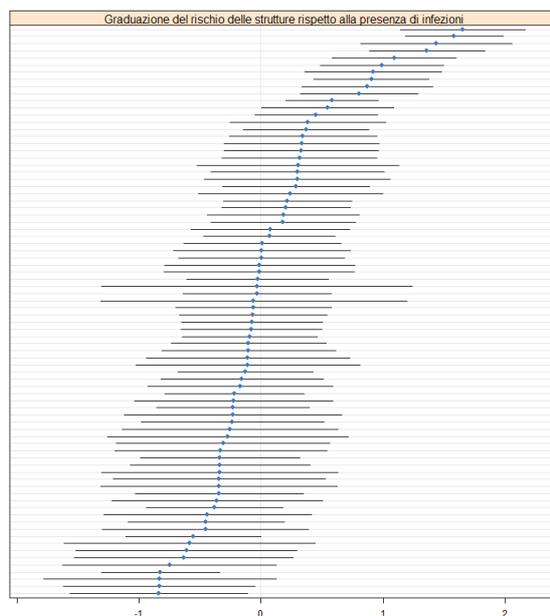
Si evidenzia che per l'anno in corso durante le verifiche saranno approfonditi gli elementi di criticità emersi durante gli accessi del 2018 ed elencati nel paragrafo 6.3, che gli indicatori critici emergenti dal modello della mappa del rischio (di seguito esplicitato), garantendo comunque il criterio temporale previsto dalle regole anno 2019 (33% delle U.d.O socio sanitarie in esercizio al 1.1.2019).

Il modello della mappa del rischio, sviluppato da ATS e applicato allo stato alle sole RSA, è parametrato secondo il livello di gravità dell'ospite, dimensione della struttura, presenza di personale; evidenzia eventuali situazioni di inappropriata organizzativa da approfondire in sede di sopralluogo. Gli indicatori studiati

fanno riferimento a cadute, lesioni da decubito, contenzioni, infezioni, accessi al Pronto Soccorso, ospedalizzazione, e consentirebbero di orientare in modo efficace gli elementi della verifica sugli effettivi ambiti di rischio evidenziati sul territorio.

A titolo di esempio si riporta il grafico della profilazione del rischio delle RSA della provincia relativo rispetto al rischio infezioni.

Grafico 5: graduazione del rischio delle strutture rispetto alla presenza di infezioni



La concomitanza di questo indicatore con gli altri originati dal nuovo modello e sopradescritti permette di creare un ranking di priorità per l'attività di vigilanza nella RSA.

Nelle tabelle di seguito riportate si riassumono rispettivamente i criteri sopra esplicitati e il numero di strutture da verificare per tipologia.

Tabella 26: Programmazione verifiche attività di Vigilanza e Controllo strutture socio-sanitarie

Finalità del controllo	Obiettivo specifico	Criteri di inclusione	Tipologia del controllo	Indicatore attività programmate	Informazioni aggiuntive
Verifica del mantenimento dei requisiti minimi di esercizio e accreditamento	Verifica congiunta dei requisiti <i>strutturali/tecnologici/or ganizzativi/gestionali</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Triennialità delle verifiche • Esiti dei controlli degli anni precedenti • Esiti di analisi di scheda struttura • Esito di applicazione del modello di graduazione del rischio (solo per RSA) • Segnalazioni e reclami 	Sopralluoghi in struttura e verifiche documentali	Verbali di accesso File di monitoraggio delle attività svolte	
Verifiche di appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> • Corretta classificazione degli ospiti • Congruenza rendicontato /erogato • Coerenza tra bisogni e interventi assistenziali erogati 	<ul style="list-style-type: none"> • Triennialità delle verifiche • Esito di applicazione del modello di graduazione del rischio (solo per RSA) • Indicatori campionamento FASAS • Segnalazioni e reclami 	<ul style="list-style-type: none"> - Controlli flussi economici e di produzione - Verifica ispettiva - Verifica del Fasas Osservazione diretta dell'ospite 	Report di analisi Verbali di accesso	

I controlli programmati sono calcolati sul numero degli utenti rendicontati nel 2018, applicando le seguenti percentuali:

- regime residenziale e semiresidenziale: 13%
- regime ambulatoriale e domiciliare: 3,5%

Per quanto riguarda i consultori familiari, la percentuale del 3,5% è applicata sul numero di nuovi utenti, rendicontati nel 2018, che hanno usufruito di prestazioni ad elevata integrazione.

Tabella 27: Dettaglio quantitativo del campione delle strutture socio sanitarie da sottoporre a controllo nel 2019

TIPOLOGIA U.D.O.	U.D.O. al 31.12.18	UDO CAMPIONATE IN VIGILANZA	U.D.O. CAMPIONATE IN APPROPRIATEZZA	FASAS DA VERIFICARE
RSA	84	29	29	348
RSD	10	2	2	8
CSS	12	3	3	5
CDI	28	6	6	35
CDD	15	4	4	15
TOX REX	13	4	4	14
TOX SR	2	1	1	1
SERD	3	1	1	3
ADI	24	7	7	30
CONS. FAM	17	5	5	88
HOSPICE	7	2	2	36
ADI UCP DOM	10	3	3	1
C.I./RIA	15	2	2	157
PROGETTI	4	3	3	3
RSA APERTA	24	8	8	13
RES ASSISTITA	12	2	2	3
RES ASS RELIGIOSI	1	1	1	2
TOTALI	282	83	83	759

Alle vigilanza routinaria sarà garantita l'attività di :

- verifica entro 10 giorni lavorativi dell'inserimento in nucleo o posto ordinario degli ospiti in stato vegetativo;
- supporto tecnico/specialistico agli organismi di pubblica sicurezza, in caso di segnalazioni di reato;
- verifica di funzionamento dei sistema di videosorveglianza, per l'erogazione al finanziamento alle strutture che hanno aderito l'attuazione della Legge Regionale 22 Febbraio 2017, N. 2 "Contributi Regionali per

l'installazione di sistemi di videosorveglianza all'interno delle Residenze per Anziani e per Disabili della Lombardia (Deliberazione X/7086);

- monitoraggio dello stato di avanzamento del piano programma che coinvolgono due SerD ed un consultorio familiare (prorogato dalla delibera n. 7600 del 22/12/2017, con visite ispettive, fino al raggiungimento del superamento delle carenze o alla data della proroga al 31/12/2020).

- verifiche straordinarie da effettuarsi a seguito di segnalazioni.

Il controllo di appropriatezza ha l'obiettivo di verificare:

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

Alla luce degli esiti dei controlli degli anni precedenti, dai dati emersi dalla mappa del rischio e anche attraverso una valutazione diretta degli ospiti, si prevede di programmare verifiche più approfondite sugli indicatori che la mappa evidenzia come critici.

Il campionamento dei fascicoli sarà strutturato in base agli elementi sopra descritti e agli indicatori riportati nella sottostante tabella.

TABELLA 28: INDICATORI PER IL CAMPIONAMENTO FASAS PER VERIFICA DI APPROPRIATEZZA

TIPOLOGIA UDO	INDICATORI PER IL CAMPIONAMENTO
RSA	<ul style="list-style-type: none"> - Ospiti minori di 65 anni non classificati SV - Ospiti presenti in nuclei Alzheimer (ove presenti) <ul style="list-style-type: none"> - Cambi classi - Incidenza indicatori di rischio (cadute, LDD, contenzioni) - Classe SOSIA 1-2-5-6 al fine di verificare la progettazione degli interventi animativi personalizzati e l'eventuale gestione della contenzione fisica in persone con deterioramento cognitivo <ul style="list-style-type: none"> - Ospiti con ricoveri brevi - Trasferimenti da altre udo - Frequenti accessi in PS - Ospiti con assenze remunerate (ospiti con avvenuto ricovero in ospedale)
CDI	<ul style="list-style-type: none"> - Utenti < 65 anni - Utenti > 85 anni - Utenti con compromissione delle performance cognitive e con disturbi del comportamento <ul style="list-style-type: none"> - Incidenza indicatori di rischio (cadute, contenzioni) - Trasferimenti da altre udo - Utenti con frequenza part time
RSD	<ul style="list-style-type: none"> - Ospiti > 65 anni (alla data del 01/01/2018) nuovi ingressi 2018 - Ospiti con cambi classe SIDI riscontrati all'ultima valutazione - Presenza di almeno una delle seguenti diagnosi: ritardo mentale, autismo, schizofrenia <ul style="list-style-type: none"> - Ospiti con estensione assenze dgr 1953/2014 - Trasferimenti da altre udo
HOSPICE	<ul style="list-style-type: none"> - Utenti non oncologici - Utenti con modalità di dimissione diversa dal decesso - Trasferimento da altre udo
CONSULTORI	<ul style="list-style-type: none"> - Nuovi utenti interessati da prestazioni riconducibili ai seguenti codici: 101-102-001-003-801-802-prestazioni relative a IVG minori
SERD	<ul style="list-style-type: none"> - Nuovi utenti - Utenti minorenni o < 30 anni - Utenti con maggiore frequenza di accesso al servizio - Utenti con presa in carico gap

COMUNITA TOX res	- Nuovi utenti - Utenti minorenni o < 30 anni
COMUNITA TOX SR	- Fascicoli chiusi di ospiti la cui permanenza in struttura si discosta dalla media - Utenti con estensione assenze dgr 1953/2014
COMUNITA TOX AMB	- Utenti dimessi nel 2017 e 2018 (verifica esito presa in carico) - Trasferimento da altre udo
CURE INBTERMEDIE	- Utenti ultra sessantacinquenni - Presenza di almeno una delle seguenti diagnosi: atrofia muscolare da inattività, esiti fratture femore, disturbi dell'andatura - Ricovero riabilitativo ripetuto nell'anno - Modalità di dimissione con causale diversa da dimissione a domicilio - Minori con assenze remunerate - Durata della degenza pari o superiore a valore soglia
STRUTTURE RIABILITATIVE AMBULATORIALI	- Utenti ultra sessantacinquenni - Presenza di almeno una delle seguenti diagnosi: disturbi dell'andatura, emiplegia - Intervallo superiore ai 6 mesi tra primo contatto e presa in carico - Cicli ripetuti nell'anno - Durata del trattamento pari al valore soglia
ADI ORDINARIA	- Voucher profili 3, 4 - Pazienti con età > 80aa - Utenti con presa in carico superiore ai 6 mesi - Pazienti in trattamento fisioterapico - Utenti con presa in carico superiore ai 3 mesi - Ricoveri ospedalieri: se avvenuta presa in carico/dimissione
ADI CURE PALLIATIVE	- Voucher cure palliative per pazienti con età > 70 anni - Utenti con patologie non neoplastiche

Nel corso dell'anno si prevede di continuare l'attività di sensibilizzazione all'autocontrollo inteso come una metodologia utile per il monitoraggio interno, da parte dei gestori dei propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni (DGR 6297/2017). Per tale motivazione si prevede un percorso di accompagnamento di alcune RSA finalizzato alla messa a regime del sistema di autocontrollo per le strutture sociosanitarie definendone i criteri e le modalità.

Per il 2019 l'attività di controllo e monitoraggio sia delle misure innovative, sia dei progetti sperimentali ex DGR n. 3239/2012, in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. 1046/2018, proseguirà svolgendo il monitoraggio delle attività e del relativo utilizzo delle risorse economiche, in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi, sia dell'equilibrio economico.

6.6. Misure e sperimentazioni

Nel corso 2018 al fine di rendere trasparente e maggiormente monitorabile la fruizione delle misure innovative e dei servizi erogati dai progetti sperimentali è stato predisposto dall'UOC Governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali, un documento riepilogativo che contiene specifiche procedure per:

- RSA Aperta,
- Residenzialità Assistita,
- Residenzialità minori disabili gravissimi,
- Comunità minori vittime di abuso o grave maltrattamento
- Progetti sperimentali ex DGR n. 3239/2012 area "Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extra ospedaliera per minori disabili" di seguito "Riabilitazione minori" e area Case Management

RSA aperta e residenzialità leggera

Sia per la misura sperimentale RSA Aperta sia per la Residenzialità leggera sono stati condotti i controlli in ottemperanza a quanto disposto dalla ex dgr 2942/2014. In adesione alle indicazioni regionali, gli stessi sono stati condotti sul 33% delle strutture attive nel 2017 (n. 8 per la prima tipologia di UdO e n.3 per la seconda tipologia). I criteri di campionamento utilizzati hanno dato la precedenza alle UdO non oggetto di controllo nel corso del 2017.

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

- RSA aperta: n. 13 Fasas, sui n. 132 totali, raggiungendo la quota del 5,98%, superando il previsto 3,5% dei controlli
- Residenzialità Assistita: n.6 Fasas, sui n. 33 totali raggiungendo la quota del 4,83%.

La tabella sotto riportata rappresenta in sintesi quanto descritto

Tabella 29: attività correlata alla verifiche di vigilanza e appropriatezza delle strutture sociosanitarie che erogano misure

MISURE	Tipologia Misura	Misure attive	Appropriatezza			
			Campione	N. FASAS totali anno 2017	N.FASAS da verificare	N. FASAS verificati
	Residenzialità Assistita	9	3	33	4,83	6
	RSA Aperta	28	8	132	5,985	13
	Residenzialità per religiosi	1	//	//	//	//

Progetti sperimentali ex DGR 3239/2012

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

Tali progetti sperimentali ex DGR n. 3239/2012 – Area Riabilitazione minori, non hanno un tracciato record regionale stabilizzato; pertanto è stato predisposto e utilizzato in via sperimentale, a partire dal luglio 2018,

uno specifico flusso di attività che consente di monitorare in maniera più approfondita sia gli utenti presi in carico, sia le prestazioni erogate da ciascun Soggetto attuatore.

Sulla base di quanto registrato attraverso i suddetti flussi, è stata inoltre predisposta e inviata alla Direzione Generale Welfare una relazione complessiva descrittiva delle attività riferite alle suddette misure e sperimentazioni con evidenza, per ciascuna misura e sperimentazione di: numero di erogatori che hanno sostenuto la specifica misura, il numero dei beneficiari, la tipologia dei servizi resi, il valore della produzione trimestrale ed annuale.

Tabella 30: attività correlata alle verifiche di vigilanza e appropriatezza delle strutture sociosanitarie che erogano progetti sperimentali

Tipologia progetto	Denominazione progetto	N. FASAS totali anno 2017	N.FASAS da verificare	N. FASAS verificati
Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extra ospedaliera per minori disabili	Ambulatorio di riabilitazione neuro psicomotoria dell'età evolutiva	137	4,795	5
	Apprendimeglio	195	6,825	7
	Centro diurno per persone con autismo	18	2,07	1
Case management	Case management per persone con autismo	//	//	//

Nella tabella sopra riportata viene declinata la dimensione qualitativa e quantitativa per ogni struttura campionata dei controlli di vigilanza effettuati sui fasas.

Con particolare riferimento al controllo di appropriatezza svolto su un numero di Fasas campionati, si precisa che le percentuali di campionamento dei Fasas, effettuato sulla base delle prese in carico nel corso del 2018, sono diverse a seconda della tipologia di UdO: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, in adesione alle regole regionali, ex DGR 7600/2017.

La verifica ha riguardato un numero di FASAS campionati con metodo casuale e si è focalizzata sia sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, sia sugli aspetti economici e di rendicontazione delle attività, nonché di controllo della corrispondenza tra il progetto approvato e le azioni rendicontate e quelle svolte.

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

Per il 2019 l'attività di controllo e monitoraggio sia delle misure innovative, sia dei progetti sperimentali ex DGR n. 3239/2012, in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. 1046/2018, proseguirà svolgendo il monitoraggio delle attività e del relativo utilizzo delle risorse economiche, in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi, sia dell'equilibrio economico.

Tabella 31: Programmazione verifiche attività di Controllo misure e sperimentazioni

DESTINATARIO DEL CONTROLLO	FINALITA' DEL CONTROLLO	OBIETTIVO SPECIFICO DEL CONTROLLO	CRITERI DI INCLUSIONE DEI DESTINATARI DEL CONTROLLO	TIPOLOGIA DEL CONTROLLO	INDICATORE DI MISURAZIONE DEI CONTROLLI PROGRAMMATI	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
Soggetti attuatori dei progetti sperimentali	Verifica di appropriatezza delle prestazioni, di congruenza tra il progetto approvato e le attività realizzate e tra le attività svolte e quelle	Corrispondenza tra dati del flusso di attività ed economico e la documentazione verificata in sede di visita	Campionamento casuale sulla base dei dati contenuti nei flussi di attività	Visita in loco in collaborazione tra UOC Vigilanza e controllo e UOC Governo presa in carico	1 volta /anno	La visita svolta in collaborazione tra strutture interdipartimentali ha il senso di verificare anche aspetti di rendicontazione economica e di coerenza tra

	rendicontate					attività realizzate e rendicontate
--	--------------	--	--	--	--	------------------------------------

Misure innovative previste dalla DGR 2942/2014

Attuazione misura B1 – contributi per persone in condizione di disabilità gravissima di qualsiasi età

I contributi della misura B1, che, a partire dall'istituzione del Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili di cui alla D.G.R. n. X/116/2013 sono attualmente erogati a persone in condizione di disabilità gravissima di cui alla D.G.R. 1253 del 12/02/2019 (che è una revisione ed evoluzione delle DD.G.R. n. 856/2013, n. 2942/2014, n. 7769/18), nel corso del 2018 prevedeva la ricezione delle domande di accesso alla misura da parte dell'ATS, che ha svolto per ciascuna domanda il lavoro di verifica della correttezza delle istanze, della sussistenza dei requisiti per l'accesso alla misura e di liquidazione dei contributi ai beneficiari aventi diritto.

Le verifiche effettuate nel 2018 hanno riguardato, oltre all'esame della documentazione presentata come sopra riferito, i controlli di incompatibilità effettuati attraverso l'incrocio dei flussi di attività ed economici disponibili, in collaborazione tra diverse strutture di ATS e con l'ASST (es. incrocio con flussi dei CDI, della misura RSA Aperta, verifiche effettuate con i Piani di Zona circa gli elenchi dei beneficiari della misura B2 "Contributi a favore di pazienti con grave disabilità", ...).

2019

Con D.G.R. n. 1253/2019 sono state introdotte alcune modifiche sia relative all'erogazione dei contributi, sia in merito ai controlli da svolgere in relazione alla misura B1.

L'ATS, in base alla normativa attuale, eroga la Misura B1 fino al 31 dicembre 2019 sulla base delle risorse disponibili assegnate.

Le ATS svolge il ruolo di governance nell'applicazione della misura, e in riferimento ai controlli da effettuare sta svolgendo le azioni di seguito indicate:

- la verifica della completezza dei dati e dell'appropriatezza dei progetti individuali,
- la verifica e il monitoraggio dei flussi di attività, attraverso la collaborazione tra diverse strutture dell'ATS e in collaborazione con ASST,
- il monitoraggio delle risorse economiche assegnate e utilizzate attraverso la verifica periodica, in collaborazione con ASST, del numero di persone prese in carico e dei relativi costi; a tal proposito si specifica che ATS procede all'aggiornamento costante degli elenchi delle persone ammesse alla misura suddivise per area minori, adulti e anziani e ordinato per ISEE ordinario,
- la gestione dei dati di attività e dei debiti informativi nei confronti di Regione Lombardia,
- il controllo delle condizioni di incompatibilità in collaborazione con diverse strutture di ATS e con ASST (es. incrocio con flussi dei CDI, RSA Aperta, verifica con i Piani di Zona dell'elenco beneficiari della misura B2 "Contributi a favore di pazienti con grave disabilità", ...),
- Il controllo a campione su almeno il 5% dei complessivi beneficiari della misura (appropriatezza misura, P.I. e interventi messi in campo) in collaborazione con ASST.

Attuazione misura 6 - "Comunità per minori vittime di abuso o grave maltrattamento"

La misura 6 prevede l'erogazione agli Ambiti territoriali di contributi per interventi effettuati a favore di minori vittime di abusi, gravi episodi di maltrattamento, per i quali siano stati attivati procedimenti di protezione a cura dell'A.G., attuati in regime residenziale presso strutture accreditate per l'accoglienza dei minori, vengono eseguiti specifici controlli:

- verifica in merito alla sussistenza dei criteri di eleggibilità alla misura (es.: presenza del decreto dell'A.G. minorile, presenza di progetto quadro, PEI),
- verifica dell'appropriatezza dell'inserimento in comunità e della qualità della presa in carico del minore attraverso il controllo dei P.E.I. che devono contenere il dettaglio degli interventi effettuati da parte dell'unità d'offerta, delle prestazioni specialistiche, sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative (es. trattamenti psicoterapici, sostegno psicologico, accompagnamento dell'educatore, ..) offerte a ciascun minori e indicate anche nel progetto quadro.
- controllo dei dati inseriti dagli Ambiti nel flusso di attività ed economico, anche in funzione dell'assolvimento dei debiti informativi regionali e della definizione delle quote spettanti agli Ambiti per quanto rendicontato.

Per il 2019 si intende proseguire con i medesimi controlli e programmare verifiche a campione da effettuare in collaborazione tra varie strutture di ATS, presso le Udo sociali residenziali minori del territorio.

7. Controlli sui requisiti previsti per la sottoscrizione dei contratti sanitari e socio sanitarie

7.1. Attività svolta nel 2018 e indicazioni per il 2019

Nel corso del 2018 sono state effettuate per tutti gli enti erogatori sanitari le verifiche previste del controllo antimafia degli enti privati che del codice degli appalti mentre per gli erogatori sociosanitari sono state effettuate le verifiche sul codice degli appalti, come di seguito dettagliato.

Nel 2019 la verifica sarà concentrata sulla verifica dei requisiti soggettivi antimafia per gli Enti sociosanitari che non è stata oggetto di controllo nell'anno precedente. Pertanto, a fine 2019 si raggiungerà la copertura dei controlli effettuati sul 100% degli Enti che gestiscono attività sia sanitarie che sociosanitarie sia per la parte relativa all'antimafia che per la parte inerente il Codice Appalti.

7.1.1. Controllo antimafia degli Enti privati

Sulla base della DGR n. IX/4606 del 28/12/2012 (ambito sanitario) e la DGR n. X/2569 del 31/10/2014 (ambito socio sanitario), ATS di Pavia prima della sottoscrizione del contratto con gli Enti Gestori accreditati, acquisisce la documentazione antimafia attestante l'insussistenza delle cause di divieto, decadenza o sospensione così come definito nel D.Lgs n. 159/2011.

La documentazione prevista è acquisita, previa verifica della completezza della stessa, e controllata tramite il portale della Camera di Commercio per la verifica della completezza dei componenti del consiglio di amministrativo e l'inserimento dei dati raccolti nella Banca Dati Nazionale Unica per l'Antimafia del Ministero degli Interni. Con l'inserimento dei dati nel portale si acquisisce la certificazione antimafia per ogni erogatore.

Per l'anno 2018 sono stati effettuati i controlli antimafia a tutti gli enti erogatori privati sanitari per gli importi contrattuali complessivi previsti dalla normativa stessa (importi contrattuali compresi tra 150.000 – 207.000 euro per le comunicazioni antimafia; gli importi superiori a 207.000 euro per informazioni antimafia).

Per l'anno 2019 si sta procedendo alla verifica del 100% di tutti gli erogatori sociosanitari per gli importi contrattuali complessivi previsti dalla normativa, rispetto al precedente livello di controllo previsto per il 10% della verifica su tutti gli Enti Gestori Sociosanitari.

Tabella 32: Programmazione attività di Controllo sui contratti

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli
Enti Gestori UDO Sociosanitarie	Verifica del possesso dei requisiti soggettivi inerenti l'antimafia	Verifica dell'insussistenza delle cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla DGR n. X/2569/2014	Tutte le UDO sociosanitarie con importi contrattuali compresi tra 150.000 – 221.000 euro per le comunicazioni antimafia; per gli importi superiori a 221.000 euro per informazioni antimafia	Documentale con accesso alle banche dati	100% degli Enti Gestori di UDO Sociosanitarie

7.1.2. Controllo requisiti degli enti privati a contratto sanitari e socio sanitari previsti dal Codice degli Appalti (ex art. 80 Dlgs n. 50/2016) e successive modifiche e integrazioni

Prima della sottoscrizione dei contratti viene richiesta la compilazione della Dichiarazione sostitutiva di Certificazione in merito ai requisiti soggettivi del legale rappresentante ai sensi della succitata legge.

7.1.2.1. Moralità professionale dei legali rappresentanti

Per il 2018 sulle autocertificazioni prodotte è stato effettuato il controllo del 100% sia degli enti sanitari che di quelli sociosanitari mediante l'interrogazione del Sistema CERPA (Certificati Pubbliche Amministrazioni), che consente la consultazione diretta e l'acquisizione dei certificati del Casellario Giudiziale e dell'Anagrafe delle Sanzioni Amministrative dipendenti da reato del Sistema Informativo del Casellario Giudiziale (SIC) da parte delle Amministrazioni Pubbliche.

7.1.2.2. Legge 68/1999

Nel 2018 è stato effettuato il controllo di tutte le autocertificazioni prodotte dagli enti sanitari e sociosanitari sulle norme che disciplinano il diritto del lavoro dei disabili attraverso le richieste di verifica alle Amministrazioni Provinciali della città in cui ha sede legale l'Ente verificato.

7.1.2.3. Tribunale Fallimentare

Nel 2018 è stata richiesta al Tribunale fallimentare della città in cui ha sede legale il soggetto gestore, la verifica della certificazione attestante l'assenza di procedure di fallimento o concordato preventivo, per tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie.

7.1.2.4. Agenzia delle Entrate

Per il 2018 è stata verificata la dichiarazione di ottemperanza relativa al pagamento delle imposte e delle tasse al 100% sia per l'ambito sanitario che per quello sociosanitario.

7.1.2.5. DURC

Per il 2018 si è ottemperato al 100% della verifica presso l'INAIL e l'INPS sulla regolarità dei versamenti da parte degli enti sanitari e sociosanitari.

8. Attività di controllo Strutture sociali

Come previsto dalla DGR 1046 del 17.12.2018, questa Agenzia svolge azione di controllo sulle UdO sociali.

L'attività di controllo è riferita a:

- Verifica sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio (CPE) pervenute;
- 50% delle strutture in esercizio (area prima infanzia, minori, anziani e disabili) con priorità a quelle non verificate nel 2018 e/o quelle che hanno presentato criticità;
- Verifica sul 100 % delle strutture a seguito di segnalazione, richieste della Procura, Tribunale dei minori, Prefettura, Questura.

Nel corso del 2018 sono stati effettuati i controlli sulle richieste CPE avanzate dagli enti preposti, come riassunto in tabella 33.

Tabella 33: CPE anno 2018

CPE	N.
Alloggio per Autonomia	7
Alloggio Protetto per Anziani	8
Asili Nido	14
C.A.S.A. Comunità Alloggio Sociale Anziani	72
Centro Ricreativo Estivo Diurno	13
Centro Socio Educativo	1
Comunità Educative	11
Comunità Familiari	5
Micronidi	3
Nido Famiglia	9
TOTALE	143

Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2019 dovrà garantire la verifica sulle unità di offerta in esercizio non vigilate nel 2018.

Tabella 34: rete delle Udo sociali esistenti, vigilate nel 2018 e programmate nel 2019

TIPOLOGIA UDO	TOTALE UDO	TOTALE UDO CLASSIFICATE 2018	TOTALE UDO CLASSIFICATE 2019
Asili Nido	95	54	41
Micronidi	20	13	7
Nido Famiglia	13	11	2
Centri Prima Infanzia	2	1	1
Comunità Educative	43	14	29
Comunità Familiari	8	3	5
Alloggio per Autonomia	29	11	18

TIPOLOGIA UDO	TOTALE UDO	TOTALE UDO CLASSIFICATE 2018	TOTALE UDO CLASSIFICATE 2019
Alloggio Pratetto per Anziani	8	4	4
Centro Diurno per Anziani	4	2	2
Centro Aggregazione Giovanile	2	1	1
Centro Socio Educativo	3	1	2
Servizi di Formazione all'Autonomia per le Persone Disabili	3	1	2
Comunità Alloggio Disabili	3	0	3
TOTALE	233	116	117

La tabella sopra riportata evidenzia le UdO sociali insistenti sul territorio pavese, le attività di controllo effettuate nel 2018 e quelle da effettuarsi nel 2019.

9. Attività di Controllo di farmaci e protesi

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

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

Tabella 35: Rete dell'offerta di farmaceutica e protesica per il territorio pavese:

Tipologia di struttura		N.	N. ricette/ erogazioni	Valore economico euro
Farmacie	Pubbliche	12	4.826.362	85.595.505
	Private	192		
Dispensari		48		
Parafarmacie		60	//	//
Grossisti/depositi		23	//	//
Negozi celiachia e GDO		31	247.171	1.289.073,37
Esercizi autorizzati al commercio on line	Farmacie	2	//	//
	Parafarmacie	2	//	//

Per quanto attiene la dispensazione di farmaci tramite file F, il numero delle strutture di ricovero e cura che garantiscono erogazione di farmaci secondo questa modalità sono 10 per un volume assistenziale pari a n. 631.308 erogazioni e una produzione economica di euro 98.730.777,44.

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

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

In merito agli ausili prescritti su misura da officine ortopediche, autoprotesisti, ottici (elenco 1 ex DM n. 332/99) i fornitori sono soprattutto concentrati nei comuni ospitanti i maggiori centri di ricovero e cura (Pavia, Vigevano e Voghera). L'unico magazzino, dedicato alla fornitura di ausili non personalizzati ma di serie, con dispositivi nuovi e riutilizzabili (elenco 2 ex DM n. 332/99), è collocato fuori dal territorio provinciale ed afferisce ad regione.

Tabella 36: Rete dell'offerta riferite alla protesica

Assistenza protesica	Tipologia		Numero
	Centri di prescrizione		193 di cui 29 del territorio
Prescrittori		801 di cui 376 del territorio	
Fornitori accreditati	Azienda audioprotesica		23
	Azienda ottica e optometriste		16
	Azienda ortopedica		10
Magazzino ausili di serie		1	
Fornitura ausili protesici		1	

9.2. Attività svolte nel 2018

9.2.1 Farmaceutica Convenzionata

L'andamento della spesa nell'anno 2018 ha registrato uno scostamento di - 35/1000 euro pari a -0.033%, in linea con il finanziamento di assestamento. Le azioni per il governo della farmaceutica territoriale si sono basate sul monitoraggio della spesa e sui controlli delle prescrizioni per le classi dei farmaci per i quali si sono registrati scostamenti elevati rispetto alla media regionale. A seguito delle azioni messe in campo sui medici prescrittori, l'andamento prescrittivo sui farmaci equivalenti ha registrato nel mese di dicembre 2018 un positivo valore di prescrizione in DDD pari a 82.66%, che si attesta al di sopra del livello regionale del +0.5% e del livello obiettivo assegnato ad ATS Pavia.

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

Tabella 37: scostamenti registrati per classe terapeutica oggetto di monitoraggio (fonte dati farmavision)

Jan-Dec-18 ATC1	Spesa Scost / *1000 Ass.li pes.		
	28 - A.T.S. 28 - Pavia	REGIONE	Scost
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	35.037,95	33.023,52	6,10%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	12.760,83	12.668,69	0,73%
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	45.864,38	42.187,02	8,72%
D - DERMATOLOGICI	1.129,71	902,78	25,14%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	5.380,42	5.361,24	0,36%
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI	4.448,72	3.928,71	13,24%
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	9.038,37	9.458,41	-4,44%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	6.401,24	5.987,91	6,90%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	4.707,04	4.099,48	14,82%
N - SISTEMA NERVOSO	26.912,11	24.642,23	9,21%
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	336,08	251,98	33,38%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	14.728,59	14.329,45	2,79%
S - ORGANI DI SENSO	3.598,50	2.974,09	21,00%
V - VARI	916,45	757,06	21,05%
Tot	171.260	160.573	6,66%

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

9.2.2 Farmaceutica ospedaliera

I controlli sulla farmaceutica ospedaliera, sono stati sviluppati mediante l'analisi dei record file F validati da Regione Lombardia vs i dati di prescrizione dei farmaci in scheda AIFA erogati dalle strutture ospedaliere del territorio. Sono stati effettuati anche i controlli relativi alla corretta rendicontazione da parte delle strutture delle note di credito/rimborso per i farmaci soggetti a risk sharing (tipologia 15) Oggetto del controllo sono i seguenti farmaci, come previsto dalle regole 2018:

- farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per farmaci HCV
- farmaci ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab): 50%
- farmaci oncologici: 50%
- farmaci con indicazioni non soggette a scheda AIFA, rituximab, trastuzumab e temozolamide: 50%.

I controlli sono stati eseguiti tramite accessi diretti alle strutture del territorio

- IRCCS Istituti clinici scientifici Maugeri- sede di Pavia e Montescano: 4 accessi
- ASST Ospedale Civile di Voghera: 2 accessi
- ASST Ospedale Civile di Vigevano: 2 accessi
- Istituto Clinico Beato Matteo e Istituto clinico città di Pavia: 4 accessi
- IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo: 8 accessi
- IRCCS Fondazione istituto neurologico Casimiro Mondino: 2 accessi

per un totale di n. 22 verbali

Di seguito vengono riportati i risultati:

Totale record	16.732
Record controllati	11.762
Record annullati	20

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

Per la rendicontazione delle attività relative alla vigilanza farmacie occorre segnalare che non è stato possibile attuare quanto previsto dal piano controlli 2018. La principale criticità è riferita al personale ridotto (assenza di personale farmacista da marzo a settembre, da ottobre n. 2 unità di personale farmacista), rispetto agli standard attuali delle altre ATS, alla vastità della provincia, al numero elevato di esercizi da ispezionare e alla complessità dell'ispezione. Nella tabella sottostante si evidenzia l'attività svolta.

Tabella 38: attività correlata alle verifiche di vigilanza anno 2018 delle farmacie

Tipologia	N. ispezioni
Farmacie	26 di cui 23 ordinarie con relativi affidi+ 3 per nuove aperture
Parafarmacie	2 nuove aperture
Magazzini all'ingrosso	3
Dispensari	6
Trasferimento locali farmacie	-

Tabella 39: attività correlata alle verifiche di vigilanza anno 2018 sugli affidi sostanze stupefacenti

Tipologia	N. affidi
Farmacie territoriali	23
RSA	25
Depositati/ grossisti	2
Farmacie ospedaliere	4

9.2.4 Controlli contabili delle ricette farmaceutiche

Come previsto dal piano operativo programmato dalla Regione tramite il supporto di Santer circa la definizione delle verifiche sulle anomalie ricette e relative contestazioni contabili alle farmacie risalenti ai 10 anni precedenti, nel 2018 il personale farmacista e amministrativo ha attivato i controlli per gli anni 2012/2013, con un recupero di circa euro 450.000.

9.2.5 Controlli della protesica maggiore

In relazione a quanto stabilito dalla L.R. 23/2015 che definisce gli ambiti di competenza di ATS e ASST relativamente alla farmaceutica protesica e integrativa, nel corso del 2017 sono state attivate dal livello regionale le determinazioni in merito al servizio unificato di assistenza protesica e integrativa (SUPI), con la definizione di un nuovo modello di gestione dell'assistenza protesica per il quale sono stati definiti i controlli di competenza ATS e ASST.

Tale modello ha l'obiettivo di garantire la semplificazione al cittadino garantendo maggiori controlli su tutto il territorio regione ai sensi della DGR 8730/2008. L'attività di assistenza protesica (ex DM 332/99 e DPCM 12 gennaio 2017 sull'approvazione di nuovi Lea) comprende:

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

Nel corso dell'anno 2018 l'ATS con decreto n. 342/DGi del 4/10/18 ha istituito un team multidisciplinare ai sensi del normato della DGR X/6917 del 24.07.2017.

In adempimento ai dettami della DGR 6917 si è proceduto in data 17.10.2018 a pianificare l'attività dei controlli, così come previsto dalla DGR sopra citata, in particolare in data 30.10.2018 in merito al controllo e monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività, volumi economici completezza dei dati, aree di criticità con l'ASST.

Sono state condotte verifiche di monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva dai quali è emerso :

PROTESICA MINORE: la spesa per l'anno 2018 è risultata in linea con il budget assegnato.

In riferimento all'assistenza integrativa per i microinfusori è emerso che la prescrizione è determinata da specialisti afferenti ad erogatori non direttamente gestiti dall'ASST Supi, in quanto la Fondazione San Matteo di Pavia pesa per il 59% dell'erogato.

NUTRIZIONE: La spesa della dietetica risulta in linea con il budget. Asst ha evidenziato durante il confronto che sta registrando un aumento per le Supplementazioni Orali per i Pazienti oncologici. → io la togliere è solo protesica maggiore!

PROTESICA MAGGIORE:

ATS in conformità con le regole di sistema 2018 ha provveduto ad aggiornare l'elenco con la registrazione dei dati anagrafici e credenziali prescrittive dei nuovi medici prescrittori sia nel data base aziendale che in Assistant RL che sul sito web.

In riferimento ai controlli sui fornitori nel corso del 2018 solo in data 20/12/2018 è stato effettuato il primo sopralluogo presso una officina ortopedica.

Criticità riscontrate nelle attività di controllo dei precedenti punti

Le attività di controllo realizzate in entrambi i settori, territoriale ed ospedaliero, nonostante quelle previste dal Piano Controlli 2018 hanno subito un necessario riadeguamento e riprogrammazione per la carenza di personale da dedicare, presente solo nella parte finale dell'anno (da ottobre 2018).

Atti di diffida e sanzione

L'esito delle verifiche ispettive, come previsto da normativa, ha comportato l'irrogazione di diffida e di sanzione amministrativa in n. 7 casi, per un totale di euro 8.003,55 euro.

9.3. Indicazioni per l'attività di controllo 2019

Pur mantenendo le azioni consolidate riguardo al contenimento di spesa tramite le verifiche su scostamenti immotivati o comportamenti prescrittivi non in linea con le iniziative condivise con i prescrittori del territorio (mmg e specialisti) per l'utilizzo dei generici e dei biosimilari, nel 2019 saranno focalizzate le seguenti azioni:

1. Istituzione commissione di prima e seconda istanza per la valutazione della spesa farmaceutica da attivare nei casi di presunta inappropriatezza prescrittiva nei confronti dei prescrittori in primis per la classe farmaceutica nota 79 e vitamina D;
2. Riattivazione del "Tavolo per l'appropriatezza" istituito a luglio 2017 cui partecipano, con ATS, tutti gli erogatori del territorio e la rappresentanza dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia.

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

- ✓ Promozione farmaci equivalenti: 88% DDD complessiva di farmaci a brevetto scaduto;
- ✓ Formazione ed informazione MMG e PLS per corretto utilizzo degli antibiotici;
- ✓ Verifica su corretta applicazione Note Aifa e Piani Terapeutici (obbligo degli erogatori all'utilizzo della piattaforma informatizzata);
- ✓ rafforzamento della promozione della prescrizione /erogazione/somministrazione in particolare Trastuzumab e adalimumab: attivazione da parte di ATS di momenti di confronto e condivisione con Medicina Generale e specialistica;
- ✓ riduzione del rischio da interazioni farmacologiche nei politrattati tramite iniziative formative e progetto di farmacovigilanza che coinvolgerà i mmg;
- ✓ realizzazione della raccomandazione Ministeriale per la ricognizione/riconciliazione terapeutica tramite progetto ATS /IRCCS San Matteo e ASST Pavia con la finalità di ridurre rischio di eventi inattesi e conseguente contenimento di spesa non solo nell'ambito della farmaceutica

In merito ai controlli sulla coerenza della normativa AIFA per il 2019 l'obiettivo di controllo sulla corretta applicazione delle note AIFA sarà rivolto in particolare sulla nota 79 e vitamina D.

9.3.1. Farmaceutica ospedaliera

Per l'anno 2019 l'obiettivo del controllo File F, così come da Regole di sistema di Regione Lombardia e dagli obiettivi del DG, è di seguito esplicitato,:

-prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione su tutti i farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100% con verifica del reale costo sostenuto dalla struttura

-Verifica completa in tutte le strutture (erogatrici di File F) del reale costo dei farmaci rendicontati in File F sostenuto da parte della struttura con quanto indicato in tipologia 15 .

Tabella 40: Attività di controllo tipologia 15

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli
IRCCS Istituti clinici scientifici Maugeri- sede di Pavia	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza con quanto esposto in tipologia 15	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica
IRCCS Istituti clinici scientifici Maugeri-Montescano	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza della rendicontazione con tipologia 15	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica
ASST Ospedale Civile di Voghera	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza della rendicontazione con tipologia 15. File f 18 e 19	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica
ASST Ospedale Civile di Vigevano	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza della rendicontazione con tipologia 15	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica
Istituto Clinico Beato Matteo	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza della rendicontazione con tipologia 15	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica
Istituto clinico città di Pavia	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza della rendicontazione con tipologia 15	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica
IRCCS Fondazione istituto neurologico Casimiro Mondino	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza della rendicontazione con tipologia 15	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica
IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo	controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA	corrispondenza della rendicontazione con tipologia 15. File f 18 e 19	tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio	Verifica documentale e/o Verifica ispettiva	Almeno un verbale di verifica

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

Tabella 24: previsione attività correlata alla verifiche di vigilanza anno 2019 delle farmacie

Per quanto riguarda il servizio di Vigilanza Farmaceutica il Piano dei controlli 2019 sarà limitato, per mancanza di personale con competenze specifiche, a soli due ambiti*, per i quali comunque sarà difficoltoso il raggiungimento degli obiettivi regionali previsti:

-Vigilanza sulle farmacie/ dispensari farmaceutici della Provincia di Pavia in convenzione con il SSN : 50 % dell' obiettivo regionale

-Vigilanza su grossisti / depositari per rilascio-mantenimento autorizzazione alla distribuzione all' ingrosso dei medicinali per uso umano, svolta ai sensi del D.lgs. n° 219/ 2006 (titolo VII) e L.R. n° 33/2009 (art 80, lettera i), previsione: 20 % dell' obiettivo regionale

* non saranno ispezionati ne Parafarmacie ne Rsa

Tabella 41: previsione attività correlata alle verifiche di vigilanza anno 2019 delle farmacie

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli	Informazioni aggiuntive
Farmacie	Rispetto normative vigenti	Rispetto check list regionale	Analisi di rischio	Ordinario/ istituzionale	55 farmacie ordinarie +2 per nuova apertura	Obiettivo regionale n° 102 farmacie
Dispensari	Rispetto normative vigenti	Rispetto check list regionale	Analisi di rischio	Ordinario/ istituzionale	N°12 dispensari	Obiettivo regionale N° 24 dispensari
Depositi / grossisti all'ingrosso	Rispetto normative vigenti	Rispetto check list regionale	Analisi di rischio	Ordinario/ istituzionale	N° 1	Obiettivo regionale N°5 dispensari
Parafarmacie + RSA	Rispetto normative vigenti	Rispetto check list regionale	Analisi di rischio	Ordinario/ istituzionale	0	
RSA, depositi farmacie	Ricognizione e Affidamento sostanze stupefacenti scadute	Congruità registri/giacenze farmaci	A richiesta degli stessi	Ordinario/ istituzionale	78 affidi di sostanze stupefacenti	/

Eventuali azioni di miglioramento da inserire nei controlli 2019 in relazione alle attività di controllo

In virtù della pubblicazione della LR n. 6/2017, è stato adottato il modello unico di verbale ispettivo che ha permesso di superare le criticità evidenziate nel passato in merito alle difformità di criteri di verifica per i tre ambiti territoriali (Pavese, Lomellina, Oltrepò). Nel 2019 verranno istituite la Commissione e la Sottocommissione in condivisione con l'ordine dei farmacisti per la programmazione comune dell'attività ispettiva, così come previsto dalla LR n. 6/2017 e dalle linee guida per le commissioni ispettive di vigilanza sulle farmacie della Lombardia

9.3.3. Controlli della protesica maggiore

Alla luce di quanto disposto nella DGR n. X/6917/2017 i controlli di competenza ATS sono contemporaneamente di carattere sanitario, tecnico e amministrativo, pertanto nel corso del 2019 l'ATS di Pavia implementerà la vigilanza e il controllo sia lato fornitori che dei prescrittori nell'ottica di una migliore accessibilità al servizio per l'utenza, in termini di appropriatezza e nel rispetto dei tetti di spesa previsti.

Per il 2019, in linea con i principi di analisi del rischio e definizione delle priorità in materia di vigilanza e controllo sarà strutturato un nuovo supporto informatico, "cruscotto di monitoraggio dei dati relativi alle prescrizioni ed erogazioni di ausili protesici", che consentirà di identificare le aree a maggior spesa e quindi ritenute a maggior rischio di presunta inappropriata, sulle quali si procederà con verifiche sul campo, ed in particolare quanto specificato nella tabella seguente:

Tabella 42: previsione attività correlata alla verifiche di vigilanza anno 2019 della protesica

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli	Informazioni aggiuntive
Fornitori di protesi acustiche, ortopediche, ottiche	Verifica dei requisiti organizzativi /strutturali autocertificati	verifica di requisiti previsti dalla DGR n. X/6917/2017	fornitore con maggior spesa e quindi ritenute a maggiori rischio	nella sede del fornitore	almeno un verbale di verifica per tipologia	

9.3.4. Controlli contabili delle ricette farmaceutiche

Come previsto dal piano operativo programmato dalla Regione tramite Santer, per il periodo giugno 2017-2019 per i controlli sulle anomalie ricette e relative contestazioni contabili alle farmacie, risalenti ai 10 anni precedenti, nel 2019 saranno attivati i controlli per gli anni 2014-2015-2016.

Anche per il 2019 continueranno le operazioni di controllo che coinvolgono gli operatori amministrativi per le fasi istruttorie (invio lettere alle farmacie) e un farmacista (per condurre gli audit con i farmacisti del territorio) e che saranno concentrare in 24 mesi come da cronoprogramma proposto da Santer.

Criticità nelle attività di controllo dell'area farmaceutica e protesica

Dall' analisi effettuata da operatore ATS sulla base di dati ufficiali presentati da RL, l'unico farmacista in ruolo ad ATS Pavia ha un carico di lavoro maggiore del 423 % rispetto ad 1 farmacista di ATS Valpadana e maggiore del 300% rispetto ad ATS di Milano, pertanto non è possibile garantire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle regole SSR per l'anno 2019 e gli obiettivi dei DG relativamente all' area farmaceutica, come formulati dalla DGR XI/1681 del 27/05/2019 (file f, controlli, farmaceutica convenzionata, flussi/dispositivi medici, protesica, risk management), pertanto le attività di vigilanza su farmacie, depositi, grossisti, parafarmacie, controlli File F nelle strutture ospedaliere pubbliche e private, così come l'attività di controllo della protesica e la promozione dell'appropriatezza sul territorio potrebbero subire un riadeguamento e riprogrammazione qualora non venga colmata la carenza di personale farmacista da dedicare.

10. Tempi di attesa e accessibilità in ambito sanitario

Il rispetto del tempo di attesa è estremamente collegato all'appropriatezza prescrittiva che deve guidare la necessità di un intervento sanitario. La corretta indicazione della classe di priorità permetterebbe l'erogazione della prestazione nel tempo clinicamente più adeguato. Tale comportamento richiede la collaborazione di tutti gli attori interessati quali il prescrittore, il cittadino e l'erogatore, permettendo una maggiore garanzia e una migliore distribuzione nel tempo delle prestazioni erogabili in base ai bisogni espressi dalla persona garantendo priorità ai casi ritenuti più urgenti.

Infatti il medico prescrittore deve valutare l'urgenza e indicare la priorità clinica adeguata che l'attesta, il cittadino deve presentare alla struttura erogatrice la richiesta in tempi coerenti alla priorità indicata (per quanto possibile senza ritardi temporali tra prescrizione e prenotazione), la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità a decorrere dal momento della prenotazione del cittadino o, in caso di impossibilità, ad attivare il Responsabile Unico Aziendale per cercare un'altra struttura in grado di offrire la prestazione entro i tempi normati, in tutto il territorio dell'ATS; qualora sul territorio dell'ATS Pavia non vi fossero le disponibilità richieste, la struttura scelta dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket, se dovuto, con le modalità organizzative che la struttura stessa avrà appositamente predisposto.

Il tempo di attesa è calcolato come il tempo che intercorre tra la data di prenotazione di una prestazione e la data erogazione in cui il paziente riceve la prestazione. Aspetti importanti da considerare sono:

- il tempo **che intercorre tra la data di prescrizione da parte del prescrittore e la data di prenotazione delle prestazioni** da parte del cittadino;
- la rinuncia del cittadino alla prenotazione proposta dall'erogatore (prima data prospettata) a favore di una data diversa da quella inizialmente proposta o di uno specifico professionista (libera scelta del cittadino). Tale aspetto aiuta a valutare l'impatto della scelta del cittadino sui tempi di attesa.

Il quadro generale sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri che interessa questa ATS è caratterizzato da un'offerta costituita anche da centri di eccellenza verso i quali la domanda si orienta, nonostante a volte le lunghe attese; la quota di assistiti - provenienti anche da extra ATS e fuori Regione - che scelgono detti centri contribuisce così all'incremento delle liste di attesa.

Le liste di attesa sono l'espressione indiretta dell'offerta potenziale degli erogatori ed indicano il grado di accessibilità alle prestazioni. La rilevazione del tempo di attesa ha lo scopo di raccogliere informazioni utili per valutare la programmazione passata e a pianificare l'attività futura. Un accesso appropriato ai servizi sanitari, si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

10.1. Attività svolta nel 2018

L'analisi dei dati relativi ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali è stata effettuata utilizzando il flusso prospettico dei tempi di attesa e il flusso 28/san delle analoghe prestazioni.

Nel corso dell'anno sono state effettuate presso tutte le strutture accreditate ed a contratto del territorio provinciale, 12 rilevazioni mensili prospettiche dei tempi di attesa, previste dal livello regionale nelle giornate indice (una per mese ad eccezione dei mesi di Aprile e Ottobre – queste ultime rilevazioni, a valenza

nazionale, della durata di una settimana hanno riguardato una selezione di prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale, in Attività Libero-Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di Solvenza).

Dai dati comunicati dalle strutture nelle sole giornate indice di monitoraggio ex ante, si rileva che complessivamente circa il 92% di tutte le prestazioni ambulatoriali con priorità D rispettano i tempi normati (il 78% delle visite specialistiche con priorità D entro i 30 giorni ed il 91,1% delle prestazioni diagnostiche con priorità D entro i 60 giorni).

Si deve sottolineare che il dato della 28 San, per molte prestazioni, è migliorativo rispetto al dato ex ante; infatti la percentuale di assolvimento delle visite specialistiche entro i 30 giorni è 82,2 % (vs il flusso prospettico 78%) e la percentuale delle prestazioni di diagnostica strumentale è 93,4% (vs il flusso prospettico 91,1%). Si deve anche tener conto che, nonostante il flusso 28 san sia spesso non correttamente compilato, il dato è riferito alle prestazioni oggetto di monitoraggio erogate nell'intera annualità mentre l'ex ante è connesso alle prenotazioni effettuate nelle 10 giornate indice e 5 giornate per Aprile e Ottobre.

10.2. **Interventi e attività programmate 2019**

- Predisposizione e formalizzazione dell'aggiornamento del Piano attuativo vigente (PGTA), con l'obiettivo di attualizzarlo rispetto alle nuove priorità e necessità con scadenza 31.01.2019. In data 31.01.2019 è stata adottata la Delibera n. 39/DGi che è stata inviata a tutte le Strutture del territorio.
- Valutazione dei Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) delle ASST e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, che dovranno essere congruenti con il nuovo Piano Attuativo della ATS, da presentare entro il 28 febbraio 2019 per il primo semestre ed entro il 31 luglio 2019 per il secondo semestre. Tutte le Strutture interessate, entro la scadenza prevista, hanno trasmesso per il primo semestre i rispettivi Piani che sono stati valutati.
- Monitoraggio mensile RL_MTA nel giorno "indice" dei tempi di attesa di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati che erogano prestazioni per conto e a carico del SSR e conseguente analisi dei dati.
- Nell'ambito della contrattazione, verrà destinata una quota di risorse assegnabile dalle ATS sulla base di specifici obiettivi, volti al miglioramento continuo dei tempi di attesa, in particolare per le prestazioni più critiche così come previsto dalla DGR. 7766/2018.
- L'ATS promuoverà azioni di miglioramento per l'appropriatezza prescrittiva con i medici prescrittori (Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, strutture erogatrici). Saranno organizzati incontri con gli Erogatori su aree di interesse comune (es. Tavoli appropriatezza sull'endoscopia digestiva, ecc.).
- Nel corso del 2019 le Strutture continueranno a registrare nella sezione dedicata del portale RL_TMA SMAF l'eventuale sospensione dell'erogazione delle prestazioni monitorate, dovuta a problemi strutturali ed organizzativi estemporanei, seguendo i principi messi a punto in una specifica Linea Guida della

Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali. La rilevazione del 2019 avrà cadenza semestrale: secondo calendario della DG Welfare.

- L'ATS persegue anche per il 2019, tra i suoi obiettivi, il potenziamento ed il mantenimento della comunicazione e promozione dell'informazione con strumenti quali il sito web aziendale per garantire ai cittadini una informazione puntuale sul sistema complessivo dell'offerta e sulla sua accessibilità. Detto strumento è in grado di fornire informazioni sull'articolazione delle strutture sul territorio e i relativi tempi di attesa per le prestazioni monitorate, ed illustra, a cura dei singoli Erogatori, informazioni dettagliate dei tempi medi aggiornati in tempo reale.
- Monitoraggio attività MOSA: È previsto nel corso del 2019 il potenziamento del Monitoraggio dell'Offerta Sanitaria (MOSA) per favorire una maggiore accessibilità alle prestazioni sia per l'aspetto informativo, che per quanto riguarda la prenotazione differita. Verranno effettuate verifiche sulla qualità dei dati pubblicati, in particolare a seguito di segnalazioni, sulle criticità del servizio.
- Azioni di controllo: vedi **tabella n°43**

Tabella 43: programmazione 2019 attività di controllo tempi di attesa e accessibilità

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli	Informazioni aggiuntive	
Erogatori coinvolti nel monitoraggio dei tempi di attesa	Qualità dei flussi inviati	Indicazione di date corrette	Controllo erogatori con % di record con (prima data prospettata –data prenotazione) oppure (data erogazione –data prenotazione) <0, =0, oltre 365 gg	Controllo statistico-formale	Report e Incontro sulle problematiche rilevate su almeno 3 erogatori	Controllo volto a sensibilizzare gli erogatori all'invio di flussi di qualità ed a comprendere ragioni per cui le date sono errate/incomplete /incongruenti	
			Scostamento tra n. di prestazioni e tempi rendicontati nel flusso ex ante ed ex post nelle giornate indice	Controllo statistico formale			
	Qualità dei flussi ed equità di accesso	Congruenza tra flussi ALPI Volumi e 28/san	Controllo strutture che nel 2018 hanno rendicontato <90% della LP (alpi-volumi) in 28/san	Controllo statistico formale		Controllo volto a sensibilizzare gli erogatori a mantenere congruenza tra flussi.	
	Equità di accesso	Rispetto classi di priorità	Controllo erogatori con % U, B, D, P oltre soglia in più del 5% dei record 2018	Controllo statistico formale		Report e Incontro sulle problematiche rilevate su almeno 3 erogatori	
	Accessibilità, gestione agende e presa in carico del cittadino	Verifica dell'attività di prenotazioni e dei CUP aziendali	Aggiornamento del Flusso Mosa	Strutture con elevati volumi di prestazioni erogate	Visita ispettiva	Report di verifica di almeno 3 erogatori	Le visite ispettive saranno 2 nel corso del 2019: una nel primo semestre e l'altra nel secondo.
				Scostamento tra i tempi rendicontati nel flusso ex ante e Mosa nelle giornate indice	Controllo statistico formale	Report e Incontro sulle problematiche rilevate su almeno 3 erogatori	

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatori di misurazione dei controlli	Informazioni aggiuntive
	Appropriatezza prescrittiva	Congruenza tra tipologia di prestazione, priorità, e quesito diagnostico	Tutti gli erogatori	- Analisi della relazione annuale inviata ad ATS da parte degli erogatori su apposito format standard - incontri/tavoli tecnici con specialisti	N° Erogatori inviati relazione e N° Erogatori a cui è stato inviato format = 100% Almeno 2 incontri del tavolo di appropriatezza	

11. Cure Primarie

Sul territorio di ATS Pavia operano n. 373 Medici di Medicina Generale e n. 59 Pediatri di Libera Scelta che risultano così distribuiti:

tabella 44: numero medici di medicina generale e pediatri

Medici di Medicina Generale		
Territorio	Numero MMG	Numero Assistiti
Lomellina	111	104252
Oltrepo	101	97369
Pavese	161	147801
TOTALE	373	349422

Pediatri di Libera Scelta		
Territorio	Numero PLS	Numero Assistiti
Lomellina	20	10999
Oltrepo	12	10555
Pavese	27	19741
TOTALE	59	41295

1.1. Attività di controllo svolta nel 2018

Nel corso del 2018 sono state effettuate le seguenti attività di controllo:

- Verifica della congruenza degli orari di apertura degli studi dei MMG singoli e associati con le previsioni normative (es. fondi aggiuntivi e fondi di qualificazione);
- Attività di controllo sui flussi di rendicontazione al fine di verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate dai MMG (PPIP) estratte da specifico applicativo aziendale (Adiweb), con cadenza periodica e produzione di idonea reportistica, con individuazione delle posizioni che presentino criticità.
- Verifica tramite cruscotto SISS della prescrittività dei MMG e PdF riferita all'anno precedente, in conformità alle indicazioni regionali e successivi adempimenti, secondo quanto previsto dall'ACN vigente (art. 59 bis e ter per i MMG e art. 58 bis e ter per i PdF)
- Verifica annuale della prescrittività SISS $\geq 80\%$.
- Valutazione dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PdF, secondo i criteri stabiliti dalle normative in vigore, relative alle indicazioni e limitazioni stabilite da AIFA.
Verifica sulle ricette con Nota Aifa errata trasmesse dalla UOC Appropriatezza e qualità erogatori.

1.2. Programmazione attività controlli 2019

Per il 2019 si intende proseguire con le seguenti attività di controllo:

Tabella 45: Programmazione anno 2019 attività di controllo cure primarie

Destinatari del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico del controllo	Criteri di inclusione dei destinatari	Tipologia di controllo	Indicatore di misurazione dei controlli	Informazioni aggiuntive
MMG	Verifica delle modalità organizzative e di erogazione delle attività che concorrono alla qualificazione dell'offerta secondo quanto definito dagli accordi regionali	Verifica della congruenza degli orari di apertura degli studi dei MMG singoli e associati con le previsioni normative (es. fondi aggiuntivi e fondi di qualificazione)	MMG che accedono ai fondi di qualificazione dell'offerta	Controllo tramite applicativi aziendali e documentale	N. verifiche effettuate/N. dichiarazioni pervenute = 100%	(ampliamento orario di studio, presenza di personale di studio, presenza di strumentazioni e per la realizzazione delle prestazioni)
MMG	Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP) erogate dai MMG	Analisi dei dati delle prestazioni (PPIP) dei MMG, con individuazione delle posizioni che presentino criticità	MMG che rendicontano PPIP con applicativo Adiweb	Controllo tramite applicativo aziendale.	Reportistica con N. verifiche effettuate / Totale PPIP rendicontate in Adiweb = 20%	Estrazione dati dallo specifico applicativo aziendale (Adiweb) con cadenza periodica
MMG- PdF	L'ACN vigente (art. 59 bis e ter per i MMG e art. 58 bis e ter per i PdF) prevede l'obbligo di prescrizione attraverso strumenti elettronici	Verifica tramite cruscotto SISS della prescrittività dei MMG e PdF riferita all'anno precedente, in conformità alle indicazioni regionali e successivi adempimenti	Tutti i MMG e PdF	Controllo tramite Cruscotto SISS	Verifica annuale sul 100% dei MMG-PdF della prescrittività SISS ≥ 80% e contestazione ai MMG-PdF che risultino con prescrittività inferiore.	
MMG-PdF	Il controllo è volto alla rilevazione di irregolarità prescrittive farmaceutiche/ comportamenti non conformi dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di famiglia (PdF).	Valutazione dei dati inerenti i comportamenti prescrittivi dei MMG/PdF, secondo i criteri stabiliti dalle normative in vigore relativi a inosservanza delle indicazioni e delle limitazioni stabilite da AIFA.	Tutti i MMG e PdF	Analisi delle ricette pervenute dalla UOC Appropriatozza e qualità erogatori	Verifica sul 100% delle Ricette pervenute e conseguente contestazione al	

12. Attività di controllo dei gestori coinvolti nella presa in carico

12.1. Attività di controllo svolta nel 2018

In Regione Lombardia le politiche sanitarie e sociosanitarie ruotano attorno alle necessità della persona e della famiglia. Nel corso degli anni si è cercato di rendere i servizi per la salute sempre più vicini ai bisogni del cittadino con l'intento di consolidare un "sistema" evoluto, moderno, efficace e in linea con le più rilevanti esperienze internazionali e con il mutare delle condizioni demografiche. In relazione al miglioramento della qualità della vita e al conseguente innalzamento dell'età media, nei paesi avanzati circa un terzo della popolazione soffre oggi di patologie croniche. Per rispondere al bisogno di salute dei pazienti cronici - che per la gestione ottimale della patologia/delle patologie di cui soffrono devono sottoporsi regolarmente a controlli periodici, terapie farmacologiche ricorrenti, monitoraggio continuo dell'aderenza terapeutica - in Lombardia è stato attivato un percorso di presa in carico dedicato. Sono stati in primo luogo approvati, nel 2017, i provvedimenti fondamentali a preparare l'avvio del nuovo percorso di presa in carico dei pazienti cronici e fragili: la DGR del X/6461 del 30 gennaio 2017 "Governo delle Domanda" e la DGR X/6551 del 4 maggio 2017 "Riordino della rete di offerta". I due provvedimenti descrivono l'intero ciclo del nuovo modello di cura che Regione Lombardia ha disegnato per garantire alle persone in condizione di cronicità cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute, al fine di semplificare al paziente la gestione della patologia, in un'ottica di sostenibilità generale del sistema. Con successiva DGR n. X/7655 del 28.12.17 sono state inoltre fornite agli Enti sanitari e sociosanitari le indicazioni utili a dare avvio al processo di presa in carico dei pazienti a partire da metà gennaio 2018. In particolare, a partire dal 15 gennaio 2018, i cittadini con patologie croniche assistiti in Lombardia da almeno due anni, sono stati invitati ad aderire alla nuova opportunità dalla Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente con lettera individuale. Il percorso prevede che una volta accettato l'invito, il cittadino possa scegliere il Gestore che prenderà in carico i suoi bisogni di salute e che con lui sottoscriverà un "Patto di Cura" di validità annuale. Successivamente, in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino viene redatto il "Piano di Assistenza Individuale" (PAI), anch'esso di validità annuale, che contiene tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche da cui è affetto. Da quel momento il Gestore accompagna il paziente nel percorso di cura, programmando visite, esami ed altre necessità assistenziali, affiancandolo nell'attuazione dell'intero piano terapeutico. Con DGi di ATS Pavia n. 276 del 4 ottobre 2017 sono stati pubblicati gli elenchi dei Gestori, Co-gestori ed Erogatori ritenuti idonei per ambito territoriale che insistono su ATS Pavia.

Per rendere più evidente l'impatto del nuovo percorso di gestione della cronicità, nella tabella sottostante si riporta l'elenco dei Gestori idonei per la provincia di Pavia con i relativi numeri di PAI redatti (validati e non validati in base all'algoritmo regionale) al 31 dicembre 2018. Per il 2019 si prevede un ulteriore aumento dei valori sotto indicati, soprattutto a carico della CMMC, in seguito anche alla messa a disposizione da parte di Regione Lombardia della nuova stratificazione dei cronici su base dati 2018.

Tabella 46: ENTI GESTORI PRESA IN CARICO

ENTI GESTORI	N. PAI TOTALI AL 31.12.2018
SANITARI	
ASST PAVIA	165
CASA DI CURA VILLA ESPERIA	11
CASA DI CURA LA CITTADELLA SOCIALE	3
FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO C. MONDINO	NESSUN PAI
ICS MAUGERI SPA MONTECANO	1
ICS MAUGERI SPA PAVIA	101
IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	114
ISITUTITI CLINICI DI PAVIA E VIGEVANO	5
SOCIOSANITARI	
BRONI STRADELLA PUBBLICA SRL	NESSUN ARRUOLAMENTO
COOP. SOCIALE ARCOBALENO	NESSUN ARRUOLAMENTO
ENTE CONCORDIA	NESSUN ARRUOLAMENTO
ENTE MORALE PII ISTITUTI UNIFICATI ONLUS	NESSUN ARRUOLAMENTO
ENTE ROSA SOCIETÀ COOP. SOCIALE	NESSUN ARRUOLAMENTO
FOND. CELLA DI RIVARA ONLUS	NESSUN ARRUOLAMENTO
FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI	NESSUN ARRUOLAMENTO
FOND. SAN GERMANO ONLUS	NESSUN ARRUOLAMENTO
FOND. VARNI AGNETTI	NESSUN ARRUOLAMENTO
PIA FAMIGLIA DELLE SORELLE DEL SANTO ROSARIO APOSTOLE DEL LAVORO	NESSUN ARRUOLAMENTO
COOPERATIVE DI MMG/PLS	
COOPERATIVA MEDICI MILANO CENTRO (CMMC)	2.867

Al fine di promuovere il modello di riforma e il necessario cambio di paradigma in approccio proattivo della cronicità, nel mese di maggio 2018 sono stati promossi e organizzati due incontri con la collaborazione di CERISMAS –Università Cattolica del Sacro Cuore - per i professionisti che operano nelle strutture degli Enti gestori della Presa in Carico del paziente cronico della provincia di Pavia.

Sono stati inoltre organizzati 8 incontri nel periodo luglio 2018 – dicembre 2018 presso le sedi degli enti erogatori, aventi la finalità di accompagnamento e supporto metodologico.

Nell'ambito della presa in carico gli interventi di monitoraggio e controllo relativamente all'attuazione del nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici/fragili ai sensi della DGR n. X/6551/2017 che si sono svolti nell'anno 2018 sono stati:

- Monitoraggio dell'aderenza al percorso di cura e terapia di almeno il 10% dei pazienti che hanno sottoscritto un PAI entro il 15/12/2018, con un tetto massimo di 50 PAI, per i Gestori con alti livelli di adesione.

È stato costruito un primo strumento di monitoraggio della compliance dei pazienti che hanno sottoscritto un PAI (validato) rispetto a:

- COMPLIANCE PRESTAZIONI AMBULATORIALI/SPECIALISTICA

- COMPLIANCE PRESTAZIONI LABORATORIALI

avente come periodo di rilevazione dal 15 settembre al 15 dicembre 2018 (tale lasso temporale è stato scelto al fine di ampliare il più possibile il monitoraggio delle prestazioni previste nel PAI).

Da tale monitoraggio sono emersi i seguenti dati significativi: su un totale di 66 PAI analizzati di 6 diversi enti gestori, il 50 % ha valori di compliance relativi alle prestazioni ambulatoriali e alle prestazioni di laboratorio prenotate ed erogate nel periodo di osservazione (3 mesi) superiore al 90%; il rimanente 50 % registra livelli inferiori di compliance a causa di fattori diversi quali: problemi organizzativi, ricoveri in struttura del paziente con PAI e irreperibilità.

12.2. **Programmazione per il 2019**

Nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici/fragili ai sensi della DGR n. X/6551/2017 gli interventi di monitoraggio e controllo per l'anno 2019 che si vogliono intraprendere sono i seguenti:

Tabella 47: Programmazione 2019 attività di controllo presa in carico

Destinatario del controllo	Finalità del controllo	Obiettivo specifico di controllo	Criteri d'inclusione dei destinatari del controllo	Tipologia di controllo	Indicatore di misurazione dei controlli programmati	Informazioni aggiuntive
Gestori PIC	Appropriatezza organizzativa	Organizzazione Centro servizi	Gestori con PAI validi e \geq n. 30 al 15 luglio 2019	Verifica operatività attraverso contatto diretto e/o telefonico	Almeno 1 centro servizio operativo per gestore	
Clinical Manager	Appropriatezza clinica	Verifica PAI non validi	Gestori con PAI validi e \geq n. 30 al 15 luglio 2019	Documentale / Flussi	≥ 60 % dei PAI Validi/ PAI Totali	
Gestori PIC (PAI)	Compliance del paziente	Verifica della compliance da parte dell'utente di quanto prescritto nel PAI (Laboratorio/speci alistica)	Pazienti con PAI Validi	Report su Strumento costruito ad hoc	1 volta l'anno, (tra novembre-dicembre 2019)	

Le azioni pianificate sono nelle more di ulteriori indicazioni da parte di Regione Lombardia.

13. Recupero crediti

Il DM 11 dicembre 2009 ha stabilito che dal 1° luglio 2011 il diritto all'esenzione per reddito dal pagamento del ticket non è più autocertificato dagli assistiti al momento della fruizione delle prestazioni presso le strutture sanitarie erogatrici, ma viene autocertificato dagli interessati presso gli sportelli di "Scelta e Revoca" dei Presidi Territoriali delle ASST.

Come da indicazioni regionali (nota prot. n. H1.2011.0021830 del 19.07.2011), i controlli su tali autocertificazioni spettano alle ATS e sono anche competenti ad irrogare le relative sanzioni amministrative pecuniarie di cui alla Legge n. 689/1981.

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

- identifica i soggetti per i quali operino eventuali clausole di esclusione (ad esempio decesso, esenzioni per invalidità civile o patologie oncologiche, erogazione di macro attività complesse (MAC) ed archivia sul gestionale Tessera Sanitaria tali pratiche;
- elabora l'elenco contenente i nominativi dei soggetti nei confronti dei quali procedere alla contestazione dell'importo ticket non pagato con irrogazione della relativa sanzione mediante procedura informatizzata aziendale;
- procede alla notifica dei verbali di accertamento e contestazione a mezzo posta mediante raccomandata con avviso di ricevimento adottando le procedure previste dalla L. 890/82 e s.m.i.;
- procede con la notifica di ordinanza ingiunzione di pagamento, nel caso di mancato pagamento nei termini di legge, pagamento parziale, non accoglimento delle argomentazioni addotte dal soggetto sanzionato in sede di audizione o di memoria difensiva presentata dal medesimo;
- procede con la notifica della archiviazione della pratica nel caso di accoglimento delle argomentazioni addotte dal soggetto sanzionato in sede di audizione o di memoria difensiva presentata dal medesimo;
- cura la conservazione della documentazione inerente a ciascun illecito amministrativo;
- procede alla chiusura di ogni pratica nel portale TS dopo l'avvenuto pagamento degli importi specificati su verbale d'illecito/ordinanza archiviazione-ingiunzione, fornendo l'esito e ogni specifica eventualmente necessaria.

L'attività sopra descritta ha prodotto per l'anno 2018 la notifica di n. 6.603 posizioni negative relative ad autocertificazioni finalizzate ad attestare l'esenzione dal ticket per status e reddito per un importo complessivo contestato ammontante ad € 1.659.971,68

Da tali contestazione Ats nel 2018 ha incassato un valore pari ad euro:

totale tickets € 234.000

totale sanzioni € 225.000

totale generale € 459.000.

Nell'anno 2019 l'ATS di Pavia proseguirà la propria attività istituzionale di verifica di eventuali irregolarità inerenti le dichiarazioni relative all'esenzione dal pagamento del ticket per la fruizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e assistenza farmaceutica, ai sensi della normativa vigente, integrata dai dettami della Legge Regionale n. 23 del 28 dicembre 2018.

La legge regionale ha previsto che:

- in caso l'utente abbia ricevuto un verbale di accertamento e contestazione entro il 31/12/2018, ha come termine ultimo per procedere al pagamento del solo importo ticket non versato maggiorato degli interessi legali e delle spese del procedimento il 31/12/2019.

- nell'ipotesi in cui l'utente riceva un verbale di accertamento e contestazione entro il 31/12/2019, il termine ultimo per procedere al SOLO pagamento dell'importo ticket maggiorato degli interessi legali e delle spese del procedimento è il 30/04/2020.

Decorso inutilmente i termini di cui sopra l'ATS di Pavia procederà agli atti finalizzati al recupero coattivo degli importi relativi al ticket, agli interessi legali maturati, alle spese di procedimento e alla sanzione amministrativa pecuniaria.

Al fine di assicurare un miglior supporto alla cittadinanza ATS a gennaio 2019 ha organizzato un evento formativo per coinvolgere sia i sindacati, che i CAF e la Federconsumatori per assicurare un'agevole gestione e risoluzione della corretta lettura della contestazione ricevuta.

L'Ats Pavia ha ottenuto anche la collaborazione dell'INPS e soprattutto del Centro per l'impiego per la gestione delle situazioni a maggior rilevanza di criticità in merito all'esenzione per disoccupazione.

In data 1/3/2019 Regione Lombardia con DGR n. 1317 del 25/2/2019 ha stabilito linee guida per un'uniforme applicazione da parte delle ATS di quanto disposto dalla l.r. 23/2018.

A tal proposito si evidenzia che entro inizio luglio scadranno i termini di presentazione delle offerte per la manifestazione d'interesse di Softwarehouse per l'aggiudicazione di un programma che consenta di gestire il cumulo degli anni con "epurazione" delle eventuali prestazioni che potevano essere erogate utilizzando il correlato codice di esenzione per patologia, al fine di ricondurre nei giusti termini il ticket dovuto qualora le prestazioni richieste fossero state prescritte nel modo corretto; inoltre consentirebbe ad ATS il recupero delle somme ticket da effettuare e permetterebbe all'utenza di beneficiare del "condono" al pagamento delle sole quote ticket dovute e relative spese del procedimento esentando l'addebito della sanzione amministrativa.

Si rappresenta oltre, a quanto sopra esposto, che ad oggi risultano pervenute oltre 550 richieste di ravvedimento operoso ai sensi della l.r. 23/2018. Tali istanze saranno trattate con richiesta di sottoscrizione dell'impegno al versamento entro il 30.4.2020 del recupero ticket sanitari e spese del procedimento entro il mese di ottobre, data entro la quale verrà istituito uno sportello dedicato alla gestione di tale processo. Qualora l'importo da recuperare superasse gli 800 euro potrà essere ammessa la possibilità di rateizzazione come da regolamento aziendale adottato a seguito di formale sottoscrizione di impegno al versamento di detta debenza.

14. Vigilanza e controllo sulle associazioni e fondazioni

A seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 23/2015 l'Agenzia Tutela della Salute di Pavia ha proceduto alla ricostituzione della Commissione Interdipartimentale di Controllo delle persone giuridiche di diritto privato che svolgono attività sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale, già attiva presso l'Azienda Sanitaria Locale. Con lo stesso atto è stato approvato il Regolamento per la gestione delle attività di vigilanza e controllo della Commissione stessa.

L'ambito di competenza della Commissione consiste essenzialmente nello svolgimento delle attività di vigilanza, controllo ordinario e controllo straordinario, disciplinate nel regolamento di cui sopra all'art. 6.

Nello specifico, l'attività di **vigilanza** riguarda le persone giuridiche iscritte nel Registro regionale con sede nel territorio di competenza dell'ATS di Pavia e si esplica nel monitoraggio dell'aggiornamento degli elenchi trasmessi annualmente da Regione Lombardia e nella verifica d'ufficio dell'iscrizione presso la CCIAA con particolare riferimento al termine ordinario di scadenza degli organi di amministrazione. Si realizza altresì mediante l'acquisizione della relazione annuale di attività.

L'attività di **controllo ordinario** riguarda un campione degli Enti di cui al sopra citato Registro, selezionato sulla base di criteri definiti dalla Commissione ed esplicitati nella programmazione annualmente definita. Sono oggetto di controllo, di norma, al fine di verificarne la conformità con lo statuto/ atto fondativo, i seguenti atti: atto di nomina/sostituzione dei componenti del Consiglio di Amministrazione; atto di modifica dello statuto, atti di straordinaria amministrazione, relazione annuale di bilancio e/o relazione dell'organo di controllo (con particolare riguardo ad eventuali perdite di esercizio).

Il **controllo straordinario** riguarda le situazioni oggetto di segnalazione o quelle emergenti nel corso dell'attività di vigilanza della Commissione.

14.1. Sintesi attività svolta nel 2018

Nel corso dell'anno 2018 è stata effettuata l'attività di **vigilanza** nei confronti degli Enti presenti nell'elenco pervenuto dai competenti uffici della Regione Lombardia per il tramite dell'ATS di Brescia con nota prot. ATS Pavia n. 28171 del 14 giugno 2018, come da disposizione di Regione Lombardia. Le persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito sanitario, sociosanitario e socioassistenziale presenti nell'elenco sono n. 75 (di cui n. 16 operanti in ambito sanitario e n. 59 in ambito sociosanitario e socio assistenziale).

Nel corso del periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2018 la Commissione ha articolato la propria attività in 28 incontri complessivi di cui 11 in seduta plenaria e 16 incontri in gruppo ristretto (come previsto dall'art. 5 del regolamento di funzionamento a suo tempo approvato). Le riunioni sono state regolarmente verbalizzate e la relativa documentazione è disponibile agli atti.

L'attività svolta è consistita in :

- richiesta alle strutture sottoposte a vigilanza e controllo di documentazione;
- contatti diretti con Legali Rappresentanti degli Enti interessati, mediante appositi incontri verbalizzati;
- analisi e approfondimento della normativa di riferimento.

In merito alla normativa di riferimento, nel 2018 si è dovuto tenere conto delle modifiche introdotte dal D.Lgs n. 117 del 3/07/2017, ancora in corso di implementazione.

Per quanto concerne l'attività di controllo relativa all'anno 2018 la Commissione ha effettuato le verifiche previste su n. 10 enti individuati con i seguenti criteri:

- 1) Enti che hanno evidenziato carenze/criticità rispetto alla presentazione della documentazione richiesta;
- 2) Enti per i quali, viste le rendicontazioni economiche relative all'anno 2017, si è ritenuto necessario svolgere ulteriori approfondimenti.

La Commissione ha inoltre proseguito nell'azione di controllo avviata nel 2017 ed ancora in corso nei confronti di n. 2 Enti.

14.2. Attività programmata per l'anno 2019

A seguito del rinnovo della Direzione Strategica dell'ATS Pavia si è provveduto ad aggiornare con decreto n. 116/Dgi del 25/03/2019 il "Regolamento per la gestione delle attività di vigilanza e controllo ex artt.23 e 25 del Codice Civile sulle persone giuridiche di diritto privato che svolgono attività sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale" che sostituisce il Regolamento adottato con decreto dell'ATS di Pavia n. 267/Dgi del 28 settembre 2017.

Con successivo decreto n. 125/Dgi del 28/03/2019 è stata nominata la Commissione Interdipartimentale di Controllo preposta alle funzioni di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche di diritto privato che svolgono attività sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale.

Nel corso dell'anno 2019 proseguirà l'attività di **vigilanza** nei confronti degli Enti, in analogia a quanto messo in atto nel corso dell'anno 2018.

Si intende procedere alla definizione di criteri uniformi da utilizzare per l'esame dei documenti contabili/bilanci redatti dalle istituzioni. In relazione alla documentazione pervenuta verrà avviata, con l'ausilio dell'esperto esterno alla Commissione, una ricognizione sulle istituzioni al fine di verificare e catalogare le informazioni raccolte onde procedere all'eventuale attività di **controllo**, anche straordinario, laddove necessario.

L'attività di **controllo** proseguirà anche nei confronti delle fondazioni/persone giuridiche di diritto privato già interessate nel corso dell'anno 2018.

15. Customer satisfaction

15.1. Attività svolta nel 2018

Nel corso del 2018, con nota prot. n. 3034 del 23.01.2018 sono stati trasmessi al recapito customer@regione.lombardia.it, in riferimento alla nota pervenuta dalla D.G. Welfare il 29.12.2017 avente ad oggetto “*Rilevazione annuale Customer Satisfaction: flussi informativi anno 2017 – DGR VII/8504/02 e smi, DGR X/3993/15, DGR X/7600/17*”, i flussi informativi relativi alla rilevazione annuale customer satisfaction – anno 2017 (questionari, reclami e azioni di miglioramento) prodotti da tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del territorio.

Con nota prot. n. 26151 del 1.06.2018, l'ATS di Pavia ha provveduto a trasmettere ai Legali Rappresentanti di tutte le strutture che svolgono attività di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale accreditate dell'ambito territoriale di riferimento la nota (con relativi allegati) pervenuta dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia inerente la nuova modalità di trasmissione dei flussi dei dati derivanti dalla rilevazione della Customer Satisfaction tramite accesso al Sistema di Accoglienza Modulare SMAF. Con la stessa nota è stato indicato il termine del 14 giugno 2018 per la compilazione e l'invio del modulo per la profilazione/autorizzazione degli operatori indicati da ciascun ente al recapito customer_satisfaction@ats-pavia.it.

Con nota prot. n. 29209 del 20.06.2018 è stata trasmessa ai Legali Rappresentanti di tutte le strutture che svolgono attività di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale accreditate della provincia di Pavia la nota pervenuta dalla D.G. Welfare riportante ulteriori indicazioni operative relative alla nuova modalità di trasmissione dei flussi di dati derivanti dalla messa in atto delle indagini finalizzate alla rilevazione della customer satisfaction tramite accesso al Sistema di Accoglienza Modulare SMAF.

Con la stessa nota sono stati invitati i referenti dei flussi informativi customer satisfaction delle strutture erogatrici ad un incontro con i referenti regionali finalizzato ad approfondire le tematiche connesse alla gestione operativa di tali flussi informativi.

Con nota prot. n. 30078 del 25.06.2018 è stata confermata alla referente per i flussi informativi customer satisfaction della D.G. Welfare di Regione Lombardia l'opportunità di un confronto con i referenti individuati dalle strutture pubbliche e private accreditate con particolare attenzione agli aspetti di tipo tecnico-informatico.

L'incontro di cui sopra si è svolto giovedì 28 giugno 2018 presso la sede centrale dell'ATS di Pavia.

15.2. Programmazione attività 2019

Nel 2019, con nota prot. n. 5083 del 28.01.2019, sono stati trasmessi al recapito customer@regione.lombardia.it, in riferimento alla nota pervenuta il 20.12.2018 da Regione Lombardia (D.G. Welfare) avente ad oggetto “*Rilevazione annuale Customer Satisfaction: flussi informativi anno 2018 – DGR XI/1046/2018*” i flussi informativi relativi al 2018 inerenti i reclami pervenuti alle strutture pubbliche e private accreditate dell'ambito territoriale di riferimento e le azioni di miglioramento indicate dalle stesse come da richiesta dell'ATS.

Nel corso dell'anno ci si atterrà a quanto indicato nella D.G.R. n. XI/1046 del 17.12.2018 (Regole 2019) al punto 5.3.10, pertanto, nelle more della costituzione di un apposito gruppo di lavoro per l'individuazione di strategie per l'implementazione del modello di rilevazione in materia di governo della Customer Satisfaction, dovrà essere considerata prioritaria, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale e la partecipazione ad iniziative, in collaborazione con i competenti Uffici della Direzione Generale Welfare, mirate alla predisposizione di linee guida per la rilevazione della Customer Satisfaction, in particolare per la messa a regime della modalità di rilevazione attraverso l'interfaccia SMAF che dal giugno 2018 ne istituisce il flusso.