

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Bergamo

## **PIANO DEI CONTROLLI**

**Anno 2018**

(ai sensi della DGR X/7600 del 20/12/2017)

**ATS della Provincia di Bergamo**

**dott. Mara AZZI**

Direttore Generale



# INDICE

|                                                                                  |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <i>Premessa - Contesto territoriale ATS BG</i>                                   | <i>pag. 1</i>   |
| <i>Area sanitaria - Rete d'offerta delle strutture accreditate</i>               | <i>pag. 7</i>   |
| <i>Nucleo Operativo di Controllo degli Erogatori - Ricovero (Nocer)</i>          | <i>pag. 10</i>  |
| <i>Nucleo Operativo di Controllo degli Erogatori - Ambulatoriale (Nocea)</i>     | <i>pag. 20</i>  |
| <i>Recuperi ticket</i>                                                           | <i>pag. 30</i>  |
| <i>Servizio Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie</i>              | <i>pag. 32</i>  |
| <i>Negoziazione e Acquisto prestazioni sanitarie</i>                             | <i>pag. 38</i>  |
| <i>Area Salute Mentale</i>                                                       | <i>pag. 39</i>  |
| <i>Accreditamento, Vigilanza e Controllo (AVC) Area Sociosanitaria e Sociale</i> | <i>pag. 41</i>  |
| <i>Servizio Farmaceutico Territoriale</i>                                        | <i>pag. 99</i>  |
| <i>Dipartimento Cure primarie</i>                                                | <i>pag. 106</i> |

Il presente Piano dei Controlli è redatto sulla base delle indicazioni fornite dalla d.g.r. n. X/7600 del 20.12.2017 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2018”, e, come disposto nella d.g.r. n. X/7923 del 26.02.2018, nelle more dell’approvazione del Piano dei controlli e dei protocolli dell’Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo (ACSS), in continuità con quanto definito nel Piano dei controlli di cui alla d.g.r. X/6502 del 21.04.2017 proposto dall’ACSS costituita ai sensi dell’art.11, comma 4, lettera a) della l.r. 23/15 quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, in grado di garantire continuità, uniformità, equità e sviluppo alle attività di verifica e controllo.

Si configura quale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo, esplicitando le strategie, gli obiettivi e gli indicatori al fine di garantire il miglioramento continuo dei servizi forniti.

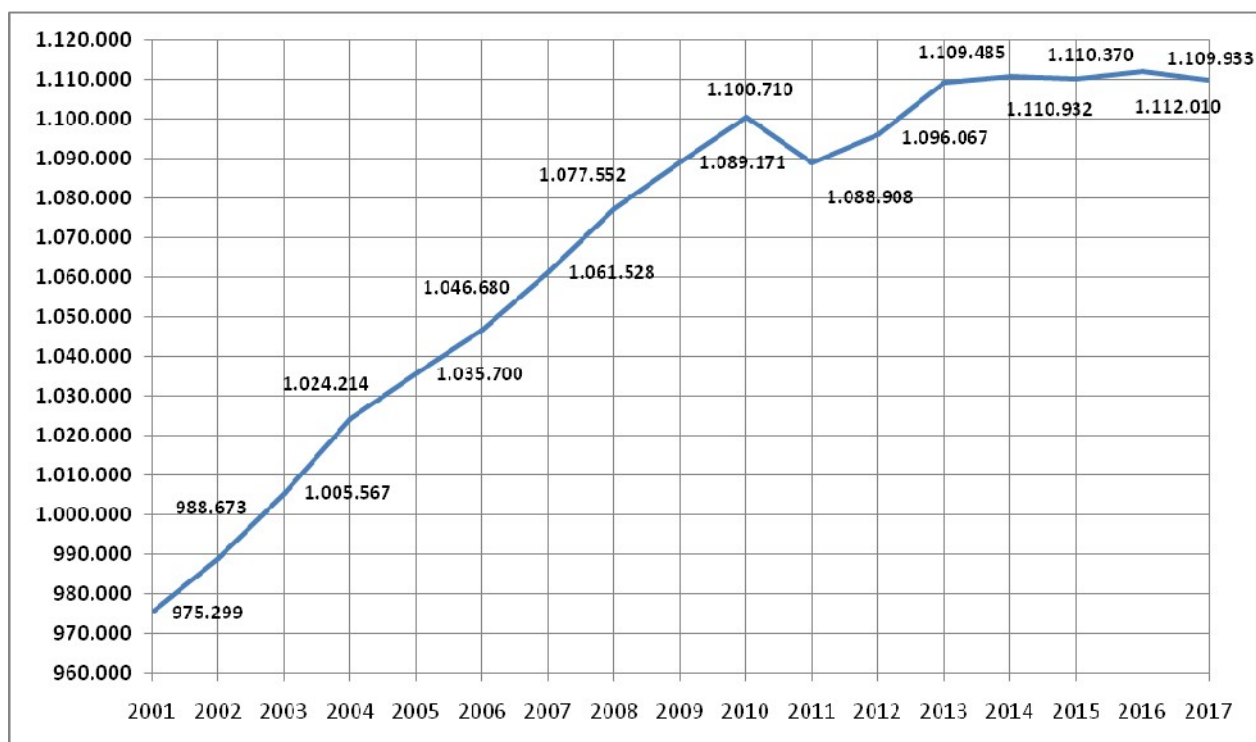
Alle Agenzie di tutela della Salute sono infatti attribuite, ai sensi dell’art. 6 comma 3, lettera i) della l.r. 23/15, “ *le funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d’offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall’articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall’agenzia di controllo di cui all’articolo 11*”

## Il contesto territoriale dell’ATS di Bergamo

Il territorio di competenza dell’ATS Bergamo coincide con quello della provincia di Bergamo, per estensione la quarta provincia della Lombardia, e si estende su un’area di 2.722,86 kmq, di cui il 64% costituito da rilievi montuosi, con difficoltà di comunicazione a causa della configurazione orografica. Nelle aree montane risiede circa il 21% della popolazione. Il territorio provinciale è delimitato da due grandi fiumi che scendono paralleli - l’Oglio a est, l’Adda a ovest - chiuso a nord dalle Alpi Orobie ed aperto verso la pianura padana a sud. Il settore industriale rappresenta il 53% delle attività. Al suo interno il comparto maggiore è l’edilizia (15%), seguito dalla meccanica, dal tessile, dall’abbigliamento e dal chimico-plastico. Il settore terziario raccoglie il 44% dell’economia provinciale, mentre le attività agricole non superano il 3%. Nell’area metropolitana cresce la presenza del terziario che occupa il 70% delle attività tra pubblico impiego, distribuzione e servizi alle imprese (dati sito ufficiale Provincia di Bergamo).

Lo sviluppo degli ultimi 40 anni ha portato la città capoluogo al centro di una conurbazione di oltre 350.000 abitanti formalmente ripartiti in 34 comuni: quindi circa un terzo della popolazione della provincia è concentrato nella ridotta area metropolitana. La popolazione residente in provincia di Bergamo risulta essere pari a 1.109.933 di cui 549.853 uomini e 560.080 donne (fonte dati: ISTAT al 01.01.2017), distribuita in 242 comuni di cui il 98% con popolazione inferiore ai 20.000 abitanti, suddivisi in 3 distretti e 14 ambiti socio sanitari.

### Trend popolazione Residente Provincia di Bergamo dal 2001 al 2017



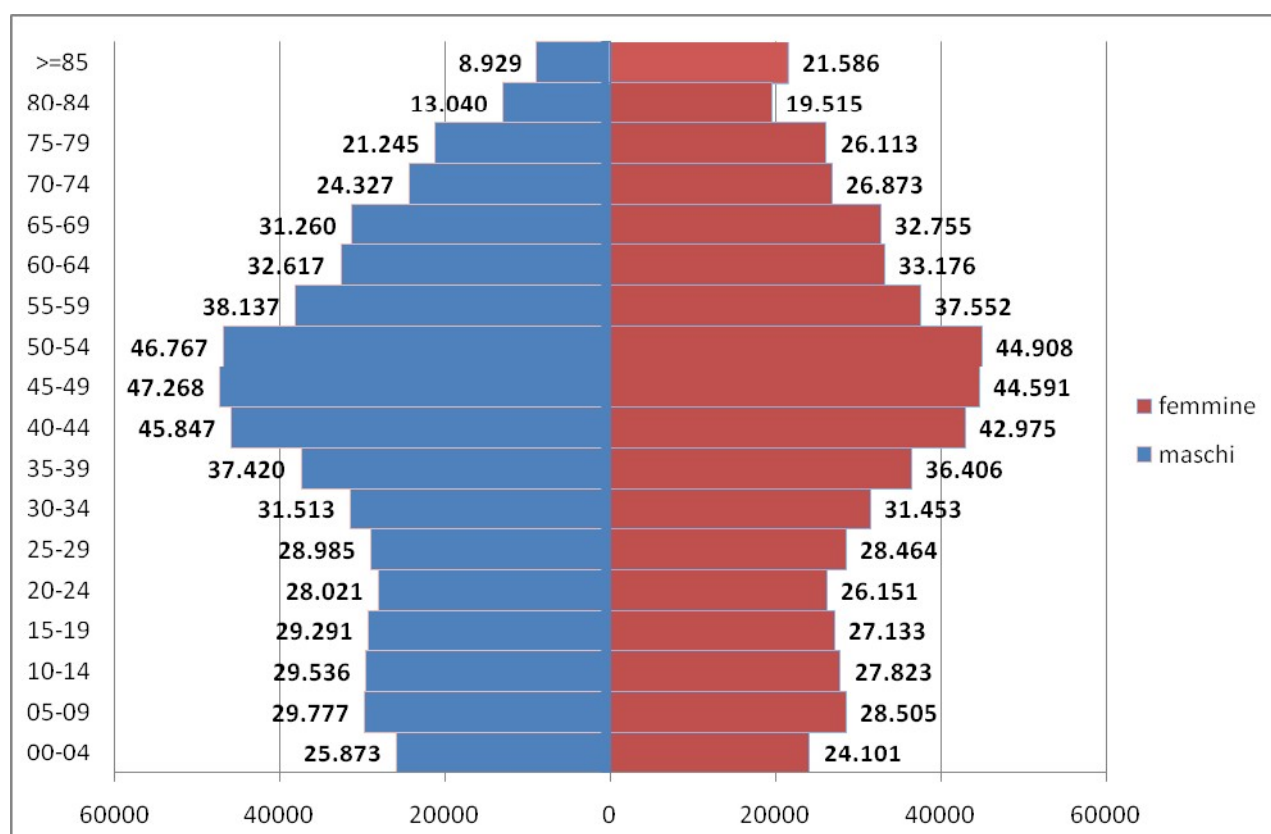
Fonte: Rielaborazioni su dati Tuttitalia da Censimenti Istat al 31 dicembre, per l'anno 2017 al 1.1.17

La distribuzione della popolazione per classi di età e genere è la seguente:

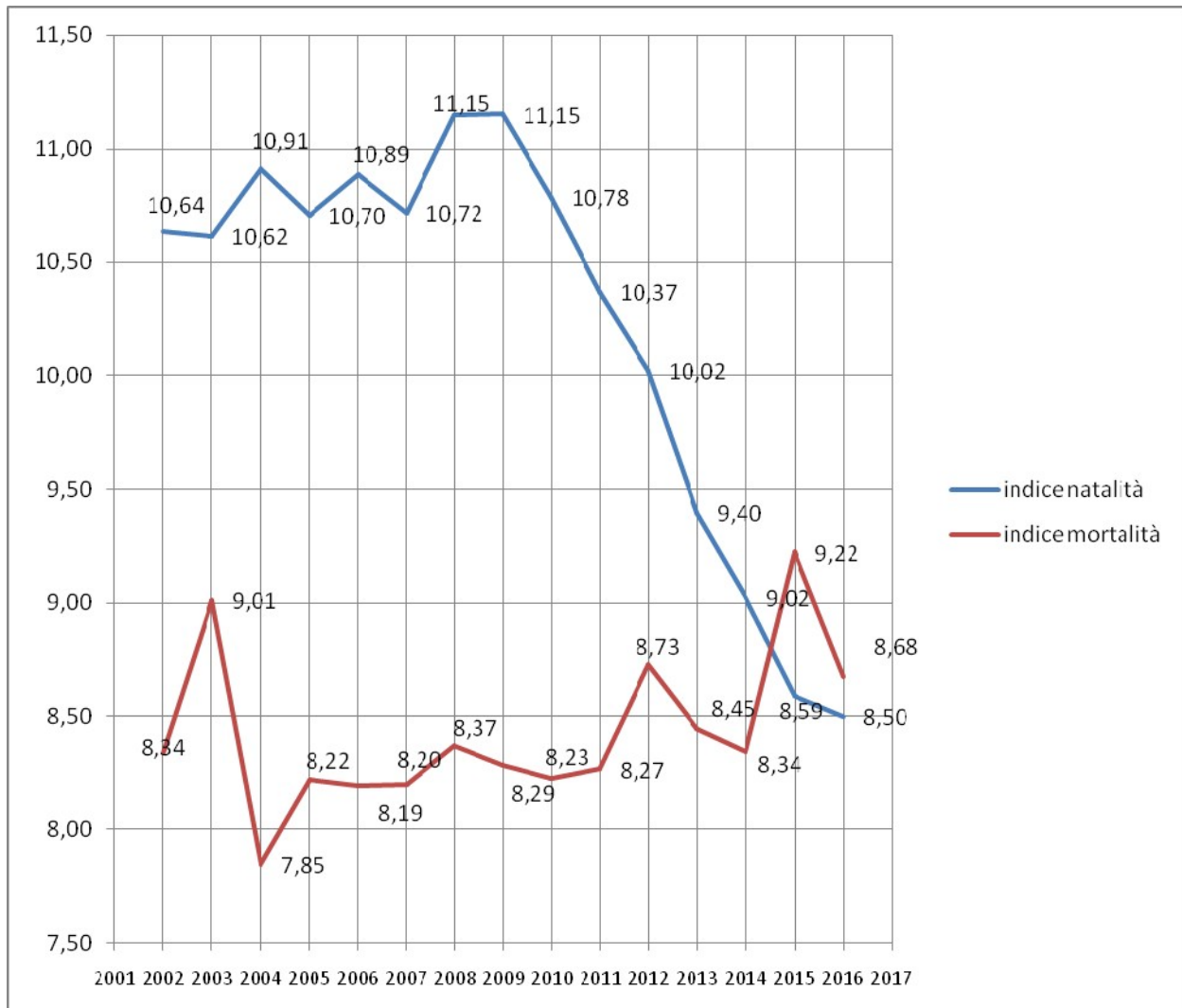
#### Provincia di Bergamo Popolazione residente al 1/1/2017 per classi di età e sesso

| Classi di età | Maschi         | Femmine        | Totali           |
|---------------|----------------|----------------|------------------|
| 00-04         | 25.873         | 24.101         | 49.974           |
| 05-09         | 29.777         | 28.505         | 58.282           |
| 10-14         | 29.536         | 27.823         | 57.359           |
| 15-19         | 29.291         | 27.133         | 56.424           |
| 20-24         | 28.021         | 26.151         | 54.172           |
| 25-29         | 28.985         | 28.464         | 57.449           |
| 30-34         | 31.513         | 31.453         | 62.966           |
| 35-39         | 37.420         | 36.406         | 73.826           |
| 40-44         | 45.847         | 42.975         | 88.822           |
| 45-49         | 47.268         | 44.591         | 91.859           |
| 50-54         | 46.767         | 44.908         | 91.675           |
| 55-59         | 38.137         | 37.552         | 75.689           |
| 60-64         | 32.617         | 33.176         | 65.793           |
| 65-69         | 31.260         | 32.755         | 64.015           |
| 70-74         | 24.327         | 26.873         | 51.200           |
| 75-79         | 21.245         | 26.113         | 47.358           |
| 80-84         | 13.040         | 19.515         | 32.555           |
| >=85          | 8.929          | 21.586         | 30.515           |
| <b>totale</b> | <b>549.853</b> | <b>560.080</b> | <b>1.109.933</b> |

### Piramide della popolazione residente in Provincia di Bergamo



### Indici di Natalità e mortalità Provincia di Bergamo



La dinamica demografica della provincia è stata caratterizzata, in questi ultimi quindici anni, da un tasso di natalità tendenzialmente decrescente e da un basso tasso di mortalità complessiva, congiuntamente ad un saldo migratorio positivo.

Il saldo naturale positivo coniugato con il saldo migratorio positivo ha determinato, fino al 2014, un costante sviluppo della popolazione, che nell'ultimo triennio, si è tuttavia tendenzialmente stabilizzato. Tale tendenza alla stabilizzazione è dovuta alla presenza di cittadini di origine straniera.

La struttura demografica della popolazione presenta un indice di vecchiaia pari a 136,25, con ulteriore incremento rispetto all'anno precedente (pari a 131,96).

Il tasso di natalità resta leggermente in calo (8,50 per 1.000 abitanti, rispetto a 8,59 per 1.000 abitanti dell'anno precedente). L'indice di crescita naturale si riduce anch'esso, passando da -1,27 a -2,34

Il quoziente di mortalità generale della provincia di Bergamo, è pari a 8,68 per 1.000 abitanti, inferiore rispetto al quoziente medio di Regione Lombardia (9,42 per 1.000 ab.) e Italia (10,15 per 1.000 ab.).

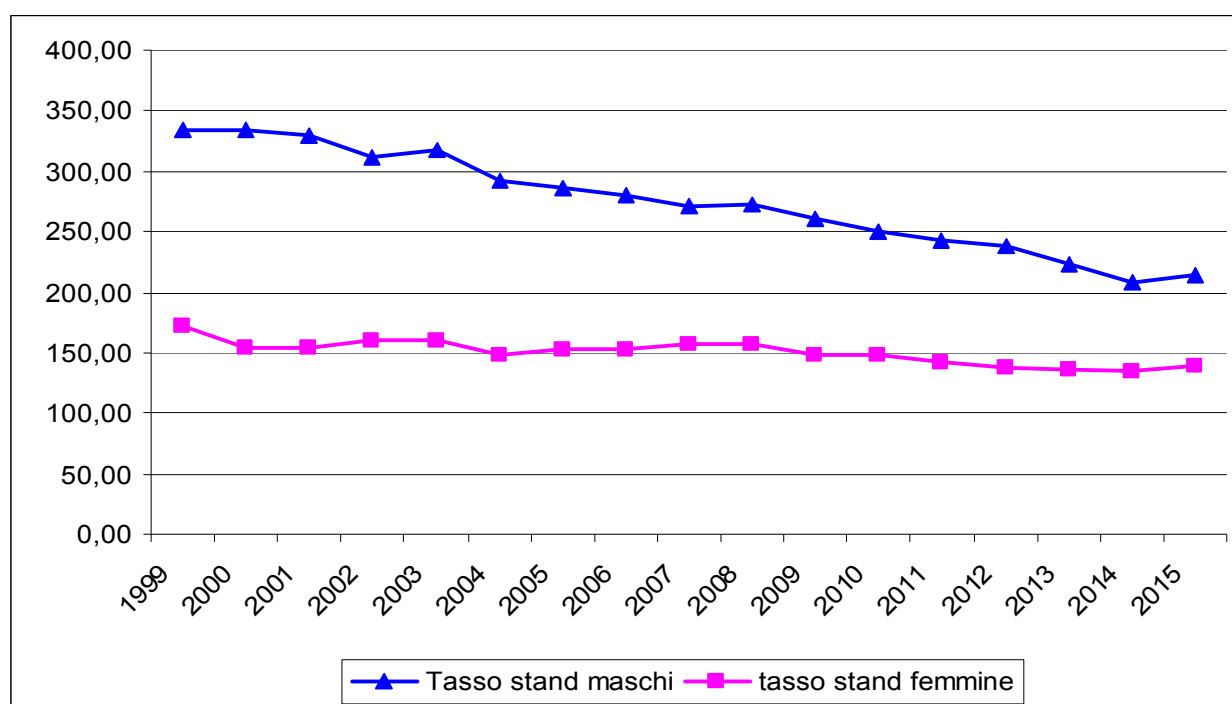
La tabella che segue descrive la mortalità proporzionale per i principali gruppi di patologie, per i maschi e per le femmine.

| GRUPPI DI PATOLOGIE-MORTALITÀ PROPORZIONALE | % MASCHI | % FEMMINE | % TOTALE |
|---------------------------------------------|----------|-----------|----------|
| Tumori                                      | 39,50    | 29,49     | 34,23    |
| Malattie del sistema circolatorio           | 29,31    | 36,16     | 32,92    |
| Malattie dell'apparato respiratorie         | 7,06     | 6,37      | 6,69     |
| Malattie del sistema nervoso                | 3,99     | 5,63      | 4,85     |
| Trumatismi e incidenti                      | 5,14     | 3,12      | 4,08     |
| Altro                                       | 15,00    | 19,23     | 17,23    |

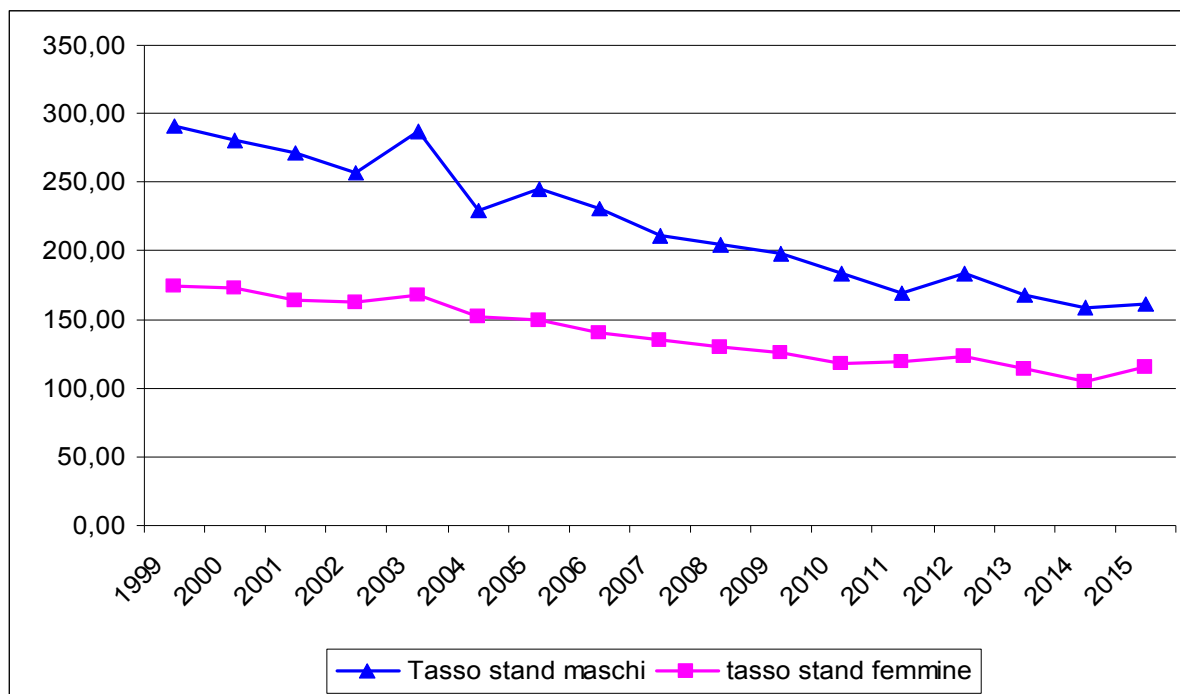
L'ATS Bergamo è caratterizzata da un'elevata incidenza della mortalità per cause tumorali, significativamente superiore al dato medio regionale. Particolare rilevanza è assunta dai tumori dell'apparato gastroenterico (fegato, stomaco e pancreas). I tassi di mortalità per tumore al polmone e alla mammella sono in linea con i rispettivi tassi regionali, così come quello per cause cardiovascolari. Un dato positivo emerge altresì per i tumori della mammella, in cui il tasso di mortalità è ampiamente al di sotto del tasso regionale, a testimonianza dell'utilità delle azioni di prevenzione attivate. Di converso, il tasso di mortalità per cause cardiovascolari risulta in linea con i dati regionali.

E' rilevante verificare come i trend temporali per genere siano differenziati: negli uomini è in costante flessione, mentre nelle donne è sostanzialmente stabile. I trend relativi alla mortalità per patologie cardiovascolari mostrano invece una costante flessione in entrambi i generi.

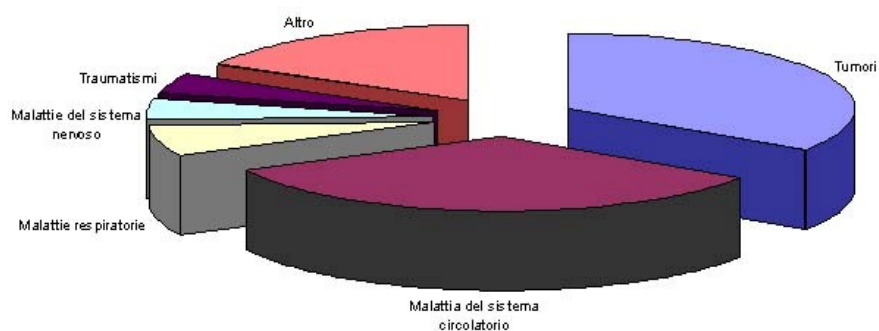
- Tassi di mortalità per tumori - tasso standardizzato  
(x 100.000 - Popolazione di riferimento: popolazione standard europea)



- Tassi di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio - tasso standardizzato  
(x 100.000 - Popolazione di riferimento: popolazione standard europea)



- Mortalità proporzionale per grandi cause



## Area sanitaria

### Rete d'offerta delle strutture accreditate

Il territorio dell'ATS di Bergamo presenta una rete d'offerta sanitaria ampia e diversificata, in presenza di diversi punti di erogazione in capo ad Enti di diritto pubblico e privato, strutturati tra ambito ospedaliero e rete territoriale, accreditati e contrattualizzati col Servizio Sanitario Regionale.

La disponibilità di posti letto appare adeguata al fabbisogno della popolazione, sebbene i provvedimenti regionali di programmazione di riduzione della dotazione di posti letto effettivamente a carico del Servizio Sanitario e la sospensione degli accreditamenti e contrattualizzazione per attività di ricovero per acuti, abbiano portato ad una progressiva riduzione, a partire dal 2010, del numero di posti letto ordinari e di quelli di day hospital.

Sono formalmente accreditati e a contratto n. 4067 posti letto, di cui 3.794 ordinari e 273 a ciclo diurno. In area riabilitativa sono presenti n. 766 posti letto di degenza ordinaria e n. 15 posti letto di DH accreditati e a contratto. La disponibilità di posti letto attivi e a contratto nell'area per acuti così come per l'area riabilitativa è pressoché in linea con gli standard nazionali.

I ricoveri complessivamente registrati nel 2017 a favore di cittadini bergamaschi, ovunque erogati, è stato pari a 142.301; la tabella successiva mostra le rispettive quote proporzionali tra degenze ordinarie, day hospital e degenze per sub-acuti.

| Tipo ricovero     | Freq.   | %     |
|-------------------|---------|-------|
| Degenza Ordinaria | 117246  | 82,4  |
| Day Hospital      | 23.663  | 16,6  |
| Sub-acuti         | 1.392   | 1,0   |
| Totale            | 142.301 | 100,0 |

Il tasso di ospedalizzazione dei pazienti bergamaschi si conferma in costante diminuzione, con un valore di 106 ricoveri ordinari per 1000 nel 2017, in particolare in funzione del trasferimento delle prestazioni dal setting di ricovero a quello di tipo ambulatoriale. Rimane sostanzialmente costante la quota di mobilità passiva, che nel 2017 è pari a 13,5%.

I ricoveri complessivamente erogati dalle strutture bergamasche, ad assistiti della provincia e di fuori provincia, sono stati nel 2017 pari a 157.726. Di questi, 34.578 sono stati a favore di assistiti non bergamaschi. La mobilità attiva è stata quindi pari a 21,9%.

La distribuzione territoriale delle attività presenti al 31/12/2017 viene riassunta e visualizzata nelle tabelle successive.

| Totale posti letto pubblici 2017 |                                    |                         |            |                         |                              |          |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------------------------|----------|
|                                  |                                    | posti letto a contratto |            | totale p.l. a contratto | totale p. l. non a contratto |          |
|                                  |                                    | ordinari                | Dh/Ds      |                         | ordinari                     | Dh/Ds    |
| ASST BERGAMO EST                 | PO Bolognini Seriate               | 236                     | 21         | 257                     | 0                            | 0        |
|                                  | PO SS.Capitanio e Gerosa Lovere    | 79                      | 6          | 85                      | 0                            | 0        |
|                                  | PO Pesenti Fenaroli Alzano Lomb.   | 212                     | 11         | 223                     | 0                            | 0        |
|                                  | PO Briolini Gazzaniga              | 48                      | 0          | 48                      | 0                            | 0        |
|                                  | PO MO A. Locatelli Piario          | 95                      | 13         | 108                     | 0                            | 0        |
|                                  | PO F.M. Passi Calcinata (sospesi)  | 87                      | 2          | 89                      | 0                            | 0        |
| ASST BERGAMO OVEST               | PO Treviglio Caravaggio            | 378                     | 27         | 405                     | 0                            | 0        |
|                                  | PO SS. Trinità Romano di Lombardia | 178                     | 13         | 191                     | 0                            | 0        |
| ASST PAPA GIOVANNI               | PO Civile San Giovanni Bianco      | 99                      | 4          | 103                     | 0                            | 0        |
|                                  | Ospedale Papa Giovanni XXIII       | 953                     | 71         | 1024                    | 0                            | 0        |
|                                  | <b>Totale</b>                      | <b>2365</b>             | <b>168</b> | <b>2533</b>             | <b>0</b>                     | <b>0</b> |

| Posti tecnici |                                                   |            |           |            |             |           |            |            |
|---------------|---------------------------------------------------|------------|-----------|------------|-------------|-----------|------------|------------|
|               |                                                   | Dialisi    | Cal       | Mac        | Cure subac. | BIC       | Nido       | Cure Pall. |
| 030350        | Ferb Onlus - Ospedale "S. Isidoro"                |            |           | 4          |             |           |            |            |
| 030143        | Casa di Cura Privata Cliniche Gavazzeni Gavazzeni | 13         |           | 2          |             | 2         |            |            |
| 030144        | Casa di Cura "Beato Palazzolo"                    |            |           | 2          | 5           | 1         |            | 12         |
| 030145        | Clinica Castelli Spa                              |            |           | 2          | 5           | 2         |            |            |
| 030146        | Casa di Cura San Francesco                        |            |           | 2          | 10          | 2         |            |            |
| 030149        | Istituto Clinico Quarenghi s.r.l.                 |            |           | 1          |             |           |            |            |
| 030147        | Policlinico San Marco                             | 20         |           | 9          | 10          | 3         |            |            |
| 030148        | Policlinico San Pietro                            | 23         |           | 10         | 12          | 2         | 16         |            |
| 030379        | Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico     |            |           | 11         |             |           |            |            |
| 030356        | Istituto Clinico Habilita                         |            |           | 4          |             |           |            |            |
| 030905        | Ospedale Papa Giovanni XXIII                      | 30         | 27        | 79         |             | 14        | 44         | 12         |
| 030140        | PO Bolognini Seriate                              |            |           | 10         |             | 9         | 20         |            |
| 030136        | PO Briolini Gazzaniga                             |            |           | 4          |             |           |            |            |
| 030133        | PO Pesenti Fenaroli Alzano Lomb.                  |            |           | 17         |             | 3         | 21         |            |
| 030137        | PO SS.Capitanio e Gerosa Lovere                   |            |           | 1          | 12          | 2         |            |            |
| 030382        | PO MO A. Locatelli Piario                         |            |           | 11         | 10          | 4         | 10         |            |
| 030131        | PO Treviglio Caravaggio                           | 25         |           | 16         |             | 4         | 24         |            |
| 030138        | PO SS. Trinità Romano di Lombardia                |            | 12        | 10         | 10          | 3         |            |            |
| 030132        | PO Civile San Giovanni Bianco                     |            |           | 8          | 16          | 3         |            |            |
| 030134        | PO F.M. Passi Calcinata                           |            |           |            | 20          | 2         | 0          |            |
| 030361        | Habilita San Donato                               |            |           |            |             |           |            |            |
| 030360        | FERB Gazzaniga                                    |            |           |            |             |           |            |            |
| 030354        | Nephrocare Spa                                    | 22         | 34        |            |             |           |            |            |
|               | <b>Totale</b>                                     | <b>133</b> | <b>73</b> | <b>203</b> | <b>110</b>  | <b>59</b> | <b>135</b> | <b>24</b>  |

| Totale posti letto Strutture private autorizzate e/o accreditate 2017 |                                                                     |                         |            |                                |                                         |           |                                              |                              |          |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|------------------------------|----------|
|                                                                       |                                                                     | posti letto a contratto |            | totale posti letto a contratto | posti letto accreditati non a contratto |           | Tot. posti letto accreditati non a contratto | posti letto solo autorizzati |          |
|                                                                       |                                                                     | ordinari                | Dh/Ds      |                                | ordinari                                | Dh/Ds     |                                              | ordinari                     | Dh/Ds    |
| 030144                                                                | Casa di Cura "Beato Palazzolo"                                      | 118                     | 10         | 128                            | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030145                                                                | Clinica Castelli Spa                                                | 90                      | 7          | 97                             | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030143                                                                | Casa di Cura Privata Cliniche Gavazzeni Gavazzeni                   | 169                     | 9          | 178                            | 104                                     | 27        | 131                                          | 8                            |          |
| 030146                                                                | Casa di Cura San Francesco                                          | 132                     | 3          | 135                            | 23                                      | 0         | 23                                           |                              |          |
| 030149                                                                | Istituto Clinico Quarenghi s.r.l.                                   | 98                      | 1          | 99                             | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030147                                                                | Policlinico San Marco                                               | 265                     | 29         | 294                            | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030148                                                                | Policlinico San Pietro                                              | 254                     | 34         | 288                            | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030350                                                                | Ferb Onlus - Ospedale "S. Isidoro"                                  | 87                      | 0          | 87                             | 0                                       | 1         | 1                                            |                              |          |
| 030360                                                                | FERB Gazzaniga                                                      | 46                      | 0          | 46                             | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030356                                                                | Istituto Clinico Habilita                                           | 53                      | 6          | 59                             | 28                                      | 0         | 28                                           |                              |          |
| 030379                                                                | Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico                       | 107                     | 6          | 113                            | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030361                                                                | Habilita San Donato                                                 | 0                       | 0          | 0                              | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 02947250169                                                           | Chir One Day Clinic                                                 | 0                       | 0          | 0                              | 0                                       | 2         | 2                                            |                              |          |
| 0301014                                                               | Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Dacco' | 0                       | 0          | 0                              | 8                                       | 10        | 18                                           |                              |          |
| 030354                                                                | Nephrocare Spa                                                      | 10                      | 0          | 10                             | 0                                       | 0         | 0                                            |                              |          |
| 030337                                                                | Villa S. Apollonia s.r.l.                                           |                         |            |                                |                                         |           |                                              | 16                           | 4        |
|                                                                       | <b>Totale</b>                                                       | <b>1429</b>             | <b>105</b> | <b>1534</b>                    | <b>163</b>                              | <b>40</b> | <b>203</b>                                   | <b>24</b>                    | <b>4</b> |

Strutture territoriali accreditate e contrattualizzate

| Tipologia di attività                     | pubblici | privati |
|-------------------------------------------|----------|---------|
| Poliambulatori                            | 11       | 13      |
| Centri di medicina dello sport            | 1        | 8       |
| Laboratori analisi                        |          | 3       |
| Psichiatria/NPIA (CRA-CRM-CPA-CPM-CPB-CD) | 25       | 25      |

### Introduzione

Il NOCE/Ricoveri dell'ATS di Bergamo effettua attività di controllo delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero presso le strutture pubbliche e private accreditate esistenti sul territorio provinciale, in conformità alle indicazioni riguardanti le tipologie di controlli definite da Regione Lombardia (D.G.R. n. X/2989/2014 e X/3993/2015)

I controlli delle SDO effettuati dal NOCE/Ricoveri hanno ottemperato ai contenuti del Piano dei Controlli della ATS di Bergamo riguardante l'anno 2017 e adottato con Deliberazione del Direttore Generale n°327 del 28/04/2017.

I controlli effettuati sono stati eseguiti per verifica di congruenza tra: dati inviati dagli enti erogatori accreditati, le codifiche riportate sulla SDO, le informazioni desunte dall'esame accurato dell'intera cartella clinica depositata e custodita presso le varie strutture pubbliche e private accreditate.

Dal 2013, le Regole di sistema hanno disposto l'ulteriore innalzamento (DGR n. 4334/2012, c.d. Regole d'Esercizio 2013) della quota minima attesa per il controllo delle cartelle cliniche al 14% e l'introduzione dell'autocontrollo di congruenza (4% mirato) da parte degli erogatori che individuando ogni anno, in sinergia con il NOC della ATS, gli ambiti di controllo.

### Tipologia dei controlli

Come da indicazione regionale DGR 5954 del 5/12/2016 si è provveduto al controllo del 14% delle SDO così suddivise:

- quota di almeno il 7%: riferita ad attività di controllo di congruenza e appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- quota fino al 3%: riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010), e selezionata con modalità di campionamento casuale;
- quota fino al 4%: riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori secondo la normativa regionale (DGR n. 4334/2012)

I campionamenti e i controlli sono stati effettuati rispettando le procedure di qualità, garantendo così la tracciabilità e la trasparenza del processo decisionale alla base dei criteri di campionamento di volta in volta adottati.

Questo con l'intento di favorire le verifiche interne ed esterne riferite alla Legge n. 190/2012 (Anticorruzione) e al D.L. n. 33/2013 (Trasparenza) e, dall'altra, al fine di rendere trasparente il processo decisionale alla base dei criteri di campionamento adottati presso gli Erogatori controllati.

### Controlli di Congruenza e Appropriatezza Generica 7%

L'attività di campionamento si è concentrata sulla tipologia d'interesse locale, sulla base degli esiti dei controlli degli esercizi precedenti, sull'analisi degli indicatori regionali desunti dal portale di governo DWH e sulle indicazioni della DGR n.4702 del 29/12/2015.

Si è pertanto provveduto a monitoraggio di:

- Ricoveri brevi
- Ricoveri complicati
- Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
- Ricoveri ripetuti
- Day/Hospital Day/Surgery
- Ricoveri di riabilitazione

- Criticità anni precedenti
- DRG 410. Infarto sub endocardico senza tratto ST elevato (NSTEMI)
- Appropriately generica DH di chemioterapia
- Codifica impianto valvola aortica e di altri interventi strutturali per via trans catetere sulle valvole cardiache
- Indicazioni o aggiornamenti definiti dal Gruppo di Lavoro regionale “Accreditamento, Appropriately e Controllo”.
- Indicazioni o aggiornamenti definiti dall’Agenzia dei Controlli
- Indicatori portale di governo DWH

### Sintesi attività di controllo anno 2017

L’intero campione provinciale analizzato ha avuto come periodo temporale di competenza il periodo esteso tra gennaio 2016 e agosto 2017.

Come evidenziato nella Tab. 1, è stata eseguita un’attività di controllo che ha interessato **22.161**, SDO/cartelle cliniche pari al 14.48% della produzione dei ricoveri ospedalieri, raggiungendo gli obiettivi prefissati da Regione Lombardia.

Tab.1 Attività 2017- Cartelle controllate

|                          | N ° SDO controllate | atteso regionale | % SDO controllate sul totale produzione |
|--------------------------|---------------------|------------------|-----------------------------------------|
| Congruenza Guidata       | 11.177              | 10.714           | <b>7,30%</b>                            |
| Autocontrollo qualità    | 4.593               | 4.592            | <b>3,00%</b>                            |
| Autocontrollo congruenza | 6.391               | 6.123            | <b>4,18%</b>                            |
| TOTALE                   | <b>22.161</b>       | 21.429           | <b>14,48%</b>                           |

Si specificano nelle tabelle sottostanti (Tab.2/3/4) per le varie tipologie di controllo 7%, 4% e 3%, la numerosità, i corrispettivi esiti, le valorizzazioni tariffarie pre/post controllo e le decurtazioni effettuate.

Tab.2 - Esiti 7%-4%

| Esiti Congruenza Guidata<br><b>7%</b> | %           | Tipo campione | Esiti Autocontrollo di Congruenza<br><b>4%</b> | %     |
|---------------------------------------|-------------|---------------|------------------------------------------------|-------|
| 10.222                                | 91,5%       | <b>A</b>      | 6227                                           | 97%   |
| 58                                    | 0,5%        | <b>B</b>      | 0                                              | 0,00% |
| 44                                    | 0,4%        | <b>C</b>      | 2                                              | 0,03% |
| 171                                   | 1,5%        | <b>D</b>      | 137                                            | 2,1%  |
| 329                                   | <b>2,9%</b> | <b>E</b>      | 12                                             | 0,2%  |
| 0                                     | 0,00%       | <b>F</b>      | 1                                              | 0,0%  |
| 0                                     | 0,0%        | <b>G</b>      | 0                                              | 0%    |
| 0                                     | 0,0%        | <b>H</b>      | 0                                              | 0%    |
| 1                                     | 0,0%        | <b>J</b>      | 0                                              | 0%    |
| 0                                     | 0,0%        | <b>I</b>      | 0                                              | 0%    |
| 0                                     | 0,0%        | <b>L</b>      | 0                                              | 0%    |
| 21                                    | 0,2%        | <b>M</b>      | 0                                              | 0,0%  |
| 305                                   | 2,7%        | <b>X</b>      | 12                                             | 0,2%  |
| 26                                    | 0,2%        | <b>K</b>      | 0                                              | 0%    |
| 11.177                                | 100,0%      | <b>TOT</b>    | <b>6.391</b>                                   | 100%  |

Nel corso dei controlli di congruenza 7% sono stati riscontrati in maggior numero di:

- esiti E nel DRG 467
- esiti D nel DRG 373, 216 e 410
- esiti C nel DRG 466
- esiti B nel DRG 359

Tab.3 - Esiti autocontrollo documentale

| <b>Autocontrollo qualità documentale<br/>3%</b> |              | <b>%</b>    |
|-------------------------------------------------|--------------|-------------|
| <b>Cartella conforme</b>                        | 4576         | 99,63%      |
| <b>Cartella parzialmente conforme</b>           | 12           | 0,26%       |
| <b>Cartella non conforme</b>                    | 5            | 0,11%       |
| <b>Totale</b>                                   | <b>4.593</b> | <b>100%</b> |

Nessuna struttura nel corso dei controlli 2017 ha superato la soglia del 5% di decurtazione economica evitando irrogazione di sanzioni amministrative. In due strutture si è reso necessario ricorrere all'estensione del campione a tutta la casistica di riferimento per la rilevazioni di errori ripetuti che superavano la soglia statistica di significatività.

Le SDO controllate risultano così suddivise per regime di ricovero:

- 85% Ricoveri Ordinari
- 15% Ricoveri di DH/DS.
- 5% ricoveri in Riabilitazione

Per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza tutte le strutture hanno prodotto il piano annuale di autocontrollo aziendale nei tempi previsti dalla Regione (31/01/2016), esplicitando in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate.

In seguito sono stati mensilmente acquisiti i flussi relativi ai campionamenti effettuati dagli Erogatori.

Il controllo della tipologia 4% da parte del NOCE è stata effettuata selezionando le SDO campionate dalle strutture. Esiguo è stato il numero di SDO individuate nel controllo in cui si è dovuto incorrere in correzioni in quanto già le strutture avevano provveduto in tal senso.

Ancora qualche problema rimane riguardo la fruibilità da parte dell'ATS dei dati di autocontrollo di congruenza 4% inviati da parte degli erogatori su tracciato txt .

Per l'Autocontrollo di qualità documentale 3% tutte le strutture hanno effettuato l'invio all'ATS degli esiti nei tempi previsti dalle regole d'esercizio (30/09/2017). L'autocontrollo 3% qualità documentale ha registrato una conferma dell'esiguo numero di non concordanza degli esiti nell'ambito di una diffusa sufficienza documentale peraltro ancora passibile di ambiti di miglioramento.

Tab. 4 - Decurtazioni economiche per tipologia di controllo

| <b>Riflesso economico dell'attività svolta</b> |                                      |                                       |                      |              |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------|
|                                                | <b>Valorizzazione pre - verifica</b> | <b>Valorizzazione post - verifica</b> | <b>Differenza</b>    | <b>%</b>     |
| <b>7%</b>                                      | € 56.542.784,00                      | € 55.687.416 ,00                      | -€ 855.366 ,00       | -1.5%        |
| <b>3%</b>                                      | € 11.418.441,00                      | € 11.391.445,20                       | -€ 26.995,80         | -0,24%       |
| <b>4%</b>                                      | € 24.190.343,00                      | € 24.093.438,00                       | -€ 96.905,00         | -0,4%        |
| <b>tot</b>                                     | <b>€ 92.151.568,00</b>               | <b>€ 91.172.301,20</b>                | <b>-€ 979.266,80</b> | <b>-1.1%</b> |

Nella tabella sottostante è stata analizzata la numerosità delle modifiche apportate per le varie tipologie di controllo e per singolo presidio.

Tab.5 - SDO Modificate per singolo presidio ospedaliero

| Cod         | 7%<br>CONTROLLI DI CONGRUENZA ED<br>APPROPRIATEZZA GENERICA |                      | 4%<br>AUTOCONTROLLO DI<br>CONGRUENZA ED<br>APPROPRIATEZZA<br>GENERICA |                      | 3%<br>AUTOCONTROLLO DI QUALITA' DELLA<br>DOCUMENTAZIONE CLINICA |                                    |                           |
|-------------|-------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
|             | n° SDO<br>controllate<br>CG * SAO                           | n° SDO<br>modificate | n° SDO<br>controllate                                                 | n° SDO<br>modificate | n° SDO<br>controllate                                           | N° SDO<br>parzialmente<br>conformi | n° SDO<br>non<br>conformi |
| presidio 1  | 989                                                         | 119                  | 557                                                                   | 1                    | 397                                                             | 0                                  | 0                         |
| presidio 2  | 231                                                         | 20                   | 123                                                                   | 0                    | 86                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 3  | 620                                                         | 67                   | 346                                                                   | 37                   | 253                                                             | 1                                  | 0                         |
| presidio 4  | 0                                                           | 1                    | 0                                                                     | 0                    | 5                                                               | 0                                  | 0                         |
| presidio 5  | 40                                                          | 7                    | 26                                                                    | 1                    | 17                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 6  | 289                                                         | 23                   | 152                                                                   | 4                    | 105                                                             | 0                                  | 0                         |
| presidio 7  | 351                                                         | 21                   | 218                                                                   | 4                    | 139                                                             | 0                                  | 0                         |
| presidio 8  | 939                                                         | 130                  | 539                                                                   | 57                   | 393                                                             | 8                                  | 1                         |
| presidio 9  | 1.053                                                       | 80                   | 612                                                                   | 0                    | 437                                                             | 1                                  | 0                         |
| presidio 10 | 252                                                         | 18                   | 156                                                                   | 0                    | 94                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 11 | 310                                                         | 19                   | 168                                                                   | 1                    | 120                                                             | 0                                  | 0                         |
| presidio 12 | 299                                                         | 31                   | 181                                                                   | 4                    | 126                                                             | 0                                  | 1                         |
| presidio 13 | 947                                                         | 67                   | 534                                                                   | 2                    | 396                                                             | 0                                  | 0                         |
| presidio 14 | 1.122                                                       | 45                   | 633                                                                   | 2                    | 471                                                             | 0                                  | 0                         |
| presidio 15 | 105                                                         | 6                    | 56                                                                    | 4                    | 42                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 16 | 80                                                          | 9                    | 48                                                                    | 2                    | 32                                                              | 1                                  | 0                         |
| presidio 17 | 28                                                          | 3                    | 14                                                                    | 0                    | 11                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 18 | 31                                                          | 0                    | 17                                                                    | 1                    | 13                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 19 | 31                                                          | 0                    | 30                                                                    | 0                    | 11                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 20 | 90                                                          | 19                   | 44                                                                    | 8                    | 33                                                              | 0                                  | 0                         |
| presidio 21 | 335                                                         | 31                   | 189                                                                   | 7                    | 132                                                             | 1                                  | 0                         |
| presidio 22 | 3.021                                                       | 239                  | 1740                                                                  | 35                   | 1.280                                                           | 0                                  | 3                         |
| TOTALI      | 11.163                                                      | 0                    | 955                                                                   | 170                  | 4.593                                                           | 12                                 | 5                         |

Il presidio n° 4 è stato riconvertito dal settembre 2015 a posti per subacuti.

Tab. 6 - Sintesi dei controlli sulle attività di ricovero anni 2016 - 2017 per struttura

| Codice HSP | Anno | Produzione SDO<br>Anno Indice | % cartelle<br>Controllate | % cartelle non<br>confermate | Estensioni | Sanzioni |
|------------|------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------|----------|
| 030131     | 2016 | 13.666                        | 14%                       | 2,4%                         | no         | no       |
| 030131     | 2017 | 13.205                        | 15%                       | 6,2%                         | SI         | no       |
| 030132     | 2016 | 3.056                         | 15%                       | 2,3%                         | no         | no       |
| 030132     | 2017 | 2.881                         | 15%                       | 4,5%                         | no         | no       |
| 030133     | 2016 | 8.402                         | 15%                       | 8,0%                         | no         | no       |
| 030133     | 2017 | 8.449                         | 14%                       | 8,5%                         | no         | no       |
| 030134     | 2016 | 1.890                         | 5%                        | 7,8%                         | no         | no       |
| 030134*    | 2017 | 147                           | 18%                       | 0,0%                         | no         | no       |
| 030136     | 2016 | 638                           | 15%                       | 4,1%                         | no         | no       |
| 030136     | 2017 | 540                           | 15%                       | 0,0%                         | no         | no       |
| 030137     | 2016 | 3.156                         | 15%                       | 4,3%                         | no         | no       |
| 030137     | 2017 | 3.503                         | 16%                       | 4,9%                         | SI         | no       |
| 030138     | 2016 | 4.313                         | 15%                       | 4,8%                         | no         | no       |
| 030138     | 2017 | 4.644                         | 15%                       | 3,5%                         | no         | no       |
| 030140     | 2016 | 13.010                        | 14%                       | 9,3%                         | no         | no       |
| 030140     | 2017 | 13.107                        | 14%                       | 10,0%                        | no         | no       |
| 030143     | 2016 | 14.179                        | 14%                       | 2,1%                         | no         | no       |
| 030143     | 2017 | 14.582                        | 14%                       | 3,8%                         | no         | no       |
| 030144     | 2016 | 3.130                         | 15%                       | 3,0%                         | no         | no       |
| 030144     | 2017 | 3.128                         | 16%                       | 3,6%                         | no         | no       |
| 030145     | 2016 | 4.201                         | 15%                       | 3,7%                         | no         | no       |
| 030145     | 2017 | 3.988                         | 15%                       | 3,3%                         | no         | no       |
| 030146*    | 2016 | 4.047                         | 15%                       | 22,5%                        | no         | no       |
| 030146     | 2017 | 4.155                         | 15%                       | 5,8%                         | no         | no       |
| 030147     | 2016 | 11.637                        | 15%                       | 3,2%                         | no         | no       |
| 030147     | 2017 | 13.126                        | 14%                       | 3,7%                         | no         | no       |
| 030148     | 2016 | 15.933                        | 14%                       | 1,9%                         | no         | no       |
| 030148     | 2017 | 15.705                        | 14%                       | 2,1%                         | no         | no       |
| 030149     | 2016 | 1.368                         | 14%                       | 1,5%                         | no         | no       |
| 030149     | 2017 | 1.409                         | 14%                       | 4,9%                         | no         | no       |
| 030350     | 2016 | 1.061                         | 16%                       | 8,2%                         | no         | no       |
| 030350     | 2017 | 1.078                         | 15%                       | 6,9%                         | no         | no       |
| 030354     | 2016 | 371                           | 17%                       | 4,8%                         | no         | no       |
| 030354     | 2017 | 350                           | 15%                       | 0,0%                         | no         | no       |
| 030356     | 2016 | 384                           | 15%                       | 1,7%                         | no         | no       |
| 030356     | 2017 | 426                           | 14%                       | 1,6%                         | no         | no       |
| 030360     | 2016 | 358                           | 19%                       | 1,4%                         | no         | no       |
| 030360     | 2017 | 374                           | 19%                       | 0,0%                         | no         | no       |
| 030361     | 2016 | 151                           | 15%                       | 0,0%                         | no         | no       |
| 030361*    | 2017 | 82                            | 0%                        | 0,0%                         | no         | no       |
| 030379     | 2016 | 1.175                         | 15%                       | 6,2%                         | no         | no       |
| 030379     | 2017 | 1.112                         | 15%                       | 16,2%                        | no         | no       |
| 030382     | 2016 | 4.591                         | 15%                       | 4,9%                         | no         | no       |
| 030382     | 2017 | 4.401                         | 15%                       | 5,8%                         | no         | no       |
| 030905     | 2016 | 43.769                        | 14%                       | 3,1%                         | no         | no       |
| 030905     | 2017 | 42.671                        | 14%                       | 4,6%                         | no         | no       |
|            |      |                               |                           |                              |            |          |

Il presidio 030134 è stato riconvertito dal settembre 2015 in struttura con solo posti per subacuti.  
Al presidio 030361 in data 30/06/2016 è subentrato altro Ente.

A seguito della determina n.26 del 19 maggio 2017: *Documento di analisi dei DRG con e senza complicanze*, si è ritenuto utile prendere in esame alcune coppie di DRG in cui l' aumento della numerosità del DRG complicato risultava significativo e segnalarle alla struttura interessata per un approfondimento poi condiviso con ATS.

Di seguito i riscontri ottenuti dalle strutture (in corsivo).

- **Struttura 030143**

DRG 463/464

*“Rispetto alla segnalazione che la coppia dei DRG 463/464 evidenziata dalla Agenzia dei controlli risulta percentualmente sopra la media regionale si precisa che tale incremento è dovuto alla scelta della “diagnosi principale” nei casi in cui i pazienti con anamnesi di neoplasia e secondarismi già noti ed in fase attiva, durante il periodo di degenza vengono trattati per insorgenza di patologie conseguenti alla patologia neoplastica.*

*In questi casi la progressione della neoplasia viene indicata come diagnosi secondaria mentre il sintomo che ha assorbito maggiori risorse viene indicato come diagnosi principale.*

*Il DRG generato, anche se complicato (463), dal punto di vista economico è inferiore ad un DRG con patologia principale di neoplasia attiva.*

*Tale scelta era stata condivisa a suo tempo con gli uffici competenti di codesta ATS, visto però l'esito negativo rispetto alle indicazioni regionali, restiamo in attesa di indicazioni/conferma della corretta modalità di gestione di questa particolare casistica.”*

E' stato confermato dal NOC l'attuale modalità di rendicontazione .

- **Struttura 030905**

DRG 296 e 297 e DRG 138 e 139

Analisi e interpretazione del fenomeno

- ✓ Abbiamo approfondito la casistica 2012 – 2016.
- ✓ Abbiamo valutato le diagnosi complicanti per verificare le più frequenti, e le UOC di dimissione per accertare quali avessero la casistica maggiore.
- ✓ Abbiamo confrontato con gli esiti dei controlli NOCE Ricoveri per valutare eventuali ricodifiche.
- ✓ Da premettere che 2012 e 2013 hanno subito una riduzione fisiologica dell'attività legata al trasferimento nella nuova struttura.

Dimessi con DRG 296 e 297 anni dal 2012 al 2016

La riduzione graduale fino al 2014 è il risultato di quanto segue:

- chiusura degenza di Endocrinologia a partire dal 2013 (mantenuta attività DH e Ambulatoriale)
- a partire dal 2013 il DH con DRG 297 è passato in regime ambulatoriale MAC

L'aumento del DRG 296 a partire dal 2015 sembra da ascrivere principalmente alle indicazioni al punto 11 del verbale incontro NOC del 25/11/2013 in merito ai requisiti di codifica seguenti : “Diagnosi di insufficienza renale acuta severa conseguente a deidratazione

Dopo numerosi interventi, si concorda quanto segue: se il Paziente viene trattato solo con soluzione fisiologica codificare in DP disidratazione.

Se il paziente viene trattato con soluzione fisiologica più bicarbonati , viene verificata più volte l'andamento della creatinina e viene interpellato il nefrologo, si può codificare in DP Insufficienza renale.”

In particolare tale fenomeno si è evidenziato nelle UOC di Medicina e Nefrologi; nella tabella sottostante si evidenzia il gruppo di diagnosi maggiormente utilizzate:

| Diagnosi complicanti il DRG |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Dia                         | Diagnosi                              |
| 580-589                     | NEFRITE, SINDROME NEFROSICA E NEFROSI |

Valutato dai NOC quasi il 15% della casistica DRG 296 prodotta nel 2015-2016 : conferma di tutti i casi (ESITO A).

#### Dimessi con DRG 138 e 139 anni dal 2012 al 2016

Dal 2014 si è provveduto ad uniformare le attività di ambito cardiologico e cardiovascolare ed è stata definita una unica Unità Operativa Complessa di Cardiologia, che ha reso più coerenti le codifiche SDO anche in seguito ad approfondimenti con referente SDO e Direttore UOC Cardiologia.

Inoltre l'approfondimento effettuato con l'equipe medica dell'UOC Cardiologia in merito a PNE 2015, richiesto da AGENAS per il tramite della Regione Lombardia e che ha richiesto la revisione di una quota delle SDO 2014 relative ai dimessi con diagnosi di Infarto Miocardio Acuto (IMA), ha portato anche sul resto della casistica una ricaduta positiva a livello di completezza della codifica rispetto alle diagnosi in SDO da parte dei cardiologi.

In particolare tale fenomeno si è evidenziato nelle UOC di Cardiologia e Medicina; nella tabella sottostante si evidenzia il gruppo di diagnosi maggiormente utilizzate:

| Diagnosi complicanti il DRG |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Dia                         | Diagnosi                 |
| 420-429                     | ALTRE MALATTIE DEL CUORE |

Valutato dai NOC più del 25% della casistica DRG 296 prodotta nel triennio 2014-2016 : nessuna ricodifica a DRG 297 (non complicato)

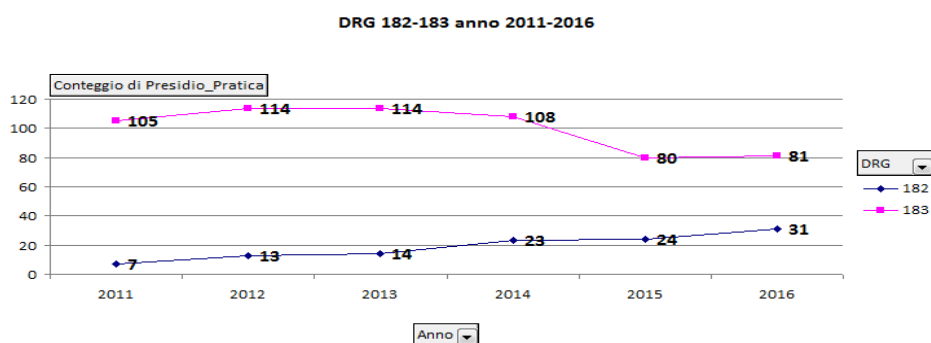
#### • **Struttura 030138**

I DRG 182 /183 sono una coppia di DRG COMPLICATO/NON COMPLICATO:

- DRG 182 (Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC) ha tariffa di riferimento identica al suo analogo non complicato (DRG 183) fino a 4 giorni di degenza, per ricoveri superiori ai 4 giorni scatta la tariffa complicata;

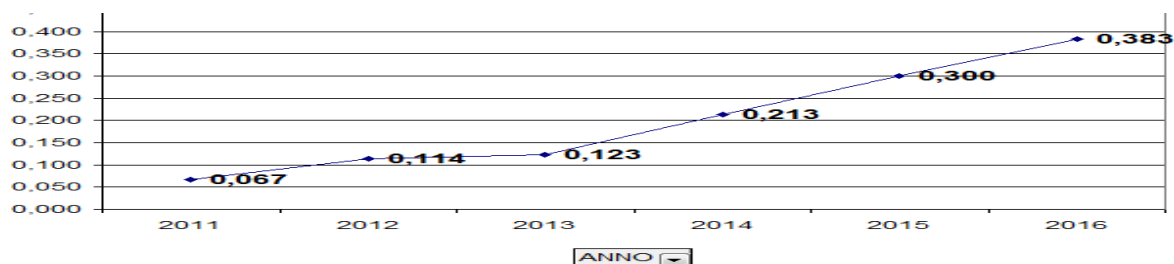
- DRG 183 (Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC), fa parte dei DRG a rischio di inappropriately elencati nell'allegato F della DGR 2057/2011. Il rimborso per degenza inferiore a 4 giornate equivale al numero dei giorni di ricovero moltiplicati per la tariffa 0-1 giorni. Per degenze uguali o superiori a 4 giorni scatta la tariffa piena.

Nel periodo di riferimento (anno 2011 – 2016) presso la struttura Ospedaliera di Romano di Lombardia l'andamento registrato per la coppia di DRG 182/183 è la seguente:

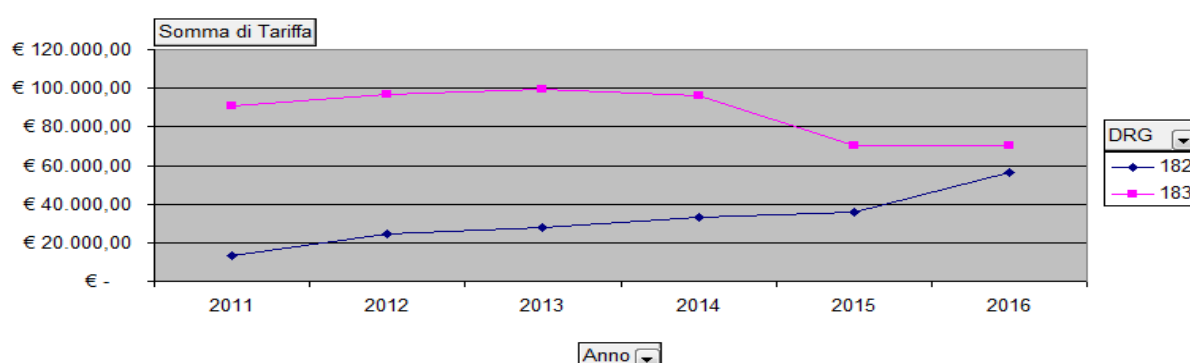


**Figura 1** Andamento Numero di ricoveri DRG 182/183 nel periodo di riferimento 2011\_2016

La coppia di DRG in questione rientra tra i criteri di selezione delle Cartelle Cliniche per la formazione del campione da sottoporre al controllo mensile del NIC (Nucleo Interno di Controllo). Le Cartelle Cliniche con DRG complicato e i DRG appartenenti all'elenco dei DRG a rischio inappropriately vengono valutate. Le codifiche di complicità sono riportate in SDO solo se giustificata da condizioni cliniche insorte e trattate durante il ricovero.



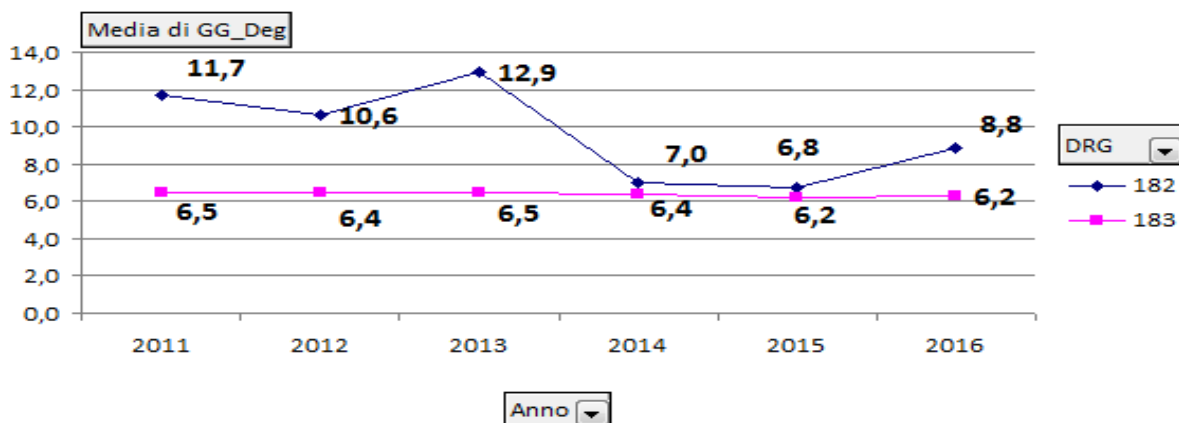
**Figura 2** Andamento rapporto DRG Complicato/Non Complicato nel periodo di riferimento (2011-2016)



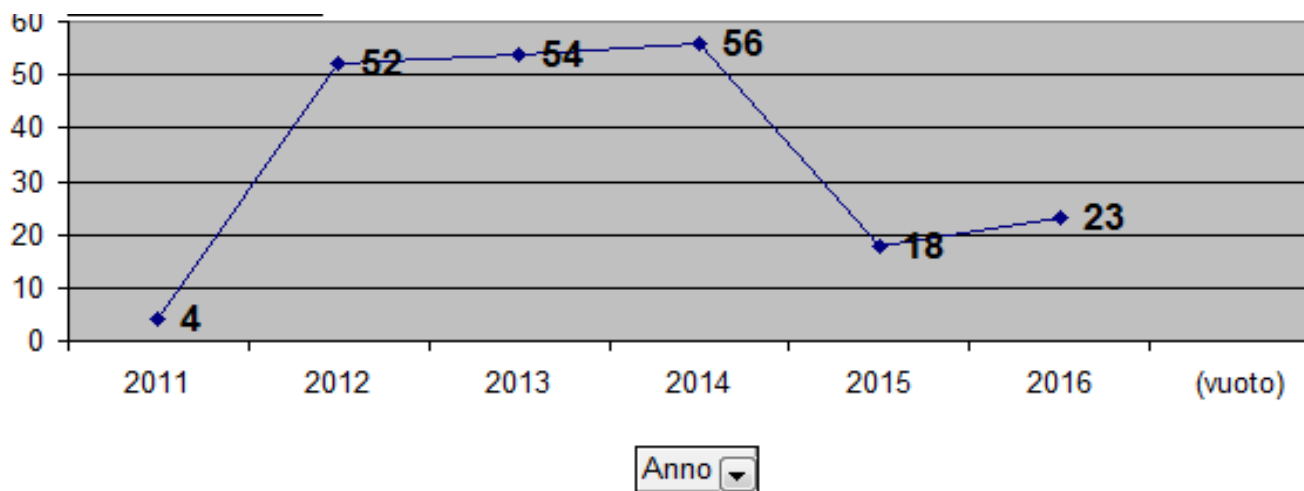
**Figura 3** Andamento Valore Economico associato ai ricoveri di cui alla figura 1

Per i DRG 183 con degenza superiore a 3 giorni (in particolare per quelle cartelle cliniche con durata di degenza uguale a 4 giorni) si è proceduto a valutare l'appropriatezza delle singole giornate di ricovero. Le giornate non giustificate sono state abbattute in modo da ricondurre la tariffa di rimborso da piena a giornata.

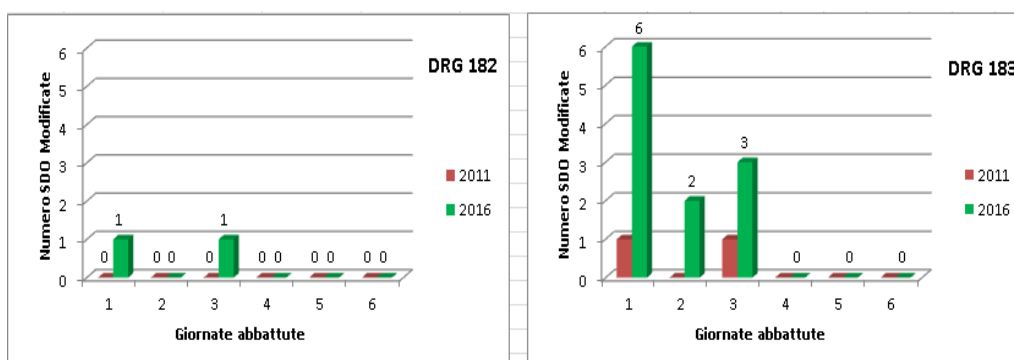
Per la percentuale di DRG 182 con degenza superiore a 4 giorni si sono analizzate le degenze di durata superiore (in particolare i ricoveri con durata pari a 5 giorni). Per queste cartelle cliniche, nel caso in cui una (o più) giornata di ricovero non fosse giustificata da motivi clinico/terapeutici si è proceduto a rendicontarla come giornata non a carico del SSN in modo da ricondurre la tariffazione da complicata a non complicata.



**Figura 4** Giornate di degenza media osservate (dopo controlli) durante i ricoveri di cui alla Figura 1



**Figura 5** Giornate di degenza abbattute dal NIC dopo verifica Cartelle Cliniche di cui alla figura 1  
 Come si evince dall'analisi effettuata non risulta così marcato il trend d'incremento del DRG complicato contrariamente a quanto evidenziato dal grafico pervenuto, nel quale la variazione è in parte enfatizzata dall'utilizzo di due scale diverse per l'asse delle ordinate di destra rispetto all'asse delle ordinate di sinistra. Si vuole sottolineare l'attenzione che è stata posta, e continua ad essere posta, dai controlli interni sul fenomeno delle complicanze. Ciò ha determinato una significativa diminuzione delle giornate di degenza e conseguentemente del valore del ricovero delle cartelle controllate.



**Figura 6** Confronto giornate di degenza abbattute, divise per DRG, 2011 Vs 2016

## Programmazione attività anno 2018

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Strutture di ricovero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Azione</b>                  | Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni di ricovero rendicontate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criticità</b>               | <p>La selezione delle cartelle cliniche terrà conto sia delle indicazioni regionali (DGR n. VIII/4799/2007 come modificati dalla DGR n. IX/2633/201), che delle analisi elaborate in materia a livello locale, anche sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli esercizi precedenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Indicatori regionali</li> <li>– Monitoraggio dei ricoveri brevi</li> <li>– Monitoraggio ricoveri complicati</li> <li>– Monitoraggio ricoveri ripetuti</li> <li>– Monitoraggio Day/Hospital Day/Surgery</li> <li>– Monitoraggio procedure ambulatoriali</li> <li>– Monitoraggio ricoveri di riabilitazione</li> <li>– Monitoraggio incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa</li> <li>– Monitoraggio ricoveri più remunerativi</li> <li>– Criticità anni precedenti</li> <li>– Campionamento di interesse locale</li> <li>– Indicazioni o aggiornamenti definiti dall'ACSS</li> <li>– Indicazioni o aggiornamenti definiti dal Gruppo di Lavoro regionale "Accreditamento, Appropriatezza e Controllo".</li> </ul> |
| <b>Azione Concreta</b>         | <p>La programmazione delle attività per l'Esercizio 2018, in ottemperanza a quanto richiamato dalla DGR 7600 del 20.12.2017, e dalle circolari n° 6100 del 13/02/2018 e n° 6534 del 16/02/2018 prevede la verifica dell' <b>11.5%</b> delle SDO distribuite come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3%</b> come Autocontrollo qualità documentale con modalità di estrazione Casuale di cui alle DGR n. IX/621/2010, n. IX/4334/2012 e relativa Circolare esplicativa n. 36178/2012</li> <li>• <b>3.5%</b> come Autocontrollo sulla congruenza con modalità di mirata a cura dei soggetti erogatori DGR n. X/1185/2013, n. X/2313/2014 e successive integrazioni</li> <li>• <b>5%</b> come Congruenza modalità estrazione mirata</li> </ul> <p>Estensione delle verifiche a tutta la casistica prodotta qualora si evidenziassero comportamenti non casuali.</p> <p>Erogazione sanzioni per violazioni statisticamente significative come da DGR n. IX/2057 del 28.07.2011</p>                                                                              |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | <b>verifica di n.° SDO 17.800 entro il 10/02/2019 (DGR 7600 del 20.12.2017)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

L'analisi seguente presenta la distribuzione dei controlli con l'effetto economico per tipologia di Struttura e il riepilogo generale aggiornato al 21 marzo 2018.

**ANNO 2017: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2016**

| <b>SU TUTTE LE STRUTTURE</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                              |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>RECORD<br/>CONTROLLATI</b> | <b>RECORD<br/>CONTESTATI</b> | <b>DETRAZIONI<br/>ECONOMICHE</b> |
| <b>Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC</b> (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)                                                                                    | <b>1.606</b>                  | <b>654</b>                   | <b>26.619</b>                    |
| <b>Controllo formale congruenza</b> (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)                                                                                                                                                                | <b>54.380</b>                 | <b>2.283</b>                 | <b>43.090</b>                    |
| <b>Applicazione LEA:</b> prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza                                                        | <b>33.955</b>                 | <b>306</b>                   | <b>8.738</b>                     |
| <b>Prestazioni complesse e ad alto costo</b> (BIC, MAC, mucosectomie)                                                                                                                                                                                                  | <b>870</b>                    | <b>24</b>                    | <b>12.625</b>                    |
| <b>Controlli di interesse locale</b> (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV) | <b>50.411</b>                 | <b>173</b>                   | <b>13.387</b>                    |
| <b>Prestazioni di NPI</b>                                                                                                                                                                                                                                              | <b>142</b>                    | <b>2</b>                     | <b>170</b>                       |
| <b>TOTALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>141.364</b>                | <b>3.442</b>                 | <b>104.629</b>                   |

| <b>STRUTTURE PUBBLICHE</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>RECORD<br/>CONTROLLATI</b> | <b>RECORD<br/>CONTESTATI</b> | <b>DETRAZIONI<br/>ECONOMICHE</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC</b> (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)                                                                                    | <b>824</b>                    | <b>398</b>                   | <b>19.021</b>                    |
| <b>Controllo formale congruenza</b> (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)                                                                                                                                                                | <b>43.970</b>                 | <b>2.141</b>                 | <b>38.633</b>                    |
| <b>Applicazione LEA:</b> prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza                                                        | <b>30.835</b>                 | <b>129</b>                   | <b>4.504</b>                     |
| <b>Prestazioni complesse e ad alto costo</b> (BIC, MAC, mucosectomie)                                                                                                                                                                                                  | <b>507</b>                    | <b>16</b>                    | <b>7.864</b>                     |
| <b>Controlli di interesse locale</b> (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV) | <b>37.867</b>                 | <b>128</b>                   | <b>11.268</b>                    |
| <b>Prestazioni di NPI</b>                                                                                                                                                                                                                                              | <b>142</b>                    | <b>2</b>                     | <b>170</b>                       |
| <b>TOTALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>114.145</b>                | <b>2.814</b>                 | <b>81.460</b>                    |

| <b>STRUTTURE PRIVATE</b>                                                                                                                                                                                                                                               | <b>RECORD<br/>CONTROLLATI</b> | <b>RECORD<br/>CONTESTATI</b> | <b>DETRAZIONI<br/>ECONOMICHE</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC</b> (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)                                                                                    | <b>782</b>                    | <b>256</b>                   | <b>7.597</b>                     |
| <b>Controllo formale congruenza</b> (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)                                                                                                                                                                | <b>10.410</b>                 | <b>142</b>                   | <b>4.458</b>                     |
| <b>Applicazione LEA:</b> prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza                                                        | <b>3.120</b>                  | <b>177</b>                   | <b>4.233</b>                     |
| <b>Prestazioni complesse e ad alto costo</b> (BIC, MAC, mucosectomie)                                                                                                                                                                                                  | <b>363</b>                    | <b>8</b>                     | <b>4.761</b>                     |
| <b>Controlli di interesse locale</b> (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV) | <b>12.544</b>                 | <b>45</b>                    | <b>2.120</b>                     |
| <b>TOTALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>27.219</b>                 | <b>628</b>                   | <b>23.169</b>                    |

L'obiettivo 2017 diretto al controllo di 130.522 record è stato raggiunto.

Nell'attività è stata privilegiata la verifica di tipo statistico formale della rendicontazione. La parte del controllo svolta presso gli erogatori è stata indirizzata alla verifica della qualità della documentazione e all'appropriatezza prescrittiva, stimolando il miglioramento della qualità dei referti e delle cartelle ambulatoriali, attraverso il coinvolgimento di specialisti e responsabili dei settori interessati.

#### **1) Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC**

(PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre/post BIC).

Il numero di prestazioni erogate in corso di ricovero e di PS seguiti da ricovero mantiene il trend in diminuzione, grazie al controllo interno avviato dalle Strutture. In costante riduzione rispetto agli anni precedenti, anche la scorretta rendicontazione delle prestazioni incluse nella tariffa BIC presso le Strutture Pubbliche. La verifica proseguirà nel corso del 2018.

#### **2) Controllo formale congruenza**

(indicazioni DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)

Gli errori rilevati, anche se in calo rispetto all'anno precedente, rivelano che il controllo interno da parte degli Enti mostra ancora criticità, Nel 2018 proseguirà il controllo capillare sulle prestazioni ambulatoriali.

#### **3) Applicazione LEA**

La verifica ha incluso i controlli a prestazioni di Laboratorio Analisi soggette a indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Ogni criticità emersa dalle verifiche è stata oggetto di confronto con i Direttori Sanitari degli Enti e con gli Specialisti di branca. Nel 2018 la verifica sarà mantenuta.

#### **4) Prestazioni complesse e ad alto costo (BIC, MAC, mucosectomie)**

La documentazione esaminata si è rivelata, nella maggior parte dei casi, completa ed esaustiva; le MAC riabilitative rispettano i criteri di appropriatezza condivisi a suo tempo con gli Specialisti.

#### **5) Controlli di interesse locale (accessi diretti, corretta rendicontazione ecocardiografie, prestazioni di radiodiagnostica rendicontate in quantità >1, prestazioni rendicontate in esenzione per patologia e a tutela della maternità, test per la ricerca HPV)**

La verifica ha evidenziato, in alcuni casi, una scorretta rendicontazione del numero delle prestazioni ad alto costo, erroneamente raddoppiate. Gli errori riscontrati, pur essendo in numero esiguo, hanno comportato una detrazione significativa, in quanto si tratta di prestazioni ad alto costo.

Dal controllo sul test di funzionalità tiroidea (la prestazione TSH-R comprende la determinazione di TSH,T3,T4), nel caso delle Strutture Pubbliche si sono rese evidenti alcune criticità, a significare che non è ancora efficace il controllo interno, pur avendo assistito ad un miglioramento rispetto all'anno precedente.

La verifica ha fatto emergere uno scorretto uso delle esenzioni per patologia cronica dovute a pazienti con patologie tumorali, in attesa di trapianto, ecc. Queste patologie rendono esenti solo "le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti i Pz". La verifica delle diagnosi o sospetti diagnostici apposti sulle prescrizioni talvolta sono attribuiti anche a prestazioni non pertinenti alla patologia che ha determinato il diritto all'esenzione.

Test per la ricerca HPV: dall'esame dei dati si conferma che sono state rispettate le indicazioni della Circolare 5/SAN/2010

#### **6) Prestazioni di NPI**

Le cartelle ambulatoriali visionate sono risultate generalmente complete ed esaustive; si sono evidenziate alcune criticità legate alla difficoltà di consultazione della documentazione, a causa della voluminosità dei fascicoli cartacei. In occasione dei controlli sono state fornite indicazioni al fine di un raggruppamento più omogeneo dei documenti che fanno parte della cartella. L'attività di controllo proseguirà nel 2018.

#### **7) Certificazioni rilasciate da Centri Dialisi**

Si procederà a controllo dell'appropriatezza delle certificazioni rilasciate dai Responsabili dei Centri Dialisi ai pazienti che necessitano di servizi di trasporto protetto mediante ambulanza, furgone finestrato e autovettura; tale controllo, così come stabilito dalla DGR 4702 del 29/12/2015, saranno eseguiti su un campione non inferiore al 30% dei pazienti per ogni Centro Dialisi".

### **VERIFICA FLUSSO INFORMATIVO DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE**

L'ATS, nel corso del 2017, ha supportato gli EEPA, che inviano autonomamente il flusso informativo sulla piattaforma SMAF, nella verifica degli errori rilevati da R.L. Quando necessario l'ATS ha provveduto a sollecitare gli Enti ritardatari nell'invio dei flussi.

La percentuale degli errori rilevati è stata:

|               |           |             |         |
|---------------|-----------|-------------|---------|
| Prescrizioni: | 2.036.639 | Errori: 393 | (0,02%) |
| Record:       | 2.271.707 | Errori: 429 | (0,02%) |

### **VERIFICA DATI STRUTTURE PSICHIATRICHE PRIVATE**

Per quanto riguarda le strutture private accreditate, nel corso dell'anno 2017 è stato eseguito il controllo mensile delle valorizzazioni, sono stati identificati gli errori e normalizzati i dati, arrivando a definire entro febbraio 2018 la corrispondenza con il dato pubblicato da Regione Lombardia.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche nel corso dell'anno è stato avviato un sistema di verifiche interne all'ATS e di confronto con gli Enti al fine di allineare il dato conclusivo.

### **VERIFICA DATI ATTIVITÀ TERMALE**

Durante l'anno 2017 è stato effettuato il controllo della correttezza del tracciato e del relativo invio entro i termini previsti.

### **VERIFICA TEMPI DI ATTESA COME DA INDICAZIONI REGIONALI.**

Nel 2017 sono state effettuate 12 rilevazioni mensili dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero previste dalla Regione Lombardia, integrate dalle rilevazioni Nazionali sulle prestazioni in regime SSN e in libera professione e solvenza.

La verifica dei dati relativi ad MTA sulla piattaforma SMAF, è stata integrata con l'elaborazione dei dati relativi ai tempi d'attesa "ex post" sul flusso informativo 28/SAN.

## **COLLABORAZIONE CON URP E CONSULENZA A STRUTTURE SANITARIE E DISTRETTI**

Il settore NOCEA ambulatoriale collabora con l'URP aziendale per la stesura delle risposte alle segnalazioni riguardanti tempi d'attesa e diritto all'erogazione di prestazioni in regime di SSR.

Supporta inoltre altri soggetti quali PreSST, Strutture Sanitarie, MAP, PDF, fornendo informazioni e chiarimenti in merito alla codifica delle prestazioni ambulatoriali, diritto all'esenzione, appropriatezza prescrittiva, corretto utilizzo del ricettario SSN. La media delle richieste scritte è di circa quindici al mese, mentre le richieste telefoniche sono quotidiane.

## **PIANO ATTUATIVO SISS**

Il NOCEA collabora con il Sistema Informativo strategico aziendale per Sviluppo del Sistema Informativo Socio-Sanitario nella predisposizione ed attuazione del Piano Annuale SISS per il governo del sistema informativo socio sanitario degli EEPA, realizzando le azioni di competenza nel rispetto della modalità e della tempistica definita da Lombardia Informatica. Partecipa alle riunioni del GCA aziendale, monitora gli obiettivi del Piano Attuativo degli EEPA e li comunica periodicamente agli Enti.

### Programmazione attività anno 2018

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Azione</b>                  | Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criticità</b>               | 1) prestazioni potenzialmente comprese nel DRG di ricovero<br>2) prestazioni potenzialmente comprese nella tariffa della prestazione ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Azione Concreta</b>         | Controllo di un campione estratto dalla produzione 2017 (dati validati) di tutte le Strutture erogatrici.<br>Il controllo riguarderà: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prestazioni di Pronto Soccorso seguite da ricovero (con estensione alle 48 ore precedenti il ricovero se la prestazione è erogata di sabato);</li> <li>• Verifica delle prestazioni di emodialisi in corso di ricovero (cod. 3995A) all. 11 DGR 937/2010;</li> <li>• ricerca di prestazioni potenzialmente comprese nella tariffa ambulatoriale (es. visita anestesilogica, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo). Saranno verificate le prestazioni eseguite 15 gg prima e 25 giorni dopo l'intervento</li> </ul> |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Azione</b>                  | 1. Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate<br>2. Controllo formale congruenza (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009) su dati validati 2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criticità</b>               | Possibilità di errori che interessano i dati relativi alle prestazioni rendicontate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Azione Concreta</b>         | Valutazione attraverso Indicatori<br>A: Prestazioni senza e con contrasto rendicontate contestualmente<br>B: presenza contemporanea di due o più codici di radiodiagnostica<br>D: presenza di codici ripetuti di radiodiagnostica<br>E: prestazioni comprese nella tariffa di Dialisi<br>F: presenza contemporanea di creatinina e creatinina clearance<br>G: presenza contemporanea di glicemia e curva da carico<br>H: presenza contemporanea di bilirubina frazionata e bilirubina totale<br>I: presenza contemporanea di proteine totali e elettroforesi proteica<br>K: presenza contemporanea di esame colturale e antimicrogramma<br>O: estrazione RNA/DNA compresa nelle prestazioni di biologia molecolare<br>P: congruenza tra codice esenzione e prestazioni rendicontate<br>R: data contatto coincidente con ricovero<br>S: verifica dell'esistenza in vita dell'assistito (coerenza con data contatto)<br>T: verifica sul medico prescrittore (incarico cessato alla data compilazione ricetta)<br>U: ricerca di codici che non possono essere rendicontati contemporaneamente<br>V: ricerca di codici che non possono essere presenti contemporaneamente |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Azione</b>                  | Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili secondo linee guida emanate dalla normativa LEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criticità</b>               | Applicazione della Normativa LEA: prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea (su dati validati 2017)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Azione Concreta</b>         | <u>Medicina Fisica e Riabilitazione</u> : selezione di un campione delle prestazioni erogate nel 2017 e verifica in loco della completezza della documentazione<br><u>Odontostomatologia</u> : selezione di un campione di pazienti per fasce d'età e tipologia di esenzione, con verifica delle pratiche che appaiono, nella rendicontazione, prive dei requisiti d'accesso. Verifica delle autocertificazioni per criteri socioeconomici. Verifica della documentazione di un campione casuale, in osservanza dei criteri di appropriatezza dettati dalla DGR 6006/2016<br><u>Densitometria Ossea</u> : selezione di un campione delle prestazioni erogate nel 2017 e verifica in loco della appropriatezza prescrittiva. |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Azione</b>                  | Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili secondo linee guida emanate dalla normativa DGR 3993/2015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criticità</b>               | Applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva (su dati validati 2017 e in considerazione della data di entrata in vigore della normativa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Azione Concreta</b>         | <u>Appropriatezza prescrittiva dei marcatori tumorali</u><br>- CA19.9 (90553): è richiedibile solo per neoplasie del pancreas e vie biliari già diagnosticate o in fase di accertamento diagnostico differenziale in pazienti con imaging sospetto;<br>- CA15.3 (90552): è richiedibile nelle donne o negli uomini con neoplasia della mammella già diagnosticata;<br>- CA125 (codice 90551): è richiedibile solo per neoplasie epiteliali dell'ovaio e dell'endometrio già diagnosticate o in fase di accertamento diagnostico differenziale in pazienti con imaging sospetto.<br><br><u>Appropriatezza erogativa per la determinazione del gruppo sanguigno</u><br>La determinazione del GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D), così come per il Fenotipo Rh, la Tipizzazione di Antigeni, il Test di Coombs indiretto, la Ricerca e Identificazione di Ab irregolari, possono essere ritenuti appropriati per donne in gravidanza/partorienti/poliabortività, per neonati, per pazienti in lista d'attesa per trapianto, per indagini preconcezionali ai sensi del DM 10 settembre 1998 e indagini inerenti alle procedure di procreazione medicalmente assistita. Pertanto potranno essere a carico del SSR solo nelle condizioni e nei casi sopraindicati.<br><br><u>Appropriatezza prescrittiva delle analisi molecolari BRCA1 e BRCA2</u><br>La prestazione 91.29.I comprende sequenziamento completo geni BRCA1 e BRCA2. Se sequenziamento negativo per mutazioni patogenetiche o in caso di doppia familiarità o famiglia non informativa, eseguire ricerca di riarrangiamenti in BRCA1 e BRCA2, qualsiasi metodo. Comprensivo di percorso di consulenza genetica pretest e post-test Non associabile a 91.29.U, 91.29.Y e 91.29.7 e 89.7B.1 |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                        |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                |
| <b>Azione</b>                  | Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in esenzione                                                                                                                     |
| <b>Criticità</b>               | Applicazione delle indicazioni sull'appropriatezza prescrittiva di prestazioni in regime di esenzione                                                                                                                                  |
| <b>Azione Concreta</b>         | <b><u>Verifica delle prescrizioni in esenzione 048 della prestazione 1475 (iniezione intravitreale)</u></b><br>Sono prescrivibili in esenzione solo le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia tumorale. |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate                                                                                                                                                                                        |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Azione</b>                  | Verifica flusso informativo da strutture private accreditate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criticità</b>               | Possibile mancato rispetto dei termini temporali definiti per:<br><u>tempestività della rilevazione</u> : non più dell'1% di record 28/SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista<br><u>tempestività</u> : rispetto delle tempistiche indicate dalla DGW per il flusso relativo all'invio dei dati al Ministero della Economia e delle Finanze                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Azione Concreta</b>         | Seguendo le indicazioni della DGR n. X/1185 del 20/12/2013 ("Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014") sono terminate le valutazioni e verifiche tecniche necessarie per la unificazione degli attuali due flussi informativi (Circ. 28/SAN e smi; art. 50 del dl n. 269/2003 convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 e successive modificazioni). A partire dal 1.1.2015 il flusso informativo è stato unificato e trasmesso dagli Enti attraverso la piattaforma regionale SMAF. L'ATS analizza e corregge mensilmente i flussi e supporta gli Enti per garantire una trasmissione puntuale dei dati alla Regione Lombardia. |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulla presenza di record in ritardo inviati dalle Strutture accreditate private all'ATS con obiettivo di < 1% di record 28/SAN trasmessi in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista.<br>Relazione consuntiva sull'invio unificato dei flussi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Azione</b>                  | Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criticità</b>               | Alla luce delle indicazioni Regionali, da quanto scaturito nel corso degli incontri svolti presso la DG Welfare con i referenti NOC e dalle criticità rilevate nel corso dei controlli, nel 2018 saranno implementate alcune tipologie di verifiche (su dati validati 2017)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Azione Concreta</b>         | <p>Verifiche in merito a:</p> <p>a) codici di “Prima visita” ripetuti. Saranno individuati tutti i codici 897 ripetuti, nella rendicontazione dello stesso anno, sullo stesso paziente e per la stessa branca specialistica. Le prestazioni saranno trasmesse agli Erogatori, con invito all’autoverifica.</p> <p>b) documentazione di un campione casuale delle prestazioni di chirurgia a bassa complessità (BOCA).</p> <p>c) rendicontazione di codice 897 (prima visita) in Paziente con esenzione per patologia cronica. Le prestazioni saranno contestate d’ufficio agli Erogatori.</p> <p>d) prestazioni diverse dalla colonscopia rendicontate erroneamente con codice di esenzione D04.</p> <p>e) prestazioni MAC</p> <p>f) prestazione 90.53.G Anticorpi Anti Transglutaminasi Reflex, che deve essere richiesta ai fini della diagnosi nel caso di sospetto clinico di Malattia Celiaca.</p> <p>g) prestazioni rendicontate impropriamente con accesso diretto: verifica presenza prescrizione medica.</p> <p>h) corretta rendicontazione dell’ecocardiocolordoppler a riposo.</p> <p>i) prestazioni rendicontate in quantità superiore a 1, dando la preferenza a prestazioni ad alto costo.</p> <p>j) prestazioni ricomprese nella gastroscopia e colonscopia.</p> <p>k) test per la ricerca HPV.</p> <p>l) controllo della documentazione di prestazioni ambulatoriali selezionate casualmente.</p> <p>m) corretta rendicontazione Urinocoltura e TSH-R – verifica appropriatezza</p> <p>n) corretta applicazione criteri di appropriatezza delle prestazioni di videoendoscopia (allegato 11 DGR 937/2010)</p> <p>o) appropriata erogazione delle prestazioni di NPI</p> <p>p) esami di genetica medica, mucosetomie, scintigrafie: verifica appropriatezza e corretta rendicontazione</p> <p>q) verifica corretta erogazione prestazioni “H”, erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero</p> <p>r) controllo sulle prestazioni erogate in esenzione per patologia (048 / 050 /052 / 053 / 014 / 018 / 020 / 041 / 046) per la verifica dell’ effettiva prescrizione delle prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.</p> |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verifica rispetto accordi contrattuali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano attività ambulatoriale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Azione</b>                  | Monitoraggio delle liste d'attesa RL_MTA. Realizzazione di strumenti volti al controllo e all'inibizione di comportamenti prescrittivi inappropriati, all'analisi dei dati e alla messa in atto di idonee misure di contenimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criticità</b>               | Mancato rispetto dei tempi di attesa, comportamenti prescrittivi inappropriati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Azione Concreta</b>         | <p>Entro il 31 gennaio 2018 le ATS predispongono e formalizzano gli aggiornamenti dei Piani attuativi oggi vigenti con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità.</p> <p>Le ASST dovranno, congruentemente con i Piani Attuativi delle ATS, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa entro il 28 febbraio del 2018 ed entro il 31 luglio del 2018.</p> <p>Nel corso del 2018 si prevede di effettuare valutazioni mensili inerenti ai tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale.</p> <p>L'ATS porrà particolare attenzione alle prestazioni richieste in urgenza differita, verificandone periodicamente l'appropriatezza, segnalando le prescrizioni ritenute non corrette.</p> <p>Verrà inoltre monitorato il flusso 28/SAN relativo alle prestazioni ambulatoriali con priorità U, B e D per verificare la congruità con il tempo d'attesa indicato dal prescrittore.</p> <p>Sarà verificato il puntuale adempimento al Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 da parte degli Enti Erogatori (pubblicazione dei tempi d'attesa sul proprio sito Internet).</p> <p>Saranno ulteriormente verificati i tempi d'attesa delle prestazioni di screening mammografico e screening del colon retto.</p> |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva. Monitoraggio dei tempi attesa secondo calendario Regionale e Nazionale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                                           |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano prestazioni di psichiatria                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Azione</b>                  | Verifica correttezza delle prestazioni rendicontate. Monitoraggio attività (46/SAN)                                                                                                                                                                       |
| <b>Criticità</b>               | Possibili discordanze di dati relativi alle Strutture Psichiatriche Private Accreditate                                                                                                                                                                   |
| <b>Azione Concreta</b>         | Elaborazione mensile dei dati:<br>valorizzazione dell'attività e confronto con quanto dichiarato dagli Erogatori e quanto valorizzato dal ritorno di R.L.<br>Identificazione di eventuali errori e loro correzione.<br>Trasmissione degli esiti al NAPSS. |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate                                                                                                                                                                                                           |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Macro Obiettivo</b>         | Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture                                                                                                                               |
| <b>Enti Erogatori</b>          | Enti che erogano cure termali                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Azione</b>                  | Garantire il rispetto delle regole per l'erogazione delle prestazioni termali                                                                                                                                                                 |
| <b>Criticità</b>               | Possibili lacune nella trasmissione periodica del flusso informativo, erogazione di doppi cicli a non aventi diritto                                                                                                                          |
| <b>Azione Concreta</b>         | Nel 2018 proseguirà l'esame della correttezza formale dei dati attraverso il controllo del tracciato, sua valorizzazione e relativo invio in Regione in tempo utile. Sarà mantenuta la verifica di eventuali doppi cicli a non aventi diritto |
| <b>Indicatore di Risultato</b> | Relazione consuntiva                                                                                                                                                                                                                          |

**RECUPERI TICKET PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PER FARMACI FRUITI INDEBITAMENTE IN ESENZIONE ED IRROGAZIONE DELLE RELATIVE SANZIONI**

A seguito del dispositivo di cui al DM (MEF) 11 dicembre 2009, 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 viceversa 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 competono alle ATS che, ex art. 18 c. 1a) della Legge regionale n. 19 dell'8.7.2014, 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, la Direzione del Dipartimento PAAPSS procede come segue:

1. verifica se l'assistito all'atto dell'accertamento è deceduto, in questo caso non procede al recupero del ticket e chiude la posizione nel Portale TS;
2. verifica se l'assistito possiede altre esenzioni (per patologia 048 – oncologici -, 023 – dializzati -, malattia rara, invalidità civile dal 67%, invalidità del lavoro dal 67%, invalidità per servizio dalla 1^ alla 5^ categoria, ciechi assoluti e parziali, sordomuti - tali dati sono disponibili nell'Anagrafe Assistiti Regionale); se tali esenzioni sono già attive all'atto dell'autocertificazione non procede al recupero del ticket e chiude la posizione nel Portale TS;
3. successivamente, tramite il Portale TS, procede alla stampa della posizione dell'assistito comprensiva dell'elenco delle prestazioni ambulatoriali e ricette farmaceutiche (così come dettagliate e valorizzate dal sistema TS), usufruite dall'assistito in esenzione per reddito/status;
4. quantifica la relativa sanzione, sulla base degli importi da recuperare già valorizzati dal Portale TS (si veda punto 3), prendendo in considerazione la data di erogazione della prestazione (data accertata dal Sistema TS);
5. notifica all'assistito il verbale di accertamento di illecito amministrativo;
6. valuta eventuali scritti difensivi pervenuti, emettendo a seguire ordinanza di archiviazione o ordinanza di ingiunzione al pagamento;
7. 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.

Con riferimento alla specialistica ambulatoriale, nel 2017 sono state controllate n. 4.555 posizioni negative relative ad autocertificazioni finalizzate ad attestare l'esenzione dal ticket per status e reddito.

Il numero di verbali emessi sono stati n. 2.423, cui sono seguite n. 159 ordinanze di archiviazione e n. 40 ordinanze di ingiunzione al pagamento.

Durante l'anno sono state trasmesse n. 593 diffide (per il recupero del ticket), cui sono seguiti n. 83 annullamenti di diffide, n. 9 dinieghi di accettazione di scritti difensivi e n. 2 rettifiche.

Per una maggiore comprensione del volume dei controlli da effettuare e svolti (dati forniti dal portale Progetto Tessera Sanitaria), si allega la tabella riepilogativa comprensiva dei recuperi per spesa farmaceutica, suddivisa per anno e tipologia di controllo.

Gli introiti di ATS a seguito delle verifiche hanno dato esito alla seguente valorizzazione:

totale tickets € 574.152,52  
totale sanzioni € 382.979,99  
totale generale € 957.132,51

| ANNO<br>AUTOCERTIFICAZIONI | TIPO TICKET   | POSIZIONI     | POSIZIONI<br>APERTE | POSIZIONI<br>CHIUSE | POSIZIONI IN<br>LAVORAZIONE | % POSIZIONI<br>EVASE | % POSIZIONI<br>DA EVADERE |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------|
| 2011                       | <b>TOTALE</b> | <b>3.578</b>  | <b>2</b>            | <b>3.134</b>        | <b>442</b>                  | <b>100%</b>          | <b>0%</b>                 |
|                            | SPECIALISTICA | 3.199         | -                   | 2.815               | 384                         | 100%                 | 0%                        |
|                            | FARMACEUTICA  | 379           | 2                   | 319                 | 58                          | 99%                  | 1%                        |
| 2012                       | <b>TOTALE</b> | <b>11.594</b> | <b>2.139</b>        | <b>8.389</b>        | <b>1.066</b>                | <b>82%</b>           | <b>18%</b>                |
|                            | SPECIALISTICA | 9.783         | 2.083               | 6.690               | 1.010                       | 79%                  | 21%                       |
|                            | FARMACEUTICA  | 1.811         | 56                  | 1.699               | 56                          | 97%                  | 3%                        |
| 2013                       | <b>TOTALE</b> | <b>8.400</b>  | <b>4.983</b>        | <b>3.190</b>        | <b>227</b>                  | <b>41%</b>           | <b>59%</b>                |
|                            | SPECIALISTICA | 6.632         | 4.560               | 1.872               | 200                         | 31%                  | 69%                       |
|                            | FARMACEUTICA  | 1.768         | 423                 | 1.318               | 27                          | 76%                  | 24%                       |
| 2014                       | <b>TOTALE</b> | <b>13.496</b> | <b>8.199</b>        | <b>4.774</b>        | <b>523</b>                  | <b>39%</b>           | <b>61%</b>                |
|                            | SPECIALISTICA | 9.859         | 7.103               | 2.552               | 204                         | 28%                  | 72%                       |
|                            | FARMACEUTICA  | 3.637         | 1.096               | 2.222               | 319                         | 70%                  | 30%                       |
| 2015                       | <b>TOTALE</b> | <b>17.205</b> | <b>13.251</b>       | <b>2.842</b>        | <b>1.112</b>                | <b>23%</b>           | <b>77%</b>                |
|                            | SPECIALISTICA | 12.052        | 9.673               | 2.174               | 205                         | 20%                  | 80%                       |
|                            | FARMACEUTICA  | 5.153         | 3.578               | 668                 | 907                         | 31%                  | 69%                       |
| <b>TOTALE COMPLESSIVO</b>  |               | <b>54.273</b> | <b>28.574</b>       | <b>22.329</b>       | <b>3.370</b>                | <b>47%</b>           | <b>53%</b>                |

Il Servizio garantisce la qualificazione delle strutture sanitarie che fanno parte del Sistema Sanitario Regionale attraverso la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti autorizzativi/di accreditamento contribuendo in tal modo a garantire la qualità delle prestazioni rese e la sicurezza dei cittadini-utenti.

L'attività può essere così sintetizzata:

- espletamento delle procedure per il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di strutture sanitarie di ricovero e cura e ambulatoriali, e delle eventuali successive variazioni;
- verifica del mantenimento dei requisiti attraverso visite ispettive effettuate sulla base del Piano dei Controlli annuale ovvero su segnalazione;
- monitoraggio puntuale della dotazione organica.

Le attività sopra indicate vengono eseguite con il supporto del Dipartimento di igiene e Prevenzione Sanitaria per la valutazione degli aspetti di competenza.

Nel corso del 2016 è stata portata a termine la prima parte di riorganizzazione del sistema con la costituzione dei nuovi soggetti pubblici, ATS e ASST, che ha determinato una importante rimodulazione dei servizi sul territorio per cui si era reso necessario prevedere la temporanea sospensione degli accreditamenti. Conclusa questa prima fase, per l'anno 2017 stante la necessità di garantire il rispetto delle indicazioni specifiche previste dal DM 70/2015, è stato mantenuto esclusivamente il blocco di nuovi accreditamenti per le attività di ricovero e cura per acuti e riabilitative per le quali sono consentite solo trasformazioni e riconversioni.

### **Report finale di attività anno 2017**

#### Gestione istanze

Nel corso del 2017 sono state processate, entro i termini previsti dalle vigenti normative, le seguenti tipologie di istanza:

- n. 2 istanze di autorizzazione all'esercizio per trasformazione;
- n. 14 istanze di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per ampliamento. Tale fattispecie ricomprende n. 7 istanze per apertura di punti prelievo in struttura sanitaria o sociosanitaria e in struttura dedicata;
- n. 3 istanze di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di nuove strutture;
- n. 1 Segnalazione Certificata di Inizio Attività relativa all'ampliamento di branche specialistiche, in regime esclusivamente autorizzativo, di poliambulatorio accreditato;

#### Attività di prelievo

Con dgr n. X/2989/2014 Regione Lombardia ha stabilito la possibilità per i SMEL accreditati e a contratto con il SSR di apertura di "attività di prelievo" secondo le modalità previste dall'allegato 3 C della dgr n. VII/3313/2001, presso locali che dispongano dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa di settore, con accesso per tutti i cittadini e su richiesta delle amministrazioni locali, allo scopo di facilitare l'accesso alle attività di prelievo in particolare delle categorie fragili.

Sono state presentate nel 2017 n. 4 comunicazioni, processate con esito positivo. Un'ulteriore comunicazione è stata processata con esito negativo per il rilievo della presenza, nei medesimi locali, di altra attività non compatibile.

### Variazioni assetti - subentri

Si è proceduto a:

n. 5 variazioni dell'assetto organizzativo di strutture di ricovero e cura/ambulatoriali;

n. 2 variazioni di sede legale di enti gestori;

n. 1 subentro di un Ente gestore nelle autorizzazioni e accreditamento rilasciati ad una struttura di ricovero.

La gestione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e accreditamento, così come delle variazioni (di ragione sociale, cambi di titolarità, modifiche di assetto ecc.) ha comportato specifiche procedure con l'utilizzo dell'applicativo "Autorizzazione/Accreditamento delle Strutture Sanitarie" che costituisce un data base che viene costantemente aggiornato dal Servizio.

### Edilizia sanitaria

In base ai disposti della DGR IX/898/10, il 31 dicembre 2015 scadevano i termini previsti per le strutture che usufruivano del regime di proroga, per l'adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici. Con D.G.R. n. X/4702/2015 è stata disposta la facoltà per gli Enti gestori di strutture di Ricovero e cura pubbliche e private e di strutture psichiatriche che presentavano la necessità di adeguarsi alle intervenute disposizioni normative in particolare in materia di prevenzione incendi e di adeguamento alle norme antisismiche, nonché alle strutture che, per giustificati motivi, non avevano completato il percorso di adeguamento al possesso dei requisiti minimi strutturali e tecnologici, di presentare specifica istanza di proroga alle ATS.

Nel 2016 tutti i Legali Rappresentanti delle strutture sanitarie del territorio della provincia di Bergamo hanno presentato istanza entro le scadenze previste e nel corso dello stesso anno, si è provveduto all'espressione di parere favorevole alla concessione del provvedimento di proroga per le strutture residenziali psichiatriche nonostante la richiesta di chiarimenti in ordine alla eventuale necessità di configurare tali strutture quali "edifici rilevanti" nell'ambito della fattispecie "Strutture sanitarie e/o socio-assistenziali con ospiti non autosufficienti (ospizi, orfanotrofi ecc.)" ex D.d.u.o. 21.11.2003 n.19904.

Nelle more dell'acquisizione di chiarimenti derivanti dagli approfondimenti in atto da parte dei competenti uffici regionali circa le modalità di assolvimento del requisito SGTEC 01, nell'anno 2017 è stata completata la trasmissione dei pareri favorevole alla concessione di proroga per tutte strutture di ricovero e cura che ne avevano fatto richiesta ( 13 strutture di ricovero e cura private e 3 ASST).

### Pareri preventivi edilizi

Si è proceduto alla valutazione di n. 10 progetti e al rilascio dei relativi pareri tecnici in merito alla verifica circa il possesso dei requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici, inerenti realizzazione di nuove strutture, ristrutturazioni, adeguamenti di strutture di ricovero e cura, ambulatoriali e residenzialità psichiatrica, oltre all'approvazione di n. 3 progetti esecutivi finanziati da fondi pubblici, inerente presidi ospedalieri di ASST secondo le modalità previste dal d.d.g. n. 655/2002. In relazione alla complessità delle pratiche, per la valutazione delle stesse ci si è avvalsi della competenza del personale afferente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione dell'ATS.

### Riclassificazioni

#### - Cure Palliative

In attuazione della D.g.r. n. X/5918 del 28.11.2016 ad oggetto: "Disposizioni in merito all'evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario" personale del Servizio ha partecipato ad un gruppo tecnico di approfondimento e contestualizzazione della realtà della provincia di Bergamo e successivamente al percorso della riclassificazione mediante l'effettuazione di verifiche congiunte di una U.O. di Cure palliative accreditata presso struttura sanitaria.

#### - Procreazione Medicalmente Assistita

Nell'ambito dell'attuazione della d.g.r. n. X/4103 del 02/10/2015 "Determinazioni in merito alla procreazione medicalmente assistita (PMA) – recepimento degli Accordi Stato-Regioni del 15/03/2012 (Rep. Atti 59/CSR) e del 25/03/2015 (Rep. Atti 58/CSR)", ai fini del rilascio della certificazione Europea per i Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), sono state effettuate in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti verifiche condotte da due operatori del servizio formati tramite corso dedicato e inseriti nell'elenco nazionale quali valutatori dei centri PMA, presso le tre strutture interessate. Non sono state evidenziate non conformità critiche. Sono in corso adeguamenti di tipo strutturale e organizzativo per la risoluzione delle criticità emerse in un'unica struttura.

### Verifiche mantenimento dei requisiti

#### Sistema Trasfusionale

Si è provveduto all'effettuazione delle verifiche di mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010 in ottemperanza all'art. 5 d.lgs 261/2007 per il rispetto della periodicità biennale degli accertamenti, presso 3 Unità di Raccolta associative e presso i SIMT (comprese le eventuali macroattività di raccolta) afferenti alle tre ASST presenti nel territorio. Oggetto di verifica, in particolare, i processi di riqualificazione delle attrezzature e convalida del trasporto sangue ed emocomponenti. I verbali sono stati conclusi con esito positivo solo dopo la verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni/obiettivi di miglioramento assegnati alle strutture.

#### UU.OO. di Cure Sub-acute e Riabilitazione

Si è proceduto alla conduzione di verifiche in 10 strutture di ricovero e cura aventi in assetto sia le UU.OO. di Cure Sub-acute che quelle di Riabilitazione. Fattispecie oggetto di controllo, i requisiti strutturali e organizzativi specifici, ponendo particolare attenzione ai requisiti inerenti la dotazione organica sia in termini quantitativi che qualitativi (verifica del possesso dei titoli abilitanti). Particolare riguardo è stato posto alla presenza e corretta applicazione del "Protocollo provinciale di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione LdP" trasmesso alle Direzioni Sanitarie delle Strutture pubbliche e private accreditate dell'ASL di Bergamo il 18.07.2014, ovvero di protocolli prodotti dalle singole strutture.

In tutte le strutture è stata verificata la presenza di detti protocolli rilevando tuttavia la necessità di dare chiara evidenza, nella documentazione sanitaria, dell'effettiva applicazione soprattutto nella parte riguardante la valutazione nutrizionale dell'ospite.

Si fa comunque presente che le osservazioni emerse durante i sopralluoghi sono state e condivise con il personale presente che si è dimostrato disponibile al confronto ed alla discussione in un'ottica costruttiva di miglioramento continuo.

#### Servizi di Medicina di Laboratorio

Si è proceduto, in collaborazione con personale del Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria di questa ATS, alla verifica di mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento presso n. 2 SMEL afferenti ad ASST.

Coerentemente con quanto previsto dalla DGR n. X/6006/2016, sono state condotti accertamenti per tutti i Servizi di Medicina di Laboratorio della provincia autorizzati e/o accreditati, della documentazione attestante il mantenimento del requisito OSLAB12, con particolare riferimento alle modalità preanalitiche. La verifica documentale ha comportato il rilievo di criticità per due SMEL che saranno oggetto di puntuale verifica nel corso del 2018.

E' stata oggetto di monitoraggio la partecipazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio ai programmi di Valutazione Esterna della Qualità (VEQ). La segnalazione, da parte del Centro Regionale per la Qualità dei SMEL, di non conformità interessanti un Servizio di Medicina di Laboratorio autorizzato, ha comportato l'effettuazione di una verifica di mantenimento dei requisiti autorizzativi, condotta con il supporto di personale del Centro Regionale per la Qualità dei SMEL. In esito all'accertamento del mancato mantenimento di requisiti autorizzativi, è stato applicato il regime sanzionatorio previsto dall'art. 17 l.r. 33/09 come modificato dall'art. 27 quinquies l.r. 23/2015.

### Verifiche possesso/mantenimento dei requisiti non comprese nel programma d'attività 2017

In relazione ad esposti presentati da cittadini direttamente a questa ATS o al Comando Carabinieri per la Tutela della Salute, sono stati effettuati n. 6 sopralluoghi presso due strutture di ricovero afferenti ad un Ente unico gestore. Le verifiche hanno interessato le U.O. di Gastroenterologia, Medicina Generale, DEA, Riabilitazione Specialistica e Cure Sub Acute, ed hanno comportato emissione di prescrizioni, oltre ad irrogazione di una sanzione amministrativa per violazione dell'art. 17 l.r. 33/09 come modificato dall'art. 27 quinquies lettera d) l.r. 23/2015.

Nel corso di tutte le verifiche effettuate, una particolare attenzione è stata posta ai requisiti inerenti la dotazione organica sia in termini quantitativi che qualitativi, procedendo al puntuale controllo dei titoli professionali di tutti gli operatori sanitari operanti nelle UU.OO. oggetto di verifica (titoli di studio, iscrizioni ad ordini o albi professionali, diplomi di specializzazione) oltre all'accertamento della congruità delle funzioni svolte dal personale di supporto (OSS, infermieri generici).

### Verifica Dotazione organica

E' stato monitorato l'invio delle dichiarazioni trimestrali inerenti la dotazione organica da parte delle strutture accreditate (Decreto R.L. n° 16792 del 10/07/01 art. 5). Le situazioni di potenziale incompatibilità del personale, sono state segnalate alle Aziende Ospedaliere.

Sono stati verificati i dati inseriti nell'applicativo ASAN-DDO, controllando che i valori del "dovuto" inserito dalle strutture fossero  $\geq$  a quanto richiesto dall'applicativo, consolidando positivamente il processo. In caso di scostamento in negativo sono state contattate le strutture interessate per ulteriori approfondimenti.

Permane la necessità per le Strutture che hanno in assetto UU.OO. di Riabilitazione e U.O. di Cure Subacute, di trasmissione dei dati trimestrali secondo regole prestabilite al fine di uniformare l'invio degli stessi. Tale scelta è motivata dalla necessità di effettuare una puntuale verifica degli standard di accreditamento per la dotazione organica delle UU.OO. non ancora ricomprese nel software denominato "DDO".

### Sanzioni amministrative

Si è provveduto all'irrogazione di due sanzioni amministrative ex art. 17 L.R. 33/09 come modificato dall'art. 27 quinquies l.r. 23/2015.; copia dei provvedimenti è stata trasmessa ai competenti Uffici regionali.

### Flussi informativi

In ottemperanza alle note Regione Lombardia Direzione Generale Welfare del 10/01/2017 prot. G.1.2017.0000461, del 30/05/2017 prot.ATS I0049459, del 27.07.2017 prot.G.1.2017.0024417 i Flussi (FLS, STS, HSP) sono stati curati, monitorati e validati sulla piattaforma "Flussi Informativi Ministero della Salute" (FLMI), rispettando le procedure e le tempistiche previste dalle scadenze indicate nelle note regionali sopracitate.

### Attività di supporto

L'ufficio fornisce supporto tecnico e informativo agli utenti sia in fase di avvio di nuove attività o per trasformazione di strutture esistenti, assicurando il sostegno necessario attraverso la valutazione preventiva di progetti, ausilio nell'utilizzo dell'applicativo ASAN per la compilazione istanze, sia preliminarmente alla presentazione di istanze di ampliamento, per un'analisi preventiva della procedibilità delle pratiche; si è consolidata inoltre negli anni la disponibilità all'effettuazione di tavoli per l'approfondimento di tematiche di interesse comune e per la discussione di problematiche emerse nel corso dell'attività.

## Programma di attività 2018

### Attività ordinarie ed istituzionali:

Verrà garantita l'ordinaria attività di processazione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e/o accreditamento nel rispetto dei vincoli ed entro i termini previsti dalle vigenti normative.

Si procederà alla presa d'atto di variazioni: cambio di titolarità, variazioni dell'assetto organizzativo, variazioni societarie.

Sarà cura del Servizio mantenere aggiornati gli assetti accreditati delle strutture sanitarie mediante l'utilizzo dell'applicativo ASAN.

Verranno effettuati interventi per effetto di esposti formulati da utenti o su richiesta dell'autorità pubblica e per criteri di opportunità emergenti. Le segnalazioni anonime verranno considerate solo nel caso in cui vengano riferiti fatti specifici e verosimili.

Verrà monitorizzato l'invio delle dichiarazioni quadrimestrali da parte delle strutture accreditate inerenti la dotazione organica (Decreto R.L. n° 16792 del 10/07/01 art. 5). Le situazioni di potenziale incompatibilità del personale saranno segnalate alle Aziende Ospedaliere

Saranno curati, monitorati e validati sulla piattaforma "Flussi Informativi Ministero della Salute" (FLMI) secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare, i Flussi FLS, STS, HSP rispettando le procedure e le tempistiche previste.

In linea generale, l'individuazione delle strutture oggetto di controllo viene effettuata sulla scorta delle indicazioni definite dalle Regole di Sistema per l'anno in corso e di quanto contenuto nel piano predisposto dall'ACSS.

La priorità degli interventi di verifica del mantenimento dei requisiti, è definita sulla base di:

1. necessità di garantire il rispetto di quanto previsto dall'art. 2 comma 3 del DPR 14.01.1997 con riferimento alla periodicità almeno quinquennale della verifica della permanenza dei requisiti;
2. adempiere a disposizioni regionali che definiscano tempistiche precise per specifiche attività (es. attività oggetto di riclassificazione e/o adeguamento per individuazioni di nuovi requisiti)
3. analisi dei fattori di rischio con conseguente individuazione di aree critiche.

### Riclassificazioni

- Con D.g.r. n. X/7540 del 18/12/2017 " Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'attività di Elettrofisiologia" , è stato disposto che le strutture che svolgono attività di elettrofisiologia presentassero istanza di riclassificazione e fossero sottoposte alle verifiche di possesso dei requisiti entro il 30/03/2018.

Si è provveduto pertanto ad eseguire gli accertamenti in n. 5 strutture, inviando alla DGW la comunicazione di avvenuta riclassificazione. Ove richiesto dagli Enti gestori, le verifiche sono state precedute da incontri preliminari per un'analisi congiunta delle potenziali criticità al fine di individuarne le possibili soluzioni, e analisi della documentazione attestante il possesso dei requisiti.

- Con d.g.r. n.X/7466 del 4/12/2017 " Requisiti minimi autorizzativi delle attività di laboratorio di genetica medica" è stato disposto che i laboratori specializzati o con sezioni specializzate in Genetica medica e Citogenetica già autorizzati/accreditati avessero 12 mesi di tempo per l'adeguamento ai requisiti strutturali ed organizzativi (ad esclusione dei requisiti relativi alla numerosità della produzione analitica in sede e dei tempi medi di refertazione, che saranno valutati non prima di 24 mesi dalla data di pubblicazione della deliberazione).

L'istanza di riclassificazione dovrà essere presentata dalle strutture interessate entro il 05.12.2018. Ci si attende nel corso del presente anno la presentazione di due istanze.

## Verifiche di mantenimento dei requisiti

Sistema trasfusionale: in ottemperanza all'art. 5 D.Lgs 261/2007 che definisce la necessità di garantire il rispetto della periodicità biennale degli accertamenti, saranno oggetto di verifica 11 Unità di Raccolta a gestione associativa. Fattispecie oggetto di controllo, i requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 selezionati in relazione a criticità rilevate nel corso dei precedenti controlli. L'attenzione verrà in particolare accentrata sul mantenimento delle competenze del personale e sulle metodologie di riconvalida del processo di trasporto sangue ed emocomponenti.

Servizi di Medicina di Laboratorio: proseguirà l'attività di verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento presso SMEL afferenti sia a strutture accreditate e a contratto che eroganti prestazione in regime autorizzativo, in collaborazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria. La priorità sarà legata all'evidenza di eventuali non conformità delle partecipazioni ai programmi di Valutazione Esterna della Qualità (VEQ), indicatori delle performances qualitative analitiche dei laboratori. La partecipazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio a tali programmi sarà oggetto di monitoraggio sulla scorta delle segnalazioni periodiche da parte del Centro Regionale per la Qualità dei SMEL.

Farmacie Ospedaliere: Il Gruppo di Lavoro regionale per l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nel verbale n.5 del 23.03.2017, si è espresso in merito ai requisiti necessari per accreditare le U.O. Farmacie. Sebbene la normativa non obblighi le strutture sanitarie ospedaliere ad istituire una farmacia, tutte le strutture che praticano specifiche attività, proprie del farmacista in farmacia, devono necessariamente attivarla. Al fine di consentire l'eventuale realizzazione degli opportuni interventi di adeguamento tecnico/ambientale, è stato definito il termine ultimo del 30.06.2018 per la presentazione di istanze di accreditamento.

Nel corso del primo semestre 2018 si prevede di completare gli incontri con le singole strutture per le quali sia prevedibile la necessità di procedere all'istituzione di U.O. Farmacia, finalizzati alla verifica documentale dei requisiti preliminarmente alla presentazione di istanza, la cui processazione avverrà nel secondo semestre 2018.

Strutture residenziali di Psichiatria /NPiA: si procederà a verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento di almeno il 30% delle cinquanta strutture residenziali di PSI e NPiA autorizzate, accreditate e/o a contratto presenti sul territorio dell'ATS, in collaborazione con il personale afferente all'Area salute mentale del Dipartimento PAAPSS. Saranno prioritariamente selezionate le strutture non vigilate negli ultimi cinque anni, e quelle per le quali siano state rilevate criticità meritevoli di monitoraggio (es. con riguardo alla dotazione organica, verifica dei titoli degli educatori, iscrizione al collegio professionale per il personale infermieristico, verifica rispetto dell'orario minimo di presenza ecc.)

Blocchi operatori : saranno oggetto di controllo le U.O. Blocco operatorio (almeno 1 U.O. per ASST, e strutture private accreditate non vigilate negli ultimi 5 anni). Per le ASST saranno selezionate ove possibile, le U.O. presenti nei presidi oggetto di recente adeguamento strutturale che non abbia comportato la presentazione di istanza per "trasformazione", e di conseguenza di verifica al termine dei lavori. Fattispecie oggetto di controllo saranno pertanto sia i requisiti strutturali e tecnologici specifici, sia gli organizzativi. Ove non siano stati completati gli interventi di adeguamento, la verifica verrà condotta tenendo in debito conto le misure dichiarate e poste in atto dalle strutture per garantire l'erogazione dei servizi in sicurezza. I sopralluoghi saranno condotti in collaborazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria. Potranno essere organizzati verifiche congiunte con il personale NOC Ricoveri, in particolare negli Enti in cui siano state riscontrate anomalie nella completezza dei registri operatori.

### **CONTRATTI CON GLI ENTI EROGATORI SANITARI (ex DGR IX/4606/2012)**

Ai fini del controllo dei requisiti previsti per il mantenimento dell'accreditamento e/o la sottoscrizione dei contratti tra ATS ed erogatori di prestazioni sanitarie a carico del SSN, il Servizio NAPS sanitario procede come segue:

1. vengono acquisite, entro il 31 dicembre, da parte di tutti gli Enti:
  - dichiarazioni sostitutive di atto notorio, attestanti l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia;
  - dichiarazioni sostitutive della certificazione CCIAA;
  - autocertificazioni in merito alla sussistenza di carichi pendenti o condanne penali;
  - autocertificazioni in merito allo stato di famiglia;
2. tali dichiarazioni sostitutive vengono controllate tramite collegamenti *on line* con la Camera di Commercio e con il Ministero degli Interni, nonché tramite richieste via pec al Tribunale ed ai Comuni;
3. si procede invece d'ufficio con i controlli di regolarità contributiva (DURC) tramite collegamento *on line* (INPS/INAIL).

I controlli in merito ad antimafia, carichi pendenti, DURC (3-4 volte all'anno) e CCIAA vengono eseguiti tutti gli anni sulla totalità degli Erogatori.

Per quanto concerne i controlli con i Comuni, ogni anno viene controllato a campione circa 1/3 degli Enti, per un totale di circa 150 posizioni/anno. In tal modo entro un triennio tutti gli Erogatori sono soggetti a controllo anche rispetto alla veridicità dei dati anagrafici autocertificati.

In caso si rilevino difformità/irregolarità a seguito dell'attività di controllo, vengono predisposte apposite diffide ad adempiere entro 15 giorni.

Ai fini della sottoscrizione del contratto integrativo annuale, vengono inoltre acquisiti entro il 28 febbraio (o scadenza successiva rispetto al bilancio consuntivo):

1. da parte delle strutture di ricovero e cura con un budget annuale pari o superiore ad € 800.000,00, la relazione sull'ultimo bilancio approvato (o, in via di prima applicazione, istanza motivata di essere ammessi ad un regime transitorio, come previsto dalla DGR 4606/2012);
2. da parte delle strutture sanitarie diverse da quelle di ricovero e cura con un budget annuale pari o superiore ad € 800.000,00, un sintetico estratto della relazione dell'organismo di vigilanza (D.Lgs. 231/2001) attestante in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità.

In merito alla documentazione di cui ai punti 1) e 2) il Servizio NAPS sanitario provvede a controllare che la stessa sia redatta a norma di legge e che risulti dichiarata in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità.

Vengono inoltre monitorate d'ufficio *on line* le iscrizioni in Camera di Commercio delle strutture sanitarie che erogano prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria (mediamente circa 70/anno) non a contratto (flusso 43/san).

### **STRANIERI: CONTROLLI e RECUPERO ONERI 7**

Sulla base dei dati forniti dalla Regione Lombardia e verificati in collaborazione con la Direzione e gli altri Servizi del Dipartimento PAAPSS, vengono controllate tutte le prestazioni - sia sanitarie (compresa spesa farmaceutica e quota del MAP/PdF laddove prevista) che sociosanitarie - rese da strutture bergamasche a favore di cittadini con assistenza a carico di Casse Estere (onere 7). Il NAPS - Settore Estero procede, dopo aver acquisito anche le pratiche cartacee dagli erogatori, al controllo delle stesse ed al recupero dei relativi crediti tramite utilizzo della piattaforma ministeriale ASPE UE secondo le scadenze previste dai regolamenti comunitari (entro 30 maggio recupero oneri relativi al I semestre dell'anno precedente; entro 30 novembre recupero oneri relativi al II semestre dell'anno precedente). Nel corso del 2017 sono stati recuperati circa € 1.900.000,00 (prestazioni rese nel corso dell'anno 2016).

Nel 2017 sono state consolidate le collaborazioni con le U.O. di NPIA delle ASST, dove il raggiungimento degli obiettivi previsti:

- maggiore attenzione all'appropriatezza degli inserimenti;
  - passaggio di competenze ai CPS e ai servizi territoriali competenti dei maggiorenni ancora rendicontati in 43/San neuropsichiatria;
  - accordi con le strutture per il passaggio su posti a contratto di alcuni casi specifici;
  - autorizzazione per nuovi casi prevalentemente su posti a contratto, con autorizzazione di posti non a contratto, solo se debitamente accompagnate da approfondite motivazioni.
- hanno permesso di rispettare anche il budget di spesa 43/SAN previsto per la NPIA.

Sono continuate le partecipazioni agli incontri delle Strutture residenziali psichiatriche private e agli incontri professionali delle assistenti sociali dei CPS e delle NPIA delle tre ASST bergamasche.

Per quanto riguarda la verifica dei punti previsti dal piano controlli sui progetti specifici delle ASST:

### **1. Inclusione sociale e inserimento lavorativo**

Sono stati effettuati due (2) incontri di verifica dei Progetti Riabilitativi Risocializzanti (PRR) avviati dai CPS delle tre ASST. In particolare sono state affrontate le problematiche emerse per la copertura INAIL dei PRR non garantiti dagli Enti titolari (i Comuni, in particolare per l'ASST Bergamo Est). Per tale motivo è stato coinvolto l'INAIL che ha fornito risposta ai quesiti sollevati dagli uffici comunali. Sono stati raccolti n. 2 protocolli d'intesa con le ASST PG23 e ASST BG Ovest per la realizzazione dei percorsi di inclusione sociale e di inserimento lavorativo.

Nell'ambito dei programmi innovativi in psichiatria sono stati monitorati i programmi innovativi (TR04 – TR05), attraverso anche l'acquisizione di specifica documentazione, relativi all'integrazione sociale e il lavoro di rete sul territorio

E' stato seguito l'esito del Bando della Fondazione della Comunità Bergamasca Onlus per l'individuazione di progetti di utilità sociale, disagio, fragilità per l'area salute mentale che ha determinato la finanziabilità di interventi per il reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo e che ha visto l'individuazione delle persone coinvolgibili in accordo con i CPS di riferimento. E' stata acquisita la documentazione relativa ai tre (n. 3) progetti finanziati :

- Area Ovest – titolare Associazione Aiutiamoli Associazione per la salute mentale : "Nuovi orizzonti nella salute mentale. Adolescenti, esordio, adulti, un supporto alle famiglie e l'integrazione possibile dei servizi"
- Area Est – titolare Consorzio Sol.Co. Città Aperta: "Territorio e lavoro. Nuove opportunità per la salute mentale nel distretto Bergamo Est"
- Area PG 23 – titolare Associazione Piccoli Passi Per... - "Esco. Dalla casa al territorio. Percorsi di autonomia per la salute mentale"

### **2. Integrazione tra psichiatria, NPIA, dipendenze, psicologia sulla fascia di età 14 – 25 anni**

Sono stati individuati i seguenti PDTA condivisi tra le NPIA delle tre ASST per l'integrazione fra le diverse aree tematiche e professionali:

- Autismo
- Disturbi del linguaggio
- Adolescenza
- Paralisi cerebrali infantili (documento attualmente in itinere)

A tal proposito sono stati monitorati i programmi innovativi in psichiatria per l'individuazione e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi negli adolescenti (TR01), nonché i progetti innovativi sull'intervento integrato neuropsichiatrico/psicologico per adolescenti con disturbi psichiatrici e problematiche sociali complesse (G009).

### **3. Disturbi psichici del periodo perinatale**

Non sono stati individuati specifici protocolli diagnostici per i disturbi psichici del periodo perinatale. Sono stati monitorati i programmi innovativi che hanno come riferimento il trattamento precoce dei disturbi psichici nelle donne (TR03 e TR06).

*Rapporti di collaborazione tra DSMD e soggetti del terzo e quarto settore:*

Sono stati raccolti e monitorati i rapporti di collaborazione instaurati ed attivi tra le ASST (Bergamo Ovest e PG 23) e i soggetti del terzo settore (cooperative sociali), che sono rinviabili al solo ambito dei programmi innovativi della psichiatria.

Per il quarto settore (strutture e attività attivate e gestite dalle stesse persone utenti e familiari che vivono il disagio cui esse si applicano) non risultano attive specifiche forme giuridiche con le tre ASST.

Al fine di verificare il perseguimento degli obiettivi previsti dalla normativa, l'ATS di Bergamo nel corso del **2018** provvederà alla verifica dell'esistenza di progetti specifici stilati dalle ASST inerenti:

#### **1. Inclusione sociale e inserimento lavorativo**

In continuità con il 2017, proseguiranno gli incontri di verifica e di analisi dei Progetti Riabilitativi Risocializzanti avviati da ogni CPS delle tre ASST. In particolare, si monitorerà l'andamento delle azioni previste dai due protocolli d'intesa avviati dalle ASST Papa Giovanni XXIII e ASST BG Ovest per la realizzazione dei percorsi di inclusione sociale e di inserimento lavorativo.

Verrà considerata la partecipazione dei CPS ai tavoli di lavoro e di progetto con gli Ambiti territoriali per il Bando della Fondazione della Comunità Bergamasca Onlus il cui esito ha determinato il finanziamento di tre distinti progetti di utilità sociale, disagio, fragilità per l'area salute mentale, attivati all'interno di ciascuna delle tre ASST del territorio provinciale, che prevedono interventi per il reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo.

Tali progetti sono stati avviati nel corso del 2017 e sono così denominati:

- **Area Ovest:** titolare Associazione per la salute mentale Aiutiamoli di Treviglio: "Nuovi orizzonti nella salute mentale: adolescenti, esordio, adulti, un supporto alle famiglie e l'integrazione possibile dei servizi";
- **Area Est:** titolare Consorzio Sol.Co Città Aperta: "Territorio e lavoro. Nuove opportunità per la salute mentale e nel distretto Bergamo EST".
- **Area PG 23-** titolare Associazione Piccoli passi per..."- Esco. Dalla casa al territorio. Percorsi di autonomia per la salute mentale".

#### **2. Integrazione tra psichiatria, NPIA, dipendenze, psicologia sulla fascia di età 14 – 25 anni**

Verranno monitorati i protocolli e i PDTA già sottoscritti e condivisi tra le tre ASST per l'integrazione fra le diverse aree tematiche e professionali, in particolare quelle riguardanti l'autismo, i disturbi del linguaggio, l'adolescenza e le paralisi cerebrali infantili.

Verranno monitorati i programmi innovativi che hanno come riferimento l'individuazione e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi negli adolescenti (TR01), nonché i progetti innovativi che hanno come obiettivo l'intervento integrato neuropsichiatrico/psicologico per adolescenti con disturbi psichiatrici e problematiche sociali complesse (G009).

### **3. Disturbi psichici del periodo perinatale**

Verrà rilevato l'utilizzo di specifici protocolli diagnostici per i disturbi psichici del periodo perinatale. Proseguirà il monitoraggio dei programmi innovativi che hanno come riferimento il trattamento precoce dei disturbi psichici nelle donne (TR03 e TR06).

*Verifica rapporti di collaborazione tra DSMD e soggetti del terzo settore:*

Verranno monitorati i diversi rapporti di collaborazione raccolti nel 2017 (sotto forma di: protocolli d'intesa, sperimentazioni gestionali, convenzioni, capitolati di appalto) instaurati ed attivi tra le ASST Bergamo Ovest e PG 23 e i soggetti del terzo settore (cooperative sociali) rinviabili al solo ambito dei programmi innovativi della psichiatria.

## PIANO DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO 2018 SULLE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE E SOCIALI

### PREMESSA

Il presente Piano delle attività di vigilanza e controllo, steso ai sensi della D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2018”*, in recepimento della L.R. 11 agosto 2015 n. 23 e in continuità con quanto definito nel Piano dei Controlli dell'Agenzia di controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) del 2017. Questo documento dell'ATS, che sarà naturalmente integrato e/o modificato secondo le indicazioni eventualmente in futuro fornite dall'ACSS, così come approvate dalla Giunta regionale, rappresenta un atto programmatico territoriale a valenza strategica e costituisce lo strumento fondamentale per rendicontare l'attività svolta nell'anno 2017 e declinare in concreto le azioni che verranno perseguite nel corso del 2018 nei seguenti ambiti di intervento:

- vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e sociali pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo, (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate), ai sensi della D.G.R. 2569/2014 e delle specifiche normative di settore;
- vigilanza sull'applicazione dei contenuti del contratto sottoscritto con l'ATS e relativi adempimenti;
- vigilanza sulle Unità d'Offerta (UdO) sociosanitarie innovative, anche a carattere sperimentale, e sulle misure applicative della D.G.R. n. X/7769 del 17/01/2018;
- controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso l'esame della documentazione sociosanitaria, che comprende sia la verifica delle caratteristiche del bisogno che determina l'accesso all' UdO, sia la coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate;
- funzioni amministrative di vigilanza e controllo previste dagli articoli 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche di diritto privato operanti in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario;
- controllo sulla puntuale osservanza del debito informativo a cui sono tenuti gli Enti accreditati, secondo le modalità e i tempi previsti dalla Circolare reg. n. 2 del 27/04/2015 e s.m.i.;
- rilevazione continua sull'andamento del sistema dell'offerta sociosanitaria e sociale attraverso l'implementazione dell'applicativo regionale AFam (Anagrafica Famiglia).

### ANALISI DI CONTESTO

La distribuzione territoriale delle UdO presenti sul territorio di competenza di ATS Bergamo, al **31/12/2017**, viene riassunta e visualizzata aggregando i dati per i tre Distretti corrispondenti alle aree di pertinenza delle tre ASST “Papa Giovanni XXIII”, ASST Bergamo Est e ASST Bergamo Ovest, così come nelle tabelle che seguono:

#### UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

|                          | ANZIANI |                   |                               |                   |                   |     |                   |                               |                   |                   |
|--------------------------|---------|-------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|-----|-------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
|                          | RSA     | Posti di sollievo | Posti abilitati all'esercizio | Posti accreditati | Posti a contratto | CDI | Posti di sollievo | Posti abilitati all'esercizio | Posti accreditati | Posti a contratto |
| ASST PAPA GIOVANNI XXIII | 14      |                   | 1.667                         | 1.615             | 1.508             | 6   | 0                 | 191                           | 191               | 130               |
| ASST DI BERGAMO OVEST    | 22      |                   | 2.029                         | 2.013             | 1.811             | 13  | 0                 | 375                           | 360               | 305               |
| ASST DI BERGAMO EST      | 29      |                   | 2.500                         | 2.479             | 2.118             | 11  | 0                 | 256                           | 256               | 223               |
|                          | 65      | 0                 | 6.196                         | 6.107             | 5.437             | 30  | 0                 | 822                           | 807               | 658               |

| DISABILITA'                 |     |                                     |                      |                      |     |                                     |                      |                      |     |                                     |                      |                      |
|-----------------------------|-----|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
|                             | CDD | Posti<br>abilitati<br>all'esercizio | Posti<br>accreditati | Posti a<br>contratto | RSD | Posti<br>abilitati<br>all'esercizio | Posti<br>accreditati | Posti a<br>contratto | CSS | Posti<br>abilitati<br>all'esercizio | Posti<br>accreditati | Posti a<br>contratto |
| ASST PAPA<br>GIOVANNI XXIII | 5   | 143                                 | 143                  | 143                  | 4   | 66                                  | 56                   | 56                   | 5   | 45                                  | 43                   | 43                   |
| ASST DI<br>BERGAMO OVEST    | 6   | 175                                 | 175                  | 170                  | 2   | 107                                 | 107                  | 107                  | 6   | 57                                  | 53                   | 48                   |
| ASST DI<br>BERGAMO EST      | 12  | 248                                 | 248                  | 242                  | 5   | 243                                 | 239                  | 234                  | 8   | 76                                  | 70                   | 70                   |
|                             | 23  | 566                                 | 566                  | 555                  | 11  | 416                                 | 402                  | 397                  | 19  | 178                                 | 166                  | 161                  |

| CURE INTERMEDIE (EX RIABILITAZIONE) |     |     |         |                                     |                      |                      | HOSPICE |                                     |                      |                      |
|-------------------------------------|-----|-----|---------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|---------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
|                                     | RIA | INT | RIA/INT | Posti<br>abilitati<br>all'esercizio | Posti<br>accreditati | Posti a<br>contratto | HOSPICE | Posti<br>abilitati<br>all'esercizio | Posti<br>accreditati | Posti a<br>contratto |
| ASST PAPA<br>GIOVANNI XXIII         | 1   | 1   | 2       | 191                                 | 191                  | 191                  | 1       | 9                                   | 9                    | 9                    |
| ASST DI<br>BERGAMO OVEST            |     | 0   |         |                                     |                      |                      | 2       | 16                                  | 16                   | 12                   |
| ASST DI<br>BERGAMO EST              | 1   | 0   | 1       | 70                                  | 70                   | 70                   | 2       | 25                                  | 25                   | 25                   |
|                                     | 2   | 1   | 3       | 261                                 | 261                  | 261                  | 5       | 50                                  | 50                   | 46                   |

| UNITA' OPERATIVE CURE PALLIATIVE<br>(Hospice ex sanitari) |                                                  | Tipologia        | posti                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASST PAPA<br>GIOVANNI<br>XXIII                            | U.O. Cure Palliative Casa di<br>Cura Palazzolo   | Hospice          | 12                                                                                           |
|                                                           |                                                  | Day Hospital     | 1                                                                                            |
|                                                           |                                                  | Ambulatorio      | specialità anestesia                                                                         |
|                                                           |                                                  | Cure Domiciliari | Territori delle:<br>- ASST Papa Giovanni XXIII<br>- ASST Bergamo EST<br>- ASST Bergamo Ovest |
|                                                           |                                                  |                  |                                                                                              |
|                                                           | U.O. Cure Palliative ASST Papa<br>Giovanni XXIII | Hospice          | 12                                                                                           |
|                                                           |                                                  | Day Hospital     | 2                                                                                            |
|                                                           |                                                  | MAC              | 2                                                                                            |
|                                                           |                                                  | Ambulatorio      | n. 2 sedi trritoriali                                                                        |
|                                                           |                                                  | Cure Domiciliari | Territorio della ASST Papa<br>Giovanni XXIII                                                 |

|                                | AREA<br>MINORI E<br>FAMIGLIA                                                                               | A.D.I.                       |                       | DIPENDENZE |       |                        |                               |                   |                   |                                                          |                               |                   |                   |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|------------|-------|------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
|                                | C. F.<br>PUBBLICI<br>(SEDI<br>PRINCIPALI<br>N.10 + n. 08<br>SEDI<br>SECONDARIE<br>) E C.F.<br>PRIVATI N.14 | ADI UCPDOM ( sedi operative) | ADI ( sedi operative) | SMI        | SER.D | ENTI PRIVATI (Comunità | Posti abilitati all'esercizio | Posti accreditati | Posti a contratto | ENTI PRIVATI Comunità a<br>Bassa Intensità Assistenziale | Posti abilitati all'esercizio | Posti accreditati | Posti a contratto |
| ASST PAPA<br>GIOVANNI<br>XXIII | 8                                                                                                          | 18                           | 26                    |            | 1     | 2                      | 23                            | 23                | 23                | 7                                                        | 29                            | 29                | 29                |
| ASST DI<br>BERGAMO<br>OVEST    | 11                                                                                                         | 21                           | 26                    | 1          | 3     | 8                      | 187                           | 170               | 170               | 4                                                        | 19                            | 19                | 19                |
| ASST DI<br>BERGAMO<br>EST      | 13                                                                                                         | 23                           | 27                    | 1          | 2     | 6                      | 124                           | 112               | 122               | 0                                                        | 0                             | 0                 | 0                 |
|                                | 32                                                                                                         | 62                           | 79                    | 2          | 6     | 16                     | 334                           | 305               | 315               | 11                                                       | 48                            | 48                | 48                |

#### UNITA' D'OFFERTA SOCIALI

| ASST                          | PG23    |                |                              | BERGAMO EST |          |                               |                 |               |                                       |          | BERGAMO OVEST |                                          |                     |           | Totale complessivo |
|-------------------------------|---------|----------------|------------------------------|-------------|----------|-------------------------------|-----------------|---------------|---------------------------------------|----------|---------------|------------------------------------------|---------------------|-----------|--------------------|
| Tipo UDOS                     | BERGAMO | VALLE BREMBANA | VALLE 'MAGNA E VILLA D'ALME' | ALTO SEBINO | GRUMELLO | MONTE BRONZONE E BASSO SEBINO | VALLE CAVALLINA | VALLE SERIANA | VAL SERIANA SUPERIORE E VAL DI SCALVE | SERIEATE | DALMINE       | ISOLA BERGAMASCA E BASSA VAL SAN MARTINO | ROMANO DI LOMBARDIA | TREVIGLIO |                    |
| ALLOGGI PER L'AUTONOMIA       | 1       |                |                              |             |          |                               |                 | 1             |                                       |          |               |                                          |                     | 3         | 5                  |
| ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI     |         | 1              |                              |             |          |                               |                 | 1             |                                       |          | 2             | 1                                        |                     | 1         | 6                  |
| CASA ALBERGO                  | 2       |                |                              |             |          |                               |                 | 1             | 1                                     |          |               | 1                                        |                     | 1         | 6                  |
| CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE | 1       |                | 2                            |             |          |                               |                 |               |                                       |          | 6             |                                          |                     | 2         | 11                 |
| CENTRO DIURNO                 |         |                |                              |             |          |                               |                 |               |                                       | 1        |               |                                          |                     |           | 1                  |
| CENTRO PRIMA INFANZIA         | 1       |                |                              |             |          |                               |                 | 3             |                                       |          |               |                                          |                     | 1         | 5                  |
| CENTRO SOCIO EDUCATIVO        | 2       | 2              | 2                            | 1           |          | 1                             |                 | 1             | 1                                     |          | 1             | 2                                        |                     | 1         | 14                 |
| COM ALLOG HANDICAP            |         |                | 1                            |             |          |                               |                 |               | 1                                     |          |               |                                          |                     |           | 2                  |
| COM ALLOG REINS_e_RISOC       | 3       | 1              |                              |             | 1        |                               | 2               |               |                                       |          |               |                                          |                     |           | 7                  |
| COMUNITA' EDUCATIVA           | 10      |                |                              |             | 1        |                               |                 | 1             |                                       |          | 3             |                                          | 2                   | 5         | 22                 |
| COMUNITA FAMILIARE            |         |                | 1                            |             |          |                               |                 |               |                                       |          | 2             |                                          |                     | 4         | 7                  |
| MICRO NIDO                    | 2       | 1              |                              |             | 2        | 1                             | 2               | 3             | 1                                     | 3        | 3             | 2                                        | 4                   | 8         | 32                 |
| NIDO                          | 31      | 4              | 7                            | 4           | 7        | 2                             | 6               | 14            | 5                                     | 13       | 24            | 17                                       | 13                  | 18        | 165                |
| NIDO FAMIGLIA                 | 4       |                | 1                            |             |          | 1                             | 2               | 1             |                                       | 2        | 2             | 2                                        |                     | 3         | 18                 |
| SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA | 4       |                | 3                            | 1           | 2        | 1                             | 1               | 1             | 1                                     | 2        | 8             | 1                                        | 2                   | 1         | 28                 |
| UNITA D'OFFERTA SPERIMENTALI  | 2       |                | 1                            | 1           |          |                               | 1               |               |                                       |          | 2             | 1                                        |                     |           | 8                  |
| Totale complessivo            | 63      | 9              | 18                           | 7           | 13       | 6                             | 14              | 27            | 10                                    | 21       | 53            | 27                                       | 21                  | 48        | 337                |

## **ATTUAZIONE PIANO DEI CONTROLLI 2017**

### **RELAZIONE A CONSUNTIVO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE**

#### **PREMESSA NORMATIVA**

Nel corso del 2017 è stata condotta attività di vigilanza e controllo sulle Strutture sociosanitarie e sociali nel territorio dell'ATS di Bergamo in applicazione sia del "Piano di vigilanza e controllo sulla rete delle unità d'offerta sociali 2017", deliberato con provvedimento ATS n. 54 del 27 gennaio 2017, sia del "Piano dei controlli 2017", approvato con delibera ATS n. 327 del 28 aprile 2017 e successivamente integrato con provvedimento n. 343 del 02/05/2017. Tutti i documenti prodotti hanno recepito le disposizioni emanate da Regione Lombardia con d.g.r. n. X/5954 del 5 dicembre 2016 e sono stati stesi in ossequio alle indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo nella D.G.R. n. 6297 del 06/03/2017 "Determinazioni in ordine alla proposta dell'Agenzia di Controllo del Sistema sociosanitario lombardo concernente il Piano dei Controlli Quadro ed il Piano dei Protocolli ai sensi dell'art.11, comma 4, lett.a), l.r. n.33/2009 così come modificata dalla l.r. n. 23/2015 e l.r. n.41/2015".

La funzione di vigilanza sul possesso e sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento si è svolta in stretta complementarietà e raccordo con l'attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate per avere una conoscenza integrata e complessiva delle modalità di funzionamento dei Servizi e per restituire agli Enti Gestori un esito unitario delle osservazioni e delle determinazioni assunte.

Come da disposizioni regionali, la pianificazione dei controlli per l'anno 2017 è volta alla verifica sul 50% delle unità d'offerta sociosanitarie e sociali esistenti sul territorio dell'ATS di Bergamo, indipendentemente dal loro status erogativo, oltre che sulle Strutture in cui nel 2016 sono state rilevate criticità, fatte salve ulteriori verifiche su segnalazione.

Al tavolo strategico costituito fra le Direzioni Sociosanitarie (DSS) delle ASST e dell'ATS sono state presentate la pianificazione 2017 delle attività di vigilanza e controllo sulle Strutture sociosanitarie e sociali e le modalità di verifica, con esplicito richiamo agli elementi presenti nelle check list regionali di vigilanza e controllo di appropriatezza che vengono utilizzate durante l'attività istituzionale.

Ancora una volta va sottolineato come l'ottica di lavoro del Servizio preposto alla funzione sia quello di favorire il miglioramento della qualità dei servizi e di offrire, pur senza mai venir meno al proprio mandato e nel rispetto dei reciproci ruoli, un supporto alla crescita del Sistema. È così possibile garantire un panorama lavorativo all'insegna della massima collaborazione e del lavoro integrato, anche attraverso l'istituzione di tavoli tecnici tesi all'implementazione ed al miglioramento.

Le DSS delle ASST hanno continuato a manifestare il proprio apprezzamento per tale approccio, partecipando attivamente a proficui momenti di lavoro condivisi.

Le sinergie così instaurate sono state di fondamentale importanza per ottimizzare l'attività di vigilanza e controllo esercitata sul 50% dei Consultori familiari pubblici e dei SERD, ora afferenti alle tre Aziende Sociosanitarie Territoriali.

Il presente report dell'attività di vigilanza e controllo condotta nell'anno 2017 è steso a corredo delle schede di monitoraggio semestrale, che vengono restituite, debitamente ed accuratamente compilate, alla Direzione Generale dell'Assessorato Welfare di Regione Lombardia (U.O. Programmazione Rete Territoriale – U.O. Indirizzi di Programmazione Sociale e Promozione delle Formazioni Sociali) nel rispetto delle tempistiche stabilite.

Le attività di vigilanza e controllo sono basate sulla significativa revisione del sistema di esercizio e accreditamento, vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario, di cui ai provvedimenti regionali n. 1765 dell'08/05/2014 e n. 2569 del 31/10/2014.

L'attività di vigilanza ordinaria è stata condotta secondo l'ormai consolidato approccio multidisciplinare, reso possibile dalla presenza nel Servizio preposto di operatori con diverse professionalità, come dettagliatamente descritto nel Piano dei controlli, e dalla fattiva integrazione con i colleghi del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), che ha inserito anche per il 2017 nel proprio Piano di lavoro annuale la programmazione di questa attività in ambito sociosanitario e sociale.

Al fine di migliorare la sinergia fra i due Dipartimenti, ed uniformare il più possibile i rispettivi contributi, nel mese di gennaio 2017 è stata redatta una procedura operativa congiunta (comprensiva di apposita

modulistica) con l'obiettivo di definire le modalità di verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento delle Unità d'Offerta Socio-sanitarie (UdO).

Nel mese di ottobre 2017, a seguito delle indicazioni contenute nella DGR 5918/2016 e s.m.i., che ha disposto la riclassificazione delle unità operative di Cure Palliative, si è provveduto ad una parziale revisione della procedura concordata ed all'aggiornamento di una parte della modulistica in uso.

In conformità alle indicazioni, le verifiche sul mantenimento dei requisiti di accreditamento sono state svolte senza preavviso e avvalendosi delle check-list regionali, comprensive dei requisiti aggiuntivi approvati nella DGR n°2569/14. Tale strumento consente una puntuale e omogenea rilevazione, ma la sua complessa e dettagliata articolazione, con particolare riferimento alle sezioni riguardanti i requisiti di sicurezza, ha richiesto un maggiore coinvolgimento dei funzionari del DIPS. Oltre ai colleghi dell'Igiene e Sanità pubblica, le verifiche sono state condotte, per le parti di competenza, anche dai colleghi della Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro e del Servizio di Impiantistica. L'espletamento dell'attività di vigilanza su tutti gli aspetti elencati nelle check-list ha quindi richiesto un impegno oneroso, in termini di tempo e di professionalità coinvolte, ma ha consentito valutazioni approfondite e specifiche. Certo che tale plurimo coinvolgimento ha generato tempi più lunghi nella restituzione degli esiti, che sono comunque stati opportunamente consegnati in un'unica soluzione. Infatti, proprio a causa di alcuni approfondimenti richiesti ai funzionari del DIPS, alcuni procedimenti attivati nel 2017 sono ancora in via di definizione.

Va sottolineato come lo svolgere sopralluoghi senza preavviso ha consentito di realizzare una fotografia assolutamente realistica della quotidiana attività di assistenza offerta dalle strutture, specie in relazione al numero di ospiti presenti e alla dotazione degli operatori rapportata all'effettiva corrispondenza con i turni. Durante i sopralluoghi sono stati ispezionati con cura i locali delle unità d'offerta, riservandosi la facoltà di interloquire direttamente con le persone assistite o i loro familiari.

Anche in sede di controllo di appropriatezza è stata utilizzata la check-list regionale. Questa, oltre a rappresentare un irrinunciabile strumento di lavoro per garantire un'esaustiva ed omogenea rilevazione di tutti gli indicatori generali e specifici definiti dalla DGR n. 1765/2014, rappresenta un utile riferimento per i professionisti incaricati della cura e dell'assistenza nelle UdO per la definizione e la conduzione di un adeguato processo assistenziale.

Come da indicazioni regionali, nei controlli di appropriatezza le UdO vengono preavvisate secondo la tempistica stabilita. Tale pratica rende possibile l'ottimizzazione dei momenti di confronto con il Responsabile e con i referenti sanitari della Struttura.

Il preavviso, inoltre, ha anche la finalità di consentire all'Ente Gestore di organizzare in maniera adeguata le presenze di personale, in modo da minimizzare l'impatto dell'attività di controllo sull'erogazione dei servizi all'utenza. Inutile ribadire che il preavviso non anticipa indicazioni sui fascicoli campionati per il controllo.

Tutte le attività di verifica in loco prevedono, doverosamente, una fase di preparazione antecedente in cui si sceglie la composizione dell'équipe, si individua il responsabile della specifica attività ispettiva e si compie l'analisi sui dati a disposizione per la struttura d'interesse: in primis utilizzando l'imprescindibile banca dati rappresentata dai flussi informativi a disposizione, e poi verificando la documentazione e gli elementi rilevanti già agli atti. Il tutto coronato da una costante attenzione all'aggiornamento della normativa di riferimento.

È proseguita anche nell'anno 2017 l'azione di diffusione ed illustrazione agli Enti Gestori dei contenuti e delle finalità delle disposizioni regionali. A tal fine, su indicazione della Direzione Socio-sanitaria, sono stati attivati *laboratori consulenziali*, rivolti a gruppi omogenei di UdO.

Sono stati organizzati, quindi, incontri con le RSA a tema "Progettazione e Pianificazione", facendo espresso riferimento al "processo di nursing" e descrivendo in successione i passaggi che dalla valutazione del bisogno conducono alla redazione di un progetto e alla pianificazione assistenziale individuale, con riferimento al monitoraggio intermedio e alla valutazione finale dei risultati raggiunti. I sei incontri previsti si sono svolti presso la sede dell'ATS e hanno potuto contare su una larga partecipazione, almeno due rappresentanti per ciascuna RSA.

Anche le strutture per disabili sono state coinvolte in *laboratori consulenziali* dedicati alle tematiche della "Progettazione e Pianificazione". Il percorso, questa volta di quattro incontri, ha coinvolto tutte le UdO, che sono state raggruppate in modo da aggregare varie tipologie di strutture operanti nell'area della disabilità. Tale eterogeneità all'interno delle sessioni di lavoro, ha permesso di promuovere interessanti scambi di esperienze, a partire dal tema delle diverse modalità di presa in carico.

Per quanto concerne poi l'Area delle Dipendenze, si è realizzato un incontro, nel primo semestre dell'anno, rivolto alle Comunità Terapeutiche Residenziali e Semiresidenziali sul "Progetto e Piano Educativo

Individualizzato”, con la partecipazione di numerosi operatori del settore. Anche in questa occasione, irrinunciabile l’opportunità di scambiare reciproche esperienze fra i partecipanti rispetto ai propri percorsi di presa in carico.

A seguito delle ulteriori fasi di implementazione del processo di evoluzione del sistema Sociosanitario Lombardo, con la conseguente definizione dei nuovi POAS e la ridefinizione delle funzioni attribuite ai dipartimenti, dal mese di gennaio 2017 sono state trasferite al Servizio di Accreditamento, Vigilanza e Controllo (AVC) alcune competenze relative al percorso della **“fase degli esiti di persone in Stato Vegetativo”**.

A tale scopo la Direzione Sociosanitaria dell’ATS, con il coinvolgimento delle Direzioni sociosanitarie delle ASST e del Servizio AVC, ha deliberato le fasi del processo relativo a questo nuovo incarico istituzionale, con il preciso obiettivo di garantire la massima efficienza nella fase di passaggio dal ricovero alla presa in carico da parte delle strutture residenziali, in ossequio alle indicazioni regionali.

Nello specifico le funzioni attribuite al Servizio sono:

- raccolta della disponibilità all’accoglienza di persone in stato vegetativo su posti letto ordinari di RSA/RSD, con aggiornamento annuale degli elenchi delle strutture, comprensivi dei tre nuclei dedicati presenti nelle UdO sociosanitarie del territorio dell’ATS di Bergamo;
- valutazione della documentazione inviata dalla struttura ospedaliera/riabilitativa dimettente, che può anche prevedere un accesso diretto alla struttura;
- validazione della certificazione di “Stato Vegetativo” (SV);
- comunicazione dell’esito delle verifiche all’ASST (Unità di Valutazione Multidimensionale) e alla struttura dimettente;
- autorizzazione al ricovero nella struttura residenziale individuata, previa verifica del possesso dei requisiti necessari all’accoglienza di persone in SV;
- sopralluogo entro 10 giorni dall’ammissione presso la struttura di ricovero, finalizzato alla verifica della rispondenza della situazione assistenziale ai requisiti specifici richiesti.

In ordine al percorso relativo alla continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio, è stata approvata con delibera ATS n. 1012 del 7/12/2017 una procedura quadro “Valutazione inserimento nella rete sociosanitaria (fase degli esiti) delle persone in stato vegetativo” che porterà ad un aggiornamento e revisione del percorso.

In riferimento all’evoluzione del modello organizzativo della rete delle Cure Palliative, la DGR n. 5918 del 28/11/2016, e s.m.i., che ha definito un unico profilo di “Hospice” ed un unico profilo di unità di “Cure Palliative Domiciliari”, sono stati istruiti i procedimenti di riclassificazione e di accreditamento delle unità operative di Cure Palliative attive nel territorio dell’ATS di Bergamo, in doverosa conformità alla procedura regionale e nel rispetto della tempistica richiesta. Al fine di facilitare aderente attuazione alle indicazioni regionali, sono stati promossi incontri con gli Enti Gestori interessati.

## **FORMAZIONE**

Il progetto formativo realizzato per il 2017 si è focalizzato sullo sviluppo di iniziative per raggiungere due obiettivi fondamentali:

- migliorare le competenze del personale afferente all’ U.O. Servizio di Accreditamento, Vigilanza e Controllo (AVC);
- realizzare un metodo e modello di lavoro da proporre ai Gestori delle UdO sociosanitarie.

Dal momento che la gestione dei flussi informativi è una competenza affidata al medesimo personale incaricato delle attività di vigilanza e controllo, al fine di incrementare la conoscenza della totalità del debito informativo nei confronti di Regione Lombardia, è stato organizzato un corso di formazione sul campo di cinque incontri rivolto agli operatori, dando la possibilità di scambiarsi reciproche conoscenze rispetto ai contenuti ed alle modalità di gestione dei diversi flussi informativi. Preciso obiettivo dell’iniziativa, rafforzare e ottimizzare la propria attività professionale sulla base delle opportunità offerte dall’analisi dei dati informativi a disposizione.

Come già descritto, nel corso dell’anno i funzionari dell’ U.O.S. Servizio di Accreditamento, Vigilanza e Controllo hanno organizzato, in condivisione con i referenti delle u.d.o. sociosanitarie accreditate, undici “Laboratori consuntivi”: incontri finalizzati al miglioramento della comprensione delle check list relative

al controllo di appropriatezza, al fine di condividere un metodo e un modello di lavoro comune capaci di creare una sinergia proficua in funzione dell'ottimizzazione dei servizi per l'utenza.

Gli incontri sono stati organizzati nelle tre aree Fragilità, Dipendenze, Disabilità.

1. Il laboratorio relativo alla "Fragilità", articolato in sei incontri, è stato focalizzato soprattutto sulla valutazione dell'ospite e sulla stesura del Progetto Individuale e Piano assistenziale. Ad ogni incontro è stato proposto ai partecipanti la compilazione di un P.I. e P.A.I. con le conoscenze acquisite, a cui hanno fatto seguito un'analisi sui contenuti di ogni items. Ulteriore focus è stato posto sul tema delle diagnosi infermieristiche proponendo, solo a scopo esemplificativo, la tassonomia NANDA.
2. Il laboratorio dedicato alle "Dipendenze", organizzato in un unico incontro, si è articolato in tre distinti momenti:
  - a) approfondimento del significato di appropriatezza e della modalità di stesura del "Progetto", identificandone le varie fasi;
  - b) analisi di un ipotetico caso;
  - c) ampia discussione su quanto era stato elaborato.Nel corso dell'iniziativa, si è evidenziata per gli operatori una difficoltà nella costruzione di indicatori misurabili riferiti agli obiettivi fissati nel "Progetto".
3. Il laboratorio progettato per l'Area della "Disabilità", articolato in quattro incontri, ha coinvolto tutte le UdO del settore raggruppate in modo da aggregare le diverse tipologie di strutture. Sono state affrontate le tematiche della Progettazione e della Pianificazione. Anche in questo caso la prima parte del percorso formativo ha proposto un approccio teorico/informativo, mentre nella seconda è stata proposta la compilazione di un Progetto individualizzato con conseguente stesura di un PAI, per due ipotetici casi.

Tutti i referenti delle UdO partecipanti agli incontri hanno espresso una valutazione più che soddisfacente rispetto alle iniziative formative proposte.

Il personale del Servizio AVC ha poi partecipato singolarmente a momenti formativi in materie di stretto interesse rispetto al ruolo assegnato nell'attività istituzionale oppure inerente la propria professionalità.

## **GESTIONE SEGNALAZIONI**

Particolare attenzione è stata posta in questo 2017 alla gestione delle segnalazioni pervenute ad ATS Bergamo per presunte carenze, o inapproprietezze, del servizio reso dalle Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali operanti sul proprio territorio di riferimento.

Proprio in tale ottica è stato assegnato al Servizio AVC uno specifico obiettivo aziendale, per il raggiungimento del quale era necessario gestire adeguatamente tutte le segnalazioni raccolte.

Nel corso dell'anno, quindi, sono stati analizzati esposti pervenuti da diverse tipologie di mittenti: nella maggior parte dei casi privati cittadini (21 cittadini), ma anche enti pubblici, erogatori privati, oltre qualche caso in cui altre compagini aziendali hanno messo in evidenza situazioni bisognose di controlli e approfondimenti.

Il contenuto delle singole segnalazioni è dettagliato nel prosieguo di questa relazione nelle parti dedicate a ciascuna tipologia di UdO.

Nessuno dei 30 messaggi ricevuti è stato ignorato e per ciascuno di essi sono stati attivati i più opportuni percorsi di verifica. Così per la loro gestione, nella metà dei casi, sono stati programmati sopralluoghi senza preavviso, mirati a raccogliere gli elementi necessari a valutare le situazioni messe in evidenza; in altri è stata raccolta documentazione poi analizzata in sede d'ufficio, con un'attenta e circostanziata attività di controllo.

Nei casi in cui gli esiti degli accertamenti condotti lo abbiano richiesto, alle strutture interessate sono state inoltrate raccomandazioni piuttosto che censure e conseguenti sanzioni.

Quattro dei processi di verifica attivati, hanno permesso di evidenziare anomalie tali da rendere opportuno segnalare alle competenti autorità quanto rilevato (Procura della Repubblica; NAS; Guardia di Finanza o Ispettorato del Lavoro). Tutti i procedimenti avviati si sono conclusi, doverosamente, anche con una risposta all'esponente.

**A. ATTIVITA' DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA,  
DOMANDE DI ACCREDITAMENTO E ALTRE ISTANZE  
IN APPLICAZIONE DELLE DD.G.R. 2569/2014 – 2989/2014 -5954/2016 – 5918/2016**

**ATTIVITA' DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E ISTANZE DI ACCREDITAMENTO**

In attuazione delle indicazioni della d.g.r. n. 2569/2014 sono state garantite le verifiche di legge sulle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione ai seguenti procedimenti:

- N. 1 SCIA
- N. 13 SCIA, con contestuale richiesta di accreditamento
- N. 8 domande di accreditamento
- N. 5 vulture accreditamento
- N. 2 riconoscimenti Ente Unico
- N. 25 riclassificazioni in "U.d.O. cure palliative, ai sensi della d.g.r. n. 5918/16

Tutti i procedimenti avviati si sono conclusi con l'adozione dei relativi provvedimenti.

Per quest'area di competenze è stato raggiunto il 100% dell'obiettivo previsto, in coerenza con quanto disposto dalle Regole 2017.

Si è proceduto al controllo della veridicità dei contenuti delle autocertificazioni rilasciate dagli Enti Gestori, richiedendo alle Pubbliche Amministrazioni di competenza i relativi certificati per stati/fatti/qualità, secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

**A.1 - VERIFICA SUI REQUISITI SOGGETTIVI PER L'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO**

In relazione al mantenimento dei requisiti soggettivi e per la sottoscrizione dei contratti, il Piano dei controlli 2017 prevedeva l'acquisizione delle autocertificazioni/dichiarazioni prodotte dai Legali Rappresentanti dei Soggetti Gestori entro il 31 gennaio 2017 ed entro un mese in caso di nuove nomine.

Tutti i Gestori hanno rispettato i termini di scadenza.

Le verifiche a campione sono state condotte nell'ordine del 10% delle autocertificazioni pervenute.

Il controllo è stato effettuato presso le Pubbliche Amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazioni, secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i: Procura della Repubblica, Agenzia delle Entrate, Inail/Inps per il rilascio del DURC, Ufficio collocamento mirato disabili.

La verifica dei requisiti dei Gestori inerenti la certificazione antimafia è stata condotta mediante accesso alla piattaforma Si.Ce.Ant. (Sistema Informatizzato Certificazione Antimafia).

**A. 2 VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED IGIENICO SANITARI, ORGANIZZATIVI E GESTIONALI, DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO**

Come da disposizioni regionali, il piano dei controlli per il 2017 prevedeva di sottoporre a vigilanza rispetto al mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento il 50% delle UdO presenti sul territorio dell'ATS di Bergamo.

Con l'obiettivo di uniformare i comportamenti delle vigilanze e assicurare una metodica di rilevazione uniforme in tutte le ATS, Regione Lombardia ha fornito sia i modelli di verbale da utilizzare per le verifiche sia indicazioni operative.

I modelli predisposti consentono la rilevazione dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento, di cui alla DGR 2569/2014 e dei provvedimenti di settore per le singole tipologie di UdO. Tali modelli, non appena ufficiali, vengono trasmessi per opportuna conoscenza a tutti gli enti gestori presenti sul territorio, anche al fine di promuovere opportune azioni di autocontrollo.

Gli strumenti regionali sono stati integralmente adottati dall'ATS di Bergamo, che ha assolto all'unica incombenza di suddividere la check-list dei requisiti organizzativi e gestionali generali e specifici (comprensiva della sezione per la valutazione dello standard assistenziale contenente le tabelle per la rilevazione dei titoli di studio del personale e il foglio di calcolo) dalla check-list dei requisiti strutturali e tecnologici di esercizio e di

accreditamento, che a sua è volta suddivisa in una parte relativa alla vigilanza routinaria e una parte relativa a istanze di variazioni o di nuove strutture.

Tale divisione della documentazione di riferimento è funzionale al coinvolgimento di due diverse articolazioni organizzative dell'ATS, che non sempre hanno la possibilità di condurre le verifiche in modo congiunto.

L'organizzazione dell'attività ispettiva di pertinenza del U.O. Servizio di Accreditamento, Vigilanza e Controllo è stata pianificata e condotta con le modalità già in uso, sia attraverso il sopralluogo, senza preavviso, presso l'UdO (con l'utilizzo della check-list regionale) sia attraverso verifiche documentali. L'equipe ispettiva sempre composta da almeno due operatori del Servizio, si è integrata, laddove possibile, con gli operatori del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria.

La complessa e articolata composizione delle sezioni inerenti i requisiti strutturali, igienico/sanitari, tecnologici e di sicurezza richiede che le verifiche siano condotte in modo specialistico dai competenti Servizi del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria. Tali verifiche, essendo quindi difficilmente riconducibili in sede di un unico sopralluogo, fatte salve le U.d.O. di minore complessità, iniziano con una visita ispettiva eseguita di norma da funzionari degli Uffici di Sanità Pubblica (USP) e proseguono, a volte anche solo in sede d'ufficio, con il coinvolgimento di competenza dei Servizi PSAL e Sicurezza impiantistica (SI), che si riservano comunque di compiere eventuali necessari approfondimenti in loco.

Per le strutture socio-sanitarie meno complesse e, per le quali non sia previsto l'intervento specialistico dei funzionari degli Uffici PSAL nella programmazione annuale, gli operatori degli USP effettuano di norma anche la valutazione degli item inerenti gli aspetti di sicurezza negli ambienti di lavoro e sicurezza impiantistica; in caso di situazioni di particolare e documentata complessità il Responsabile di Settore potrà richiedere il supporto specialistico PSAL/SI e in tal caso si procederà con le modalità già descritte.

In ogni caso dovrà essere assicurato il rispetto della tempistica per la chiusura dell'istruttoria.

## **B. - CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA**

Come da disposizioni regionali, il piano dei controlli per il 2017 prevedeva di sottoporre a controlli di appropriatezza il 50% delle UdO presenti sul territorio dell'ATAS di Bergamo.

La DGR di riferimento, la n. 5954 del 2016, ha confermato sia il sistema di indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla DGR 1765/2014, sia il metodo di rilevazione a mezzo di check list di verifica.

E' stato introdotto il preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, fatti salvi i casi in cui sia necessario, per motivate ragioni, l'esecuzione di visite "a sorpresa".

## **C. VIGILANZA E CONTROLLO SULLE SPERIMENTAZIONI DI UNITA' D'OFFERTA E SULLE MISURE INNOVATIVE**

Per il 2017 in attuazione del Piano dei controlli sono state eseguite verifiche sulle sperimentazioni di UdO e sulle misure innovative ex DGR 2942/2014 e 4086/2015.

Per le modalità e le percentuali di verifica sono state applicate le regole previste per le altre UdO.

I requisiti e gli standard verificati sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura innovativa oggetto di controllo, seguendo gli strumenti regionali di riferimento.

Le verifiche sono state pertanto condotte sul 50% delle UdO che hanno aderito alle misure con la presa in carico di utenti, assicurando nel contempo la trasversalità dei controlli. La percentuale dei FaSAS controllata, in ogni unità innovativa è stata pari al 10%.

## **CURE INTERMEDIE EX DGR 3383/2015**

Come da DGR n. 3383/2015 le cure intermedie costituiscono una tipologia di UdO della rete sociosanitaria che prende in carico e assiste in regime di degenza utenti fragili portatori di bisogni complessi in area assistenziale clinica e sociale di norma nella fase di stabilizzazione a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione.

In tale UdO confluiscono le sperimentazioni regionali di assistenza post acuta oltre alle strutture residenziali di riabilitazione per adulti.

La percentuale di strutture oggetto di vigilanza e controllo è stata pari al 50% di quelle attive sul territorio.

L'attività è stata condotta in maniera conforme alle indicazioni regionali.

**D. VIGILANZA E CONTROLLO SULLE SPERIMENTAZIONI DI UNITA' D'OFFERTA INNOVATIVE DGR N.3239/2012 – 499/2013 – 2022/2014**

E' stato verificato il 50% delle U.d.O. che hanno aderito alle sperimentazioni, ai sensi delle DGR emesse negli anni 2012, 2013 e 2014, assicurando la trasversalità sulle diverse aree di intervento. La percentuale dei FaSAS controllata, in ciascuna unità innovativa, è stato pari al 15%.

**DI SEGUITO SI OFFRE UNA DETTAGLIATA RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI DI ESERCIZIO, ACCREDITAMENTO E DI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA CONDOTTA NELL'ANNO 2017, PER LE DIVERSE TIPOLOGIE DI UNITÀ D'OFFERTA**

**A. VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED IGIENICO SANITARI, ORGANIZZATIVI E GESTIONALI, DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO**

**B. CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA**

**Area Anziani**

**RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI - R.S.A**

Al 31 dicembre 2017 sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 38 RSA, pari al 100% delle R.S.A. campionate per l'anno.

In n. 4 RSA sono state svolte solo verifiche inerenti il mantenimento dei requisiti di accreditamento, in quanto già sottoposte a controlli di appropriatezza, per altro esitati positivamente, nel 2016 .

➤ **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito dell'attività di vigilanza relativa all'anno 2017, le verifiche sugli aspetti organizzativi e gestionali hanno dato di norma esito positivo, come pure le verifiche sui requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici.

L'attività di vigilanza ha coinvolto anche il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro ed il Servizio Impiantistico, determinando uno slittamento dei tempi di chiusura di alcuni procedimenti.

In n. 4 UdO è stata comminata una sanzione amministrativa con preventiva diffida per i seguenti rilievi di tipo strutturale e gestionale:

- attivazione di posti letto in assenza di autorizzazione;
- carenze ed inadeguatezze della documentazione controllata: contratto d'ingresso, carta dei servizi, foglio unico di terapia;
- cambio della destinazione d'uso originaria di locali richiesti dai requisiti di accreditamento.

➤ **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel 2017 sono state condotte le istruttorie procedurali per la verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento a seguito di:

- n. 1 SCIA per modifica degli spazi;
- n. 1 richiesta di accreditamento per n. 120 posti letto;
- n.1 SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per n. 1 posto letto;
- n.1 conferma di accreditamento;
- n.3 conferme a seguito di voltura (due di queste U.d.O. erano, peraltro, già state selezionate nel campione da vigilare nel 2017)

## ➤ Vigilanza straordinaria/segnalazioni

Sono stati eseguiti n. 10 sopralluoghi di vigilanza straordinaria a seguito del ricevimento di segnalazioni inerenti inadeguatezze strutturali/igienico sanitarie, assistenziali/organizzative e del servizio di refezione. Tali verifiche sono state con l'ausilio di verbali predisposti ad hoc per approfondire/valutare gli aspetti portati all'attenzione. In un caso l'iter di valutazione dell'esposto non è stato attivato per volere della stessa segnalante, che ha manifestato la propria volontà di annullare quanto dichiarato dopo aver chiarito il malinteso con la struttura incriminata.

Le visite ispettive, svolte in équipe, sono state eseguite senza preavviso, proprio per rendere possibile la verifica delle attività e delle modalità assistenziali nella loro normale quotidianità.

In due delle realtà ispezionate gli accertamenti condotti hanno richiesto l'emissione di diffide e successive sanzioni a seguito di infrazioni di carattere amministrativo (carenze nella Carta dei Servizi, irregolarità nel contratto d'ingresso e inadeguata tracciabilità nella somministrazione dei farmaci). Ovviamente, è stato dato opportuno riscontro ai segnalanti.

Nel corso di questa attività, in un caso, i controlli sono stati condotti in collaborazione con i NAS ed il Servizio Farmaceutico Territoriale, per una sospetta commistione nell'utilizzo dei farmaci fra quelli dedicati agli ospiti solventi, a carico del SSN, e quelli destinati ad occupanti i posti a contratto, di spettanza della RSA. A seguito di questa segnalazione la RSA ha poi attuato scelte organizzative tese a risolvere simili problematiche.

### • Controllo di appropriatezza

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 33 sopralluoghi per le n. 34 strutture campionate per l'anno 2017 e controllati n. 641 FaSAS pari al 98,62% del campione previsto per l'anno 2017 corrispondente a n. 650.

Si specifica che in alcuni casi, considerato il numero elevato di FaSAS da verificare, si sono resi necessari più accessi.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 95,38 %**

I FaSAS oggetto di controllo sono stati scelti con metodologia mista; la quota mirata, pari al 30%, è stata selezionata secondo quanto previsto dal Piano dei controlli 2017, utilizzando i dati estratti dal flusso di rendicontazione SOSIA.

Nella RSA con nucleo Alzheimer, la percentuale mirata è stata scelta campionando FaSAS di ospiti affetti da malattia di Alzheimer, con periodo di permanenza nel nucleo specialistico superiore ai 24 mesi.

L'analisi dei dati delle schede di monitoraggio per il 2017 ha fatto emergere una positiva tendenza ad evidenziare in maniera adeguata, anche documentale, il processo assistenziale nelle sue fasi.

Tuttavia permangono alcune criticità legate ai seguenti indicatori:

### **Generali**

- Indicatore 2
  - *pianificazione definitiva, soprattutto nella parte relativa a "Individuazione delle modalità e dei tempi per monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi"*

| Presenza della pianificazione                     |                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| N° FASAS in cui l'indicatore è applicabile        | N° FASAS in cui l'indicatore è soddisfatto |
| <b>N.B. INDICATORE APPLICABILE A TUTTE LE UDO</b> |                                            |
| <b>639</b>                                        | <b>464</b>                                 |
| <b>72,61%</b>                                     |                                            |

### Specifici

#### ▪ Indicatore 2.1

– “prescrizione medica completa per l'applicazione dei mezzi di contenzione”

| PRESENZA DI PRESCRIZIONE MEDICA COMPLETA PER L'APPLICAZIONE DI MEZZI DI CONTENZIONE                                                           |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| N° FASAS in cui l'indicatore è applicabile                                                                                                    | N° FASAS in cui l'indicatore è soddisfatto |
| <b>N.B.: APPLICABILE A TUTTI GLI UTENTI A CUI, AL MOMENTO DEL CONTROLLO O IN PRECEDENZA, SONO O SONO STATI APPLICATI MEZZI DI CONTENZIONE</b> |                                            |
| <b>357</b>                                                                                                                                    | <b>295</b>                                 |
| <b>82,63%</b>                                                                                                                                 |                                            |

### CENTRI DIURNI INTEGRATI – C.D.I.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Al 31 dicembre sono stati oggetto di vigilanza ordinaria n. 16 CDI pari al 100% delle U.d.O. campionate per l'anno 2017.

Va specificato che per una UdO la verifica strutturale dei requisiti è stata posticipata ai primi giorni del 2018, in maniera da ottimizzare gli accessi verificando nel contempo anche gli elementi istruttori relativi ad una SCIA presentata dal medesimo Ente Gestore. Per un'altra UdO, poi, è stato concluso l'iter di verifica strutturale avviato nel 2016, vista l'esigenza di compiere ulteriori accertamenti ed approfondimenti su documentazione da acquisire.

Le verifiche sugli aspetti organizzativi e gestionali hanno dato esito positivo, fatta salva la rilevazione in due Centri di non conformità relative alla destinazione di locali in maniera non conforme alle autorizzazioni concesse, con impropria occupazione da parte di ospiti presso la struttura con altro profilo assistenziale. Ciò ha determinato l'emissione di diffide e relative sanzioni.

Ulteriori indicazioni sono state fornite ad altri Centri per l'aggiornamento e l'integrazione del documento organizzativo/gestionale, della Carta dei Servizi e del contratto d'ingresso.

Anche le verifiche strutturali e tecnologiche hanno dato di norma esito positivo; in alcuni casi, però sono stati richiesti adeguamenti, che le UdO hanno prontamente realizzato entro i tempi stabiliti.

- **Controllo di appropriatezza**

Nell'anno 2017 sono stati effettuati n. 16 sopralluoghi e controllati n. 92 FASAS pari al 100% dei 92 campionati.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 96.57%**

Si è registrato un netto miglioramento dei processi assistenziali rispetto allo scorso anno, grazie sia ad una più corretta applicazione della normativa, con particolare riguardo all'utilizzo delle scale appropriate per la rilevazione del dolore e della Nutrizione/Idratazione, sia alla migliorata redazione in équipe di documenti fondamentali di riferimento, quali PI e PAI.

I controlli non hanno evidenziato inapproprietezze di rilievo e i FASAS sono risultati conformi agli indicatori generali e specifici previsti dalla DGR . 1765/2014.

Complessivamente si è registrato un evidente impegno da parte di tutte le strutture a migliorare i processi assistenziali, con un sempre più efficace adeguamento alla normativa.

➤ **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nell'anno 2017 sono stati effettuati n. 2 sopralluoghi a seguito di presentazione di SCIA (una per nuovo accreditamento e una per aumento di posti) e n. 2 sopralluoghi per le verifiche entro 90 giorni dall'aggiornamento dei Registri Regionali.

➤ **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

Nell'anno 2017 è stato effettuato un sopralluogo a seguito di segnalazione, dal quale peraltro non è emerso nulla di rilevante.

**Area Disabili**

**CENTRO DIURNO DISABILI – CDD**

Al 31 dicembre sono stati oggetto di vigilanza ordinaria n. 13 CDD pari al 100% di quelli campionati per l'anno 2017.

• **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Per tutte le strutture oggetto di verifica è stato possibile confermare il possesso dei requisiti organizzativo/gestionali previsti dalle normative vigenti, mentre molte istruttorie inerenti i requisiti strutturali e igienico sanitari sono ancora in corso di accertamento.

Sulla scorta di quanto valutato durante il completamento dell'attività di Vigilanze sul 100% dei CDD, attività condotta fra il 2016 ed il 2017, si è rilevata una sostanziale adesione agli standard qualitativi di personale: tutti i CDD hanno implementato la propria dotazione organica con la figura dell'Infermiere e hanno previsto l'attivazione, qualora la valutazione multidimensionale dei bisogni lo richieda, della figura del fisiochinesiterapista.

Fra i processi già conclusi di valutazione degli aspetti strutturali, igienico sanitari, tecnologici e di sicurezza, sono state riscontrate carenze in ordine ai requisiti previsti e, pertanto, è stato applicato il sistema sanzionatorio previsto dal D.Lgs. 758/1994 da parte degli Uffici competenti.

• **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 14 sopralluoghi in n. 13 strutture campionate e controllati n. 99 FaSAS pari al 101% del campione previsto per l'anno 2017.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 97.5%**

➤ **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

E' stato effettuato un sopralluogo a seguito di richiesta di ampliamento di accreditamento, da n. 20 posti a n. 25. L'istanza al 31 dicembre risultava ancora in corso di definizione.

➤ **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

E' stato effettuato un sopralluogo per la verifica del ripristino dei requisiti organizzativo-gestionali in una struttura precedentemente sottoposta a diffida e relativo procedimento sanzionatorio.

In un'altra struttura, poi, si è reso necessario un ulteriore sopralluogo a seguito di quello di verifica ordinaria, per attestare il superamento di alcune criticità di carattere organizzativo precedentemente riscontrate.

Infine, è stato condotto un sopralluogo necessario per lo spostamento temporaneo di una UdO, a causa di lavori di riqualificazione strutturale della sede ufficiale.

## COMUNITA' SOCIO SANITARIE - CSS

Al 31 dicembre sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 9 CSS pari al 100% delle U.d.O. campionate per l'anno 2017. Inoltre era stata programmata la visita ad un'ulteriore Comunità, per verificare gli adeguamenti richiesti nel 2016.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Per tutte le strutture oggetto di verifica è stato possibile confermare il possesso dei requisiti organizzativo/gestionali previsti dalle normative vigenti, mentre molte istruttorie inerenti i requisiti strutturali e igienico sanitari sono ancora in corso di accertamento.

Nel corso delle verifiche condotte è stato possibile accertare che diverse Comunità hanno implementato il proprio organico con la figura dell'infermiere, in funzione dei bisogni rilevati. Questo costituisce sicuramente un valore aggiunto e dimostra una particolare attenzione alla qualità dell'assistenza offerta, dal momento che l'inserimento di questa figura professionale non è espressamente richiesta dagli standard normativi di riferimento.

- **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 9 sopralluoghi nelle n.9 strutture campionate e sono stati controllati n. 25 FaSAS pari al 100% del campione previsto per l'anno 2017.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 98.6%**

Dei nove controlli di appropriatezza, n. 1 è stato effettuato presso una Comunità a cui afferiscono solo utenti che fruiscono della misura "Residenzialità per Minori con Gravissima Disabilità", di cui alla DGR 2942/2014, utilizzando gli strumenti regionali previsti.

➤ **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

E' stato effettuato un solo sopralluogo a seguito di richiesta di ampliamento di accreditamento, da n. 5 a n. 10 posti, e le riscontrate carenze di tipo strutturale hanno comportato l'interruzione dei termini.

➤ **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

È stata effettuata una vigilanza straordinaria in orario serale a seguito di una segnalazione per presunte carenze sia di tipo organizzativo gestionali sia relative all'assistenza offerta.

Gli esiti delle verifiche hanno portato ad emettere diffida, e successiva sanzione, nei confronti del Legale Rappresentante dell'UdO interessata rispetto a riscontrate carenze di carattere organizzativo/gestionali. Nello specifico risultavano incompleti i protocolli assistenziali e poco precise le registrazioni nei diari giornalieri; anche i contratti d'ingresso erano di non facile ed immediata comprensione.

In seguito è stato effettuato un ulteriore sopralluogo per verificare il ripristino dei requisiti dei quali si era riscontrata l'irregolarità, con esito positivo.

## RESIDENZE SANITARIE DISABILI - RSD

Al 31 dicembre sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 5 RSD pari al 100 % delle U.d.O. campionate per l'anno 2017 .

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Per tutte le strutture oggetto di verifica è stato possibile confermare il possesso dei requisiti organizzativo/gestionali previsti dalle normative vigenti, mentre alcune istruttorie inerenti i requisiti strutturali e igienico sanitari sono ancora in corso di accertamento. Nel corso di queste vigilanze, comunque, per una Residenza

sono state riscontrate carenze nella documentazione attestante la conformità dell'impianto elettrico, per le quali è stato applicato il sistema sanzionatorio previsto dal D.Lgs. 758/1994.

- **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 9 sopralluoghi in n. 5 strutture campionate e controllati n. 42 FaSAS pari al 95.5% del campione previsto per l'anno 2017, che ne prevedeva un totale di n. 44.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 99,4%**

➤ **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

È stata effettuata una vigilanza a seguito di segnalazione per presunte carenze nella sorveglianza degli ospiti e nella garanzia della loro sicurezza, a causa di manutenzioni strutturali non eseguite. Va sottolineato che il reclamo non è stato presentato in maniera tempestiva, ma inoltrato mesi dopo il fatto lamentato. Pertanto il sopralluogo, doverosamente eseguito, ha potuto rendere conto solo di una situazione rilevata a posteriori, non evidenziando alcuna irregolarità. In tal senso è stata data comunicazione al segnalante.

### **Area Dipendenze**

#### **COMUNITA' RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI AREA DIPENDENZE**

Al 31 dicembre sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 8 Comunità, pari al 100% delle U.d.O. residenziali e semiresidenziali per le dipendenze campionate per l'anno 2017. Un'ulteriore Comunità è stata sottoposta solo a vigilanza per compiere i necessari accertamenti rispetto agli adeguamenti richiesti nel corso del 2016. In una delle U.d.O. campionate la vigilanza ordinaria ha coinciso con le verifiche previste in sede di accreditamento o di voltura, da eseguirsi entro 90 giorni dalla data di approvazione.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito dell'attività di vigilanza relativa all'anno 2017, le verifiche sugli aspetti organizzativi/gestionali hanno dato di norma esito positivo, come pure quelle condotte sui requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici.

Nell'attività svolta è stato coinvolto anche il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro e del Servizio Impiantistico, collaborazione che ha determinato uno slittamento nei tempi di chiusura di alcuni procedimenti.

A seguito dei controlli effettuati, in un solo caso ad una Comunità è stata trasmessa formale diffida, a cui è seguita nei primi giorni del 2018 relativa sanzione amministrativa, per le seguenti inadempienze organizzativo/gestionali:

- mancata compresenza di due operatori, di cui almeno uno in possesso di qualifica professionale;
- completa assenza di operatori in alcune fasce orarie giornaliere.

A breve verrà verificato il ripristino dei requisiti carenti.

- **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati sopralluoghi in tutte e otto le strutture campionate e sono stati controllati n. 43 FaSAS, pari al 113,16 % del campione previsto per l'anno 2017, corrispondente a n. 38.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 91,76%**

Dall'analisi dei dati delle schede di monitoraggio relative all'anno 2017, si è rilevato il positivo percorso intrapreso per rendere evidente e documentato il processo assistenziale nelle sue fasi.

Tuttavia permangono alcune criticità relative ai seguenti indicatori:

#### **Generali**

- Indicatore 2
  - *progetto individuale* in “ Individuazione degli indicatori misurabili relativi agli obiettivi del PI”;
  - *pianificazione definitiva*, critico soprattutto nella parte relativa a “Individuazione delle modalità e dei tempi per monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi”.

#### ➤ **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel corso dell'anno sono state condotte le istruttorie procedurali per la verifica del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento a seguito della presentazione di una SCIA, per trasformazione e ampliamento di un Servizio Pedagogico (da pedagogico con n. 13 posti a terapeutico con n. 23 posti). Alla data del 31 dicembre tale istruttoria era già in via di definizione.

#### **Ser.D**

Al 31 dicembre sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 3 Ser.D. pari al 100% del campione individuato per l'anno 2017. Un'ulteriore UdO è stata sottoposta a vigilanza strutturale per concludere l'iter valutativo specifico iniziato nel 2016.

#### • **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Tutte le strutture campionate sono state sottoposte a verifica multidisciplinare sul mantenimento dei requisiti di accreditamento.

L'attività svolta è stata condotta in equipe, coinvolgendo anche il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro e del Servizio Impiantistico, collaborazione che ha determinato uno slittamento nei tempi di chiusura di alcuni procedimenti.

Nell'ambito delle verifiche eseguite sui requisiti gestionali, sono stati richiesti i cartellini di timbratura del personale in servizio, da cui si è dedotto il rispetto del minutato minimo dettato dalla DGR 12621/03, che stabilisce che il personale del comparto dedichi ad ogni utente dai 21 ai 49 minuti settimanali.

Il risultato medio del tempo dedicato si aggira sui 49,33 minuti settimanali per ospite.

Tale standard deve essere garantito da un corretto mix di figure sanitarie e psico-socio-educative, condizione indispensabile in un Servizio che tratta situazioni di estrema fragilità come i SerD.

In un SerD si è rilevata la mancanza dello Psicologo, motivata da un recente pensionamento non ancora sostituito e dell'Educatore Professionale.

Si tratta di una situazione critica che non consente di attuare i necessari interventi psicologici ed educativi sull'utenza in carico, con particolare riferimento a ragazzi giovani, di età compresa fra i 16 e i 20 anni.

Nei n. 3 Ser.D. ispezionati la redazione e la tenuta dei documenti previsti dalla dgr 2569/2014 sono insufficienti, come dettagliato nei verbali rilasciati in sede di sopralluogo.

Tale situazione è motivata dai cambiamenti organizzativi e gestionali conseguenti al passaggio di gestione dall'ASL alle ASST.

E' importante infatti sottolineare che fino al 2016 tutta la documentazione organizzativo/gestionale era gestita dal Dipartimento delle Dipendenze in capo all'ASL e nulla veniva gestito dal personale dei SerD, che si occupavano unicamente degli aspetti operativi.

La documentazione prevista dai requisiti di esercizio e di accreditamento potrebbe essere redatta a livello centrale delle ASST, seguita dalle necessarie specifiche inerenti le sedi territoriali dell'attività.

#### • **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati sopralluoghi in n. 3 strutture campionate e controllati n. 120 FaSAS, pari al 107,14% del campione previsto per l'anno 2017, corrispondente a n. 112 FaSAS.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 88,5 %**

Il campione selezionato è stato composto in modo mirato tra utenti inseriti recentemente, utenti minorenni e/o di età compresa tra i 18 e i 30 anni, utenti con polidipendenze in quanto persone con alto grado di complessità.

In tutti i Ser.D del territorio dell'ATS di Bergamo il programma di gestione informatizzato del FASAS, prima MFP, è stato sostituito dal sistema GEDI, molto più complesso e articolato.

Si segnala che in taluni casi si è ritenuto di valutare positivamente l'indicatore, pur in assenza di evidenza documentale, per la puntuale conoscenza del caso dimostrato dall'operatore durante il controllo.

La fase di valutazione iniziale di presa in carico dell'Utente viene eseguita in modo esaustivo, con il ricorso a scale multidisciplinari che ne consentono un ottimale inquadramento.

I Progetti Individuali e i Piani Assistenziali Individuali (d'ora in poi PI e PAI) risultano spesso scarni di contenuti e poco personalizzati. Alcuni operatori hanno motivato tale inadeguatezza al passaggio dal sistema MFP al sistema GEDI, anche in ragione di una formazione ritenuta insufficiente.

Non si evince mai una rivalutazione effettuata con scale oggettive, bensì solo rivalutazioni sanitarie, attraverso monitoraggi urine/capello/esami ematici. Nell'area psico-socio-educativa non viene mai eseguita una rivalutazione delle condizioni dell'utente.

In molti PAI non sono stati individuati gli indicatori e gli obiettivi non vengono quasi mai descritti, sono sempre generali e sempre privi dei tempi di verifica.

Non sempre vi è evidenza della condivisione del PI che può avvenire tramite firma o attraverso una registrazione in diario; pertanto si sono date indicazioni sulla possibilità di ricorrere alla dotazione di tablet per la firma digitale o, in alternativa, di stampare il documento cartaceo da far sottoscrivere.

## **COMUNITÀ BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE AREA DIPENDENZE**

Al 31 dicembre 2017 sono stati sottoposti a vigilanza ordinaria n. 2 Enti Gestori, per un totale di n. 8 UdO pari al 100% di quelle a bassa intensità assistenziale campionate per l'anno 2017.

Per una UdO la vigilanza ordinaria è coincisa con le verifiche previste dal Decreto di accreditamento o di Voltura, condotte entro 90 giorni dalla data di approvazione.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nell'ambito dell'attività di vigilanza relativa all'anno 2017, le verifiche sugli aspetti organizzativi e gestionali hanno dato esito positivo, come pure quelle condotte per attestare il mantenimento dei requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici.

Le verifiche hanno coinvolto anche il Servizio di Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro.

- **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati controllati n. 7 FaSAS, pari al 116,6 % del campione previsto per l'anno 2017, corrispondente a n. 6 FaSAS.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 100%**

### **Area Minori/Famiglia**

#### **CONSULTORI FAMILIARI PRIVATI**

Al 31 dicembre 2017 sono stati oggetto di vigilanza ordinaria n. 8 Consultori familiari privati, pari al 100% di queste UdO campionate per l'anno 2017.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

In applicazione del principio secondo il quale la periodicità dei controlli deve essere biennale, ed in ottemperanza al Piano dei controlli 2017 (Delibera ATS n.61/2017 e n.232/2017), sono stati oggetto di

attività di vigilanza routinaria complessivamente **n. 8 Consultori Familiari privati** del territorio della ATS di Bergamo, pari al 100% dei CF privati campionati per l'anno, di cui uno vigilato per criticità sui requisiti di accreditamento riscontrate nell'anno 2016.

L'attività di vigilanza condotta sugli aspetti organizzativo/gestionali, strutturali, tecnologici ed igienico sanitari nei **Consultori Familiari privati** (di cui n. 4 contrattualizzati, n. 3 non contrattualizzati e n. 1 solo autorizzato) ha dato esito positivo in n. 7 sedi consultoriali.

Ad un Consultorio Privato, invece nel corso del secondo semestre, è stata irrogata una sanzione amministrativa a carico del Legale Rappresentante, in quanto si è riscontrata una carenza dei requisiti di esercizio e di accreditamento relativi a: politica/obiettivi/attività, continuità assistenziale, gestione delle risorse umane ed economiche, evidenza di procedure e protocolli e sistema informativo. Il Gestore ha provveduto a corrispondere la sanzione comminata, seppure con riserva, e a procedere ai necessari adeguamenti entro i tempi richiesti.

- **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 7 sopralluoghi nei n. 7 Consultori Familiari privati campionati e controllati n. 209 FaSAS, concorrendo in proporzione adeguata al raggiungimento del 100% del campione previsto per l'anno 2017, calcolato sull'insieme delle strutture consultoriali pubbliche e private.

I controlli di appropriatezza si sono svolti applicando gli indicatori trasversali e specifici previsti dalla checklist regionale (DGR 1765/2014).

Il numero dei FaSAS campionati è stato pari al 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione nell'anno 2016. I FaSAS controllati sono stati selezionati principalmente fra quelli del primo semestre 2017.

La campionatura dei FaSAS è stata effettuata con metodologia casuale e mirata, che nello specifico ha riguardato sia la totalità dei FaSAS "IVG minori", laddove presenti, sia i fascicoli con prestazioni "Visita colloquio".

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO controllate è pari al 82%.**

Va evidenziato che in n. 1 Consultorio Familiare, quello peraltro oggetto di procedimento sanzionatorio, è stata raggiunta una percentuale di appropriatezza inferiore al 50%, pur riconoscendo un impegno nell'adeguamento degli elementi costitutivi del FASAS in uso, nel tentativo di risoluzione delle criticità già evidenziate dagli esiti dei controlli degli anni precedenti. Purtroppo, però, le carenze legate alla gestione ed alla compilazione del modello FASAS restano ancora evidenti, come la mancanza di una presa in carico globale della persona nel tempo ed un approccio multiprofessionale e integrato delle attività.

➤ **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Un Consultorio privato, fra quelli già rientranti nel campione per la vigilanza ordinaria, è stato sottoposto anche a quella connessa alla presentazione di SCIA/Accreditamento per trasferimento di sede. Le due attività sono state gestite dai funzionari incaricati in un'unica visita.

## **CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI**

Sono stati complessivamente controllati **n. 11 Consultori Familiari Pubblici** (di cui n° 7 sedi principali e n° 4 sedi secondarie) del territorio dell'ATS di Bergamo, gestiti dalle tre ASST dell'ATS di Bergamo, pari al 100% dei Consultori familiari pubblici campionati per l'anno.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento Consultori Pubblici**

L'attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento ha rilevato quanto segue:

I Consultori Familiari gestiti dalle tre ASST afferenti all'ATS di Bergamo hanno requisiti organizzativo/gestionali conformi a quanto previsto dalla norma; tutti hanno un'adeguata dotazione di personale: anche laddove l'anno precedente si era riscontrata una carenza si è infatti provveduto a sanarla. Considerato il riassetto organizzativo sono ancora in corso l'aggiornamento del Documento organizzativo, dei Protocolli Aziendali e della Carta Dei Servizi delle ASST, in recepimento delle indicazioni date dal Tavolo di Lavoro Strategico attivato dai Direttori Sociosanitari della ATS e delle tre ASST.

Le medesime sedi consultoriali sono state ispezionate anche dai colleghi del Dipartimento PIPS, nel rispetto delle indicazioni regionali che prevedono sia la puntuale verifica di ogni requisito e sia visite effettuate in equipe.

È stata eseguita una verifica dell'idoneità dei locali e della documentazione attestante il possesso dei previsti requisiti igienico-sanitari, strutturali, tecnologici e di sicurezza.

Sono state richieste integrazioni documentali in parte pervenute o in corso di produzione.

Non sono emerse criticità significative, anche se si segnala la difficoltà da parte delle ASST nel reperire la documentazione relativa ai controlli periodici degli Immobili di proprietà comunale.

- **Controllo di appropriatezza**

Il numero dei FaSAS campionati è stato di n. 123 Fascicoli Sociosanitari, pari al 5% dei fascicoli dei nuovi utenti che hanno ricevuto prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione nell'anno 2016.

I FaSAS controllati sono stati selezionati fra quelli del primo semestre 2017.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle Unità d'Offerta è stata pari al 76,6%**

La campionatura dei FaSAS è stata effettuata con metodologia casuale e mirata; la quota mirata ha riguardato la totalità dei FaSAS "IVG minori", laddove presenti.

Il controllo di appropriatezza eseguito nei FaSAS considerati, mediante la rilevazione degli indicatori generali e specifici dettagliati dalle check list regionali, ha permesso di verificare in nove delle undici sedi valutate un'adeguata rispondenza agli indicatori trasversali e specifici previsti dalla DGR 1756 del 08/05/2014.

In due sedi consultoriali, invece, è emersa la necessità di dar corso alle azioni di miglioramento già pianificate e fattivamente impostate, con particolare riferimento alla tracciabilità/applicazione degli interventi pianificati nei protocolli e al recepimento delle indicazioni date dal Tavolo di Lavoro Strategico delle Direzioni Sociosanitarie in tema di IVG, con particolare riguardo al counseling. Gli esiti del controllo di appropriatezza eseguito in queste due realtà ha determinato l'abbassamento della soglia di accettabilità media complessiva delle strutture consultoriali.

In tutti i Consultori Familiari Pubblici è emersa la difficoltà, condivisibile, data l'utenza che vi afferisce, nel definire indicatori misurabili, modalità e tempi per il monitoraggio, poiché la presa in carico dell'utente/famiglia non è di tipo residenziale/semiresidenziale, ma è molto dilazionata nel tempo.

## **SERVIZI DI CURE PALLIATIVE**

In applicazione della DGR 5918 del 28/11/2016 "Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della **rete delle cure palliative** in Lombardia - integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario-", entro la data prevista dal suddetto provvedimento (05/06/2017), differita di 30 giorni dalla DGR n.6691/2017, gli Enti interessati, enti erogatori di ADI con cure palliative e Hospice, hanno presentato quanto segue:

- n. 20 Enti **comunicazione di adeguamento** per l'Udo "Unità Cure Palliative Domiciliari" (UCP Dom), con contestuale mantenimento dell'Udo di ADI "ordinaria";
- n. 5 Enti **SCIA con contestuale** richiesta di accreditamento per UCP Dom
- n. 2 Enti **rinuncia** alla riclassificazione delle cure palliative mantenendo l'ADI "ordinaria";
- n. 1 Ente **cessazione** di ADI;
- n. 5 Enti (Gestori di hospice sociosanitari) **comunicazione** di adeguamento per Udo "Hospice";

- n. 2 Enti (Gestori di Hospice di afferenza sanitaria) **comunicazione** di adeguamento per “U.O. Cure Palliative” (Hospice, Day Hospital, Ambulatorio e MAC ).

In particolare per l’UO Cure Palliative afferente alla ASST Papa Giovanni XXIII, va specificato che il legale rappresentante ha dichiarato che l’ottemperanza allo standard assistenziale previsto dalla DGR 5918/2016 è vincolata al piano assunzione del personale 2017-2018, che potrà essere attuato solo previa autorizzazione regionale. Questa ATS da parte sua ha illustrato con nota del 01/09/2017 la situazione a Regione Lombardia e ha adottato il provvedimento di propria competenza.

Per dare adeguato seguito alle comunicazioni ricevute dagli Enti Gestori, questa ATS ha attivato i conseguenti procedimenti di verifica e riclassificazione.

Nello specifico, in caso di “comunicazione di adeguamento”, le verifiche sono state eseguite in sede d’ufficio, come peraltro previsto dalle indicazioni regionali, e poi sono state adottate le deliberazioni di merito. Entro 90 giorni dall’aggiornamento dei registri regionali, l’ATS ha completato l’iter delle verifiche effettuando, presso la sede delle UdO, un sopralluogo finalizzato all’accertamento dell’effettivo possesso di tutti i requisiti di esercizio e di accreditamento previsti dalle DDGR in materia.

In caso, invece, di “presentazione di SCIA”, è stato seguito il procedimento ordinario, ai sensi della DGR 2569/2014, effettuando in prima battuta un sopralluogo congiunto con gli operatori del DIPS, e in un secondo tempo, entro 90 giorni dall’aggiornamento del registro regionale, un ulteriore accesso per confermare il mantenimento dei requisiti richiesti dalla DGR n.5918/2016.

Per i casi di rinuncia e cessazione, sono stati adottati i provvedimenti necessari a formalizzare le volontà dichiarate dagli Enti Gestori, salvaguardando la continuità assistenziale degli utenti in carico.

L’ordinaria attività di vigilanza pianificata all’inizio dell’anno è stata quindi opportunamente espletata in modo contestuale a quanto richiesto per procedere alla riclassificazione.

Sempre in applicazione della DGR 5918/2016 sono stati sottoposti a vigilanza per modifica dell’accreditamento n. 21 Enti gestori, che hanno manifestato la volontà di mantenere operativa l’attività di ADI ordinaria.

- **Controllo di appropriatezza**

## **HOSPICE**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati n. 5 sopralluoghi nelle n. 3 strutture campionate. Sono stati controllati n. 64 FaSAS, pari al 100% del campione previsto per l’anno 2017.

La quota mirata pari al 50% è stata selezionata secondo i criteri definiti nel Piano dei controlli 2017.

Le verifiche hanno positivamente rilevato il percorso continuo di miglioramento intrapreso al fine di rendere evidente e documentato il processo assistenziale nelle sue fasi; tutte le UdO oggetto di controllo hanno raggiunto una percentuale di appropriatezza superiore al 95%.

## **CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI (ex /RIABILITAZIONE) e NON RESIDENZIALI**

Al 31 dicembre 2017 sono state oggetto di vigilanza ordinaria n. 3 U.d.O. pari al 100% di quelle campionate per l’anno 2017.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

La vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento sulle n. 3 strutture programmate (Cure Intermedie, Riabilitazione Residenziale e non Residenziale) è stata effettuata nel secondo semestre dell’anno.

Le verifiche sui requisiti organizzativi e gestionali si sono concluse con esito positivo.

Per quanto riguarda i requisiti igienico sanitari, strutturali e tecnologici le verifiche invece non possono ancora considerarsi concluse. Infatti a fronte di un percorso di verifica non concluso ve ne sono ancora due in corso di definizione.

➤ **Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento**

Nel corso del primo semestre è stata condotta l'istruttoria relativa allo spostamento dei volumi contrattualizzati con relativa modifica dell'assetto accreditato per n.1 UdO.

Le verifiche sui requisiti organizzativo-gestionali e su quelli strutturali ai fini della conferma dell'accREDITamento si sono concluse positivamente.

- **Controllo di appropriatezza**

Alla data del 31 dicembre sono stati effettuati in totale n. 7 sopralluoghi nelle strutture campionate e controllati n. 132 FaSAS pari al 100% del campione previsto per l'anno 2017 corrispondente.

L'attività di controllo, più nello specifico, si è articolata come di seguito descritto per le due aree "Cure intermedie residenziali" e "Riabilitazione non residenziale".

Per l'**area delle Cure Intermedie Residenziali**, il controllo di appropriatezza è stato effettuato su n. 3 U.D.O pari al 100 % del previsto campione, applicando gli indicatori generali così come definito dalla DGR 1765/2014.

Da 01/01/2017 al 30/04/2017 la quota mirata dei FaSAS è stata scelta selezionando i fascicoli di assistiti caratterizzati da ripetuti ricoveri nel corso dell'anno.

Dal 01/05/2017 i FaSAS oggetto di controllo sono stati scelti con metodologia mista; la quota mirata pari al 30% è stata selezionata secondo quanto previsto dal Piano dei controlli 2017, utilizzando i dati estratti dal flusso di rendicontazione SDOFAM. Sono stati visionati n. 117 FaSAS pari al 100 % del totale campionato.

Si rileva una modesta criticità nella redazione del Progetto Individuale e nella pianificazione individuale.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 92.43 %**

Per l'**area della Riabilitazione non residenziale**, l'attività di controllo effettuata utilizzando la specifica check list, ha riguardato n. 2 strutture, pari al 100% di quelle campionate.

I FaSAS oggetto di controllo sono stati scelti con metodologia mista; la quota mirata pari al 30% è stata selezionata secondo quanto previsto dal Piano dei controlli 2017, utilizzando i dati estratti dal flusso di rendicontazione RIAFAM.

Sono stati visionati n. 15 FaSAS, pari al 100 % del campione totale.

Nei controlli si è emersa una sensibile criticità nella redazione delle pianificazione individuale.

**La soglia di accettabilità complessiva media raggiunta dalle UdO è stata pari al 89,52 %**

#### **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – A.D.I.**

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Nel corso dell'anno 2017 sono state visitate n. 16 UdO rispetto alle n. 16 programmate, pari al 100% del campione previsto. Una ulteriore verifica è stata poi disposta per accertare il mantenimento dei requisiti di accreditamento di un'ADI ordinaria, a seguito del processo di riclassificazione ex 5918/2016.

I sopralluoghi si sono svolti senza preavviso, in equipe multiprofessionale e, quando possibile, in compresenza dei funzionari del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, che hanno verificato i requisiti strutturali ed igienico sanitari delle sedi. L'attività di vigilanza si è focalizzata sulla verifica dei requisiti organizzativi/gestionali di esercizio ed accreditamento, in ottemperanza alla DGR 2569/2014, nonché sull'adeguata conservazione e gestione della documentazione sociosanitaria.

Le verifiche hanno dato esito positivo, fatte salve alcune richieste di integrazione documentale.

- **Controllo di appropriatezza**

Il controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di assistenza domiciliare integrata, secondo il Piano dei controlli annuale è stato effettuato:

- presso la sede erogativa del soggetto gestore: *controlli ex post*;
- presso il domicilio degli assistiti: *controlli in itinere*.

### Controlli ex post ADI ordinaria e ADI Cure Palliative

Per espletare i dovuti controlli di appropriatezza, sono stati analizzati i FaSAS di utenti con percorso assistenziale concluso nell'anno 2016 o in carico nell'anno 2017.

Nell'anno 2017 sono state coinvolte n. 20 UdO sulle 20 previste dalla pianificazione annuale comprendendo nr. 3 Enti che, accreditati in altra ATS, operano nel nostro territorio.

I fascicoli controllati sono stati n. 84, pari al 101,20 % del campione previsto, di utenti assistiti in ADI ordinaria e n. 33, pari al 106,45 del campione, di utenti assistiti in ADI Cure Palliative.

La metodologia dei controlli di appropriatezza assistenziale si è basata sull'analisi dei FaSAS di ciascun assistito campionato, verificando le fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale attraverso l'applicazione degli indicatori trasversali e specifici previsti dalla DGR 1765/2014.

I fascicoli sono stati estratti scegliendo una quota mirata pari al 30%, riferita a utenti assistiti con profilo di Cure Palliative, e una quota pari al restante 70%, estratta in modo da rispettare i criteri di campionamento definiti dal Piano dei Controlli, utilizzando l'elenco di tutti gli utenti presenti nell'applicativo Health Portal.

Sia per l'ADI Ordinaria sia per l'ADI Cure Palliative le maggiori criticità hanno riguardato il seguente punto:

#### Indicatori Generali:

- *Esistenza della pianificazione*

Tale indicatore, infatti, non è stato raggiunto in buona parte dei controlli. La criticità è da imputarsi spesso all'assenza della progettazione e alla pianificazione incompleta e/o non congruente col PI.

**La percentuale totale ottenuta nei controlli Ex post ADI Ordinaria è pari al 87.66%, nell'ADI Cure Palliative pari a 92.91%.**

### Controlli in itinere

Sono controlli effettuati presso l'abitazione degli assistiti in carico al momento dell'accesso; è stata verificata la disponibilità e la corretta tenuta/aggiornamento della documentazione sociosanitaria presente al domicilio. Sono stati verificati n. 75 fascicoli pari al 101,35% del campione previsto.

L'estrazione del campione è stata effettuata secondo i criteri stabiliti dal Piano dei Controlli:

- utenti con profili 3, 4
- grandi anziani (>85 anni)
- profili multi-prestazionali (interventi di almeno 2 professionisti)
- pazienti in carico da più di 6 mesi
- pazienti in trattamento fisioterapico

Come per i controlli *ex post*, la criticità più rilevante si è evidenziata per l'Indicatore Generale 2.1 "*Esistenza della pianificazione*", raggiunto solo nel 60% dei fascicoli per le motivazioni già sopra esplicitate.

**La percentuale totale raggiunta è risultata pari al 87,03%.**

Al termine dei sopralluoghi è stato restituito agli Enti l'esito dei controlli con i rilievi effettuati ed le eventuali osservazioni.

### ➤ Attività di vigilanza connessa alla presentazione di SCIA e domande di accreditamento

Sono stati condotti n. 3 sopralluoghi extra-campione:

- n. 1 per verifica a 90 giorni (procedimento iniziato nel 2016)
- n. 2 per SCIA contestuale (1 accreditamento e 1 trasferimento sede).

Ulteriori controlli in back office sono stati condotti con esito positivo su n. 4 Enti con sede legale extraprovinciale che hanno presentato entro il 31.12.17 "Comunicazione dell'elenco degli ambiti territoriali di intervento per l'Assistenza Domiciliare Integrata", per l'estensione del servizio sul territorio della nostra ATS. Tali verifiche hanno riguardato il documento organizzativo/gestionale, la dotazione del personale e la Carta dei servizi/opuscolo informativo.

A seguito di quanto disposto dalla DGR 5918/2016 sono stati sottoposti a vigilanza per modifica dell'accREDITAMENTO n. 21 Enti gestori ADI.

➤ **Vigilanza straordinaria/segnalazioni**

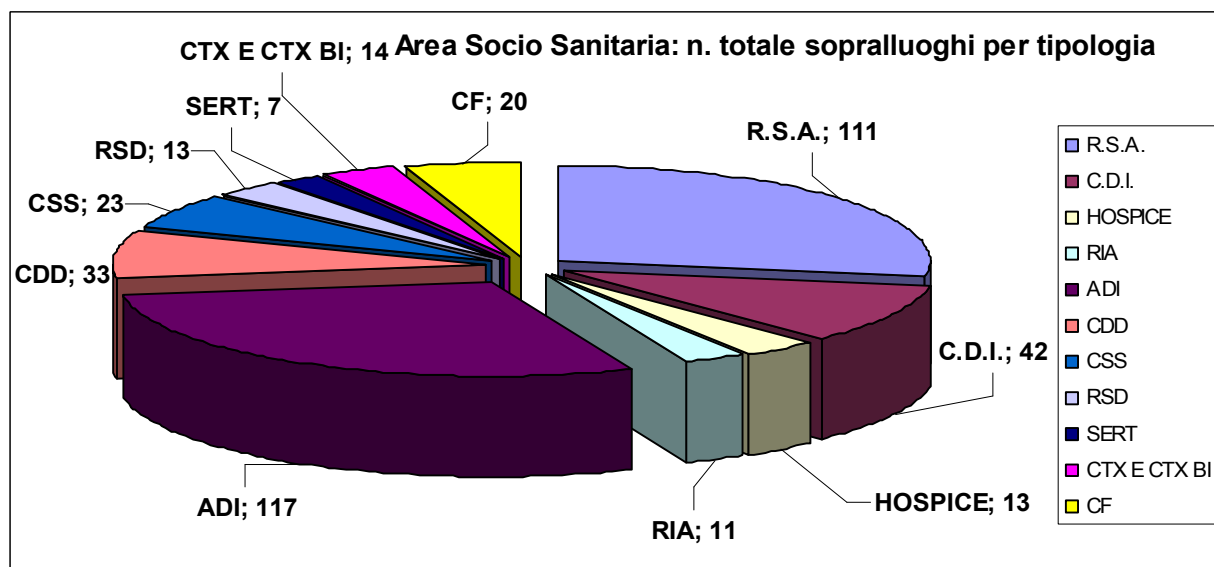
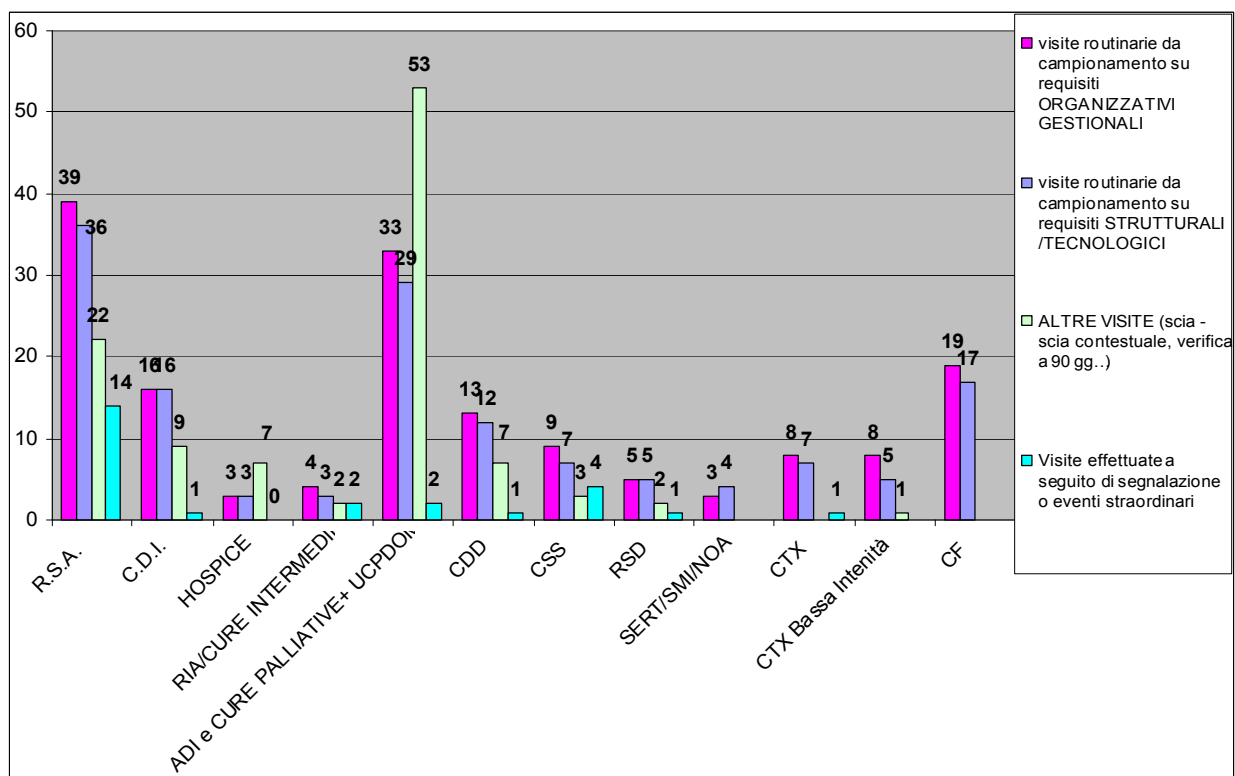
Nell'anno 2017 sono stati condotti n. 4 controlli a seguito di segnalazioni, n. 3 a carico di Enti Gestori e n. 1 per un libero professionista.

A seguito di una segnalazione è stato attivato un iter di verifica, le cui indagini sono state condotte in collaborazione con i NAS, che ha comportato un'attività di controllo particolarmente gravosa ed impegnativa, con il coinvolgimento di più operatori per alcune giornate lavorative complete. Gli esiti di tale lavoro hanno evidenziato incongruenze tra quanto registrato in diario e quanto rendicontato nell'applicativo ADI-WEB. Sulla base di quanto emerso da approfondite analisi condotte su quanto registrato per due mesi sui diari di tutti i pazienti seguiti da 5 infermieri, sono state rilevate irregolarità nella stesura e tenuta della documentazione sociosanitaria, con prestazioni contemporanee annotate nei diari di pazienti diversi e non corrispondenze fra "registrato" e "rendicontato". A fronte degli esiti degli accertamenti condotti, è stato doveroso procedere al recupero di quanto indebitamente corrisposto, alla irrogazione di una sanzione amministrativa, nonché alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Si è dato opportuno seguito alla segnalazione inerente l'attività di un libero professionista, senza giungere ad alcun rilievo di interesse. Per un'altra situazione segnalata e, per la quale sono tuttora in corso le opportune verifiche, si è assicurata ai NAS la collaborazione dovuta.

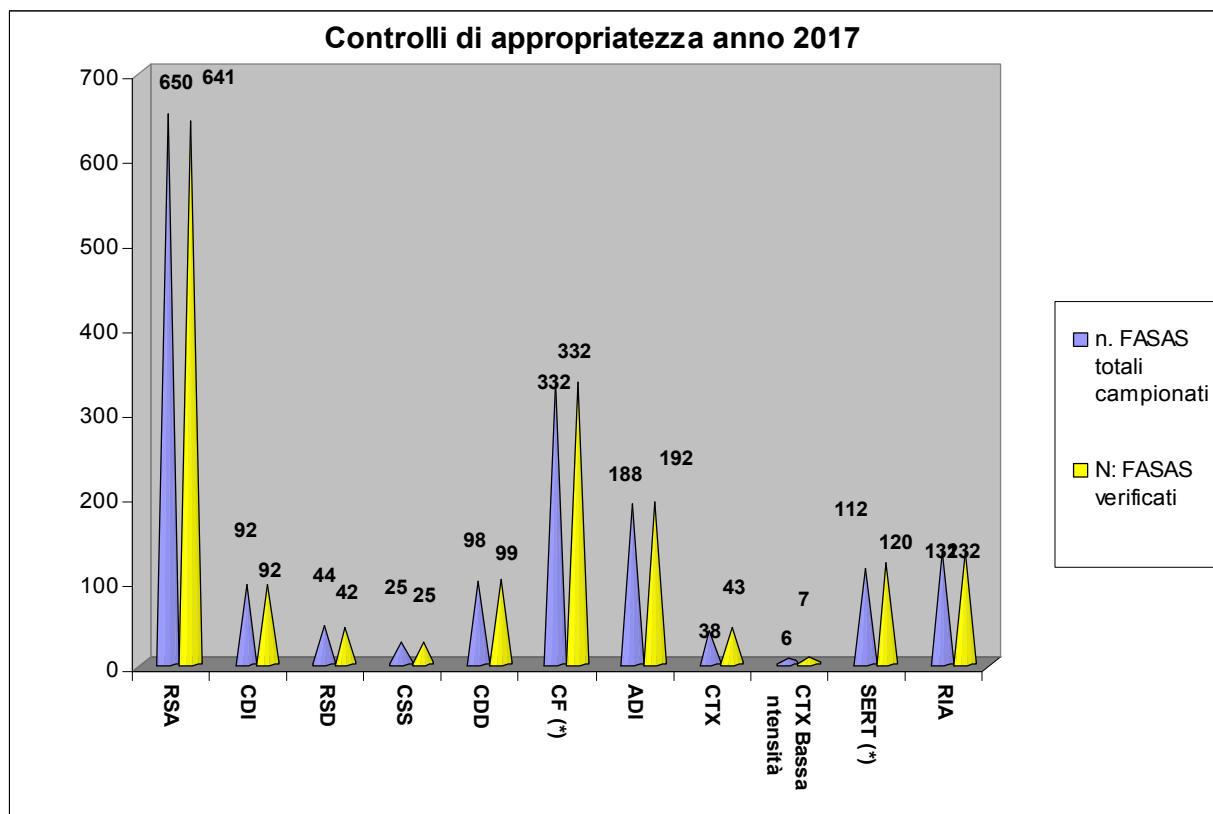
### **Tabelle riepilogative delle attività di vigilanza e controllo condotte nel 2017**

| Sopralluoghi di vigilanza Anno 2017 - Strutture Socio Sanitarie |                                                                            |                                                                           |                                                             |                                                                   |               |                                    |                                                    |                |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|
|                                                                 | Visite vigilanza                                                           |                                                                           |                                                             |                                                                   |               | controlli di appropriatezza        |                                                    |                |
|                                                                 | visite routinarie da campionamento su requisiti ORGANIZZATIVI / GESTIONALI | visite routinarie da campionamento su requisiti STRUTTURALI / TECNOLOGICI | ALTRE VISITE (scia - scia contestuale, verifica a 90 gg...) | Visite effettuate a seguito di segnalazione o eventi straordinari | totale visite | Visite controlli di appropriatezza | Visite controlli di appropriatezza sperimentazioni | total e visite |
| R.S.A.                                                          | 39                                                                         | 36                                                                        | 22                                                          | 14                                                                | 111           | 69                                 | 17                                                 | 197            |
| C.D.I.                                                          | 16                                                                         | 16                                                                        | 9                                                           | 1                                                                 | 42            | 16                                 |                                                    | 58             |
| HOSPICE                                                         | 3                                                                          | 3                                                                         | 7                                                           | 0                                                                 | 13            | 5                                  |                                                    | 18             |
| RIA/CURE INTERMEDIE                                             | 4                                                                          | 3                                                                         | 2                                                           | 2                                                                 | 11            | 9                                  |                                                    | 20             |
| ADI e CURE PALLIATIVE+UCPDOM                                    | 33                                                                         | 29                                                                        | 53                                                          | 2                                                                 | 117           | 47                                 |                                                    | 164            |
| CDD                                                             | 13                                                                         | 12                                                                        | 7                                                           | 1                                                                 | 33            | 14                                 |                                                    | 47             |
| CSS                                                             | 9                                                                          | 7                                                                         | 3                                                           | 4                                                                 | 23            | 8                                  |                                                    | 31             |
| RSD                                                             | 5                                                                          | 5                                                                         | 2                                                           | 1                                                                 | 13            | 9                                  |                                                    | 22             |
| SERT/SMI/NOA                                                    | 3                                                                          | 4                                                                         |                                                             |                                                                   | 7             | 7                                  |                                                    | 14             |
| CTX                                                             | 8                                                                          | 7                                                                         |                                                             | 1                                                                 | 16            | 8                                  |                                                    | 24             |
| CTX Bassa Intensità                                             | 8                                                                          | 5                                                                         | 1                                                           |                                                                   | 14            | 6                                  |                                                    | 20             |
| CF                                                              | 19                                                                         | 17                                                                        |                                                             |                                                                   | 36            | 20                                 |                                                    | 56             |
| TOT.                                                            | 160                                                                        | 144                                                                       | 106                                                         | 26                                                                | 436           | 218                                | 17                                                 | 671            |



Di seguito si dettagliano, per le specifiche tipologie di unità d'offerta, il numero di Fasas verificati nel corso del corso del 2017.

| ATTIVITA' DI APPROPRIATEZZA Anno 2017                                     |        |         |        |         |         |         |                    |                         |                       |                       |         |          |                     |                                      |         |         |         |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|--------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------|----------|---------------------|--------------------------------------|---------|---------|---------|
|                                                                           | RSA    | CDI     | RSD    | CSS     | CDD     | CF (*)  | ADI                |                         |                       |                       | CTX     | SERT (*) | CTX Bassa Intensità | RIA amb/ do m.e ciclo diurno continu |         | HOSPICE | totali  |
|                                                                           |        |         |        |         |         |         | ordina ria ex post | cure palliative ex post | ordina ria in itinere | palliativa in itinere |         |          |                     | cure intermedie                      |         |         |         |
| totale utenti campionati per appropriatezza presenti nell'anno precedente | 4333   | 605     | 142    | 82      | 328     | 6.640   | 3782               |                         |                       |                       | 185     | 2240     | 27                  | 1152                                 | 450     | 419     | 20.385  |
|                                                                           |        |         |        |         |         |         | 3,00%              |                         | 2,00%                 |                       |         |          |                     |                                      |         |         |         |
| numero FASAS programmati per controllo di appropriatezza nell'anno        | 650    | 92      | 44     | 25      | 98      | 332     | 83                 | 31                      | 74                    | 0                     | 38      | 112      | 6                   | 117                                  | 15      | 64      | 1.781   |
| percentuale programmata nell'anno per la tipologia di UdO                 | 15,00% | 15,21%  | 30,99% | 30,49%  | 29,88%  | 5,00%   | 70,00%             | 30,00%                  | 2,00%                 | 0,00%                 | 21,00%  | 5,00%    | 22,00%              | 10,00%                               | 3,00%   | 15,00%  |         |
| numero FASAS controllati nel semestre                                     | 641    | 92      | 42     | 25      | 99      | 332     | 84                 | 33                      | 75                    | 0                     | 43      | 120      | 7                   | 117                                  | 15      | 64      | 1.789   |
| % controllo semestre su obiettivo annuale                                 | 98,62% | 100,00% | 95,45% | 100,00% | 101,02% | 100,00% | 101,20%            | 106,45%                 | 101,35%               | 0,00%                 | 113,16% | 107,14%  | 116,67%             | 100,00%                              | 100,00% | 100,00% | 100,45% |



## **PROCEDIMENTI SANZIONATORI EX ART. 15 L.R. N. 3/2008 E S.M.I.**

Riassumendo quanto sopra già descritto nelle singole sezioni dedicate alle diverse UdO, nel corso dell'anno sono state comminate n. 7 sanzioni a seguito di criticità rilevate in sede di sopralluogo e precisamente:

- n. 4 nell'ambito organizzativo-gestionale (inadeguatezza nella tenuta del FASAS, incompletezza Procedure/Protocolli e Carta dei servizi, scorretta tenuta del diario clinico);
- n. 3 nell'area strutturale-tecnologica per carenza presentazione SCIA.

## **C. VIGILANZA E CONTROLLO SULLE SPERIMENTAZIONI DI UNITA' D'OFFERTA INNOVATIVE E LE MISURE APPLICATIVE DELLA DGR 116/2013.**

### **RSA APERTA**

Al 31 dicembre sono state oggetto di verifica il 50% delle RSA del territorio dell'ATS di Bergamo che hanno aderito alla misura "RSA APERTA", prevista dalla DGR 2942/2014. Pertanto sono state vigilate e sottoposte a controllo di appropriatezza n. 16 delle 33 UdO attive.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Tutti i soggetti erogatori della misura sono stati sottoposti, con esito positivo, a verifiche inerenti i requisiti soggettivi, attestati dagli stessi entro il 31.01.2017, secondo le modalità previste in materia di esercizio e accreditamento dalla DGR 2569/2014.

Per le verifiche relative al mantenimento dei requisiti organizzativi/gestionali e strutturali sono state utilizzate le check list predisposte da Regione Lombardia per ciascuna misura.

La situazione rilevata in ogni realtà ispezionata è stata di conformità a quanto stabilito.

- **Controllo di appropriatezza**

Il controllo di appropriatezza assistenziale, utilizzando gli item previsti nella check list regionale, si è basato sull'analisi della documentazione sociosanitaria contenuta nei 60 fascicoli di utenti, pari al 10% degli utenti presi in carico nel 2016.

Il campione è stato selezionato in base alla diversa tipologia d'utenza: con diagnosi di demenza/Alzheimer o "over 75 anni non autosufficiente" e in base alla tipologia di interventi (domiciliare, semiresidenziale, con care management di medio profilo), volendone garantire la maggiore rappresentatività possibile.

I dati relativi al campione selezionato sono stati estratti dall'applicativo Health Portal (HP), utilizzato sia dagli Enti gestori sia dal personale incaricato dell'ASST, dal quale l'ATS estrae il flusso aggiornato secondo le indicazioni della Circolare reg. n. 2 del 01/02/2017.

Per i fascicoli sottoposti a controllo, si è verificata inoltre la corrispondenza tra le prestazioni rilevate nel diario, firmate dall'operatore e validate dall'utente o dal suo caregiver, e la registrazione delle stesse nell'applicativo HP.

In una sola struttura, nella quale si è proceduto ad un controllo su quattro fascicoli, si rilevata la mancata corrispondenza fra quanto rendicontato nello specifico flusso e le prestazioni effettivamente erogate. Le verifiche hanno infatti evidenziato, in assenza di documentazione attestante l'effettiva presenza in struttura, il caricamento di sette giornate in regime di semiresidenzialità. Si è pertanto proceduto al recupero di quanto indebitamente corrisposto.

## RESIDENZIALITÀ LEGGERA

Al 31 dicembre le Unità d'Offerta aderenti alla misura "Residenzialità Leggera" erano pari a n. 15, ma del campione previsto per l'anno, pari al 50% delle realtà, quindi 7, solo n. 2 sono state verificate, dal momento che le altre non hanno ricevuto alcuna richiesta di accoglienza.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

L'attività di verifica si è svolta con la medesima procedura applicata alla misura RSA APERTA e si è conclusa, per entrambe le realtà vigilate, in maniera positiva.

- **Controllo di appropriatezza**

Il controllo di appropriatezza assistenziale è avvenuto attraverso l'analisi della documentazione sociosanitaria contenuta nei fascicoli dei due utenti campionati, utilizzando gli item previsti nella check list regionale. Non sono state rilevate criticità.

## RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITÀ

Nell'ambito delle misure afferenti alle DGR 116/2012 – DGR 2942/2017 – DGR 2989/2014, in collaborazione con il Servizio Progetti integrati per persone fragili e/o con Disabilità di questa ATS, è stato monitorato il progetto relativo alla misura "Residenzialità minori con gravissima disabilità" attivata dall'Unità d'Offerta Comunità Sociosanitaria TAU di Arcene.

L'utenza a cui si rivolge è rappresentata da minori affetti da gravi patologie cerebrali e conseguenti plurimenomazioni. Si tratta perlopiù di bambini privi di riferimenti parentali, perché abbandonati al momento della nascita o per il decadimento della patria potestà.

In altri casi la famiglia è presente, ma non è in grado di provvedere al bambino a causa o di particolari condizioni di gravità o perché il nucleo familiare si trova in condizioni di estremo disagio.

Spesso, proprio a causa delle gravi condizioni di salute, per i bambini ospitati dalla Comunità non è ipotizzabile il ricorso all'affido familiare.

La Comunità TAU ha assistito nel 2017 sette minori, di cui sei hanno beneficiato del voucher previsto dalla misura "residenzialità per minori con gravissima disabilità":

- 1 ospite residente nel territorio dell'ATS di Bergamo, per il quale è stato attivato un progetto ad *alta intensità*;

- 5 ospiti provenienti da altre ATS, per quattro dei quali la misura attivata è di *alta intensità*.

Le verifiche hanno riguardato sia i requisiti organizzativo/gestionali sia l'appropriatezza assistenziale, utilizzando i previsti strumenti.

In ossequio alle indicazioni regionali sugli specifici controlli, la verifica di appropriatezza è stata eseguita sulla documentazione sociosanitaria del solo ospite residente in provincia di Bergamo, evidenziandone una corretta composizione e completezza. La redazione di PAI/PEI è risultata conforme al Progetto Individuale predisposto dalla ASST. Per le prestazioni erogate è stato possibile valutare l'adeguata tracciabilità nel rispetto delle professionalità richieste.

Oltre a tali specifici rilievi, al fine di consentire una valutazione complessiva dell'assistenza resa ai minori, si è proceduto ad un'analisi dell'organizzazione dei servizi offerti dalla Comunità, con riscontri positivi.

## COMUNITÀ MINORI

Sul territorio dell'ATS di Bergamo sono presenti venticinque Comunità, che con periodicità biennale sono sottoposte ad attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio.

Nel 2016 erano state ispezionate n. 15 strutture, pertanto nel 2017 l'attività, con esito positivo, ha interessato le restanti dieci comunità.

Le Comunità Educative, Comunità Familiari, Alloggi per l'Autonomia sono le tre tipologie di Unità d'Offerta in cui possono essere accolti minori vittime di abuso, violenza e maltrattamento beneficiari della *misura 6*.

Nelle Comunità oggetto di vigilanza è stata condotta anche l'attività di verifica inerente tale misura innovativa: il controllo di appropriatezza assistenziale, come previsto dalla vigente normativa, consiste nella verifica dell'adeguatezza e qualità delle prestazioni erogate, in coerenza con quanto indicato nel PEI.

Il controllo ha interessato quarantacinque fascicoli estratti dal flusso di rendicontazione riferito al IV trimestre 2016.

L'analisi della documentazione sociosanitaria contenuta nei fascicoli campionati ha evidenziato che gli interventi e le prestazioni erano adeguatamente tracciate ed erogate nel rispetto delle professionalità richieste.

Permangono però in alcune realtà elementi di criticità, purtroppo già segnalati, inerenti la non esaustiva compilazione del PEI e la mancanza del progetto quadro.

Si precisa che il controllo effettuato presso le comunità è preceduto dalla verifica in ufficio della completezza, esaustività e appropriatezza della documentazione di merito (Decreto del Tribunale dei Minorenni per ogni minore inserito in Comunità, Piano Educativo Individualizzato (PEI) ed eventuale relazione del Servizio Sociale inviante), che viene trasmessa dall'Ambito territoriale al Servizio dell'Area Famiglia.

Il suddetto controllo documentale è stato effettuato sulla totalità dei casi beneficiari della misura 6.

## CURE INTERMEDIE ex DGR X/3383/2015

Al 31 dicembre 2017 sono state oggetto di vigilanza ordinaria su n. 3 percorsi attivati di Cure Intermedie Ex Post-acuta, pari al 100 % delle UdO R.S.A. campionate per l'anno 2017.

- **Vigilanza routinaria sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento**

Per le verifiche dell'anno 2017 sono state utilizzate check list predisposte dal servizio volte alla verifica dei requisiti organizzativo-gestionali, ed in particolare: la presenza delle figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni, il minutaggio erogato, gli strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione, la relazione con le reti istituzionali, l'esistenza e l'applicazione di un protocollo di gestione e somministrazione del farmaco e la modalità di gestione della lista d'attesa.

La situazione rilevata è stata di conformità dei requisiti verificati.

- **Controllo di appropriatezza**

Il controllo di appropriatezza assistenziale si è realizzato controllando il 10% dei Fascicoli relativi agli utenti in carico nell'anno 2016 pari a n. 25.

Le criticità rilevate si possono così sintetizzare:

- mancata individuazione di un operatore con funzione di Care Manager per ogni utente;
- assenza della registrazione della condivisione con l'assistito/familiare del progetto di dimissione;
- mancata compilazione della scala GEFI, condizione necessaria per poter usufruire della proroga del ricovero (decurtato il 30% del periodo di proroga a carico di n. 3 utenti, per un totale di n. 14 giornate).

In questa Area è attivo un solo progetto afferente all' UDO CDD L'IPPOCASTANO – “PROGETTO PASSO DOPO PASSO” del Comune di Clusone.

Il servizio si rivolge a n. 6 utenti minori con disturbi dello spettro autistico.

Le verifiche sono state condotte in collaborazione con i Servizi Diurni e Residenziali per le fragilità e hanno riguardato sia i requisiti gestionali sia l'appropriatezza assistenziale.

Dal punto di vista gestionale non sono emerse particolari criticità.

Sono stati visionati i fascicoli assistenziali, ogni soggetto ha le sue peculiarità. Gli interventi avvengono sia in struttura, sia in contesti di vita, sia la domicilio. Sono state implementate attività territoriali, un progetto volto a incrementare la cura del sé e un progetto sulla “comunicazione aumentativa”, a suggello della proficua collaborazione con i servizi UONPA e il CEAD.

Viene sottolineato da parte dell'Ente Gestore che l'attuale ancora persistente incertezza sulla tempistica dei rinnovi impedisce un'organica messa a sistema del progetto.

### **RESIDENZIALITÀ ASSISTITA IN COMUNITÀ RELIGIOSE**

La misura Residenzialità Assistita in Comunità religiose (ex DDGR n. 2942/14 e n. 4086/15) è rivolta a religiosi anziani fragili assistiti nel proprio contesto abituale di vita. Tale misura è attiva nel territorio dell'ATS di Bergamo dal 01/01/2016.

La DGR 5954/2016 ha confermato per l'anno 2017 la prosecuzione di tale attività ampliando l'offerta a livello regionale e portando i posti per l'ATS di Bergamo ad un totale di 66 (47 religiose e 29 sacerdoti).

Nei primi mesi dell'anno, previa verifica e controllo dei requisiti attraverso specifici sopralluoghi e controlli documentali, il Servizio Promozione e Innovazione delle Reti ha provveduto a rinnovare i contratti delle tre strutture già attivate.

A seguito dell'ampliamento disposto dalla programmazione regionale, sono stati verificati i requisiti organizzativi e strutturali-tecnologici delle due strutture provinciali di nuova ammissione alla misura. Le verifiche sono state condotte in equipe, utilizzando lo strumento regionale, da un funzionario del Servizio AVC e da un funzionario del DIPS. I loro Legali Rappresentanti hanno poi sottoscritto il contratto previsto dalla normativa di riferimento.

Nei mesi di novembre e dicembre è stata espletata attività ispettiva, di concerto con il Servizio Promozione e Innovazione delle Reti, su n. 2 strutture ai fini della verifica dell'appropriatezza assistenziale, nonché della corretta rendicontazione delle prestazioni erogate.

### **FUNZIONI AMMINISTRATIVE DI VIGILANZA E CONTROLLO PREVISTE DAGLI ARTT. 23 E 25 DEL CODICE CIVILE SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO, CHE OPERANO IN AMBITO SOCIOSANITARIO, SOCIALE E SANITARIO.**

Nel 2017 si è dato inizio ad una nuova stagione di controlli amministrativi sulle persone giuridiche di natura privata ex artt. 23 e 25 del Codice civile che operano in ambito sociosanitario, sociale e sanitario, con l'intento di attribuire a quest'attività una rinnovata attenzione.

A tal fine è stata rinnovata la composizione della “Commissione di Controllo” ed è stato deliberato un nuovo regolamento per definire il suo funzionamento e fissare i tratti essenziali dell'attività di vigilanza.

Tali nuovi indirizzi sono stati condivisi in un incontro con tutte le associazioni e le fondazioni della provincia, evento che ha dato modo sia di ribadire gli obiettivi di controllo assegnati dalla normativa alle ATS sia i nuovi strumenti messi a punto dalla nostra Agenzia per realizzarli.

Per ottimizzare la gestione documentale dei circa 100 enti interessati è stato creato un archivio completo dedicato in maniera esclusiva alla vita delle persone giuridiche di diritto privato.

Inoltre, per garantire una base omogenea di informazioni, è stata realizzata una raccolta dei dati di attività ed economici riferiti agli esercizi 2014, 2015 e 2016 per tutte le realtà provinciali iscritte nell'apposito registro regionale.

A tal fine è stato messo a punto un apposito applicativo, che ha permesso di dialogare via WEB con le associazioni e le fondazioni provinciali.

Oltre a tale attività, che configura nella programmazione istituzionale un'attività di vigilanza ordinaria, è stata condotta anche una vigilanza di tipo straordinario su ventiquattro enti, con analisi approfondita dei loro statuti, dell'attività svolta, della loro documentazione contabile. In ragione di diversi elementi d'interesse, sono stati così vigilati:

- n. 8 enti che non avevano ottemperato a quanto loro richiesto nell'attività di vigilanza per il 2016;
- n. 5 enti che non avevano provveduto a compilare l'apposito applicativo per la raccolta dei dati d'esercizio relativi agli anni 2014 e 2015;
- n. 6 enti per i quali una prima analisi dei dati riferiti al 2014 e 2015 aveva suggerito l'opportunità di approfondire meglio alcuni aspetti delle relative gestioni;
- n. 5 enti per le quali sono state attivate opportune verifiche più approfondite sulla loro operatività a seguito di specifiche situazioni evidenziate nel corso dell'anno.

## FLUSSI INFORMATIVI

Nel corso dell'anno 2017 in ottemperanza alla Circ. reg. del 01 febbraio 2017 n. 2 e, in attuazione a quanto previsto dalla DGR 5954 del 05/12/2016, sono stati curati, monitorati, validati e caricati sulla piattaforma SMAF (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi), rispettando le procedure e le tempistiche previste dalle scadenze regionali, i seguenti flussi informativi: SOSIA -CDI WEB - SIDI WEB – SDOFAM – SDORIAB, AMBRIAB – HOSPICE - RETE UDO ASSI

L'adempimento dei debiti informativi inerenti i flussi FE – Consultori – SIAD – AMB dipendenze – SIND è stato curato dai competenti Servizi del Dipartimento P.I.P.S.S. e dal Dipartimento per le Dipendenze.

Nel corso dell'anno è stato garantito agli Enti gestori il supporto tecnico necessario alle correzioni degli errori rilevati dal sistema di controllo della piattaforma SMAF, operazioni che ha richiesto a volte l'intervento dei tecnici LISPA di Regione Lombardia, a causa della complessità e dell'origine delle anomalie.

| Direzione Sociale - SERVIZIO ACCREDITAMENTO CONTROLLO APPROPRIATEZZA E QUALITA' -<br>Flussi Circ n.2 del 1/02/2017 |                                                    |               |              |              |              |              |      | Modalità di adempimento delle scadenze                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denominazione<br>Flussi Circ n.2/2015                                                                              | Scadenza per ATS                                   | 4° TRIM. 2015 | 1° TRIMESTRE | 2° TRIMESTRE | 3° TRIMESTRE | 4° TRIMESTRE | NOTE |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| rete delle UdO<br>socio-sanitarie                                                                                  | 25/01 - 26/04 - 26/07 -<br>26/10                   | 25/01/17      | 24/04/17     | 24/07/17     | 26/07/17     | 22/01/18     |      | 1) Caricamento file su SMAF e invio via mail<br>2) Restituzione esiti dalla Regione                                                                                                                                                                                      |
| Flusso SOSIA                                                                                                       | 1° invio entro<br>25/01 - 24/04 - 25/07 -<br>25/10 | 24/01/17      | 26/04/17     | 24/07/17     | 20/10/17     | 22/01/18     |      | 1) Monitoraggio e 1° caricamento dati pervenuti dalle UdO su SMAF.<br>2) Ricevimento esiti automatici di errore da Regione<br>3) Restituzione alle UdO per correzione errori<br>4) 2° caricamento dati corretti su SMAF<br>5) Restituzione esiti dalla Regione           |
|                                                                                                                    | 2° invio entro<br>08/02 - 08/05 - 08/08 -<br>08/11 | 07/02/17      | 05/05/17     | 07/08/147    | 06/11/17     | 05/02/18     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Flusso SIDI                                                                                                        | entro 20/01 - 20/04 -<br>20/07 - 20/10             | 23/01/17      | 21/04/17     | 26/07/17     | 24/10/17     | 23/01/18     |      | Validazione dati caricati sulla piattaforma dagli<br>Enti Gestori<br>Non prevista restituzione esiti                                                                                                                                                                     |
| Flusso CDI                                                                                                         | 1° invio entro<br>25/01 - 24/04 - 25/07 -<br>25/10 | 11/01/17      | 12/04/17     | 11/07/17     | 11/10/17     | 11/01/18     |      | 1) Prima Validazione dati caricati sulla<br>piattaforma dagli Enti Gestori<br>2) Gli Enti ricevono direttamente dalla Regione<br>esiti di errore, provvedono alla correzione.<br>3) Seconda validazione a cura dell'ASL<br>5) Restituzione esiti dalla Regione agli Enti |
|                                                                                                                    | 2° invio entro<br>08/02 - 08/05 - 08/08 -<br>08/11 | 08/02/17      | 10/05/17     | 10/08/17     | 08/11/17     | 07/02/18     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Flusso SDOFAM                                                                                                      | 1° invio entro<br>15/01 - 15/04 - 15/07 -<br>15/10 | 13/01/17      | 13/04/17     | 12/07/17     | 12/10/17     | 12/01/18     |      | 1) Monitoraggio e 1° caricamento dati pervenuti dalle UdO su SMAF.<br>2) Ricevimento esiti automatici di errore da Regione<br>3) Restituzione alle UdO per correzione errori<br>4) 2° caricamento dati corretti su SMAF<br>5) Restituzione esiti dalla Regione           |
|                                                                                                                    | 2° invio entro<br>26/01 - 26/04 - 26/07 -<br>26/10 | 24/01/17      | 21/04/17     | 20/07/17     | 23/10/17     | 22/01/18     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Flusso RIAFAM                                                                                                      | 1° invio entro<br>30/01 - 30/04 - 30/07 -<br>30/10 | 13/01/17      | 13/04/17     | 12/07/17     | 12/10/17     | 19/01/18     |      | 1) Monitoraggio e 1° caricamento dati pervenuti dalle UdO su SMAF.<br>2) Ricevimento esiti automatici di errore da Regione<br>3) Restituzione alle UdO per correzione errori<br>4) 2° caricamento dati corretti su SMAF<br>5) Restituzione esiti dalla Regione           |
|                                                                                                                    | 2° invio entro<br>15/02 - 15/05 - 15/08 -<br>15/11 | 06/02/17      | 08/05/17     | 07/08/17     | 08/11/17     | \$\$\$\$\$   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

E' stata acquisita, nei termini previsti, la "SCHEDE STRUTTURA" delle Unità d'offerta afferenti alle diverse Aree sociosanitarie; dopo le opportune verifiche, si è provveduto al caricamento dei files attraverso il sistema SMAF. Qui di seguito il calendario degli invii:

| SCADENZE SCHEDA STRUTTURA 2017 - DATI GESTIONE 2016 |                                     |                  |                         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------|
| UDO                                                 | SCADENZA CARICAMENTO SCHEDE IN SMAF | CARICAMENTO FILE | DENOMINAZIONE FILE .ZIP |
| RSA- CDI - ADI                                      | 28/07/2017                          | 28/07/2017       | CODASLSS1               |
| RIABILITAZIONE/ CURE INTERMEDIE/CSS - RSD - CDD     | 15/09/2017                          | 12/09/2017       | CODASLSS2               |
| HOSPICE - DIP.COMUNITA'- DIP. SERT -SMI - CONS      | 29/09/2017                          | 28/09/2017       | CODASLSS3               |

Successivamente all'invio dei dati relativi al debito informativo "Schede struttura 2017 – dati gestione 2016", in data 27 giugno Regione Lombardia ha chiesto la compilazione di un format, una relazione contenente la metodologia utilizzata per i controlli ed una sintesi dei dati più rilevanti emersi dall'analisi delle schede.

Il 31 ottobre, data fissata quale scadenza per tale nuovo contributo, si è provveduto ad ottemperare trasmettendo quanto richiesto (prot. ATS n.99923 del 31/10/2017).

Nel corso del mese di gennaio, è stato trasmesso il flusso informativo ministeriale (FIM), per la rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere.

Entro il 31 luglio, si è ottemperato al debito informativo semestrale "Monitoraggio semestrale del piano dei controlli primo semestre 2017", con le seguenti comunicazioni: prot. n. 70423 del 31/07/2017 per le UdO SOCIALI, prot. ATS n.70435 del 29/07/2017 per le UdO SOCIO SANITARIE .

Si è proseguito nella gestione-aggiornamento di AFAM (Anagrafica Famiglia), applicativo regionale rappresentativo dell'intera Rete delle UdO sociosanitarie, con particolare riferimento all'inserimento delle nuove Udo a seguito della riclassificazione delle Cure Palliative(UCPDOM) e dei dati della Sezione "contratti/budget".

Nel corso dell'anno si è provveduto, inoltre, al caricamento sulla piattaforma regionale S.C.R.I.B.A. dei contratti socio sanitari nell'applicativo "Contratti WEB ATS", nel rispetto delle diverse tempistiche dettate da Regione Lombardia per la registrazione dei contratti provvisori, quelli definitivi e le rimodulazioni di budget.

## VIGILANZA SULLA RETE DELLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI

Nell'anno 2017 è stata programmata l'attività di vigilanza sulle UdO sociali, in ossequio al Piano dei Controlli approvato con delibera ATS n. 54 del 27 gennaio 2017 che prevedeva i sopralluoghi nell'ordine del 50% delle strutture in esercizio ed del 100% per Comunicazione Preventiva d'Esercizio (CPE).

I funzionari hanno operato in collaborazione con gli Uffici di Piano dei Comuni che hanno la titolarità dell'abilitazione all'esercizio e gli esiti dell'attività di vigilanza sono sempre stati comunicati formalmente agli Uffici di Piano. Tale sinergia ha portato a realizzare un'interessante analisi congiunta delle criticità emerse nel corso dell'anno, così da condividere preziosi spunti per efficaci percorsi di miglioramento.

Questa consolidata collaborazione ha permesso di realizzare la nuova verifica, sollecitata da Regione Lombardia, dell'allineamento dell'anagrafica ATS, da cui è stata pianificata l'attività di vigilanza, con i dati inseriti nell'applicativo AFAM SOCIALE.

Tale operazione ha consentito di aggiornare il numero delle Udo sociali che, alla data del 1 gennaio 2017, sono state fissate in **328**.

Il quadro delle attività di vigilanza condotte nel 2017 sulle strutture sociali è riassunto nella sotto riportata tabella, che non comprende i sopralluoghi sui Centri Ricreativi Diurni (CRD), vista la loro grande variabilità nei diversi anni di riferimento. Per tali UdO sono riportate unicamente le verifiche effettuate per nuove aperture (CPE) nel corso dell'anno.

L'attività di vigilanza condotta nel corso del 2017 si è diversificata in:

- vigilanza ordinaria e straordinaria su U.d.O. sociali previste dal Piano dei Controlli
- vigilanza a seguito di Comunicazione Preventiva di Esercizio (CPE).

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

| Tipologia UdO                                            | N° sopralluoghi ordinari | N° sopralluoghi straordinari | Totale sopralluoghi per CPE |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Asili nido                                               | 92                       | 6                            | 9                           |
| Micro Nidi (MN)                                          | 15                       | 0                            | 3                           |
| Centro Prima Infanzia (CPI)                              | 2                        | 1                            | 1                           |
| Nido Famiglia                                            | 7                        | 0                            | 4                           |
| Alloggio Protetto Anziani                                | 5                        | 0                            | 2                           |
| Casa Albergo                                             | 0                        | 0                            | 0                           |
| Centro Diurno Anziani (CDA)                              | 0                        | 0                            | 1                           |
| Centro Socio Educativo (CSE)                             | 7                        | 1                            | 0                           |
| Comunità Alloggio Disabili (CAH)                         | 1                        | 0                            | 1                           |
| Servizio Formazione autonomia (SFA)                      | 13*                      | 0                            | 3                           |
| Comunità Alloggio Reinserimento Risocializzazione (CARR) | 3                        | 0                            | 0                           |
| Comunità Educativa                                       | 13                       | 0                            | 2                           |
| Alloggi per l'Autonomia                                  | 0                        | 0                            | 1                           |
| Comunità Familiare                                       | 0                        | 0                            | 2                           |
| Centro Aggregazione Giovanile (CAG)                      | 5                        | 0                            | 0                           |
| Centro Ricreativo Diurno (CRD)                           | 0                        | 0                            | 29                          |
| Sperimentazioni (Decr. n.1254/10)                        | 6                        | 0                            | 0                           |
| Segnalazioni                                             | 0                        | 5                            | 0                           |
| <b>TOT.</b>                                              | <b>169</b>               | <b>13</b>                    | <b>58</b>                   |

Vigilanza documentale in sede d'ufficio (\*)

**13 Numero U.d.O. sociali suddivise per tipologia al 01/01/2017 – 01/01/2018**

|                               | <b>NIDO</b> | <b>MICRO NIDO</b> | <b>NIDO FAMIGLIA</b> | <b>CENTRO PRIMA INFANZIA</b> |
|-------------------------------|-------------|-------------------|----------------------|------------------------------|
| <b>Totale al 01/01/2017</b>   | 167         | 31                | 14                   | 5                            |
| <b>Totale all' 01/01/2018</b> | 165         | 32                | 18                   | 5                            |

|                               | <b>ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI</b> | <b>CASA ALBERGO</b> | <b>CENTRO DIURNO ANZIANI</b> |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------------|
| <b>Totale al 01/01/2017</b>   | 4                                | 6                   | 2                            |
| <b>Totale all' 01/01/2018</b> | 6                                | 6                   | 3                            |

|                               | <b>CENTRO SOCIO EDUCATIVO</b> | <b>COMUNITA' ALLOGGIO HANDICAP</b> | <b>SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA</b> | <b>COMUNITA' ALLOGGIO REINSERIMENTO</b> |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Totale al 01/01/2017</b>   | 17                            | 3                                  | 27                                   | 7                                       |
| <b>Totale all' 01/01/2018</b> | 15                            | 2                                  | 28                                   | 7                                       |

|                               | <b>COMUNITA' EDUCATIVA</b> | <b>ALLOGGI PER L'AUTONOMIA</b> | <b>COMUNITA' FAMILIARE</b> | <b>CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE</b> |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>Totale al 01/01/2017</b>   | 22                         | 5                              | 5                          | 13                                   |
| <b>Totale all' 01/01/2018</b> | 24                         | 7                              | 7                          | 12                                   |

(\*) da sperimentazione Dec. Reg. n.1254/10, nel corso del 2017 riconosciuta come Alloggio per l' Autonomia.

Il numero totale unità d'offerta riportate nelle tabelle sono:

- al 01/01/2017 presenti **n. 328** strutture;
- all' 01/01/2018 presenti **n. 337** strutture.

**Nell'anno 2017 sono stati effettuati n° 169 sopralluoghi ordinari, pari al 103% delle n° 164 U.d.O. campionate**

### **ATTIVITÀ DI VIGILANZA CONDOTTA SULLE DIVERSE TIPOLOGIE DI U.D.O. SOCIALI**

Si riporta una puntuale descrizione delle azioni, delle criticità e degli esiti dell'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza, ove richiesto dalla specifica normativa, al fine di una valutazione dello stato di fatto delle singole U.d.O. sociali.

#### **UNITÀ D'OFFERTA PER LA PRIMA INFANZIA**

**(Asili Nido, Micronido, Nido Famiglia, Centri di Prima Infanzia)**

Complessivamente sono stati effettuati n° 140 sopralluoghi, di cui n° 116 per vigilanza ordinaria, n° 7 per vigilanza straordinaria e n° 17 sopralluoghi a seguito di Comunicazione Preventiva di Esercizio (CPE).

L'attività è stata condotta in un clima di costante confronto con i Legali Rappresentanti delle UdO, sia in termini informativi preliminari all'avvio dell'attività sia in un'ottica di concertazione delle azioni di miglioramento più opportune.

Le principali criticità rilevate hanno riguardato le seguenti aree:

*Organizzativo/gestionali:*

- incompleta attestazione della presenza dei bambini e/o impropria registrazione presenza degli operatori;
- mancata compresenza di due operatori per tutto l'orario di apertura del servizio;
- carenze nella Carta dei servizi;
- assenza, nella sede del servizio, delle documentazioni attestanti il possesso dei requisiti gestionali e strutturali.

*Strutturali/tecnologiche:*

- carenze documentali (certificato prevenzione incendi, certificato agibilità, aspetti inerenti il Decreto Lgs.n.81/2008).

Si segnala, inoltre, che n° 11 UdO in esercizio, a causa di assenza di iscrizioni, hanno comunicato la cessazione dell'attività.

### **CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE (CAG)**

Sono state campionate n. 6 strutture distribuite su tutto il territorio di afferenza dell'ATS di Bergamo.

I sopralluoghi hanno avuto l'obiettivo di verificare la permanenza dei requisiti di autorizzazione e le modalità di funzionamento del servizio, ponendo attenzione agli aspetti di tipo Organizzativo gestionale, Strutturale e Igienico Sanitario.

Sono stati condotti sopralluoghi in n. 5 UdO delle n. 6 campionate, poichè n. 1 CAG ha cessato l'attività nel corso del 2017.

Tutte le UdO sono di natura giuridica pubblica a gestione privata.

Le vigilanze sono state effettuate congiuntamente al DIPSS.

I controlli di tipo progettuale/organizzativo hanno confermato il carattere aggregativo, educativo e formativo delle attività rivolte all'utenza preadolescenziale, adolescenziale e giovanile.

Diversi Centri operano all'interno di progetti più ampi che vedono il coinvolgimento di realtà territoriali afferenti al volontariato e alle parrocchie. Si è rilevato che alcuni offrono, anche se impropriamente, un servizio di sostegno scolastico.

Il personale rispetta tutti gli standard previsti da un punto di vista numerico; riguardo la tipologia professionale in alcuni CAG sono ancora presenti educatori sprovvisti di titolo di studio adeguato.

### **COMUNITÀ ALLOGGIO REINSERIMENTO RISOCIALIZZAZIONE (CARR)**

Sono stati effettuati n. 3 sopralluoghi, come da campione previsto dal Piano dei controlli. L'utenza delle suddette strutture è molto eterogenea, alcune sono più orientate verso la disabilità e la psichiatria altre verso il disagio sociale più generalizzato (dimessi dal carcere, immigrati stranieri, situazioni di marginalità spesso con problemi psichiatrici).

Obiettivo primario dei sopralluoghi è stato verificare la permanenza dei requisiti di autorizzazione e le modalità di funzionamento delle Comunità dal punto di vista organizzativo gestionale, strutturale ed igienico sanitario.

I controlli di tipo gestionale hanno preso in esame le modalità di funzionamento, la programmazione delle attività, i progetti individuali e il perseguimento degli obiettivi.

I progetti analizzati hanno evidenziato una buona offerta di proposte, che vedono gli utenti interagire con diverse realtà territoriali.

L'unica criticità che si rileva è la connotazione di residenza definitiva che di fatto le comunità assumono, quando in realtà dovrebbero rappresentare una "fase intermedia di adattamento" all'interno di un percorso, finalizzato al raggiungimento di una reale integrazione sociale.

Il personale, che dovrebbe essere prevalentemente educativo, non è adeguatamente professionalizzato in tutte le UdO.

### **CENTRO SOCIO EDUCATIVO (CSE)**

Sono stati programmati ed eseguiti per il 2017 n° 7 sopralluoghi in altrettanti CSE.

Nel corso dell'anno n°2 Centri hanno comunicato la cessata attività.

È stato effettuato, inoltre, n° 1 sopralluogo straordinario per il trasferimento temporaneo di una UdO causa lavori di riqualifica strutturale.

Le visite, condotte congiuntamente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, hanno avuto come obiettivo la verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione sia Organizzativo/gestionale, sia Strutturale e Igienico Sanitario.

L'attività ispettiva e l'analisi sulla documentazione acquisita hanno evidenziato il rispetto dei requisiti previsti dalla normativa.

### **SERVIZI FORMAZIONE AUTONOMIA (SFA)**

L'attività di vigilanza su n. 13 Servizi Formazione Autonomia (SFA) programmata è stata effettuata in sede d'ufficio, così come indicato nel Piano dei controlli, richiedendo agli Enti Gestori la documentazione di merito.

Dall'analisi della documentazione sono emerse criticità rappresentate da alcune carenze informative nella Carta dei Servizi e dall'utilizzo improprio del modulo di monitoraggio.

Nel corso dell'anno n. 1 SFA ha comunicato di aver cessato l'attività. In un caso, invece, è stato richiesto all'Ente territoriale competente di verificare il permanere in essere del Servizio, vista la mancata produzione della documentazione richiesta in sede di vigilanza.

E' stata effettuata attività ispettiva in loco per n. 3 SFA, di cui n. 2 per messa in esercizio e n°1 per cambio dell'Ente Gestore.

### **COMUNITÀ ALLOGGIO HANDICAP (CAH)**

Sono stati effettuati n. 1 sopralluogo ordinario e n. 1 sopralluogo a seguito C.P.E. per ampliamento della capacità ricettiva da n. 6 a n. 7 posti letto.

L'attività ispettiva e l'analisi sulla documentazione acquisita hanno evidenziato il rispetto dei requisiti richiesti dalla normativa di settore.

### **STRUTTURE RESIDENZIALI MINORI**

#### **(Comunità Educative, Comunità Familiari, Alloggi per l'autonomia)**

Nel corso dell'anno sono stati effettuati n. 13 sopralluoghi per attività di vigilanza ordinaria e n. 5 a seguito di presentazione di C.P.E.

La vigilanza ha evidenziato nelle totalità delle strutture il mantenimento dei requisiti organizzativi generali di funzionamento e la buona qualità dei servizi resi, rilevata dall'analisi documentale.

Permangono, però, in alcune delle Comunità visitate carenze relative alla:

- tenuta di un registro giornaliero delle presenze degli operatori, da raffrontare con la programmazione dei turni, e necessario per la verifica degli standard di personale in rapporto al numero degli utenti presenti in comunità;
- predisposizione per l'anno di riferimento dei bisogni formativi rilevati, anche sulla base di un'analisi a consuntivo delle attività formative espletate nell'anno precedente, con riferimento a ciascun singolo operatore;
- predisposizione di un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli enti invianti.

Nel corso dell'anno un progetto sperimentale di cui al Decr. Reg. n. 1254/2010, attivato nell'anno 2009, a seguito verifica con l'Ambito territoriale è stato riconosciuto come U.d.O. "Alloggio per l'autonomia".

Inoltre, nelle n. 13 UdO vigilate, è stato effettuato anche un controllo di appropriatezza sulle cartelle di 22 minori beneficiari della misura 6, ex DGR n. 856/2013, DGR n. 2942/2014 e DGR n. 5342/2016.

In sede di sopralluogo, dalla disamina della documentazione, si è evidenziato il rispetto dei requisiti previsti dalla normativa di settore.

A seguito di richiesta pervenuta da parte dell' ATS di Brescia, sono stati espletati controlli sui fascicoli dei minori provenienti da quella ATS ed inseriti in alcune UdO ubicate nella nostra Provincia. Tali controlli hanno dato esito positivo.

### **ALLOGGI PROTETTI ANZIANI**

Sono stati effettuati n. 5 sopralluoghi di vigilanza ordinaria, come previsto dal Piano dei controlli, e n. 2 sopralluoghi a seguito C.P.E.

Le strutture sono risultate conformi alla normativa di settore.

Si fa presente che, a seguito di attività ispettiva condotta congiuntamente con i funzionari del DIPS, n. 1 UdO censita come "Alloggio Protetto Anziani", è stata riconosciuta come realtà riconducibile alla fattispecie progettuale sperimentale di cui al Decreto regionale n. 1254/2010.

### **CENTRI DIURNI ANZIANI**

A seguito presentazione di C.P.E., n° 1 Centro è stato vigilato congiuntamente ai funzionari del DIPS ed è risultato possedere requisiti conformi a quelli previsti dalla normativa di riferimento.

### **SPERIMENTAZIONI NUOVE U.D.O.: Art.13 comma 1, lett. B) L.R. 3/2008 - DECRETO REGIONALE n. 1254/2010**

Sono stati effettuati n. 6 sopralluoghi, a fronte di n. 8 sperimentazioni censite.

Durante le visite di vigilanza effettuate, i due funzionari incaricati hanno potuto verificare che gli "ospiti in condizioni di fragilità" sono persone anziane, persone con disabilità, donne sole o con figli minori. Per compiere le dovute valutazioni, sono stati acquisiti agli atti tutti i Progetti sperimentali approvati dai competenti enti territoriali (Comuni/Ambiti) e ne sono stati analizzati gli specifici obiettivi, risultati coerenti con le finalità dichiarate, verificandone la capacità di realizzare un'opportunità di protezione per gli ospiti o una situazione di sollievo per le loro famiglie.

Nel corso dei sopralluoghi è stato testato il grado di soddisfazione degli ospiti per le singole iniziative. Le verifiche effettuate hanno riscontrato la coerenza ai principi dei singoli progetti.

Nel corso dell'anno sono pervenute due segnalazioni che evidenziavano rispettivamente anomalie relative a persone ospitate presso strutture che non risultavano regolarmente in esercizio ed a ospiti accolti in strutture non identificate in una precisa tipologia riconosciuta da Regione Lombardia. Per verificare tali situazioni sono state effettuate n. 2 sopralluoghi presso le strutture segnalate: in entrambi i casi, per la restituzione degli esiti, sono stati coinvolti gli Enti territoriali competenti per gli adempimenti di loro competenza.

### **CENTRI RICREATIVI DIURNI (CRD)**

Nel 2017 sono pervenute n. 31 CPE per nuove aperture CRD e sono stati effettuati n. 29 sopralluoghi. In realtà per n. 2 CPE non sono stati attivati percorsi di valutazione perché in un caso la situazione non necessitava l'inoltro di tale comunicazione, mentre nell'altro la mancanza di iscrizioni ha reso di fatto priva di effetti la dichiarazione effettuata.

Le criticità emerse durante i sopralluoghi per nuove aperture e/o modifiche della situazione autorizzativa hanno riguardato principalmente:

mancanza della Carta dei Servizi;

assenza di attestazione della presenza dei bambini e degli operatori;

carenza del Progetto Educativo riferito al minore disabile, laddove richiesto.

Nel 2017 sono pervenute n. 286 comunicazioni di riapertura di centri senza alcuna variazione rispetto al possesso dei requisiti richiesti, pertanto si è proceduto d'ufficio all'inserimento dei dati rilevanti nell'anagrafica dell'UOS VSSS, senza attivare attività di vigilanza.

## SEGNALAZIONI

Nel corso dell'anno sono pervenute all'UOS VSSS n. 5 segnalazioni a carico di diverse UdO sociali riguardanti presunte irregolarità nella connotazione della struttura ospitante o, per l'area prima infanzia, nel rapporto non adeguato "educatori/bambini".

Naturalmente nel processo di valutazione di tali segnalazioni sono stati opportunamente coinvolti gli Enti Territoriali competenti, per coordinare i necessari interventi correttivi.

## PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO 2018

### PREMESSA NORMATIVA

Il Piano delle attività di vigilanza e controllo, di seguito dettagliato, che viene predisposto nelle more dell'approvazione del Piano dei controlli e protocolli della ACSS, in continuità con quanto definito nel Piano dei controlli della medesima Agenzia nel 2017 (DGR X/6502/2017), segue le indicazioni approvate con DGR n. X/7600 del 20/12/2017 *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2018"*, in recepimento della L.R. 11 agosto 2015 n.23.

Il combinato disposto della DGR n. 7600/2017 e della successiva nota della Direzione Generale Welfare, pervenuta il 15 marzo u.s., prevede che le ATS predispongano e trasmettano all'ACSS e alla DG Welfare il proprio documento programmatico delle attività di vigilanza e controllo entro il 16 aprile 2018, precisando che i piani andranno considerati immediatamente efficaci ed esecutivi.

Le attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta (UdO) sociosanitarie sono condotte in recepimento ed applicazione delle disposizioni emanate da Regione Lombardia nel corso del 2014 con DDGR nn. 2569/2014 e 1765/2014 e sulla scorta dell'indicazione contenuta nella nota della Direzione Generale Welfare del 15 marzo 2018, secondo la quale la percentuale minima delle strutture su cui effettuare le verifiche di vigilanza e di appropriatezza deve essere pari al 30% del totale, maggiorata delle verifiche effettuate a seguito di esposti e segnalazioni.

La DGR n. 2569 del 31/10/2014, adottata al termine di un processo di revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle UdO sociosanitarie, detta linee operative per le attività di vigilanza e controllo. La funzione di vigilanza è volta alla verifica del mantenimento dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.

La funzione di controllo è invece riferita all'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle UdO sociosanitarie e viene esercitata in applicazione delle disposizioni approvate con DGR n.1765 del 08/05/2014; tale provvedimento ha ridefinito l'approccio metodologico alla costruzione degli indicatori di appropriatezza che consentono una misurazione del livello raggiunto. Definite le principali fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale nell'ambito del sistema sociosanitario, individuate per ciascuna tipologia di struttura aree di appropriatezza specifica, sono stati identificati per ciascuna UdO degli indicatori che consentono quindi di valutare l'appropriatezza di una o più fasi del processo assistenziale.

Scopo dei suddetti provvedimenti regionali è favorire l'omogeneità di comportamento delle ATS nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, con particolare attenzione all'appropriatezza dei servizi erogati.

La pianificazione dei controlli per l'anno 2018 prevede, oltre all'ordinaria attività di vigilanza e controllo esercitata sulle UdO sociosanitarie e sociali, lo svolgimento delle seguenti attività per le quali sono state programmate azioni concrete, descritte all'interno del presente documento:

- vigilanza e controllo sulle persone giuridiche di diritto privato, operanti in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario, secondo quanto disposto dagli articoli 23 e 25 del Codice civile;

- acquisizione, controllo, restituzione errori e analisi dei dati dei flussi informativi regionali in ambito sociosanitario e sociale, secondo le modalità e i tempi previsti dalle precedenti Circolari regionali, così come confermate con nota del 20/2/2018 della Direzione Generale Welfare;
- vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e sulle misure come consolidate dalla DGR n. X/7769 del 17/01/2018 ;
- rilevazione puntuale dell'andamento del sistema dell'offerta sociosanitaria e sociale attraverso l'implementazione dell'applicativo regionale AFam (Anagrafica Famiglia);
- perfezionamento del percorso di riclassificazione dell'U.O. di Cure Palliative dell'ASST "Papa Giovanni XIII" in attuazione della DGR 5918 del 28/11/2016;
- gestione della totalità delle segnalazioni pervenute inerenti presunte criticità nei servizi offerti dalle strutture sociosanitarie e sociali operanti nel territorio dell'ATS di Bergamo.

## **OBIETTIVI DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO**

Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano, in aderenza alle indicazioni contenute nell'allegato 3 alla DGR n. 2569/2014, sui soggetti gestori e sulle UdO della rete sociosanitaria pubblica e privata, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate), e per tutte le misure innovative o sperimentazioni in ambito sociosanitario promosse dalla Regione.

L'attività di vigilanza e controllo deve garantire la verifica dell'effettivo ottenimento del fine sotteso a requisiti e indicatori. Per garantire tale scopo non può prescindere dall'effettuare sopralluoghi presso le UdO d'interesse, assicurando la verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto, garantendo l'integrazione fra la verifica degli aspetti gestionali e organizzativi e quella delle componenti strutturali e tecnologiche.

Obiettivo irrinunciabile dell'attività istituzionale dell'ATS resta il verificare che i servizi offerti ai cittadini fragili e alle loro famiglie siano erogati nel rispetto della centralità della persona, monitorando la corretta relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle UdO così come è configurata nel proprio territorio di competenza.

Il sistema dei controlli viene inteso funzionale a stimolare l'efficacia, l'efficienza, la qualità, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati.

I Servizi devono essere in grado di rispondere in modo flessibile e personalizzato ai bisogni individuali, sulla base di una valutazione multidimensionale delle persone che si trovano in una condizione di fragilità.

## **ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA E PERSONALE**

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ATS di Bergamo, adottato con deliberazione n. 18 del 17 gennaio 2017 e approvato formalmente dalla Giunta Regionale con DGR X/6325 del 13/03/2017, prevede nell'ambito del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie" (DPAAPSS), afferente alla Direzione Generale, l'Unità Operativa Complessa "Accreditamento, Vigilanza e Controllo – Area Sociosanitaria e Sociale".

L'operatività della UOC AVC è invece garantita da due articolazioni organizzative:

- Unità organizzativa Semplice (UOS) Vigilanza Strutture Sociosanitarie e sociali;
- Ufficio Controlli di appropriatezza.

Le funzioni di vigilanza e controllo e le attività descritte in questo Piano sono garantite dal contributo professionale di funzionari e operatori con competenze diverse, derivanti dalla formazione professionale e da precedenti esperienze lavorative. Questo consente di effettuare interventi di verifica nelle UdO secondo un approccio specialistico e multidisciplinare.

La professionalità degli operatori assegnati al Servizio è funzionale, sia alla composizione di equipe diverse in coerenza con la tipologia di unità d'offerta e della finalità delle verifiche in loco, sia all'espletamento delle numerose incombenze di carattere più squisitamente tecnico amministrative richieste.

Le equipe di vigilanza sono sempre composte da almeno due persone, dotate di apposito "cartellino di riconoscimento".

Al personale attribuito all'UOC, che è nella totalità dipendente a tempo indeterminato dell'ATS, anche se non sempre a tempo pieno, si aggiunge un operatore libero professionista incaricato per 30 ore settimanali dedicato alla vigilanza in ambito sociale.

Qui di seguito meglio si precisano i profili professionali del personale dipendente ATS ed assegnato al Servizio:

- sanitario: due medici (la Responsabile dell'UOC ed un medico a tempo pieno, incaricato di presiedere ai controlli di appropriatezza e di gestire le segnalazioni denunciante presunte inadeguatezze assistenziali), cinque infermieri (di cui uno prossimo al pensionamento, da giugno), due fisioterapisti, (di cui uno a part-time), un'ostetrica (a part-time) tre educatori (di cui 1 a part-time);
- sociale: un'assistente sociale libero professionista a 30 ore settimanali;
- amministrativo: due funzionari laureati, rispettivamente in giurisprudenza e sociologia, e due assistenti amministrativi.
- Si evidenzia che per le questioni più complesse, che richiedono un'approfondita valutazione anche rispetto alle possibili implicazioni giuridiche per questa Agenzia, è attiva una proficua sinergia con il Responsabile dell'Ufficio Affari Generali e Legali.

L'attività di vigilanza e controllo si svolge sempre in équipe. Nella sua definizione viene sempre individuato un responsabile che progetta, gestisce e redige il verbale, in collaborazione con gli altri componenti, avendo cura di annotarvi ogni elemento di osservazione o aspetto d'interesse che dovesse emergere nel corso del sopralluogo.

Le équipe, come ormai consolidato e recepito nei rispettivi Piani di attività annuali e in applicazione di specifico provvedimento aziendale, sono di norma integrate da operatori del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), a cui competono le verifiche sugli aspetti strutturali, di sicurezza, igienico-sanitari e tecnologici. Questa composizione è funzionale alla completa valutazione degli elementi delle check-list regionali che contemplano in modo dettagliato tutti gli ambiti da sottoporre a verifica, richiedendo quindi anche l'intervento dei servizi specialistici del DIPS (Igiene Pubblica, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e Sicurezza Impiantistica). Le verifiche sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari e tecnologici vengono coordinate da un medico del Servizio Igiene Pubblica.

L'ampliamento degli ambiti di verifica di competenza del DIPS ha comportato un impegnativo lavoro di coordinamento delle attività per una programmazione comune, per eseguire in modo congiunto i sopralluoghi e per redigere una procedura operativa che uniformasse le modalità di intervento e di conduzione dell'attività ispettiva nelle diverse sedi territoriali.

All'inizio di ogni anno la stesura del Piano delle attività di controllo e vigilanza, per gli aspetti di competenza, avviene di concerto con il DIPS che, a sua volta, assume nel proprio Piano di lavoro annuale la programmazione dell'attività di vigilanza in ambito sociosanitario e sociale, condividendo il campione delle UdO da vigilare definito dall'UOC AVC.

## **STRUMENTI INFORMATICI**

L'UOC AVC dispone di strumenti informatici che utilizza correntemente nelle uscite presso le UdO sociosanitarie e sociali. Si tratta prevalentemente di PC portatili, corredati di specifici applicativi funzionali a supportare l'attività degli operatori nel corso della visita ispettiva.

La dotazione di strumenti informatici è costantemente revisionata e, all'occorrenza, integrata e rinnovata, come avvenuto per la dotazione di due tablet per gli operatori preposti al controllo di appropriatezza ADI, ambito in cui la prevista verifica della puntuale corrispondenza fra le registrazioni delle prestazioni effettuate durante gli accessi a domicilio e la rendicontazione in ADI web, necessita della consultazione di quest'ultimo applicativo contestuale rispetto alla presa visione dei documenti forniti in sede di controllo dalla struttura esaminata.

## **ACCESSO AI DATI OGGETTO DEI FLUSSI INFORMATIVI REGIONALI**

L'accesso ai dati oggetto dei flussi alimentati dalle UdO sociosanitarie e diretti all'ATS e a Regione Lombardia, per la rendicontazione delle attività erogate ed in adempimento del debito informativo, è immediato.

L'UOC AVC gestisce, infatti, direttamente i flussi informativi di rilevazione del sistema sociosanitario, per cui le informazioni clinico/funzionali/assistenziali degli ospiti possono essere rielaborate per analisi di contesto,

anche per le necessità di altre articolazioni aziendali e per la selezione del campione da sottoporre al controllo.

I dati di flusso economico, gestiti dal Settore Negoziazione e Acquisto Prestazioni Sociosanitarie, afferente al Dipartimento (DPAAPSS), sono direttamente consultabili attraverso una cartella web condivisa.

## FORMAZIONE

Per l'anno 2018 vengono proposte le seguenti iniziative formative:

- percorsi di approfondimento con gli Enti Gestori, finalizzati al miglioramento della comprensione e all'ottimizzazione dell'utilizzo delle check-list nell'attività di vigilanza e controllo attraverso l'attivazione di laboratori con gli stessi; in particolare saranno organizzati specifici incontri dedicati alle RSA ed ai CDI, in cui si avrà l'opportunità di definire un'interpretazione condivisa ed univoca degli item delle check-list, con particolare focus sugli indicatori specifici, individuando buone prassi anche finalizzate alla promozione dell'attività di autocontrollo;
- per sostenere il nuovo percorso metodologico già intrapreso nel 2017 per ridefinire l'attività di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario, e per aver modo di condividere i nuovi scenari delineati dal D. Lgs. del 3 luglio 2017 n.117 "Codice del Terzo Settore", in attuazione della Legge 6 giugno 2016 n.106, è in programma un incontro con le associazioni e le fondazioni operanti sul territorio dell'ATS di Bergamo.

Gli operatori dell'UOC AVC, inoltre, partecipano attivamente agli incontri organizzati da Regione Lombardia per condividere problematiche relative all'applicazione di provvedimenti o per confrontarsi su metodologie di lavoro.

Proprio in tale ottica, l'attuale composizione del Gruppo di Lavoro permanente attivo presso la Direzione Generale Welfare, prevede la presenza di due funzionari dell'UOC AVC, che partecipano alle riunioni di norma convocate con cadenza mensile.

L'attività formativa si arricchisce poi, naturalmente, della partecipazione ad eventi di interesse, programmati nel "Piano formativo aziendale" o proposti da provider esterni, a cui i singoli professionisti del Servizio aderiscono.

## RENDICONTAZIONE ECONOMICA DELL'UTILIZZO DELLE RISORSE

Si indica, nel prospetto sottostante la rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite alle ATS attraverso il contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI e sulla rete sociale con decreto n. 12477 del 29 novembre 2016.

|                                                     |               |
|-----------------------------------------------------|---------------|
| Costo lordo incarichi lavoro somministrato          | 44.216        |
| Formazione interna ed esterna                       | 5.000.        |
| Quota parte utenze varie e costi comuni             | 18.000.       |
| Rapporto libero professionale Assistente Sociale    | 28.000.       |
| Consulenza per vigilanza persone giuridiche private | 25.000.       |
| Totale                                              | .....120.216. |

Il Decreto n. 6823 del 09/06/2017 della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale ha stabilito il “Riparto tra ATS ed Ambiti territoriali del fondo regionale per l’anno 2017 per il finanziamento delle funzioni trasferite in materia di vigilanza e controllo per la verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture socio-assistenziali “

## **ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E DOMANDE DI ACCREDITAMENTO**

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

In osservanza all’All. 1 della DGR n. 2569/2014, anche nell’anno 2018 saranno garantite le verifiche di legge relative alle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive in ordine alle SCIA e alle istanze di accreditamento. Verrà garantito il controllo del 100% delle suddette dichiarazioni, la cui veridicità verrà accertata mediante richiesta alle Pubbliche Amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 e s.m.i.

### **Verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e requisiti strutturali e tecnologici**

Anche per il 2018 verrà garantito il controllo sul 100% delle SCIA, SCIA contestuali, delle istanze di accreditamento, delle riclassificazioni e dei procedimenti di voltura di accreditamento.

Il momento centrale del procedimento di verifica è il sopralluogo presso l’UdO interessata, condotto secondo le modalità e i tempi previsti dalla normativa, in équipe multidisciplinare composta da almeno due operatori rispettivamente dell’UOC AVC, all’interno del Dipartimento PAAPSS, e del Settore del DIPS referente per territorio, in base alle specifiche competenze richieste dalla vigilanza (sanità pubblica, sicurezza sui luoghi di lavoro e sicurezza impiantistica).

Uno dei funzionari dell’UOC AVC è di norma individuato quale responsabile dell’istruttoria, cura la progettazione del sopralluogo, la gestione congiunta dell’intervento e la redazione degli atti in sinergia con i funzionari amministrativi.

Di norma l’istruttoria del procedimento amministrativo si conclude entro 60 giorni dal ricevimento della SCIA, come pure delle istanze di accreditamento. Inoltre, in quest’ultimo caso, entro 90 giorni dall’aggiornamento del registro regionale delle UdO sociosanitarie, viene effettuato un ulteriore sopralluogo con l’obiettivo di verificare il mantenimento dei requisiti di accreditamento.

## **ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE UDO SOCIO SANITARIE**

Il combinato disposto della DGR 7600/2017 e della nota della Direzione Generale Welfare del 15 marzo 2018 ha previsto che le vigilanze sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento siano effettuate almeno sul 30% delle unità d’offerta sociosanitarie, assicurando così che tutte le unità d’offerta in esercizio sul territorio siano verificate in un arco triennale.

Verranno garantite le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, soggettivi, gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e di accreditamento secondo il format regionale.

I criteri individuati per la selezione del campione sono i seguenti:

Per RSA, RSA aperta, Residenzialità assistita, CDI, ADI, UCP-DOM, Hospice, Consultori Familiari (CF) privati, Cure Intermedie ex post-acuta, CT/CT Bassa Intensità:

- qualora all’Ente Gestore afferiscano più UdO, al fine di garantirne una visione trasversale, queste saranno tutte vigilate;
- saranno vigilate le strutture nelle quali l’anno precedente si siano riscontrate carenze in ordine al mantenimento dei requisiti di esercizio ed accreditamento previsti.

Per Consultori Familiari pubblici:

- vigilanza annuale su almeno un consultorio per ogni ASST (in modo tale da garantire il sopralluogo con periodicità annuale su tutti e tre gli enti gestori).

Per Cure Intermedie ex riabilitazione, riabilitazione residenziale minori e ambulatoriale/domiciliare:

- strutture che nel 2017 non sono state verificate per gli aspetti strutturali e tecnologici.

Per RSD, CDD, CSS:

- strutture che hanno apportato migliorie strutturali;
- strutture non vigilate nell'anno precedente.

Per SERT e SMI :

- strutture ubicate nel territorio della stessa ASST.

### **Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento**

Ai sensi della DGR n. 2569/2014 il Legale Rappresentante del Soggetto Gestore di UdO abilitate all'esercizio, accreditate e contrattualizzate, nonché gli altri soggetti di cui al Libro II del D. L.gs. 159/2011, sono tenuti ad attestare all'ATS entro il 31 gennaio di ogni anno, ed entro un mese in caso di nuove nomine, il possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento previsti, attraverso la presentazione di autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive.

L' UOC AVC procede alla verifica, su un campione pari al 10% delle autocertificazioni pervenute, mediante la richiesta alle PP.AA. certificanti degli stati/fatti qualità oggetto di autocertificazione secondo quanto definito dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

La percentuale è calcolata sul numero dei Soggetti Gestori.

### **Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici - gestionali e organizzativi generali e specifici di esercizio e accreditamento**

Per l'attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento, secondo i disposti della DGR n.2569/2014 e s.m.i. e, alla luce della revisione della procedura operativa aziendale, si utilizzano le check-list regionali che contemplano in modo dettagliato tutti gli ambiti da sottoporre a verifica ad eccezione delle UdO dell'area delle Dipendenze, Cure Intermedie e Riabilitazione.

Sarà garantito che la verifica degli aspetti organizzativo/gestionali sia effettuata in modo integrato con quelli strutturali e tecnologici, anche attraverso una pianificazione congiunta e coordinata con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

I sopralluoghi potranno svolgersi anche in fasce orarie diverse dai consueti orari d'ufficio, al pomeriggio, di prima mattina o di sabato. La finalità è, infatti, quella di osservare e rilevare come si vive l'assistenza nelle Strutture e soprattutto come sono accudite le persone. In talune situazioni, anche portate all'attenzione da segnalazioni e richieste d'intervento pervenute ai nostri Uffici, si è evidenziata infatti la priorità data ai ritmi di lavoro e all'assolvimento delle incombenze del personale, piuttosto che al soddisfacimento dei bisogni individuali e al rispetto dei ritmi di vita degli utenti.

### **Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate**

La normativa regionale ha sancito la centralità del Fascicolo Socio Sanitario ed Assistenziale (FaSAS), sia come parametro per il campionamento, sia come strumento attraverso il quale verificare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture. I FaSAS devono pertanto contenere tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente, atta a dare evidenza del percorso clinico/terapeutico ed assistenziale.

Per i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla DGR n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica, aggiornate con nota regionale del 23/12/2015.

I controlli di appropriatezza riguarderanno le stesse UdO campionate per l'attività di vigilanza per l'anno 2018.

Verranno effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, fatti salvi i casi in cui sia necessaria l'esecuzione di sopralluoghi senza preavviso.

Per il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziali (ex DGR 1765/14), sia il relativo metodo di rilevazione di cui alle check-list regionali di verifica.

La percentuale totale di FaSAS da visionare, comprensiva della quota in autocontrollo, calcolata sul numero degli utenti rendicontati nell'anno 2017 sarà:

- regime residenziale e semiresidenziale – almeno 11.5%;
- regime ambulatoriale e domiciliare – almeno il 3.5%.

Il numero totale di FaSAS da visionare sarà arrotondato all'unità intera successiva.

Per il 2018 sarà attivato un ulteriore focus sulla congruità della classificazione SOSIA degli assistiti per i FaSAS selezionati a campione, verificando che l'indicazione dei livelli di fragilità dei parametri descritti sia sostenuta in modo coerente dalla documentazione raccolta nel FaSAS. L'equipe di controllo, nel caso in cui verrà ritenuto necessario, potrà provvedere all'osservazione diretta dell'utente, in presenza di un operatore della struttura.

Al fine di promuovere una maggiore responsabilizzazione dei soggetti erogatori, per il monitoraggio dei propri processi assistenziali e della qualità delle prestazioni erogate, si introdurrà la metodologia di autocontrollo da effettuarsi con l'utilizzo delle check-list predisposte da Regione Lombardia in attuazione alla DGR 1765/2014.

La percentuale dei fascicoli soggetti a questa preventiva verifica da parte dei gestori sarà pari al:

- 3% per le Udo con percentuale prevista dell'11.5 %;
- 1% per le Udo con percentuale prevista del 3.5 %.

Per garantire l'analisi di un congruo numero di FaSAS per ciascuna unità d'offerta controllata delle aree disabili e dipendenze, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale (RSD, CDD, CSS e COMUNITA' TOX), la percentuale in autocontrollo sarà aggiuntiva rispetto alla percentuale totale.

L'autocontrollo da parte dei gestori dovrà avvenire preventivamente all'attività di controllo istituzionale.

Tale campione sarà definito dall'ATS e comunicato con tempistiche congrue a consentirne le successive ulteriori verifiche.

In sede di controllo di appropriatezza verranno, infatti, esaminati anche tutti i FaSAS anticipatamente autoverificati dal gestore.

Il campionamento dei FaSAS da sottoporre a controllo sarà effettuato per il 50% con criteri mirati, mentre per il restante 50% si ricorrerà ad una selezione con metodologia casuale.

I controlli di appropriatezza non potranno prescindere da una visita all'interno delle UdO, al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per cogliere tutti gli elementi capaci di meglio orientare l'attività di tale controllo, contestualizzandola all'interno dell'effettivo operare della struttura. Si terrà conto, inoltre, della possibilità di individuare altri utenti per il controllo di appropriatezza in sede di visita ispettiva, facendosi consegnare dai referenti della struttura i relativi FaSAS.

Per l'assistenza domiciliare si conferma la metodologia secondo la quale i controlli verranno effettuati sia in itinere, presso il domicilio degli utenti, sia ex post, presso la sede dell'UdO.

Le attività di vigilanza e controllo saranno svolte in fasi ravvicinate e coordinate. Ciò consentirà di avere una visione integrata del funzionamento delle UdO e di restituire agli Enti Gestori un esito unitario delle osservazioni e determinazioni assunte.

#### **Attività di vigilanza e controllo sulle Misure ex DDGR n. 116/2013, 7769/2018, 4086/15**

La DGR n. 7600/2017 riconferma le misure "residenzialità leggera", "residenzialità minori disabili gravissimi" e "RSA Aperta".

Con successivo provvedimento, la DGR n. 7769 del 17.01.2018, Regione Lombardia ha dato attuazione alla revisione delle misure sopra indicate, ridenominando la misura "residenzialità leggera" in "residenzialità assistita", definendo, tra l'altro, che entro il 15 marzo 2018 le persone già beneficiarie di tali provvedimenti avrebbero dovuto essere rivalutate secondo le nuove modalità.

A seguito di ciò e, al fine di verificare l'appropriatezza dei servizi erogati in tale ambito, le attività di vigilanza e controllo su dette misure verranno implementate a partire dal secondo semestre 2018.

L'attività di vigilanza e controllo sarà organizzata secondo le modalità e le percentuali di verifica previste per le altre unità d'offerta.

Le verifiche saranno condotte sia utilizzando il format regionale sia mediante l'analisi documentale, oltre che con visite ispettive in loco. Verranno garantite tutte le attività necessarie alla gestione di segnalazioni o altre richieste specifiche.

Le verifiche riguarderanno almeno il 30% degli enti gestori aderenti alle misure, l'11.5% dei soggetti beneficiari di prestazioni erogate in regime residenziale e il 3.5% dei soggetti fruitori delle misure domiciliari.

Si è programmata, inoltre, la verifica del 5% delle autocertificazioni riferite al Legale rappresentante e all'Ente gestore delle UdO sottoscrittrici di contratto, mediante richiesta alle Pubbliche Amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

#### **RSA APERTA E RESIDENZIALITÀ ASSISTITA**

Saranno oggetto di controllo almeno il 30% delle UdO che hanno attivato tali misure comprese quelle contrattualizzate nell'anno 2018.

In particolare per i controlli di appropriatezza:

- **RSA APERTA.** Trattandosi prevalentemente di prestazioni erogate in regime domiciliare, verrà controllato il 3,5% dei fascicoli calcolati sul numero di utenti rendicontati nel 2017, riservandosi di verificare l'11,5% nel caso di interventi semiresidenziali o residenziali.  
La quota mirata sarà pari al 50% del campione, ottenuta selezionando i nuovi utenti presi in carico a partire da aprile 2018.
- **RESIDENZIALITÀ ASSISTITA.** Sarà verificato l'11.5 % dei fascicoli in quanto trattasi di misura residenziale; la quota mirata pari al 50% del campione sarà individuata selezionando i nuovi utenti presi in carico a partire da aprile 2018.

#### **RESIDENZIALITÀ ASSISTITA IN COMUNITÀ RELIGIOSE**

La misura "Residenzialità assistita in Comunità religiose" (ex DDGR n. 2942/14 e n. 4086/15) è rivolta a religiosi anziani fragili assistiti nel proprio contesto abituale di vita. Tale misura, attiva nella provincia di Bergamo dal quarto trimestre 2015, interessa n. 5 strutture per un totale di 66 posti letto.

Nel corso del 2018 verrà effettuata attività ispettiva, di concerto con i funzionari del Servizio Promozione e innovazione delle Reti di questa ATS, su tre delle cinque strutture contrattualizzate ai fini della verifica dell'appropriatezza assistenziale, nonché della corretta rendicontazione delle prestazioni erogate.

#### **COMUNITÀ MINORI**

Gli accertamenti relativi alla "Misura 6 – Comunità Minori" inerente l'accoglienza e presa in carico di minori vittime di abuso/violenza/maltrattamento, si svolgeranno in collaborazione con i servizi competenti del DPIPSS.

In tali comunità, oltre all'ordinaria attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio, verrà condotto un controllo di appropriatezza sulle prestazioni offerte ai minori. In particolare, in tutte le residenze vigilate, pari al 50% delle realtà autorizzate, l'attività di verifica sarà focalizzata sui fascicoli di tutti i minori per i quali sono state attivate le misure di cui alla DGR n. 2942/2014.

Sarà inoltre programmata un'attività di controllo su 2 realtà sperimentali presenti sul territorio.

#### **RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITÀ**

Valutata da Regione Lombardia la significativa rilevanza che tale misura riveste in termini di sostegno alle famiglie e/o di protezione nei confronti dei minori con gravissima disabilità, prosegue secondo le indicazioni della DGR n. 2942/2014 in termini sia di profili di fragilità sia di valorizzazione dei voucher.

Verrà monitorato, attraverso la collaborazione con il personale del DPIPSS, il Progetto che afferisce alla Comunità Socio Sanitaria TAU di Arcene, unica realtà presente nel territorio di competenza dell'ATS di Bergamo, attraverso controlli in loco e valutazione della documentazione in sede ATS.

## **CURE INTERMEDIE (EX RESIDENZIALITÀ POST ACUTI)**

La DGR n. 3383/2015 ha definito i profili di cura, il modello assistenziale, le modalità di accesso e presa in carico ed i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento dell'UdO Cure intermedie, dando avvio ad una prima fase sperimentale della durata di sei mesi. Al termine di tale periodo, però, non è seguita l'approvazione definitiva dei requisiti e del relativo sistema di remunerazione che, a seguito dell'approvazione della L.R. 11 agosto 2015, n. 23, è subordinata all'integrazione delle cure intermedie nel nuovo contesto di rete che include l'offerta sanitaria e sociosanitaria.

Pertanto nell'anno 2018 le sperimentazioni di Cure Intermedie, ex "residenzialità post acuti", proseguiranno l'attività con le medesime regole definite dalla DGR n. 3383/2015 e i controlli, che riguarderanno almeno il 30% delle UdO, saranno effettuati utilizzando le check-list già elaborate per gli anni precedenti.

La percentuale di fascicoli oggetto di controllo sarà pari al 11,5% degli assistiti rendicontati nel 2017 e verrà visionata la documentazione relativa a utenti presi in carico nell'anno 2018.

La quota mirata sarà pari al 50% ottenuta selezionando i pazienti che hanno usufruito di più di un ricovero nel regime di assistenza post-acuta nell'anno 2017 o i casi di fragilità sociale con proroga del ricovero oltre il valore soglia.

## **RIABILITAZIONE AMBULATORIALE E DIURNA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA PER MINORI DISABILI (DGR 3363/15 – DGR 4086/15)**

È attivo un progetto *"Passo dopo Passo"*, afferente al CDD *"L'Ippocastano"* di Piario. Il Progetto, che si rivolge a sei minori affetti da Disturbo dello spettro autistico, verrà monitorato, in raccordo con il Dipartimento della Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle sociali (DPIPSS).

## **VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 COD. CIV. SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO**

L'attività di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato c.c. che operano

in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario, ai sensi dell'art. 4, c.33, l.r. 1/2000 e s.m.i., sarà condotta in continuità con la metodologia stabilita per il 2017.

In ragione di ciò, il funzionario individuato all'interno della UOC ACV realizzerà l'attività programmata in sede di Commissione di controllo, con la composizione ridefinita con la deliberazione n. 205 dello scorso marzo 2017, e continuerà a realizzare:

- un'attività di vigilanza ordinaria, per la quale sarà richiesto alle fondazioni ed alle associazioni, quante e quali segnalate all'ATS di Bergamo da Regione Lombardia, di compilare nell'apposito applicativo online una "Scheda Conoscitiva" con i dati riferiti alla propria attività ed alle proprie scritture contabili riferite all'esercizio 2017, entro il 31 luglio 2018; nello specifico tale sistema consentirà di rilevare una serie di informazioni significative per quattro aree d'indagine:
  - "anagrafica"
  - "attività"
  - "struttura organizzativa"
  - "risorse economiche e patrimoniali".
- una attività di vigilanza straordinaria, che coinvolgerà 25 enti sui quali sarà compiuta un'analisi approfondita su statuti, attività svolta, documentazione contabile. Le prime cinque realtà sono già state selezionate in sede di Commissione di controllo, in ragione dell'assenza di certificazione delle proprie scritture contabili da parte di un revisore legale, regolarmente iscritto all'Albo. L'individuazione dei restanti 20 enti sarà man mano implementata in sede di Commissione di controllo, basandosi sull'analisi della raccolta dati realizzata nell'ambito della vigilanza ordinaria, tenendo soprattutto conto di eventuali situazioni di criticità che dovessero emergere in relazione a:
  - mancato mantenimento delle finalità statutarie
  - anomalie nel funzionamento del CdA o cambio dei membri
  - presenza di emolumenti a favore delle cariche statutarie
  - variazioni economiche significative.

Le persone giuridiche da sottoporre a vigilanza straordinaria potranno anche essere individuate in sede di Commissione sulla scorta di eventuali segnalazioni, raccolta di informazioni e notizie acquisite nel corso dell'anno, tali da giustificare approfondimenti e/o verifiche.

Per il 2018, in ragione della nuova normativa di riferimento che dovrebbe definitivamente delinearsi grazie alla redazione dei numerosi decreti attuativi previsti, l'ATS di Bergamo ha programmato la realizzazione di un workshop. Questo sarà anche una preziosa occasione per sottolineare il valore economico e sociale delle fondazioni e delle associazioni che operano in ambito sociosanitario con finalità di sostegno alla persona.

## **SISTEMA INFORMATIVO**

### **I flussi di rilevazione della produzione nel sistema socio sanitario**

Nel 2018 è confermato il sistema di acquisizione, controllo, restituzione ed elaborazione di analisi fondato sul flusso FE acquisito via SMAF ed elaborato dal Data Ware House (DWH). La gestione del flusso citato, per l'ATS di Bergamo, è garantito dal personale amministrativo del Settore Negoziazione e Acquisto Prestazioni Sociosanitarie che lavora in sinergia con l'UOC AVC per la verifica della corretta classificazione degli ospiti nel sistema di rendicontazione dei flussi economici e per la stipula dei contratti, nel rispetto dei budget definiti.

### **I flussi di rilevazione del sistema socio sanitario e sociale**

Tra l'ordinaria attività dell'UOC AVC rientrano il monitoraggio e la validazione dei flussi informativi della rete socio sanitaria (SOSIA - CDI - SIDI - SDOFAM - RIAFAM - HOSPICE).

Il sistema di gestione dei flussi prevede varie fasi: l'acquisizione, il controllo, la restituzione e l'elaborazione di dati di analisi.

Nel 2018 verrà garantito il rispetto delle procedure e delle tempistiche previste per l'adempimento delle suddette fasi secondo la calendarizzazione stabilita dalla Circolare n.4/2016, come aggiornata dalla Circ. reg. n.2/2017 e confermata con nota della Direzione Generale Welfare del 20/02/2018.

Al fine di migliorare la qualità dei dati oggetto di debito informativo ministeriale, sarà garantita una particolare attenzione nella gestione dei processi di correzione degli errori rilevati dallo SMAF (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi), ottimizzando la sinergia con gli Enti gestori tenuti ad adempiere alla gestione dei flussi informativi, anche assicurando il necessario supporto con una fattiva collaborazione.

### **Flussi di Gestione dei dati di UdO sociosanitarie**

Per l'anno 2018 proseguirà la rilevazione puntuale dell'andamento del sistema dell'offerta sociosanitaria e sociale, a cura del personale amministrativo dell'UOC AVC con le seguenti modalità:

- tenuta del Registro Regionale Informatizzato AFAM (Anagrafe Unica unità d'offerta sociosanitarie e sociali) con un monitoraggio e un aggiornamento continuo, in particolare nei seguenti casi:
  - richieste regionali specifiche che prevedono l'aggiornamento dei dati per tipologia di UdO;
  - presentazione di SCIA o SCIA contestuale, istanze di accreditamento (trasferimenti sede, variazione capacità ricettiva, cambio gestore...), ma anche cambi di denominazione, indirizzi e mail..ecc..;
  - variazioni riferite al Soggetto Gestore: cambi legale rappresentante ecc..;
  - stipula dei contatti provvisori/definitivi, inserimento per ciascuna UdO del "numero contratto", posti contrattualizzati ecc..
- caricamento trimestrale sulla piattaforma SMAF del flusso "RETE UDO" dedicato alle UdO di Riabilitazione (RIA) e Cure Intermedie (INT), non sistematizzate nell'Anagrafica AFAM, anche alla luce del riordino complessivo delle cure intermedie;

Sono in carico all'UOC ACV altri debiti informativi quali:

- "Flussi Ministeriali (FIM)": raccolta schede da tutte le UdO sociosanitarie, controllo dati e compilazione applicativo entro il 31 gennaio di ogni anno;
- "Scheda Struttura": raccolta file di excel da tutte le UdO sociosanitarie, controllo dati e caricamento su SMAF per tipologia di UdO; scadenze e modalità di compilazione e controllo sono definite da specifica nota regionale;
- "Contratti Web": caricamento nell'applicativo SCRIBA dei contratti stipulati con ciascuna UdO del territorio di competenza dell'ATS di Bergamo (provvisori e definitivi), firmati digitalmente, oltre a

relative schede budget ed eventuali protocolli negoziali sottoscritti con ATS; quest'attività è svolta in stretta collaborazione con il personale del NAPSS;

- “Monitoraggio semestrale”: invio semestrale alla DG Welfare, attraverso prospetto regionale, dei dati inerenti i sopralluoghi condotti per le attività di vigilanza sui requisiti di accreditamento, anche quelli realizzati da personale del DIPS, e di controllo di appropriatezza sulle UdO sociosanitarie;
- Per l'anno 2018 è prevista una “Relazione Intermedia UdO Sociali” – per la rendicontazione dell'attività di vigilanza condotta sulle UdO sociali; tale adempimento, con cadenza semestrale sostituisce l'invio per l'Area sociale del prospetto “Monitoraggio semestrale”.

## **PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO IN APPLICAZIONE DELLE DD.G.R. n. 2569/2014 E n. 1765/2014 PER TIPOLOGIA DI UNITÀ D'OFFERTA**

In applicazione del principio secondo il quale la periodicità dei controlli deve essere triennale (Regole di sistema 2018), l'attività del 2018 riguarderà almeno il 30% delle UdO sociosanitarie in esercizio sul territorio di competenza di questa ATS di Bergamo, come già specificato. In particolare i controlli di appropriatezza riguarderanno almeno il 30% delle UdO in esercizio, mentre la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento riguarderà anche le UdO oggetto di diffida e sanzione nell'anno 2017. Verranno garantite le vigilanze sul 100% delle UdO che attiveranno nuovi procedimenti (accreditamenti, volture, riclassificazioni, ecc.), e delle UdO oggetto di segnalazioni.

### **RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER ANZIANI – RSA**

#### **➤ *Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta su n. 23 RSA pari al 35% delle Residenze Sanitarie Assistenziali in esercizio.

#### **➤ *Controllo di appropriatezza***

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FaSAS individuati con criteri mirati selezionando utenza:

- non tipica presente in Struttura (Alzheimer in nucleo, Stati vegetativi, SLA, DGR 5000,...)
- di età inferiore a 65 anni entrata nell'anno 2017;
- con lesioni da decubito;
- con contenzione fisica;
- con cadute nell'anno 2017.

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale.

### **CENTRI DIURNI INTEGRATI PER ANZIANI – CDI**

#### **➤ *Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta su n. 10 CDI pari al 33.3 % dei CDI in esercizio.

#### **➤ *Controllo di appropriatezza***

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FaSAS individuati con criteri mirati selezionando utenza:

- con disturbi comportamentali gravi
- con grave compromissione dello stato cognitivo e/o motorio;
- con strumenti di contenzione fisica.

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale.

## RETE DI CURE PALLIATIVE UNITÀ CURE PALLIATIVE DOMICILIARI (UCP-DOM)

### ➤ ***Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta su N. 8 UCP-DOM pari al 32% delle UCP-DOM in esercizio.

### ➤ ***Controlli di Appropriatezza***

I controlli di appropriatezza si svolgeranno su N. 9 UCP-DOM (di cui 1 con sede extra-provincia) pari al 32.14% delle UCP-DOM in esercizio.

## HOSPICE

In attuazione della DGR 5918/2016 è in fase di completamento il processo di riclassificazione dei Soggetti Erogatori accreditati all'erogazione di Cure Palliative.

Nell'anno 2018 sarà completato l'iter di verifica delle due Unità Operative di Cure Palliative (Ex Sanitarie) già riclassificate con delibere ATS nell'anno 2017.

Nell'ambito della pianificazione dell'attività di vigilanza dell'anno 2018, verranno verificate n.2 UdO pari a circa il 30 % delle unità operative presenti sul territorio di competenza della ATS di Bergamo (n.7)

Per la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento saranno utilizzate le check-list fornite dai competenti uffici regionali in applicazione delle DDGR 2569/2014 - 5918/2016 e smi.

### ➤ ***Controllo di appropriatezza***

Il mix di FaSAS comprenderà utenti:

- con degenze superiori a 60 giorni;
- con patologie non oncologiche;
- con modalità di dimissione diversa dal decesso;
- non provenienti da struttura ospedaliera o da Udo sociosanitarie.

## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – ADI

### ➤ ***Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta su n. 10 ADI pari al 35.71% delle ADI in esercizio.

### ➤ ***Controlli di Appropriatezza***

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FaSAS individuati con criteri mirati che saranno i seguenti:

- pazienti seguiti con Profilo 1 in carico da più di 1 anno
- profili multiprestazionali
- pazienti in carico da più di 6 mesi.

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale .

#### **Controlli in itinere:**

I controlli in itinere verranno effettuati al domicilio degli utenti assistiti dagli Enti campionati.

I sopralluoghi si svolgeranno con nuove modalità in via sperimentale: insieme agli operatori dell'erogatore, non precedentemente avvisati, scelti al momento del sopralluogo, e affiancati nella propria programmazione quotidiana.

Tale modalità operativa permette di osservare:

- direttamente sia le condizioni del paziente sia le modalità con le quali vengono eseguite le prestazioni;
- poter accedere al domicilio dei pazienti in un periodo storico particolarmente difficile in termini di fiducia percepita dal cittadino rispetto agli sconosciuti;
- poter accedere al domicilio di utenti in carico che diversamente sarebbero a noi sconosciuti (nel caso di utilizzo di software privati degli enti accreditati).

## **CONSULTORI FAMILIARI (CF) PUBBLICI E PRIVATI**

### **➤ Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento**

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza interesserà:

- n. 5 CF privati pari al 35,71 % di quelli in esercizio; di questi n. 1 sarà valutato perchè sanzionato nel 2017;
- 6 CF pubblici, di cui n. 2 sedi principali e n. 4 secondarie delle tre ASST della provincia, dei quali uno per carenze riscontrate nell'ultimo sopralluogo rispetto ai requisiti richiesti, di carattere strutturale/tecnologico e/o organizzativo gestionale; particolare attenzione sarà riposta nella verifica del contenuto della Carta dei Servizi.

### **➤ Controllo di appropriatezza**

I controlli di appropriatezza si svolgeranno nei medesimi CF pubblici e privati campionati per l'anno 2018 per la vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento.

Come previsto nella DGR n. 7600/2017, verrà assicurato il controllo sul 3,5% dei FASAS, dei quali l'1% verrà garantito sottoforma di autocontrollo. Il campionamento riguarderà prioritariamente utenti che hanno ricevuto prestazioni rappresentative rispetto a quelle ad alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017, e previste tra gli indicatori specifici dalla DGR 1765/2014.

La percentuale dei fascicoli sarà calcolata sul numero dei nuovi utenti rendicontati nel 2017.

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FASAS individuati con i seguenti criteri mirati:

- fascicoli di utenti minorenni per cui è stato attivato il percorso IVG;
- nuovi utenti con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla DGR 6131/2017 con codici 101-102-001-003-801-802;

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale.

## **RIABILITAZIONE/ CURE INTERMEDIE**

### **➤ Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento**

Il percorso di riordino dell'unità d'offerta di ricovero per riabilitazione e post acuta, avviato con la DGR 1185/2013 ha trovato una prima attuazione con la DGR 3383/2015, che ha definito i profili di cura e i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento delle cure intermedie.

La prosecuzione del percorso di riordino è stata, tuttavia, subordinata all'evoluzione delle Cure Intermedie nel nuovo modello organizzativo prospettato dalla legge regionale 23/2015, orientato ad una presa in carico globale e proattiva, secondo percorsi assistenziali progettati e realizzati in rete con i vari attori coinvolti.

Il riordino del sistema delle Cure Intermedie dovrà, in particolare, essere coordinato con l'evoluzione della riabilitazione sanitaria e della degenza sub-acuta, tenendo fermo il vincolo di ricondurre alla dotazione di posti letto prevista dal DM 02/04/2015 n.70.

Come indicato dalla DGR 7600/2017, per l'anno 2018, le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di Cure Intermedie, ai sensi della DGR n. 3383/2014, proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto.

Le verifiche nell'anno 2018 saranno espletate garantendo la vigilanza su almeno il 30% delle UdO Cure Intermedie e Riabilitazione non Residenziale.

La DGR 1185/2013 escludeva esplicitamente da tale riordino le strutture riabilitative residenziali ex articolo 26 dedicate all'età evolutiva, rinviando la revisione ad un successivo provvedimento.

Nel territorio dell'ATS di Bergamo è presente un "Centro di riabilitazione per l'età evolutiva" per un totale di n.25 posti letto ripartiti in posti di Specialistica (n.8), Generale (n.8), Mantenimento (n.9).

La DGR 7600/2017 aveva previsto uno specifico provvedimento regionale per la riclassificazione di detto "Centro di riabilitazione per l'età evolutiva" nella nuova unità d'offerta "Centro residenziale terapeutico/riabilitativo a media intensità per minori con disturbi del neurosviluppo e disabilità complesse". In data 17/01/2018 la DGR 7768 ha definito quanto sopra anticipato.

Pertanto verranno garantite le verifiche e gli adempimenti conseguenti al provvedimento regionale approvato.

#### ➤ **Controllo di appropriatezza**

Come previsto nella DGR n. 1765/2014 i controlli di appropriatezza vedranno l'applicazione dei soli indicatori generali.

I criteri di selezione della quota mirata del campione saranno prioritariamente i seguenti:

- per le UdO residenziali:
  - evento indice con data antecedente a 3 mesi;
  - utenti transitati su più aree di ricovero/regimi;
  - ricoveri con percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore soglia;
  - DRG con valorizzazione più elevata;
- per la riabilitazione non residenziale:
  - cicli ripetuti nel corso di dodici mesi;
  - percentuale di assistiti con durata di trattamento vicino al valore soglia;
  - non esenti;
  - assistiti transitati dal regime ambulatoriale a quello domiciliare e viceversa.

Per la riabilitazione non residenziale va evidenziato che la percentuale dei FaSAS da verificare si differenzia come di seguito:

- 3,5% per ambulatoriale e domiciliare
- 11,5% semiresidenziale (CDC).

### **RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER DISABILI – RSD**

#### ➤ ***Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta su n. 3 RSD pari al 33 % circa delle UdO in esercizio sul territorio.

#### ➤ **Controllo di appropriatezza**

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FaSAS individuati con criteri mirati selezionando:

- utenti per i quali sono state rendicontate assenze superiori a 20 giorni annui (ex DGR 1953/2014);
- utenti con particolari criticità assistenziali a causa di comportamenti auto/etero aggressivi e/o che comportano controllo;
- utenti classificati nelle classi 1 e 2 a seguito di rivalutazione dell'Ente Gestore;
- utenti trasferiti da altre UdO;
- utenti a rischio lesioni da decubito.

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale.

## CENTRI DIURNI PER DISABILI – CDD

### ➤ ***Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta su n. 7 CDD pari al 30.5 % circa delle UdO in esercizio sul territorio.

### ➤ ***Controllo di appropriatezza***

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FaSAS individuati con i seguenti criteri mirati:

- utenti per i quali sono state rendicontate assenze superiori a 20 giorni annui (ex DGR 1953/2014);
- utenti con particolari criticità assistenziali a causa di comportamenti auto/etero aggressivi e/o che comportano controllo;
- utenti classificati nelle classi 1 e 2 a seguito di rivalutazione dell'Ente Gestore;
- utenti trasferiti da altre UdO;
- utenti a rischio decubito;
- utenti con frequenza sia in CDD sia in CSS;
- utenti frequentanti part – time.

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale.

## COMUNITÀ SOCIO SANITARIE – CSS

### ➤ ***Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta su n. 7 CSS pari al 36.8 % circa delle UdO in esercizio sul territorio.

### ➤ ***Controllo di appropriatezza***

La selezione del campione sarà effettuata prevedendo un 50% di FaSAS individuati con criteri mirati selezionando:

- utenti per i quali sono state rendicontate assenze superiori a 20 giorni annui (ex DGR 1953/2014);
- utenti con particolari criticità assistenziali a causa di comportamenti auto/etero aggressivi e/o che comportano controllo;
- utenti classificati nelle classi 1 e 2 a seguito di rivalutazione dell'Ente Gestore;
- utenti trasferiti da altre UdO;
- utenti a rischio decubito;
- utenti con frequenza sia in CSS sia in CDD.

La restante percentuale verrà identificata con modalità casuale.

## **SERVIZI DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE – SER.D. - S.M.I.**

### ➤ ***Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento***

Sul territorio di competenza della ATS di Bergamo, nell'ambito delle Strutture per le dipendenze a gestione pubblica e privata, sono presenti n. 14 Comunità Residenziali e n. 2 Comunità Semiresidenziali, n. 6 SER.D pubblici e n. 2 Servizi Multidisciplinari Integrati- S.M.I. e n. 11 Comunità a bassa intensità assistenziale - per un totale di n. 35 UdO sociosanitarie.

La quota oggetto di verifica, sarà pari al 37 %, corrispondente a n. 5 strutture residenziali, n. 2 semiresidenziali e n. 6 strutture a bassa intensità assistenziale.

L'attività di vigilanza proseguirà in n. 2 Ser.D pubblici (Udo di Gazzaniga e Lovere), corrispondenti alla quota del 33,3% dei Ser.D presenti sul territorio di afferenza di ATS Bergamo, ed in uno SMI di nuova apertura (SMI "Piccolo Principe" di Albano S. Alessandro).

## ➤ **Controllo di appropriatezza**

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali si garantirà il controllo su un campione di FaSAS pari al 11,5% degli utenti dell'anno 2017, tenendo conto che i FASAS minimi oggetto di controllo saranno: per le Comunità con un numero di Utenti superiore a 20, pari a n. 3 e per le Comunità con numero di utenti inferiori a 20, invece pari a n. 2.

Il campione sarà selezionato in modo unicamente mirato, scelto tra gli utenti di recente inserimento, oltre che fra gli ospiti minorenni e gli utenti giovani (compresi in una fascia di età tra i 18 e i 30 anni), al fine di verificare lo sviluppo del percorso terapeutico e suoi abbandoni, consultando il Data Base C.T. gestito dai competenti funzionari dell'Area delle Dipendenze. Per quanto concerne le Comunità terapeutiche con moduli specialistici per ospiti polidipendenti con alto grado di complessità, si verificherà il lavoro concertato con altri servizi e con la rete familiare.

Ulteriori criteri di campionamento dei FASAS saranno:

- FaSAS chiusi di ospiti per i quali permanenza in struttura si discosta dalla media dell'anno precedente;
- utenti in fase finale del percorso terapeutico, per valutarne lo svolgimento, unitamente alle azioni previste per favorire la reintegrazione sociale;
- utenti trasferiti da altre UdO;
- utenti con polidipendenze.

Si prevede, inoltre, di effettuare un controllo di tipo amministrativo relativo agli ospiti per quali si rilevino assenze superiori ai quindici giorni consecutivi, così da verificare che tale periodo di assenza sia avallato dal progetto individuale.

Nelle UdO a regime ambulatoriale (Ser.D), verrà garantito il controllo di appropriatezza sul 3,5% dei FASAS degli utenti in carico nell'anno 2017, con la possibilità di comprendere nel campione anche utenti del 2018. Il campione di FaSAS da controllare sarà scelto per intero con modalità mirata, selezionando gli utenti minorenni e giovani compresi in un'età tra i 18 e i 30 anni, al fine di verificare lo sviluppo del percorso terapeutico. Il controllo di appropriatezza assistenziale nei FASAS di utenti polidipendenti con alto grado di complessità, sarà effettuato verificando il progetto in sinergia con altri servizi e con la rete familiare.

Altri criteri di selezione dei FaSAS saranno:

- utenti con problematiche di ludopatia, per valutarne le modalità di presa in carico, con particolare attenzione al coinvolgimento della rete familiare;
- utenti recentemente dimessi per conclusione del progetto terapeutico, o per suo abbandono, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

## **GESTIONE DELLA TOTALITÀ DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE PER PRESUNTE CRITICITÀ NEI SERVIZI OFFERTI DALLE UDO SOCIO SANITARIE**

Anche nel 2018 L'UOC AVC prenderà in carico e gestirà la totalità delle segnalazioni ricevute, anche in modo anonimo, riguardanti presunte irregolarità o carenze nell'ambito dei servizi erogati dalle unità d'offerta della rete socio sanitaria.

I funzionari, dopo aver attentamente valutato il contenuto dell'esposto o incontrato i cittadini segnalanti inefficienze/inadeguatezze/insoddisfazione per i servizi ricevuti, provvederanno a disporre l'istruttoria del caso, mettendo in essere le più opportune attività: potranno essere disposte mirate visite ispettive presso le strutture oggetto di segnalazione, acquisiti specifici documenti, convocati i referenti degli enti gestori, intervistati gli operatori.

A seguito delle verifiche effettuate verranno intraprese le necessarie azioni, che potranno esaurirsi in procedimenti di titolarità dell'ATS o richiedere il coinvolgimento della magistratura.

La risposta all'esponente verrà comunque gestita in ossequio alle procedure di gestione dei reclami aziendali.

## PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA 2018 SULLA RETE DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALI

La programmazione 2018 dell'attività di vigilanza e controllo nelle U.d.O. sociali è redatta in conformità alle disposizioni di Regione Lombardia, in particolare alla DGR n. 7600 del 20.12.2017 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018".

La funzione di vigilanza e controllo si esplica mediante attività finalizzata alla verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti di esercizio previsti dalle normative di settore e inerenti gli aspetti organizzativi/gestionali e igienico/sanitario, strutturali e di sicurezza, secondo quanto disposto dal Decreto n. 1254 del 15/02/2010.

L'attività di vigilanza riguarderà tutte le UdO Sociali elencate nella DGR n. 7437 del 13/06/2008 "Determinazione in ordine all'individuazione delle unità d'offerta sociali ai sensi della L.R. 3/08, art. 4, comma 2", nello specifico:

1. Prima Infanzia: Nido, Micro Nido, Nido Famiglia, Centro Prima Infanzia;
2. Minori: Comunità Educativa, Alloggio per l'Autonomia, Comunità Familiare;
3. Disabili: Centro Socio Educativo, Comunità alloggio handicap, Servizio Formazione Autonomia, Comunità Alloggio Reinserimento.
4. Anziani: Casa Albergo, Centro Diurni Anziani

A tali tipologie di UdO si aggiungono gli Alloggi Protetti per Anziani, anche in virtù della eventuale adesione dell'Ente Gestore alla Misura della Residenzialità Assistita. Inoltre, si darà attuazione a quanto disposto nella DGR 7776/2018 in materia di istituzione della nuova UdO del sistema sociale "Comunità alloggio sociale anziani (C.A.S.A.).

L'attività di vigilanza istituzionale per l'anno 2018 riguarderà le verifiche sul 100% sia per le nuove Comunicazioni Preventive di Esercizio non predeterminabili, sia per le CPE relative alle UdO interessate a modifiche del proprio assetto.

A tale attività si deve inoltre aggiungere quella di vigilanza sul 50% delle UdO sociali attive al 01/01/2018, per garantire così una periodicità biennale dei controlli sulla totalità delle strutture sociali operanti nel territorio di pertinenza dell'ATS di Bergamo.

Saranno inoltre sottoposte a controllo sia le UdO che nel corso dell'anno 2017 hanno presentato criticità, al fine di verificarne il ripristino dei requisiti, sia quelle oggetto di segnalazioni e/o di eventi straordinari.

L'attività ispettiva sulle UdO socio-assistenziali è garantita da 5 diverse figure professionali afferenti alla UOC AVC (tre Educatori, un'Ostetrica, con funzioni di Coordinamento nell'Area della Prima Infanzia e un'Assistente sociale), e dai funzionari del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) operativi nei diversi Ambiti territoriali della provincia.

L'attività viene garantita sempre in équipe, variamente composta a seconda della tipologia di vigilanza e di UdO del caso.

In continuità con l'anno 2017, proseguirà, per espletare i previsti controlli sulle Comunità Educative, la collaborazione con i funzionari del "Servizio Promozione e Innovazione delle Reti" e del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali. Tale collaborazione consiste prevalentemente nella disamina documentale in sede d'ufficio propedeutica alla selezione del campione annuale, e nei sopralluoghi congiunti.

Gli operatori dell'UOC AVC manterranno contatti costanti con l'Ufficio Sindaci al fine di ottimizzare l'efficienza e l'efficacia dell'attività di vigilanza e controllo: in particolare si implementerà un lavoro di miglioramento della qualità e della tempestività nell'aggiornamento dei dati anagrafici delle UdO in AFAM. Continuerà, inoltre, la collaborazione con gli Ambiti territoriali e con i Comuni per quanto riguarda l'attività di vigilanza ordinaria (eventuali sopralluoghi effettuati in maniera congiunta), di monitoraggio sull'andamento dinamico delle UdO, sugli accreditamenti e per l'analisi di criticità rilevate nell'anno.

Si promuoverà un tavolo di lavoro per condividere e approfondire con l'Ufficio Sindaci, gli Ambiti territoriali e la Provincia le tematiche legislative relative alla vigilanza sulle UdO sociali.

L'attività istituzionale di vigilanza e controllo sarà rendicontata alla Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, attraverso una relazione semestrale che espliciterà:

- il numero delle verifiche effettuate a seguito di CPE,

- il numero delle visite routinarie da campionamento effettuate e relativa percentuale suddivise per aree;
- il numero delle visite straordinarie effettuate a seguito di segnalazione o eventi straordinari;
- segnalazioni delle criticità più significative riscontrate nelle varie aree e le eventuali azioni di miglioramento messe in atto.

### **AREA PRIMA INFANZIA**

Le UdO dell'area Infanzia comprendono nidi, micro nidi, centri prima infanzia e nidi famiglia.

Questa è l'Area sociale più rappresentativa per numero di UdO ed è caratterizzata da uno spiccato dinamismo.

Saranno sottoposte a vigilanza ordinaria complessivamente n° 120 UdO, così suddivise:

- Nidi: n. 86;
- Micronidi: n. 16
- Nidi Famiglia: n. 14
- Centri Prima Infanzia: n. 4

Oltre a garantire l'ordinaria attività di vigilanza, si continuerà a collaborare con gli Uffici di Piano per le nuove aperture e l'attività di vigilanza sui requisiti di accreditamento. Proseguirà inoltre l'accompagnamento informativo in caso di nuove aperture per quegli Enti Gestori che ne facciano richiesta.

Inoltre saranno aggiornate tutte le check-list utilizzate nell'attività di vigilanza dell'Area della Prima Infanzia, secondo i requisiti richiesti dalle normative vigenti.

### **AREA MINORI**

Nell'area minori sono comprese le seguenti tipologie di UdO: comunità educative, comunità familiari e alloggi per l'autonomia.

Nel corso del 2017 si è rilevato un significativo incremento di queste UdO.

Nel 2018 saranno oggetto di vigilanza ordinaria, n. 18 UdO non vigilate nel 2017 (pari al 50% delle UdO complessive) e saranno controllati in ogni Comunità il 50% dei fascicoli.

Nello specifico saranno oggetto di vigilanza ordinaria:

- Comunità Educative: n. 6;
- Comunità Familiari: n. 7;
- Alloggi per l'Autonomia: n. 5.

Inoltre proseguirà la collaborazione con un funzionario del Dipartimento della "Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali", in riferimento alla Misura 6 "Comunità per minori" (DGR 2942/2014 e DGR 5342/2016, come revisionata dalla DGR 7626/2017).

Tale collaborazione si esplicherà con l'analisi trimestrale della documentazione di merito inviata al servizio dagli Ambiti territoriali, che comprende il Decreto del Tribunale dei Minori, per ogni minore inserito in Comunità, il Piano Educativo Individualizzato (PEI), e l'eventuale relazione del Servizio Sociale o altra documentazione ad integrazione del Decreto, qualora tale documento non sia disponibile.

Per i minori già inseriti in Comunità e ancora presenti in struttura, verrà richiesto l'invio del PEI, se aggiornato, o la comunicazione di conferma del PEI già agli atti. Su tale documentazione verrà effettuata una verifica puntuale, estesa al 100% dei casi inseriti, volta a controllare che le situazioni presentate siano coerenti con le finalità del contributo richiesto, destinato a minori vittime di abuso, violenza e/o maltrattamento e che gli inserimenti siano avvenuti in strutture autorizzate e nel rispetto dei provvedimenti regionali. Nelle Comunità per minori, verrà effettuato il controllo di appropriatezza su tutti i fascicoli dei minori inseriti in struttura nell'ultimo trimestre 2017.

### **CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE – CAG**

Nel corso del 2018 saranno oggetto di vigilanza n. 5 UdO pubbliche a gestione appaltata e n. 1 UdO a gestione privata.

I relativi sopralluoghi saranno condotti in équipe con il DIPSS.

Le vigilanze verteranno sia sugli aspetti organizzativo gestionali sia sulle attività educative che dovranno promuovere l'aggregazione, il protagonismo, la crescita personale e l'interazione con le realtà territoriali. A questo proposito verrà posta particolare attenzione a quanto descritto in fase progettuale e a quanto, nel corso dell'anno, verrà concretamente realizzato.

Si prenderanno inoltre in esame le criticità emerse dalle verifiche degli anni precedenti, specie in relazione alla dotazione di personale adeguatamente titolato.

#### **CENTRI RICREATIVI DIURNI – CRD (U.d.O. a carattere temporaneo)**

Come previsto dal Piano dei Controlli (DGR 7600 20.12.2017) la vigilanza sarà garantita sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio (CPE) pervenute.

#### **AREA DISABILI**

##### **SERVIZI FORMAZIONE AUTONOMIA (SFA), CENTRI SOCIO EDUCATIVI (CSE) e COMUNITA' ALLOGGIO HANDICAP (CAH)**

Per quanto riguarda le UdO sociali in esercizio dell'Area Disabili, saranno condotti sopralluoghi, in collaborazione con il DIPS, con l'obiettivo di verificare il mantenimento di requisiti organizzativi, gestionali nonché strutturali e igienico sanitari sul 50% delle UdO.

Saranno dunque vigilati:

- n. 7 CSE
- n. 14 SFA
- n. 1 CAH

#### **CENTRO SOCIO EDUCATIVO - CSE**

Sarà verificata la completezza documentale ponendo l'accento sul livello di trasparenza e informazione garantita al cittadino.

Inoltre, sarà posta particolare attenzione alla progettazione individualizzata verificando, a campione, alcuni fascicoli sociali in base al numero di utenti in carico. In particolare verranno considerati gli strumenti e le attività attuate per il raggiungimento degli obiettivi di crescita della persona sia in termini di autonomia sia in termini relazionali, verificandone la concreta attuazione e la congruenza delle azioni poste in essere con quanto programmato.

#### **SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA – SFA**

Le verifiche sugli SFA compiute nell'ultimo biennio sono state effettuate in sede d'ufficio, sulla base della documentazione prodotta dagli Enti Gestori.

I controlli condotti con tale metodologia hanno prodotto esiti, specie rispetto alla Carta dei Servizi e all'utilizzo talvolta improprio del "modulo di monitoraggio", tali da motivare per il 2018 la programmazione di un'attività ispettiva in loco, presso tutte le UdO campionate.

Occorre precisare che gli SFA, in ragione della tipologia di servizio garantito, richiedono una sede operativa con una dotazione minima, anche non esclusiva ma condivisa con altri servizi.

Le attività connesse al percorso individualizzato si realizzano prevalentemente con risorse strutturali e strumentali del territorio e del contesto di vita della persona. Pertanto, realizzando quasi esclusivamente attività progettuali per azioni da concretizzarsi sul territorio, non richiedono necessariamente una valutazione strutturale. Obiettivo principale sarà verificare la completezza, correttezza e la trasparenza della documentazione, nonché l'attuazione degli obiettivi del progetto individualizzato.

Tuttavia, durante l'attività ispettiva, qualora si ravvisino elementi che richiedano la necessità di verifiche anche di tipo strutturale e igienico sanitario, saranno opportunamente coinvolti i funzionari competenti.

Sul territorio Provinciale sono presenti n. 2 strutture di questa tipologia.

Tuttavia sono presenti anche n. 7 CSS che hanno un numero residuo di posti solo abilitati. L'attività su queste strutture verrà predisposta nell'ambito della vigilanza e controllo sulle UdO sociosanitarie, dove verrà effettuata la verifica anche di questa tipologia di posti letto solo abilitati.

Anche in queste UdO sociali sarà verificata la qualità documentale e lo stato di attuazione del progetto.

### AREA ANZIANI

L'attuale programma regionale prevede la differenziazione della rete d'offerta sociale e sociosanitaria destinata agli anziani. I bisogni di questa area sono infatti in continua evoluzione e richiedono una flessibilità del sistema di offerta, così da rispondere anche a bisogni assistenziali leggeri e temporanei. Proprio in quest'ottica il sistema va sempre più verso sia una riqualificazione delle UdO già attive sia verso l'individuazione di nuove.

Le UdO per anziani soggette a vigilanza sono:

- **ALLOGGI PROTETTI ANZIANI:** normati dalla DGR n. 11497 del 17.3.2010, sono costituiti da unità abitative indipendenti destinate in locazione ad anziani con fragilità sociali. Nel 2018 saranno vigilate n. 3 strutture, pari al 50% del loro totale.
- **CASE ALBERGO:** fanno riferimento al vecchio ordinamento ex DGR n. 871 del 23.12.1987 (Piano socioassistenziale Regionale 1988 -1990) in possesso di autorizzazione al funzionamento ex L.R. n.1/86, benché abrogata con L.R. n. 3/2008. Nel territorio di competenza dell'ATS di Bergamo si contano n. 6 Case Albergo e nella programmazione del 2018 è prevista la vigilanza su n. 3 di esse.
- **COMUNITA' ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI (C.A.S.A.):** nuova unità di offerta normata dalla DGR n. 7776 del 17.1.2018. Con tale provvedimento Regione Lombardia ha offerto la possibilità agli Enti Gestori di attivare e mettere in esercizio UdO residenziali in grado di garantire un'accoglienza caratterizzata da un esiguo numero di ospiti (che possono essere accolti temporaneamente o a tempo indeterminato) a prevalente impostazione domestica, familiare e abitativa. Le COMUNITÀ ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI (C.A.S.A.) potranno accogliere persone sopra i 65 anni in condizioni di vulnerabilità sociale, ma con un buon grado di autonomia. La normativa prevede che le realtà già esistenti, ancorché sperimentalmente attivate, possano richiedere la trasformazione ed il contestuale riconoscimento in COMUNITÀ ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI C.A.S.A. Si è provveduto pertanto a informare di tale possibilità le 8 UdO a carattere sperimentale attualmente censite. In osservanza alla DGR n. 7776/2018, verrà adottato un apposito modello di verbale per l'attività di vigilanza su queste comunità. Verrà espletata attività di vigilanza sul 100% delle CPE che perverranno.

Tutte queste UdO, insieme alle strutture residenziali di tipo comunitario attivate ai sensi dell'art.13 della L.R. n.3/08, come realtà sperimentali nell'ambito della rete sociale e riconosciute dai Comuni, possono anche concorrere a erogare la misura Residenzialità Assistita (DGR n. 7769 del 17.1.2018). Pertanto saranno condotti sopralluoghi di vigilanza nelle realtà che hanno presentato domanda di adesione a tale Misura e che hanno concretamente attivato il percorso erogativo per i loro ospiti.

### **CARR – COMUNITÀ ALLOGGIO REINSERIMENTO E RISOCIALIZZAZIONE**

Nel corso del 2018 saranno oggetto di vigilanza n. 3 CARR, pari al restante 50% rispetto al campione vigilato lo scorso anno.

Le verifiche verranno condotte in equipe con gli operatori del DIPSS.

Tali UdO fanno riferimento al PSA Regionale 88-90 e sono descritte all'interno del capitolo "Altri Servizi di Comunità".

Durante la vigilanza saranno presi in esame gli aspetti organizzativo gestionali, ponendo particolare attenzione alla presenza di personale educativo con adeguato titolo di studio, alle turnazioni, alla documentazione informativa e procedurale, alla tipologia di ospiti.

Sarà poi posto l'accento sugli aspetti di carattere programmatico e progettuale: per questo saranno visionati i fascicoli individuali e la progettazione degli interventi ponendo il focus sulle attività territoriali, che dovranno operare in una logica di inserimento per il raggiungimento di una reale integrazione sociale.

## **GESTIONE DELLA TOTALITÀ DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE PER PRESUNTE CRITICITÀ NEI SERVIZI OFFERTI DALLE UDO SOCIALI**

Anche nel 2018 L'UOC AVC prenderà in carico e gestirà la totalità delle segnalazioni ricevute, anche in modo anonimo, riguardanti presunte irregolarità o carenze nell'ambito dei servizi erogati dalle unità d'offerta della rete sociale, in analogia a quanto già previsto e descritto per le UdO sociosanitarie.

In riferimento alle Note Regionali aventi per oggetto “Piano dei Controlli 2018” e facendo seguito alle Delibere X/7923 del 26.02.2018 e X/7600 del 20.12.2017 Paragrafo 4.7, si trasmette la rendicontazione dell’attuazione del Piano dei Controlli relativa all’anno 2017 per quanto di competenza del Servizio Farmaceutico Territoriale e il conseguente programma del Piano dei Controlli 2018.

## **RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ PIANO DEI CONTROLLI 2017**

### **1. SERVIZIO DI VIGILANZA FARMACEUTICA**

La Commissione Ispettiva di Vigilanza sulle farmacie ha effettuato complessivamente n. 148 ispezioni così distribuite:

- n. 118 ordinarie a farmacie,
- n. 10 ordinarie a dispensari farmaceutici,
- n. 2 straordinarie a farmacie,
- n. 17 preventive a farmacia,
- n. 1 preventiva a dispensario farmaceutico.

Nel corso delle 130 ispezioni ordinarie e straordinarie effettuate nel 2017 è emerso che 93 titolari/direttori hanno rispettato la normativa di legge, mentre nelle rimanenti 37 ispezioni si sono constatate situazioni anomale, da cui sono scaturite n. 2 segnalazioni alla Procura in quanto di sospetta rilevanza penale (abuso di professione medica e tenuta non corretta stupefacenti) e n. 33 verbali di contestazione e notifica di illeciti amministrativi.

Nel 2017 il Servizio Farmaceutico Territoriale ha inoltre emesso anche n. 26 verbali di contestazione e notifica di illeciti amministrativi a seguito di controlli sulle ricette stralciate per la Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA).

Il Servizio Farmaceutico Territoriale, ha il compito di predisporre quale Servizio competente, le ordinanze ingiunzioni di pagamento o di archiviazioni (n. 36), dopo attenta valutazione degli scritti difensivi prodotti dagli interessati e, in alcuni casi, audizione degli stessi.

L’emissione di verbali di contestazione e delle ordinanze ingiunzioni, ha determinato un introito a favore dell’ ATS, come di seguito indicato:

| <b>Causale</b>                                   | <b>Importo in Euro</b> |
|--------------------------------------------------|------------------------|
| Verbali di contestazione illeciti amministrativi | 16.620,00              |
| Ordinanze di ingiunzione                         | 23.176,00*             |
| <b>TOTALE</b>                                    | <b>39.796,00</b>       |

\*Resta aperto il recupero di € 5.405,40 ( comprese spese postali) dovute all’ATS da un direttore di farmacia comunale in concessione (iscrizione a ruolo con prot. int. 90073 del 3/10/2017).

Mensilmente vengono trasmessi all’Ordine dei Farmacisti i verbali di contestazione redatti nei confronti dei farmacisti e dal marzo 2017 anche i verbali di ispezione ordinaria e straordinaria in ossequio a quanto disposto dalla L.R. n.6/2017 che ha modificato tra l’altro il titolo VII della L.R. n. 33/2009.

Su disposizioni regionali il SFT effettua anche vigilanza su grossisti/depositari (n. 2 ispezioni), effettua distruzioni (n. 3) stupefacenti per produttori (n. 1), RSA e sanitari ( n. 27 richiedenti).

Predisporre rapporti all’Autorità giudiziaria e ai NAS e presenza alle udienze dei Giudici di Pace.

Svolge inoltre, come altra attività, la predisposizione di delibere relative a:

autorizzazioni all’apertura di nuove sedi farmaceutiche, autorizzazione e revoca ai Grossisti o Depositi per la distribuzione dei medicinali per uso umano, parere obbligatorio per la revisione della Pianta Organica delle farmacie della Provincia Bg, determinazione ed autorizzazione al pagamento dell’Indennità di residenza delle farmacie rurali, autorizzazione al trasferimento di titolarità, autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia, autorizzazione allo sfratto dai locali della farmacia, autorizzazione alla gestione provvisoria della farmacia da parte degli eredi, autorizzazione per la sostituzione del Direttore Tecnico del Grossista e

del Deposito Farmaceutico, autorizzazione per il trasferimento dei locali del Grossista e del Deposito farmaceutico, presa d'atto variazioni toponomastiche di sedi farmaceutiche, presa d'atto di cessione quote e modifica dei patti sociali delle società titolari di farmacia.

Su un totale di 105 provvedimenti predisposti dal SFT, n. 83 sono stati in capo al SVF, che tra l'altro provvede all'iter legato al provvedimento stesso ( richieste integrazioni, controlli presso la Procura ecc..)

E' utile ricordare che sono state autorizzate n. 345 sostituzioni di titolari/direttori, ai sensi dell'art. 11 L.3692/91 e s.m.i., si è dato inoltre riscontro a n. 250 segnalazioni di assunzioni e n. 157 di cessazioni di collaborazioni presso le farmacie convenzionate della provincia, tenendo aggiornato apposito registro come previsto dall'art. 12 del D.P.R. n. 1275/1971, oltre a 105 riscontri vari (cambi orari e/o turni ecc..).

La segreteria SVF ha dovuto controllare circa 1400 posizioni relative ai servizi svolti e dichiarati da farmacisti concorrenti al concorso pubblico per l'assegnazione di sedi farmaceutiche.

Altra attività svolta, richiesta dalla Regione e dalla normativa di legge, consiste nel controllare l'attività dei grossisti in merito alle carenze dei farmaci sul mercato, richiedendo per iscritto agli stessi di dichiarare gli ordini di medicinali effettuati ed evasi ed eventualmente esportati, per quei farmaci che vengono segnalati carenti dalle farmacie e per i quali non risultano carenze a livello nazionale.

Mensilmente si inviano al Ministero della Salute, previo controllo, le ricette di preparazioni magistrali di medicinali off-label (L. n. 94/98). Complessivamente nell'anno sono state inviate n. 1849 ricette di cui n. 215 per prescrizione di Cannabis terapeutica.

## **2. SERVIZIO DI FARMACOECONOMIA**

### **SCHEDE MEDICO**

Lo strumento operativo di cui ci si avvale per il monitoraggio individuale del comportamento prescrittivo dei Medici di Assistenza Primaria è la "Scheda Medico".

Sono elaborati su base trimestrale reports per tutti i Medici di Assistenza Primaria con gli indicatori di consumo e di spesa di cui alle linee guida parte integrante del punto 9 della Deliberazione Regionale N. VII/10246 del 06/08/2002 "*Ulteriori determinazioni in materia di assistenza farmaceutica ai sensi della L.405/01 e del d.l. 138/02*" e al Decreto Direzione Generale Sanità n. 9900/2006 "*Adozione Linee di indirizzo in merito alla modalità di verifica e controllo dei consumi farmaceutici*".

- a) Spesa farmaceutica totale pro-assistibile;
- b) Spesa farmaceutica totale pro- assistibile pesata;
- c) Valore medio ricetta;
- d) Numero di ricette pro assistibile pesato;
- e) Percentuali di prescrizione di farmaci equivalenti (senza brevetto) sul totale
- f) Valore medio della prescrizione per gruppo terapeutico (ATC 1°livello);
- g) Numero di prescrizioni pro-assistibile pesato per gruppo terapeutico (ATC 1° livello);
- h) Spesa pro assistibile pesato per i primi 20 gruppi terapeutici (in ordine di spesa) (ATC 4°livello);
- i) Spesa pro-assistibile pesato per i primi 20 principi attivi (in ordine di spesa) (ATC 5°livello);
- j) Valore medio prescrizione per Nota AIFA
- k) Numero di ricette pro-assistibile pesato Nota AIFA.

con confronti rispetto al Distretto di appartenenza e all'ATS.

Nell'anno 2017 sono state pubblicate sul Content Delivery Portal della nostra ATS e rese disponibili ai MCP le schede medico relative al **III e IV trimestre 2016**.

### **MEDICI IPERPRESCRITTORI**

Si è proseguito l'attività di controllo sui "prescrittori critici" relativi agli anni **2013 e 2014** con uno scostamento di spesa di due deviazioni standard rispetto alla media ATS, al netto della prescrizione di farmaci soggetti a Piano Terapeutico (D.D.G. Sanità Regione Lombardia 11 settembre 2006 – n. 9900 "*Adozione Linee di Indirizzo in merito alle modalità di verifica e controllo dei consumi farmaceutici*").

In particolare si è provveduto:

- a trasmettere una relazione al Dipartimento di Cure Primarie e per conoscenza al Direttore Sanitario con l'elenco dei Medici di Medicina Generale il cui parametro di riferimento ha presentato per gli anni 2013/2014 uno scostamento superiore a 2 deviazioni standard rispetto alla media ATS del medesimo parametro corredato da analisi su ogni singolo medico. (lettera prot. n. Int. 0010011 del 01/02/2017)
- a trasmettere al Dipartimento di Cure Primarie e per conoscenza al Direttore Sanitario relazioni sul profilo prescrittivo corredate da tutta la documentazione (tabulati e ricette) per n. 2 Medici di Medicina Generale per i quali il Direttore delle Cure Primarie ha ritenuto ricorrere le condizioni per procedere (lettera prot. n. Int. 0033955 12/04/2017).

## **ERRATE SEGNALAZIONI DI NOTE AIFA**

### **Si è provveduto a:**

- trasmettere al Direttore del Distretto Bergamo e per conoscenza al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 9 Medici di Medicina Generale interessati (lettera prot. n. Int. 0049233 del 30/05/2017).
- trasmettere al Direttore del Distretto Bergamo Est e per conoscenza al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 18 Medici di Medicina Generale interessati (lettera prot. n. Int. 0049180 del 30/05/2017).
- trasmettere al Direttore del Distretto Bergamo Ovest e per conoscenza al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 18 Medici di Medicina Generale interessati (lettera prot. n. Int. 0049329 del 30/05/2017).
- trasmettere al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 3 Medici di Assistenza Medica per le Località Turistiche e n. 2 Medici di Continuità Assistenziale interessati (lettera prot. n. Int. 0049145 del 30/05/2017).
- trasmettere al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 1 Medico di Continuità Assistenziale interessato (lettera prot. n. Int. 0056305 del 19/06/2017).
- trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Papa Giovanni XXIII i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 6 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0053324 del 12/06/2017).
- trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Bergamo Est i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 2 Medici Ospedalieri afferenti alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0049802 del 31/05/2017).
- trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Bergamo Ovest i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0049755 del 31/05/2017).
- trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Melegnano e della Martesana i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0049840 del 31/05/2017).
- trasmettere al Direttore Sanitario dell'ASST Spedali Civili di Brescia i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 per n. 1 Medico Ospedaliero afferente alla Struttura interessata (lettera prot. n. U0049821 del 31/05/2017).
- trasmettere al Medico di Medicina Generale i tabulati e copie delle ricette con errata segnalazione di nota AIFA relative al periodo Gennaio 2016 - Dicembre 2016 (lettera prot. n. U0053353 del 12/06/2017).

## PIANI TERAPEUTICI

Per la gestione dei piani terapeutici nell'ATS di Bergamo è previsto un applicativo ad hoc con l'inserimento automatico dei dati anagrafici del paziente dal database degli assistiti dell'ATS che velocizza di molto l'operazione e garantisce la correttezza degli stessi, ma soprattutto l'inserimento guidato della condizione clinica, del farmaco, del dosaggio, della durata del trattamento terapeutico riduce gli errori nel data entry introducendo un controllo ex ante.

L'applicativo è costantemente mantenuto e aggiornato a cura del Servizio di Farmacoeconomia.

Tutti i piani inviati al Servizio di Farmacoeconomia da parte delle Strutture Autorizzate sono controllati con riferimento alla presenza e alla correttezza di tutti gli elementi indispensabili ai fini della loro validità.

Dai controlli effettuati sui moduli pervenuti **per n. 872 Piani Terapeutici** sono state riscontrate irregolarità sulla base delle quali si è provveduto a procedere con le Strutture di appartenenza.

In un caso la verifica ha esitato nella richiesta di recupero somme da parte di uno specialista per farmaci indebitamente prescritti sulla base di piani terapeutici rilasciati dallo stesso. A seguito di rifiuto da parte dello specialista di pagare quanto richiesto la pratica è stata inviata alla Corte dei Conti Procura Regionale per la Regione Lombardia.

## FARMACI BIOSIMILARI

In data **03.08.2017** sono stati trasmessi alle Direzioni Sanitarie delle Strutture Ospedaliere, suddivisi per Azienda Ospedaliera e per Unità Operativa, i dati mensili elaborati a partire dai piani terapeutici per la prescrizione di biosimilari a pazienti "drug naive" rispettivamente per il **IV trimestre 2016 e I semestre 2017** con l'indicazione se è stato prescritto o meno il farmaco biosimilare, sulla base dei quali le Direzioni Ospedaliere possano approfondire miratamente con i singoli prescrittori le motivazioni e i criteri di scelta che hanno portato i clinici a non prescrivere farmaci biosimilari a pazienti "drug naive".

In data **09.11.2017** è stata inviata analoga comunicazione con il monitoraggio degli stessi dati aggiornati al **III trimestre 2017** e con, in aggiunta, un prospetto riassuntivo con i dati di tutte le strutture provinciali a confronto.

## FARMACI EQUIVALENTI

Per la promozione dei farmaci equivalenti, nell'ambito del supporto tecnico e operativo fornito dal Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ATS di Bergamo all'U.O. Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriately e Controllo Regione Lombardia, sono stati elaborati i mix ottimali tra principi attivi, mensilmente per il periodo **gennaio-novembre 2017** (ultimo mese disponibile nel 2017 da Santer) per tutte le ATS della Regione Lombardia, relativi alle categorie terapeutiche al IV livello ATC sotto osservazione, individuati sulla base della miglior performance assunta quale benchmark di riferimento tra le singole ASL della Lombardia.

## CONTROLLI MIRATI SU INDICAZIONE REGIONALE

Con lettera a firma del Direttore del DCP e del Direttore del SFT sono stati invitati ad un confronto n. 15 MAP la cui spesa procapite per IPP, dato relativo all'anno 2016, risultava essere superiore ad euro 25. Gli incontri sono stati effettuati presso il DCP in data: 18/10/2017 e 19/10/2017.

Ad ogni medico è stato mostrato il dato relativo alle proprie prescrizioni pro 1000 assistibili pesati per Inibitori di Pompa Protonica soggetti a nota AIFA 01 e/o 048, in confronto al dato relativo al PRESST di appartenenza e all'ATS, riportati al 7° indicatore delle Schede del 1° trimestre 2017 (schede messe a disposizione ad ogni singolo MAP in data 01.09.2017).

## FILE F

Al 31.12.2017 sono stati controllati **n. 14.956** record, pari al 100% dei record relativi al periodo gennaio – settembre (ultimi dati disponibili per controlli) riguardanti farmaci oncologici e farmaci per HCV con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18).

Relativamente al risk sharing (tipologia 15 e 19) sono stati controllati **n. 274** record relativi al periodo gennaio – settembre (ultimi dati disponibili per controlli).

### 3. UFFICIO FARMACOCONTABILITÀ

Sono stati effettuati i controlli contabili delle prescrizioni farmaceutiche relativi agli anni 2006-2007-2008 che sono stati chiusi come riepilogato nella tabella seguente:

| ANNO | IMPORTO RECUPERATO | DELIBERAZIONE DEL DG ATS DI BERGAMO |
|------|--------------------|-------------------------------------|
| 2006 | € 134.619,39       | Delibera N. 75 del 02.02.2017       |
| 2007 | € 71.721,86        | Delibera N. 769 del 28.09.2017      |
| 2008 | € 49.629,83        | Delibera N. 29 del 18.01.2018       |

### 4. UFFICIO PROTESICO

Il Piano dei Controlli 2017 prevedeva una verifica del 20% dei fornitori accreditati con l'ATS Bergamo per la fornitura di protesi, ortesi e ausili di cui all'Elenco 1 del D.M. 332/99 e al D.P.C.M. del 12.01.2017 ossia 12 esercizi su un totale di 62. L'obiettivo è stato raggiunto ispezionando 18 esercizi nella Provincia di Bergamo. Le ispezioni si sono svolte come da tabella seguente:

| FORNITORE                     | INDIRIZZO          | COMUNE    | TIPOLOGIA      | MODALITA'      | DATA PREVISTA | DATA ISPEZIONE | ISPETT.       |
|-------------------------------|--------------------|-----------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| ORTOPEDIA DANISE DI CRETTO D. | VIA SANTA MARIA, 3 | LOVERE    | ORTOPEDIA      | CONTROLLO      | 27/10/2017    | 27/10/2017     | Risucci-Villa |
| AMPLIFON SPA                  | PIAZZA CAVOUR, 24  | TRESCORE  | AUDIOPROTESICA | 1^ SOPRALLUOGO | 27/10/2017    | 27/10/2017     | Risucci-Villa |
| CENTRO OTTICO TAGLIABUE SNC   | VIA G. MARCONI, 45 | LOVERE    | OTTICA         | CONTROLLO      | 02/08/2017    | 02/08/2017     | Risucci-Villa |
| ORTOPEDIA MARCHETTI           | VIA CRODAROLO, 2   | SARNICO   | ORTOPEDIA      | 1^ SOPRALLUOGO | 02/08/2017    | 02/08/2017     | Risucci-Villa |
| MARINI SNC DI M.E.M. MARINI   | VIA ROMA, 7        | SARNICO   | OTTICA         | CONTROLLO      | 02/08/2017    | 02/08/2017     | Risucci-Villa |
| UNILEADER D. + P. SAS         | PIAZZA MANZU', 11  | CLUSONE   | OTTICA         | 1^ SOPRALLUOGO | 25/10/2017    | 25/10/2017     | Risucci-Villa |
| AMPLIFON SPA                  | VIA GUSMINI, 46    | CLUSONE   | AUDIOPROTESICA | 1^ SOPRALLUOGO | 25/10/2017    | 25/10/2017     | Risucci-Villa |
| ORTOPEDIA BURINI SRL          | VIA STAZIONE, 2    | NEMBRO    | ORTOPEDIA      | 1^ SOPRALLUOGO | 23/08/2017    | 23/08/2017     | Tua-Villa     |
| AMPLIFON SPA                  | VIA ROMA, 2        | ALBINO    | AUDIOPROTESICA | CONTROLLO      | 23/08/2017    | 23/08/2017     | Tua-Villa     |
| AMPLIFON SPA                  | VIA SCHIVARDI, 2   | ROMANO L. | AUDIOPROTESICA | 1^ SOPRALLUOGO | 19/07/2017    | 19/07/2017     | Risucci-Villa |
| OTTICA FONTANA                | VIA MATTEOTTI, 5/7 | ROMANO L. | OTTICA         | CONTROLLO      | 19/07/2017    | 19/07/2017     | Risucci-Villa |
| AUDIONOVA ITALIA SRL          | VIA ORIANI, 19     | TREVIGLIO | AUDIOPROTESICA | 1^ SOPRALLUOGO | 19/07/2017    | 19/07/2017     | Risucci-Villa |
| OTTICA DEI PORTICI            | VIC. MONTALTO, 2   | TREVIGLIO | OTTICA         | CONTROLLO      | 19/07/2017    | 19/07/2017     | Risucci-Villa |
| ISNENGHI ISTITUTO OTTICO SNC  | VIA T. TASSO, 62   | BERGAMO   | OTTICA         | 1^ SOPRALLUOGO | 13/06/2017    | 13/06/2017     | Tua-Villa     |
| DITTA L.TIRONI SAS OTTICA     | VIA T. TASSO, 1    | BERGAMO   | OTTICA         | CONTROLLO      | 13/06/2017    | 13/06/2017     | Tua-Villa     |
| F.O.CHI.S. SRL                | VIA M. BUTTARO, 2  | DALMINE   | ORTOPEDIA      | CONTROLLO      | 13/09/2017    | 13/09/2017     | Tua-Villa     |
| ANDREA'S CENTER SAS           | VIA ITALIA, 81     | SERiate   | ORTOPEDIA      | CONTROLLO      | 13/09/2017    | 13/09/2017     | Tua-Villa     |
| OBIETTIVO UDITO SAS           | CORSO ROMA, 5/B    | SERiate   | AUDIOPROTESICA | CONTROLLO      | 13/09/2017    | 13/09/2017     | Tua-Villa     |

## PIANO DI CONTROLLI 2018

Si illustra il Piano dei controlli per l'anno 2018 relativo al Servizio Farmaceutico Territoriale:

### 1. SERVIZIO DI VIGILANZA FARMACEUTICA

Per quanto riguarda il Servizio di Vigilanza Farmaceutica il Piano dei controlli 2018 verterà su questi argomenti:

- Vigilanza sulle Farmacie/Dispensari farmaceutici della Provincia di Bergamo in convenzione con il SSN, sia ai fini tecnico-amministrativi che igienico – sanitari, svolta ai sensi del T.U.LL.SS. (art.111 e 127) e L.R. n. 33/2009 (art.180 e 82);
- Vigilanza su Grossisti/Depositari per rilascio e 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);
- Vigilanza su esercizi commerciali che vendono farmaci O.T.C. e S.O.P.;
- Vigilanza RSA.

Obiettivo e risultato atteso:

- Controllo di almeno il 40 % ( 147 su un totale di 331) tra Farmacie e Dispensari farmaceutici.
- Controllo del 17 % (20 su un totale di 119) tra Grossisti/Depositari, Esercizi Commerciali, RSA.
- Ispezioni a cura delle apposite Commissioni di Vigilanza all'uopo istituite (ispezioni ordinarie/straordinarie/preventive).
- Verifica degli adeguamenti effettuati a seguito di prescrizioni emesse in sedi ispettive.
- Verifica dell'avvenuto pagamento di eventuali sanzioni.
- Redazione di verbale di ispezioni, verbali di contestazioni di illeciti amministrativi, verifica delle misure correttive adottate, gestione scritti difensivi avverso verbali di contestazione e ordinanze ingiunzioni.

### 2. SERVIZIO DI FARMACOECONOMIA

Nel corso del 2018 si intende proseguire con tutte le attività poste in essere nel 2017 ed in particolare:

- il monitoraggio della spesa farmaceutica sia a livello ospedaliero che territoriale, con particolare attenzione alla prescrizione dei farmaci equivalenti e biosimilari
- il controllo sistematico delle schede di segnalazione di diagnosi e piano terapeutico inviate dalle Strutture Autorizzate e la gestione informatizzata dei dati riportati su Piano Terapeutico.

Si intende implementare nell'applicativo dedicato anche la gestione dei Piani Terapeutici per Inibitori delle dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4) da soli ed in associazioni, per Analoghi del recettore GLP-1 (glucan-like-peptide-1) e per Inibitori del cotrasportatore SGLT2 (sodio-glucosio tipo2), molto complessi ed articolati oltre che numericamente molto consistenti.

- i controlli a campione sull'appropriatezza prescrittiva a carico del SSN a seguito di significative anomalie prescrittive riscontrate dalla ATS (errata segnalazione nota AIFA ecc.)

In riferimento all'appropriatezza prescrittiva in accordo con le indicazioni regionali si intende vigilare in particolare sulle note AIFA n.4, 13,39, 51, 66, 74, 79 e dei medicinali ATC C10AX09 (ezetimibe) e C10BA02 (ezetimibe+simvastatina).

- l'attività di controllo sui "prescrittori critici" anni 2015-2016
- l'attività di controllo dei farmaci rendicontati in File F in particolare come da indicazioni regionali:
  - 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%

Inoltre per i seguenti farmaci relativamente alle indicazioni non soggette a scheda AIFA, rituximab, trastuzumab e temozolamide: 50%.

### **3. UFFICIO FARMACOCONTABILITÀ**

Per quanto riguarda l'Ufficio di Farmacocontabilità si prevede il proseguimento del Progetto "Un Team per le ASL"(ATS), anche per tutto l'anno 2018 orientato alla realizzazione di una attività straordinaria di supporto da parte di LISPA verso le ATS per il recupero dei contenziosi relativi alle rettifiche contabili pregresse nel periodo 2008-2016 con la produzione delle prime lettere.

Si ricorda che secondo quanto previsto dal DPR 371/98 le ATS entro 30 gg dalla conclusione del contenzioso devono concludere i conguagli contabili.

L'obiettivo e il controllo saranno l'attivazione contradditori con le farmacie per gli anni 2009-2010-2011 con trasmissione delle prime lettere, contradditori, chiusura delle posizioni e relativa deliberazione.

Come per gli anni precedenti continuano i controlli in tempo reale in merito ai moduli web-care, ricette web-dpc e prenotazioni Siss.

### **4. UFFICIO PROTESICO**

Il Piano dei Controlli 2018 prevede una verifica e controllo delle autocertificazioni presentate all'ATS di Bergamo per l'accredito nell'elenco regionale dei fornitori di protesi e ausili di cui all'elenco 1 del D.M. 332/99 e s.m.i.

Si chiede di realizzare il controllo del 30% dei fornitori accreditati con l'ATS Bergamo ossia 20 esercizi su un totale di 62.

I controlli che verranno effettuati saranno i seguenti:

- Verifica della presenza del Tecnico Ortopedico/Audioprotesista/Ottico durante l'apertura dichiarata dell'attività, rispetto delle norme contenute nel D.M. 332/99 e da D.P.C.M. del 12.01.2017 e delle disposizioni regionali come da DGR n. 8730 del 22.12.2008;
- Verifica delle autocertificazioni prodotte dal fornitore;
- Controllo delle strumentazioni presenti nei negozi come stabilito nella check-list nella Nota Regionale Prot. N. H1.2011.0027302 del 19.09.2011 attualmente in vigore;
- Verifica della corretta gestione delle pratiche nell'applicativo regionale Assistant@RL, nell'ordine del 5% (a campione) delle prescrizioni prese in carico dal fornitore;
- Verifica della corretta applicazione della Legge sulla Privacy e sulla tenuta dei dati sensibili dei cittadini.

L'obiettivo del 2018 sarà realizzare il Controllo del 100% (20 su 20) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo e la verifica a campione del 5% delle pratiche gestite dal fornitore attraverso l'applicativo Assistant@RL.

**Attività di monitoraggio e controllo svolta dal Dipartimento Cure Primarie nell'anno 2017  
relativamente alla sperimentazione CReG**

Nel corso dell'anno 2017 è stata implementata l'attività di controllo inerente la sperimentazione CReG con prevalente riferimento all'attività 2016, sulla base dei dati forniti da R.L. (CReG PAI, CReG gest,..., flussi informativi sanitari,...) e di quanto rendicontato all'ATS dallo stesso soggetto Gestore ( IML s.c.p.a.) al di fuori del canale SMAF.

I controlli e le verifiche dell'ATS hanno riguardato quanto previsto nel "Contratto anno 2016 per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Agenzia di Tutela Salute (ATS) di Bergamo e la Società Iniziativa Medica Lombarda I.M.L. società cooperativa a r.l. per la gestione Clinico-organizzativa dei pazienti affetti da malattie croniche, secondo il modello CReG (Cronic Related Group) nell'ambito delle cure Primarie" (approvato con delibera n. 279 del 29/04/2016).

In particolare, tra l'altro, hanno interessato:

- il mantenimento dei requisiti organizzativi e funzionali previsti dalla DGR n. IX/1479 del 30.03.2011 (e succ. modifiche e integrazioni) tramite specifica Check List;
- il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati nell'allegato A) del Contratto definito "Protocollo Attuativo del Contratto CReG";
- appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI vs EPA (controlli ex ante);
- appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post);
- outcome di salute malattia-specifici (verifica a cura del Servizio Epidemiologico Aziendale).

Tutta la documentazione prodotta è stata presentata, valutata e approvata dal "Comitato di Monitoraggio CReG" dell' ATS, organo di controllo dell'andamento del Progetto.

Di seguito vengono presentate le principali valutazioni.

**Mantenimento requisiti organizzativi e funzionali**

Il Dipartimento Cure Primarie (DCP) dell'ATS ha effettuato controlli presso la Sede della Cooperativa IML e presso un campione di studi di MAP:

**Controlli requisiti "organizzativo e funzionali" presso gli Studi dei MAP CREG**

Presso gli studi di 32 Medici di Assistenza Primaria (MAP), aderenti al progetto CreG, sono stati valutati i seguenti requisiti organizzativi e funzionali (per i dettagli si rimanda alla documentazione agli atti del DCP):

- a) accettazione e sottoscrizione del Patto di Cura da parte dei pazienti arruolati;
- b) consenso al trattamento dei dati personali firmato da parte dei pazienti arruolati, secondo le modalità previste dal DDG n° 7407 del 01/08/2014;
- c) predisposizione PAI, a cadenza annuale, con sottoscrizione dello stesso PAI per ciascun paziente in carico;
- d) archiviazione documentazione (cartacea e/o informatica) nel rispetto della privacy;
- e) svolgimento funzione del Case Manager;
- f) formazione del MAP;
- g) conoscenza attività del Centro Servizi della Cooperativa IML s.c.p.a.;
- h) opinione dei propri assistiti rispetto al progetto CReG.

Non sono state rilevate criticità.

Durante i controlli si è sempre raccomandata la personalizzazione del PAI, al fine di assicurare cure appropriate e personalizzate, secondo il principio della centralità dell'assistito.

### **Customer MAP aderenti al CReG**

Nel mese di novembre 2016, è stato distribuito un questionario di gradimento - costituito da 8 domande - ai MAP CReG allora aderenti alla Società Cooperativa INIZIATIVA MEDICA LOMBARDA (I.M.L.) s.c.p.a..

Sono state restituite a Gennaio 2017 n. 130 schede, pari al 79% del totale distribuito.

Principali obiettivi dell'indagine:

- valutazione del grado di soddisfazione dei MAP, verso il servizio offerto dal Centro Servizi IML s.c.p.a. (più del 70% dei MAP si è detto abbastanza soddisfatto, mentre il 9% si è detto molto soddisfatto);
- valutazione complessiva del progetto CReG, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici (più del 70% dei MAP si è detto abbastanza soddisfatto, mentre il 14% si è detto molto soddisfatto).

I risultati completi della customer, sono agli atti del DCP.

### **Controlli requisiti "strutturali e funzionali" del Gestore CReG - I.M.L. s.c.p.a.**

Nelle date 22/12/2016 e 02/02/2017, l'équipe del DCP dell'ATS di Bergamo ha effettuato due incontri (i cui verbali sono agli atti del DCP) presso la sede di IML s.c.p.a., onde verificare il mantenimento dei requisiti organizzativo-funzionali di esercizio, nell'ambito del progetto CReG.

Per la verifica si è utilizzata specifica check list ed è stata richiesta documentazione, ad integrazione del documento "Requisiti Gestore CReG", fornito dalla Cooperativa.

A conclusione degli accertamenti sulla documentazione ricevuta, si è rilevato che il livello di accettabilità complessivo è risultato positivo.

### **Appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI (controlli ex ante):**

Il DCP ha controllato, tramite apposito applicativo, i PAI formulati dal 22,56% dei Medici di Assistenza Primaria aderenti al progetto CReG estratti a random.

Tutti i PAI, in cui la % di congruenza rispetto all'EPA (calcolata rispetto a SET di riferimento) è risultata inferiore al 70%, sono stati verificati. In particolare, da inizio Ottobre 2017 durante la verifica presso gli studi medici, l'équipe del DCP ha discusso, con proficua collaborazione, anche il 52,24% di tali PAI direttamente con i MAP, che li hanno compilati.

In particolare, si segnala che le valutazioni sui PAI effettuate presso gli ambulatori dei MAP CREG hanno riguardato soprattutto:

- classi CREG;
- trattamento farmaceutico;
- prestazioni diagnostiche;
- prestazioni specialistiche;
- personalizzazione del PAI.

Tali verifiche sono state eseguite soprattutto con una finalità costruttiva, onde migliorare l'aderenza al progetto e, quindi, i suoi obiettivi.

Dai risultati aggregati di tale attività (vedasi anche lo specifico documento agli atti del DCP) con le relative conclusioni, in particolare si segnala:

in alcuni casi la CLASSE CReG assegnata al paziente cronico non era corrispondente alla patologia di cui il paziente era affetto; ricordato in ogni caso al MAP di segnalare tale incongruenza tramite l'apposito applicativo "CReG gest" in uso;

n. 243 PAI risultavano essere sottostimati nella farmaceutica. Criticità dovuta probabilmente a mancata estrazione, con l'apposito programma, del farmaco prescritto dalla cartella del MAP, in quanto, dal controllo delle prescrizioni farmacologiche eseguito presso lo studio dei MAP risultava invece essere presente la prescrizione di trattamento per la patologia cronica sofferta (ad eccezione di alcuni pazienti diabetici, ipertesi ed ipercolesterolemici in buon compenso per i quali era stata prevista, dal sanitario prescrittore, la sola terapia dietetica, come confermato anche dai MAP durante il colloquio);

relativamente alle prestazioni diagnostiche in generale verificata una buona coerenza mentre in riferimento alle prestazioni specialistiche non sono state rilevate particolari criticità;

relativamente alla personalizzazione dei PAI sono presenti in molti di questi integrazioni di prestazioni rispetto ai set di riferimento.

### **Appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post)**

Nel corso dell'anno 2017 è stata effettuata dal DCP dell'ATS di Bergamo la verifica di congruenza, a campione, dei pazienti arruolati in CReG (PAI), tra le prestazioni programmate e quelle eseguite.

Definito, come da contratto, il 50% quale valore soglia di congruenza nel rapporto tra le prestazioni effettuate e le prestazioni programmate, si è proceduto alla valutazione dei dati relativi ai pazienti di 72 MAP - individuati tramite campionatura casuale - per un totale di 4.634 PAI corrispondenti a circa il 20% del totale dei PAI compilati nell'anno 2016.

Di questi, in 1.216 casi si è riscontrata l'effettuazione di meno del 50% delle prestazioni programmate.

Come da contratto il DCP ha chiesto ad IML s.c.p.a. le controdeduzioni in merito ai 1.216 casi, che presentavano meno del 50% di prestazioni eseguite, rispetto a quelle programmate nei PAI. Sono quindi pervenute, da parte di IML s.c.p.a., controdeduzioni relative a n. 191 dei 1.216 casi non complianti (pari al 15,70%) che sono stati sottoposti al vaglio del "Comitato di Monitoraggio CReG" della ATS, con accettazione delle stesse in 69 casi.

Pertanto il "Comitato di Monitoraggio CReG" della ATS, ha ratificato che in 1147 casi non si è riscontrata l'effettuazione di almeno il 50% delle prestazioni programmate nel PAI.

**Allegato A al contratto – Protocollo attuativo del contratto CReG:**  
**verifica raggiungimento obiettivi concordati**

**Obiettivi generali:**

| <b>descrizione</b>                                                                                                       | <b>indicatore</b>                                                                                                                      | <b>obiettivo</b>               | <b>strumenti</b>                                                 | <b>% penalità</b> | <b>ESITO</b>                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| Misura dei livelli di performance del reclutamento da parte del Gestore (indipendentemente dalla tipologia del paziente) | Numeratore:<br>numero dei pazienti arruolati<br><br>Denominatore:<br>numero dei pazienti arruolabili per Gestore                       | ≥ 60% dei pazienti arruolabili | Portale CReG                                                     | 1%                | NON RAGGIUNTO<br><br>(verifica DCP)       |
| Misura dei livelli di performance di reclutamento 'attivo' da parte del Gestore                                          | Numeratore:<br>numero <b>classi CReG (*)</b> con % arruolati ≥ 60<br><br>Denominatore: 10 (prime dieci classi CReG)                    | Rapporto con risultato ≥ 6     | Portale CReG                                                     | 1%                | NON RAGGIUNTO<br><br>(verifica DCP)       |
| Presa in carico assistiti conformemente al PAI (concordanza tra PAI e consumi)                                           | Numeratore:<br>prestazioni del PAI erogate nel periodo di validità del PAI<br><br>Denominatore:<br>prestazioni totali previste nel PAI | Livello di concordanza ≥ 50%   | Linkage tra flussi PAI, flussi amministrativi regionali (28-SAN) | 1%                | <b>14 RAGGIUNTO</b><br><br>(verifica DCP) |

*\* prime 10 classi CReG: 560001, 500602, 480802, 500001, 630001, 320001, 290001, 480001, 300001, 200001*

**Obiettivi specifici:**

| <b>tipo</b>       | <b>descrizione</b>                                                                                              | <b>obiettivo</b>                                                                                                     | <b>strumenti</b>                                                                                                                                                                                 | <b>% penalità</b> | <b>ESITO</b>                                                                                                                                                             |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROCESSO</b>   | Tutoraggio del Centro Servizi (Call Center) su pazienti arruolati: % di pazienti contattati dal Centro Servizio | N° pazienti contattati /totale pazienti ≥ 55%                                                                        | Analisi flusso informativo di rendicontazione dell'attività del Centro Servizi                                                                                                                   | 1%                | NON RAGGIUNTO<br><br>(vedasi comunicazione IML del 15/09/17 prot. 157/AB)                                                                                                |
| <b>QUALITÀ</b>    | <i>Customer Satisfaction</i> su pazienti arruolati                                                              | N° questionari compilati/ totale arruolati ≥ 20%                                                                     | Invio di un flusso informativo concordato con l'ATS                                                                                                                                              | 1%                | NON RAGGIUNTO<br><br>(vedasi comunicazione IML del 15/09/17 prot. 157/AB)                                                                                                |
| <b>FORMAZIONE</b> | Piano di Formazione                                                                                             | Redazione Piano di Formazione                                                                                        | Invio del Piano di Formazione entro il 15.06.2016                                                                                                                                                | 2%                | <b>RAGGIUNTO</b><br>(verifica DCP)                                                                                                                                       |
| <b>PROCESSO</b>   | Sperimentare innovazioni di processo                                                                            | Attività connesse alla ricetta elettronica                                                                           | % di ricetta elettronica da parte dei medici prescrittori CReG (considerando la totalità dei propri pazienti) superiore alla % di ricetta elettronica degli altri MMG della provincia di Bergamo | 2%                | <b>15 RAGGIUNTO</b><br><br>(verifica DCP)                                                                                                                                |
| <b>RISULTATO</b>  | <i>Outcome</i> di salute malattia-specifici                                                                     | A) Riduzione Hb Glicata (obiettivo raggiunto)<br><br>B) Riduzione PA nei soggetti ipertesi (obiettivo non raggiunto) | Analisi dei flussi informativi                                                                                                                                                                   | 2%                | <b>RAGGIUNTO AL 50% - obiettivo A) raggiunto; obiettivo B) non raggiunto -.</b><br><b>(penalità pari dunque all'1%)</b><br><br>(verifica Serv. Epidemiologico Aziendale) |

N.B. gli obiettivi non raggiunti comportano decurtazioni economiche valorizzate in % rispetto al Delta conseguito, e calcolate da parte dei competenti uffici di questa ATS.

## **Attività di monitoraggio e controllo programmata per il Dipartimento Cure Primarie nell'anno 2018 relativamente alla sperimentazione CReG**

Verifica, nel primo semestre 2018, in un ulteriore 10% di casi relativi all'anno 2016, della appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post).

Proseguiranno i controlli e le verifiche dell'ATS con riferimento a quanto previsto nel "Contratto anno 2017 per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Agenzia di Tutela Salute (ATS) di Bergamo e la Società Iniziativa Medica Lombarda I.M.L. società cooperativa a r.l. per la gestione Clinico-organizzativa dei pazienti affetti da malattie croniche, secondo il modello CReG (Cronic Related Group) nell'ambito delle cure Primarie" (approvato con delibera n. 366 del 11/05/2017).

In particolare gli accertamenti interesseranno:

- il mantenimento dei requisiti organizzativi e funzionali previsti dalla DGR n. IX/1479 del 30.03.2011 (e succ. modifiche e integrazioni) tramite specifica Check List.
- Il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati nell'allegato A) del Contratto definito "Protocollo Attuativo del Contratto CReG".
- Appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI vs EPA (controlli ex ante); verifica di almeno il 20% dei PAI.
- Appropriatezza quali/quantitativa delle prestazioni pianificate nei PAI vs prestazioni effettuate (controlli ex post); verifica di almeno il 20% dei PAI.
- Outcome di salute malattia-specifici (verifica a cura del Servizio Epidemiologico Aziendale).