

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Bergamo

PIANO DEI CONTROLLI

Anno 2017

(ai sensi della DGR X/5954 del 5/12/2016)

ATS della Provincia di Bergamo

dott. Mara AZZI

Direttore Generale

DIPARTIMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE, ACCREDITAMENTO, ACQUISTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE (DPAAPSS)

Il presente Piano dei Controlli 2017, è stato redatto con riferimento alle indicazioni contenute nelle “Regole di sistema 2017” (DGR X/5954 del 05/12/2016) che definiscono i principi che ispirano le attività dell’ATS anche nel settore della vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie a contratto, e alle indicazioni fornite dall’Agenzia di Controllo del Sistema Socio sanitario Lombardo con DGR X/6502/2017.

Nella strategia generale che governa il Dipartimento PAAPSS dell’ATS di Bergamo, il Piano Annuale dei Controlli è inteso come lo strumento principale volto a definire, evidenziare ed integrare le linee di intervento previste ad inizio d’anno per tutte le aree oggetto di controllo, indirizzate al rispetto delle regole specifiche di settore, illustrate agli stakeholder del Sistema Sanitario e Sociosanitario regionale nella sua organizzazione locale.

Il Piano si intende declinato su tre momenti fondamentali:

1. vigilanza delle unità di offerta sanitarie e socio-sanitarie mediante la verifica del possesso/mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento;
2. monitoraggio della spesa sanitaria e controllo del rispetto delle regole contrattuali e delle regole di sistema da parte degli erogatori;
3. valutazione dell’appropriatezza delle prestazioni erogazioni sanitarie e socio-sanitarie rese dalle strutture a contratto.

Lo scopo di tali azioni è finalizzato a perseguire e monitorare la qualità delle prestazioni erogate, rendere sempre più efficiente l’allocazione e l’utilizzo delle risorse disponibili, elementi fondamentali per il governo del sistema sociosanitario locale a tutela dei cittadini, e della soddisfazione dei bisogni di salute in particolare per chi si trova in condizioni di cronicità e di fragilità.

Il contesto territoriale

Il territorio di competenza dell’ATS Bergamo coincide con quello della provincia di Bergamo, per estensione la quarta provincia della Lombardia.

La popolazione residente in provincia all’ 01/01/2017 risultava essere pari 1.110.130 abitanti distribuiti in 242 comuni, suddivisi in 3 distretti socio sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

Classe d’età	Femmine	Maschi	Totale
0-13	75.026	79.485	154.511
14-64	358.314	371.312	729.626
65-74	59.677	55.734	115.411
> 75 anni	67.283	43.299	110.582
Totale	560.300	549.830	1.110.130

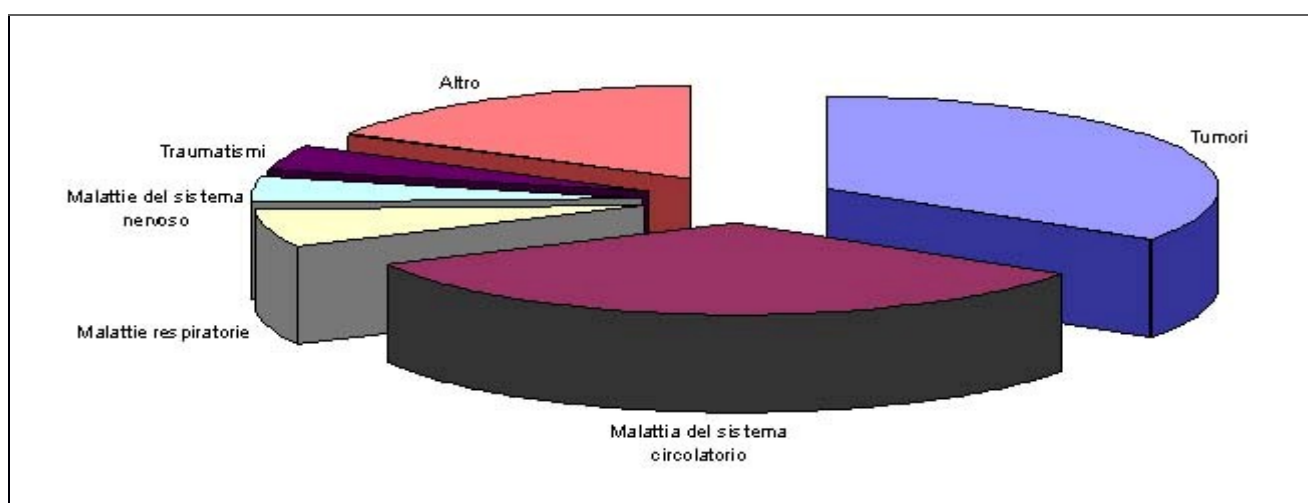
La dinamica demografica della provincia è stata caratterizzata, in questi ultimi quindici anni, da un tasso di natalità relativamente elevato e da un basso tasso di mortalità complessiva, congiuntamente ad un saldo migratorio positivo.

Questi fattori hanno determinato, nel tempo, un costante sviluppo della popolazione, che nell'ultimo triennio, si è tuttavia tendenzialmente stabilizzato. Tale tendenza alla stabilizzazione è comune anche alla presenza di cittadini di origine straniera.

La struttura demografica della popolazione presenta un indice di vecchiaia pari a 123,3%, con un ulteriore incremento rispetto all'anno precedente (pari a 119,8%), mentre il tasso di natalità appare leggermente in calo (9,4 per 1.000 abitanti rispetto a 10,0 per 1.000 abitanti). I residenti di età superiore a 64 anni rappresentano, nel 2015, una quota percentuale sull'intera popolazione pari a 19%, simile a quella del 2014. Il tasso medio della mortalità provinciale è pari a 8,5 (per 1.000 abitanti), inferiore rispetto a Regione Lombardia (9,2 per 1.000 ab.) e Italia (9,3 per 1.000 ab.).

Per quanto riguarda la mortalità specifica per causa (anni 2009-2014), il quadro epidemiologico dell'ATS Bergamo è caratterizzato 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 per cause cardiovascolari sono in linea con i rispettivi tassi regionali. Un dato positivo emerge per i tumori della mammella, in cui il tasso di mortalità è al di sotto del tasso regionale, a testimonianza dell'utilità delle azioni di prevenzione attivate.

Mortalità proporzionale per grandi cause



GRUPPI DI PATOLOGIE-MORTALITÀ PROPORZIONALE	% MASCHI	% FEMMINE	% TOTALE
Tumori	39,89	29,76	34,57
Malattia del sistema circolatorio	29,47	36,27	33,04
Malattie respiratorie	6,93	6,26	6,58
Malattie del sistema nervoso	3,87	5,49	4,73
Traumatismi	5,14	3,13	4,08
Altro	14,70	19,09	17,01

Per quanto riguarda le Patologie croniche in provincia di Bergamo legate al progressivo deterioramento fisiologico che si accompagna ai naturali processi di invecchiamento, insieme alla disabilità ed alla perdita dell'autosufficienza fisica, la categoria delle cardiovasculopatie è quella quantitativamente più rappresentata, seguita dalle neoplasie e dal diabete. I consumi pro-capite più elevati sono determinati dalle categorie trapiantati, HIV/AIDS e insufficienza renale cronica.

L'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico ora delineato, caratterizzato dal costante aumento della frazione di persone anziane, ha comportato un parallelo incremento della prevalenza di patologie cronico-degenerative. In linea generale si assiste, quindi, ad un progressivo aumento dell'aspettativa di vita, associato all'aumento della prevalenza del numero di soggetti adulti/anziani affetti da patologie croniche e a lungo termine, così come, d'altro canto, si osserva un aumento della fragilità legata alla perdita di abilità fisiche, psicologiche e sociali, spesso in presenza di quadri clinici di grande complessità. Una dimensione di fragilità di particolare rilevanza è quella riferita alla condizione di non autosufficienza della persona, determinata sia dall'invecchiamento associato a malattie, sia dall'occorrenza di alcune patologie, insorgenti alla nascita o nel corso dell'esistenza, che limitano la capacità funzionale e che richiedono alla famiglia la messa in campo, per l'assistenza, di notevoli risorse fisiche e psicologiche, oltre che economiche.

Profilo dell'offerta

Per quanto concerne l'offerta, esiste sul territorio provinciale una realtà 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.

In generale, si può evidenziare come le indicazioni fornite dai provvedimenti regionali (in particolare in tema di Cure Sub Acute, Chirurgia a bassa complessità e Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità) e la sospensione di accreditamenti e messa a contratto di nuove attività sanitarie abbiano comportato, a partire dal 2010, una progressiva riduzione del numero di posti letto ordinari e di quelli di day hospital.

Sono formalmente accreditati e a contratto n. 4.081 posti letto, di cui 3.810 ordinari e 271 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.

Il tasso di ospedalizzazione si conferma in costante diminuzione, con un valore di 109 ricoveri per 1000 assistiti nel 2015, 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, attestata da anni attorno al 12-13%.

La distribuzione territoriale delle attività presenti al 31/12/2016 viene riassunta e visualizzata nelle tabelle successive.

Totale posti letto pubblici 2016						
		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	14	109	0	0
	PO F.M. Passi Calcinante (sospesi)	87	2	89	0	0
ASST BERGAMO OVEST	PO Treviglio Caravaggio	387	24	411	0	0
	PO SS. Trinità Romano di Lombardia	178	13	191	0	0
ASST PAPA GIOVANNI	PO Civile San Giovanni Bianco	105	4	109	0	0
	Ospedale Papa Giovanni XXIII	953	71	1024	0	0
	Totale	2380	166	2546	0	0

Posti tecnici								
		Dialisi	Cal	Mac	Cure sub acute	Chirurgia a bassa Complessità	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			10	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	10	3		
030134	PO F.M. Passi Calcinante				20	2	0	
030361	Habilita San Donato							
030360	FERB Gazzaniga							
030354	Nephrocare Spa	22	34					
	Totale	133	73	202	104	56	135	24

Totale posti letto Strutture private autorizzate e/o accreditate 2016									
		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	170	9	179	96	27	123	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	5	0	5		
030379	Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico	107	6	113	0	0	0		
030361	Habilita San Donato	0	0	0	23	0	23		
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
	Totale	1430	105	1535	155	40	195	24	4

Strutture territoriali accreditate

<i>Tipologia di attività</i>	<i>pubblici</i>	<i>privati</i>
Poliambulatori	11	16
Centri di Medicina dello sport	1	10
Laboratori analisi		3
Psichiatria /NPI(CRA-CRM-CPA-CPM-CPB-CD)	25	25

Report finale di attività Anno 2016

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.

I controlli delle SDO effettuati dal NOCE/Ricoveri hanno ottemperato ai contenuti del Piano dei Controlli della ATS di Bergamo riguardante l'anno 2016 e adottato con Deliberazione del Direttore Generale n°54 del 29 gennaio 2016.

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.

Nel corso del 2016, a seguito dell'attuazione della L. R. 23/2015, in Provincia di Bergamo alcuni presidi ospedalieri pubblici sono stati ridistribuiti nelle nuove ASST. Il presidio di S. Giovanni Bianco è stato assegnato alla ASST Papa Giovanni XXIII e il presidio di Calcinante alla ASST Bergamo Est. In quest'ultimo presidio è stata sospesa l'attività per acuti e mantenuta l'attività dei posti letto per subacuti.

Tipologia dei controlli

Come da indicazione regionale DGR 4702 del 29/12/2015 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 ed 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 di volta in volta adottati presso gli Erogatori controllati.

Controlli di Congruenza ed Appropriatezza Generica 7%

L'attività di campionamento si è concentrata sulla tipologia di 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 4702 del 29/12/2015.

Quindi si è provveduto al monitoraggio di:

- codifiche in ambito neonatale (malnutrizione – ittero)
- indicazioni al ricovero in terapia intensiva neonatale
- taglio cesareo
- esame dei ricoveri relativi ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero, di cui all'Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012
- chirurgia bariatrica e post bariatrica
- Procedure interventistiche effettuate in endoscopia
- Monitoraggio dei ricoveri brevi
- Monitoraggio ricoveri complicati
- Monitoraggio incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
- Monitoraggio ricoveri ripetuti
- Monitoraggio Day – Hospital

Esito dell'attività svolta nell'anno 2016

L'intero campione provinciale analizzato ha avuto come periodo temporale di competenza il periodo esteso tra aprile 2015 e settembre 2016.

Come da tabella (Tab. 1) è stata eseguita un'attività di controllo effettivo che ha interessato **22.529** SDO/cartelle cliniche pari al **14.59%** della produzione dei ricoveri ospedalieri raggiungendo gli obiettivi prefissati da Regione Lombardia.

Tab.1 Attività 2016 - Cartelle controllate

	N° SDO controllate	atteso regionale	% SDO controllate sul totale produzione
Congruenza Guidata	11.628	10.938	7.53%
Autocontrollo qualità	4.627	4.583	3%
Autocontrollo congruenza	6.274	6.110	4.06%
TOTALE	22.529	21.952	14.59%

Anche quest'anno nessuna struttura ha superato, per singolo controllo, la soglia del 5% di decurtazione economica evitando quindi irrogazione di sanzioni amministrative.

Le SDO controllate risultano suddivise in 89% Ricoveri Ordinari e 11% Ricoveri di DH/DS.

Il 6% delle SDO controllate hanno riguardato ricoveri in Riabilitazione.

Nel corso dell'anno è pervenuta la richiesta, da parte di Regione Lombardia, di estendere il controllo a 320 SDO di ricoveri fruiti da pazienti di provenienza extraregionale negli anni 2011-2012-2013 qualora le stesse non fossero già state sottoposte a controllo.

Si è provveduto quindi a verificare 293 SDO (27 erano già state sottoposte a controllo) di cui solo 2 non confermate con modifica del Drg.

Autocontrollo di congruenza 4%

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 utilizzati.

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 .

Autocontrollo di qualità documentale 3%

Tutte le strutture hanno effettuato l'invio all'ATS degli esiti nei tempi previsti dalle regole d'esercizio (30/09/2016).

Si è 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.

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%

Congruenza Guidata 7%	%	ESITI	Autocontrollo Congruenza 4%	%
10.656	94.0%	A	5.987	96%
50	0,4%	B	2	0,03%
30	0,3%	C	3	0.05%
131	1,2%	D	180	2.9%
251	2.2%	E	84	1.3%
2	0,02%	F	6	0,1%
0	0,0%	G	0	0%
0	0,0%	H	0	0%
0	0,0%	I	0	0%
0	0,0%	L	0	0%
20	0,2%	M	4	0.1%
193	1,7%	X	8	0,1%
2	0,1%	K	0	0%
11.335	100.0%	TOT	6.274	100%

Sono stati riscontrati in prevalenza

- **esiti E nel DRG 127 insufficienza cardiaca e shock e 372 parto vaginale complicato**
- **esiti D nel DRG 373 parto vaginale non complicato**
- **esiti C nel DRG 270 altri interventi sulla pelle**
- **esiti B nel DRG 288 interventi per obesità**

LEGENDA ESITI

A	Pratica confermata
B	Pratica non confermata, valorizzazione annullata perché ricompresa in altra pratica
C	Pratica non confermata, valorizzata in base al nomenclatore tariffario ambulatoriale
D	Pratica non confermata, con modifica degenza ordinaria e degli accessi in DH
E	Pratica non confermata, con modifica del DRG
F	Pratica non confermata, con modifica di DRG e degenza ordinaria/accessi di DH
G	Pratica non confermata, con modifica di DRG e regime di ricovero
H	Pratica non confermata, con modifica di regime di ricovero, con o senza modifica della degenza
I	Pratica non confermata, con modifica di DRG, degenza e regime di ricovero
L	Pratica non confermata, per assenza del programma riabilitativo individuale
M	Pratica non confermata, con modifica della valorizzazione
X	Pratica confermata, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica
K	Pratica confermata, con modifica modalità di dimissione

Tab.3
Esiti autocontrollo

Autocontrollo qualità documentale		%
3%		
Cartella conforme	4.618	99,81%
Cartella parzialmente conforme	7	0,15%
Cartella non conforme	3	0,06%
Totale	4.627	100%

Tab. 4
Decurtazioni economiche per tipologia di controllo

Riflesso economico dell'attività svolta				
	Valorizzazione pre - verifica	Valorizzazione post - verifica	Differenza	%
7%	€ 63.447.169,00*	€ 62.583.819,22	-€ 863.349,78	-1,4%
3%	€ 14.479.893,00	€ 14.461.279,20	-€ 18.613,80	-0,1%
4%	€ 24.187.914,00	€ 23.961.861,00	-€ 226.053,00	-0,9%
tot	€ 102.114.976,00	€ 101.006.959,42	-€ 1.108.016,58	-1,1%

*comprese le SDO err_reg.

In dettaglio gli esiti per Presidio Ospedaliero (Tab. 5) e nella Tab.6 il confronto tra strutture pubbliche e private rispetto al numero di SDO contestate per singola tipologia di controllo.

Tab.5
SDO contestate per singolo presidio ospedaliero

PRESIDIO	7% CONTROLLI DI CONGRUENZA ED APPROPRIATEZZA GENERICA			4% AUTOCONTROLLO DI CONGRUENZA ED APPROPRIATEZZA GENERICA			3% AUTOCONTROLLO DI QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA			
	n° SDO controllate CG * SAO	n° SDO contestate	% SDO contestate	n° SDO controllate	n° SDO contestate	% SDO contestate	n° SDO controllate	N° SDO parzialmente conformi	n° SDO non conformi	% SDO contestate
PRESIDIO 1	996	47	4,7%	560	1	0%	410	0	0	0,0%
PRESIDIO 2	258	11	4,3%	119	0	0%	92	0	0	0,0%
PRESIDIO 3	625	62	9,9%	345	36	10%	260	1	1	0,4%
PRESIDIO 4	90	7	7,8%	0	0	0%	0	0	0	0,0%
PRESIDIO 5	48	3	6,3%	30	1	3%	20	0	0	0,0%
PRESIDIO 6	256	18	7,0%	132	3	2%	100	0	0	0,0%
PRESIDIO 7	333	31	9,3%	200	1	1%	129	0	0	0,0%
PRESIDIO 8	941	108	11,5%	527	66	13%	395	0	0	0,0%
PRESIDIO 9	1.041	43	4,1%	579	0	0%	430	0	0	0,0%
PRESIDIO 10	245	14	5,7%	126	0	0%	95	0	0	0,0%
PRESIDIO 11	323	20	6,2%	168	3	2%	132	0	0	0,0%
PRESIDIO 12	317	23	7,3%	162	113	70%	125	0	0	0,0%
PRESIDIO 13	873	47	5,4%	473	7	1%	350	0	0	0,0%
PRESIDIO 14	1.173	44	3,8%	648	0	0%	485	1	0	0,0%
PRESIDIO 15	100	3	3,0%	55	0	0%	41	0	0	0,0%
PRESIDIO 16	75	10	13,3%	60	4	7%	35	0	0	0,0%
PRESIDIO 17	35	3	8,6%	15	0	0%	12	0	0	0,0%
PRESIDIO 18	30	0	0,0%	15	1	7%	13	0	0	0,0%
PRESIDIO 19	28	1	3,6%	30	0	0%	11	2	0	0,0%
PRESIDIO 20	11	0	0,0%	6	0	0%	5	0	0	0,0%
PRESIDIO 21	95	10	10,5%	47	1	2%	35	0	0	0,0%
PRESIDIO 22	342	28	8,2%	190	5	3%	140	0	0	0,0%
PRESIDIO 23	3.100	146	4,7%	1787	43	2%	1.312	0	2	0,2%
TOTALI	11.335	679	6,0%	6.274	285	5%	4.627	4	3	0,1%

Nel presidio n° 4 è stata sospesa dal settembre 2015 l'attività per acuti e mantenuta l'U.O. Subacuti.

Tab.6
SDO contestate Pubblico /Privato

	Controllo di congruenza 7%			Autocontrollo di congruenza 4%			Autocontrollo di qualità documentale 3%				Totale contestate	%
	N° SDO controllate	N° SDO contestate	%	N° SDO controllate	N° SDO contestate	%	N° SDO controllate	N° SDO parzialmente conformi	N° SDO non conformi	%		
Strutture private accreditate	4.346	152	3.5	2.384	133	5.6	1.769	3	0	0.0	285	3.4
Strutture Pubbliche	6.989	332	4.8	3.890	154	4.0	2.858	1	2	0.1	488	3.6

Dal confronto pubblico privato per tipologia di controllo non emergono sostanziali differenze tra gli esiti dei controlli.

Nelle successive due tabelle Tab.7 e 8 è stato fatto un confronto degli esiti del controllo di congruenza guidata 7% degli ultimi 6 anni e la relativa decurtazione economica. Si evidenzia un costante miglioramento sia nella codifica, (esiti A) sia nella appropriatezza della durata dei ricoveri con un minor % di giornate decurtate (esito D) ed una sostanziale stabilizzazione negli esiti di tipo E.

Tab.7

Controllo di congruenza - Esiti periodo 2011 - 2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Esito A						
Pratica confermata	82,30%	88,4%	91,7%	92,6%	94,2%	94,0%
Esito D						
Pratica non confermata, con modifica degenza	9,0%	6,3%	3,6%	2,8%	1,8%	1,2%
Esito E						
Pratica non confermata, con modifica del DRG	3,5%	2,7%	2,5%	2,7%	1,9%	2,2%

Dopo un significativo miglioramento nei primi tre anni si mantiene pressoché invariata la situazione degli ultimi anni attestandosi a percentuali che possono ritenersi accettabili.

La tabella sottostante riguarda l'andamento dei controlli negli ultimi sei anni ove si è assistito soprattutto dopo l'introduzione dell'autocontrollo 3 % e 4%, nel 2010 il primo e nel 2013 il secondo, una maggior attenzione da parte delle strutture nell'autovalutazione delle codifiche apportate e della documentazione prodotta grazie anche ha una costante attività formativa e di consulenza attuata dal NOCER dell'ATS. Fenomeno ancora più evidente nel controllo di congruenza guidata 7% tab. 9

Tab.8

7%_4%_3% SDO contestate

Anno	Produzione SDO Anno Indice	Totale SDO Controllate	% SDO Controllate	SDO contestate	% delle contestate	Decurtato	% Decurtato
2011	169.338	17.535	10,40%	2.074	11,8%	-€ 2.046.758,81	-2,70%
2012	165.493	17.387	10,50%	1.280	7,4%	-€ 1.632.096,63	-2,10%
2013	157.895	22.619	14,30%	1.089	4,8%	-€ 1.341.085,19	-1,40%
2014	150.609	22.101	14,70%	1.029	4,7%	-€ 1.183.776,53	-1,30%
2015	154.452	22.580	14,60%	914	4,0%	-€ 988.284,78	-1,00%
2016	154.486	22.529	14,59%	973	4,4%	-€1.104881,58	-1,1%

Tab.9

Attività di controllo congruenza guidata 7%

anno	n° SDO controllate	n° SDO contestate	% SDO contestate	decurtazione economica
2011	12.408	2.192	18%	-€ 1.535.709,10
2012	11.968	1.391	12%	-€ 1.616.313,03
2013	11.348	946	8%	-€ 1.102.442,12
2014	10.976	812	7%	-€ 1.024.845,53
2015	11.313	654	6%	-€ 791.296,68
2016	11.335	679	6%	-€ 857.118,78

Tra gli obiettivi del piano di controllo 2016 era stato individuato quale intervento relativo all'appropriatezza, la stesura di documento propedeutico per l'uso appropriato del codice di scompenso cardiaco in riabilitazione cardiologica come avvio di percorsi condivisi a livello provinciale con le strutture. È noto che la diagnosi di scompenso cardiaco è una diagnosi maggiore sia per importanza clinica che epidemiologica, tant'è che il DRG 127 è il primo DRG medico prodotto in Italia. Con questi presupposti clinico-epidemiologici il NOCE R della ATS di Bergamo ha monitorato la produzione provinciale di tale DRG ed è intervenuto presso le varie strutture con due modalità convergenti, ossia con azioni correttive e con indicazioni di codifica.

Per quanto riguarda le azioni correttive, anche per l'anno 2016, il DRG 127 è risultato il primo DRG per modifiche apportate dal NOCE R e segnatamente è stato fatto oggetto di provvedimenti che hanno comportato esito E. Specificatamente risulta che il 4% di queste SDO ha subito interventi correttivi. Per quanto riguarda le indicazioni di codifica, il DRG 127 è stato fatto oggetto di un documento di indirizzo per la diagnosi e la codifica.

Tale documento è stato acquisito con apposita delibera in ATS e pubblicato in collaborazione col Dipartimento interaziendale provinciale di riabilitazione. Il documento predisposto dal NOCE R verrà ulteriormente ampliato e fatto oggetto di disamina comune nel corso dell'anno 2017.

Dai dati in possesso del NOCE-R relativi al trend evidenziato nei recenti anni passati e ricavato dal registro regionale SDO, si può affermare con sicurezza che la chirurgia bariatrica è ormai fenomeno sanitario pienamente consolidato in alcune strutture di ricovero e cura della Provincia, molte delle quali sono attrattive per cittadini residenti al di fuori della nostra regione. Tale fenomeno ha assunto particolare rilievo epidemiologico e remunerativo per alcune strutture provinciali che sembrano aver investito in questa direzione. Tale affermazione trova sostegno dai dati della tabella 8 in cui si traccia la produzione del DRG 288 negli anni scorsi presso le principali strutture che hanno scelto di dedicare risorse a tale attività. Il DRG 288 è per questo uno dei prevalenti DRG ad interesse locale. Gli esiti dei controlli hanno evidenziato che è il DRG con un maggior numero di esiti B nel corso dell'anno 2016 con il 7% delle SDO corrette in tal senso a seguito di non riscontro di criteri di appropriatezza relativi alla chirurgia bariatrica.

Tab.10
produzione DRG 288
Finestra temporale gennaio 2012 novembre 2016.

struttura	DRG 288 INTERVENTI PER OBESITA'				
	2012	2013	2014	2015	2016
1	1		1	4	
2	4	4	4	8	3
3	316	447	639	622	471
4	50	144	186	173	166
5	4	2	3	1	1
6	161	275	491	778	956
7	102	455	621	915	1115
Totale	638	1.327	1.945	25.01	2.712

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO

NOC/RICOVERI

ANNO 2017

Macro obiettivi	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture
In strutture sanitarie attività	RICOVERO
Azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni di ricovero rendicontate
Criticità /focus	• Monitoraggio dei ricoveri brevi • Monitoraggio ricoveri complicati • Monitoraggio incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa • Monitoraggio ricoveri ripetuti • Monitoraggio Day/Hospital Day/Surgery • Monitoraggio ricoveri di riabilitazione • Criticità anni precedenti • 410. Infarto sub endocardico senza tratto ST elevato (NSTEMI) • Appropriately generica DH chemioterapia • Codifica impianto valvola aortica e di altri interventi strutturali per via trans catetere sulle valvole cardiache • Eventuali indicazioni o aggiornamenti definiti dal Gruppo di Lavoro regionale "Accreditamento, Appropriately e Controllo". • Eventuali indicazioni o aggiornamenti definiti dall'Agenzia dei Controlli • Indicatori portale di governo DWH • Stesura di un protocollo condiviso sull'appropriatezza diagnostica e/o terapeutica in chirurgia bariatrica
Azione concreta da porre in atto	Verifica del 14% delle SDO prodotte dalle Strutture relative all'anno 2016/2017 • 7% come Congruenza modalità estrazione mirata • 3% come Autocontrollo qualità documentale con modalità di estrazione Casuale • 4% come Autocontrollo sulla congruenza con modalità di mirata a cura dei soggetti erogatori Selettività dei ricoveri da monitorare in relazione agli indicatori regionali Estensione delle verifiche a tutta la casistica prodotta qualora si evidenziassero comportamenti non casuali Erogazione sanzioni per violazioni statisticamente significative
Indicatore di risultato	verifica di n.°21.500 SDO entro il 28/02/2018

NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO DEGLI EROGATORI–AMBULATORIALE (NOCE/A)**Report finale di attività Anno 2016**

L'analisi seguente presenta la distribuzione dei controlli con l'effetto economico per tipologia di Struttura e il riepilogo generale aggiornato al 28 febbraio 2017.

ANNO 2016: CONTROLLI SU PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO 2015

TUTTE LE STRUTTURE	RECORD CONTROLLATI	RECORD CONTESTATI	DETRAZIONI ECONOMICHE
Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)	1.382	553	19.411,01
Controllo formale congruenza (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)	64.616	4.660	184.512,17
Applicazione LEA: prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza	10.355	476	31.287,21
Prestazioni complesse e ad alto costo (BIC, MAC, mucosectomie)	2.291	16	11.106,21
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)	58.123	643	12.872,39
Prestazioni di NPI	300	16	306
TOTALE	137.067	6.364	259.494,99

STRUTTURE PUBBLICHE	RECORD CONTROLLATI	RECORD CONTESTATI	DETRAZIONI ECONOMICHE
Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)	817	306	9.573
Controllo formale congruenza (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)	49.081	4.286	165.755,78
Applicazione LEA: prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza	7.399	171	6.405
Prestazioni complesse e ad alto costo (BIC, MAC, mucosectomie)	566	12	5.551,37
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)	47.767	452	10.814
Prestazioni di NPI	300	16	306
TOTALE			

STRUTTURE PRIVATE	RECORD CONTROLLATI	RECORD CONTESTATI	DETRAZIONI ECONOMICHE
Prestazioni potenzialmente comprese nel DRG o nella tariffa ambulatoriale BIC (PS seguito da ricovero, prestazioni erogate in corso di ricovero, prestazioni pre / post BIC)	565	247	9.838
Controllo formale congruenza (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009)	15.535,00	374,00	18.756,39
Applicazione LEA: prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea, Videoendoscopia, prestazioni di laboratorio analisi soggette a indicazioni di appropriatezza	2.956,00	305,00	24.882,46
Prestazioni complesse e ad alto costo (BIC, MAC, mucosectomie)	1.725	4	5.555
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)	10.356,00	191,00	2.058,07
TOTALE	31.137	1.121	61.090

L'obiettivo 2016 diretto al controllo di 136.191 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 rivolta alla verifica della qualità della documentazione e all'appropriatezza prescrittiva, stimolando il miglioramento della qualità dei referti e delle cartelle ambulatoriali, con la condivisione da parte di specialisti e operatori 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 risulta diminuito grazie al controllo interno avviato dalle Strutture. Ridotta, rispetto agli anni precedenti, la scorretta rendicontazione delle prestazioni incluse nella tariffa BIC presso le Strutture Pubbliche. La verifica proseguirà nel corso del 2017.

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

Gli errori rilevati denunciano scarso controllo interno da parte degli Enti, nel 2017 proseguirà il controllo capillare sulle prestazioni ambulatoriali.

3) Applicazione LEA

Nel 2016 la verifica è stata incrementata estendendo 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 2017 la verifica sarà ulteriormente ampliata.

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 concordati 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) si evidenzia che le Strutture Pubbliche non hanno tuttora attivato un controllo interno efficace.

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 sufficientemente complete ed esaustive.

VERIFICA FLUSSO INFORMATIVO DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

A partire dal 1.1.2015 il flusso informativo 28/SAN e MEF è stato unificato (flusso AMB) e deve essere trasmesso direttamente dagli Enti attraverso la piattaforma regionale SMAF. L'ATS, nel corso del 2016, 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 la seguente:

Prescrizioni:	1.960.733	Errori: 604	(0,03%)
Record:	2.185.272	Errori: 694	(0,03%)

La % dei record inviati oltre la scadenza prevista è stata pari allo 1,17% (131.394 / 1.536)

VERIFICA DATI STRUTTURE PSICHIATRICHE PRIVATE

I dati provenienti dalle Strutture Private Accreditate Psichiatriche nel primo semestre 2016 sono stati caricati mensilmente nel programma "valorizza" e trasmessi a Regione Lombardia su piattaforma Internet SMAF.

Dal primo luglio 2016 i dati sono stati trasferiti sull'applicativo "Psicheweb", messo a disposizione degli Enti per l'inserimento dei dati di attività.

Nel primo semestre 2016 è stato eseguito il controllo mensile delle valorizzazioni, sono stati identificati gli errori e normalizzati i dati, concordati di seguito con Regione Lombardia.

Il secondo semestre è ancora oggetto di verifica in quanto l'ATS non ha a disposizione l'applicativo "Psicheweb" per la valorizzazione e dai dati di ritorno di R.L. (ad oggi al mese di novembre) emerge un dato che penalizza le Strutture in quanto non vengono valorizzate tutte le attività rese.

VERIFICA DATI ATTIVITÀ TERMALE

Viene svolto il controllo della correttezza del tracciato e relativo invio in Regione in tempo utile.

VERIFICA TEMPI DI ATTESA COME DA INDICAZIONI REGIONALI.

Nel 2016 sono state eseguite 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. A partire dalla rilevazione del 3 agosto il flusso informativo di rilevazione dei tempi d'attesa, fino ad allora raccolto mediante la Piattaforma Internet "MTA", è migrato sulla piattaforma Internet SMAF, che raccoglie tutti i flussi regionali. Il flusso ha subito delle modifiche, prevedendo 3 file in formato csv che devono essere firmati digitalmente.

Nel 2016 la verifica è stata integrata dall'elaborazione dei tempi d'attesa "ex post" sul flusso informativo 28/SAN per alcune prestazioni risultate maggiormente critiche per i tempi d'attesa.

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 Distretti, Strutture Sanitarie e MAP fornendo informazioni e chiarimenti in merito alla codifica delle prestazioni ambulatoriali, diritto all'esenzione, appropriatezza prescrittiva, corretto utilizzo del ricettario SSN. In media pervengono quindici richieste mensili via mail o lettera, mentre le richieste telefoniche sono spesso 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.

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017		
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	
in strutture	sanitarie	Attività: ambulatoriale
Azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate	
Criticità / Focus on...	1) prestazioni potenzialmente comprese nel DRG di ricovero 2) prestazioni potenzialmente comprese nella tariffa della prestazione ambulatoriale	
Azione concreta da porre in atto	Controllo di un campione estratto dalla produzione 2016 (dati validati) di tutte le Strutture erogatrici. Il controllo riguarderà: • prestazioni di Pronto Soccorso seguite da ricovero (con estensione alle 48 ore precedenti il ricovero se la prestazione è erogata di sabato) • Verifica delle prestazioni di emodialisi in corso di ricovero (cod. 3995A) all. 11 DGR 937/2010 • ricerca di prestazioni potenzialmente comprese nella tariffa ambulatoriale (es. visita anestesiologicala, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo). Saranno verificate le prestazioni eseguite 15 gg prima e 25 giorni dopo l'intervento	
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate	
Articolazione/i coinvolta/e		

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017		
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	
in strutture	sanitarie	attività ambulatoriale
azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate	
Criticità / Focus on...	2) Controllo formale congruenza (DGR VII/12692 del 10/4/2003 e DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009) su dati validati 2016	
Azione concreta da porre in atto	Indicatori A: Prestazioni senza e con contrasto rendicontate contestualmente B: presenza contemporanea di due o più codici di radiodiagnostica D: presenza di codici ripetuti di radiodiagnostica E: prestazioni comprese nella tariffa di Dialisi F: presenza contemporanea di creatinina e creatinina clearance G: presenza contemporanea di glicemia e curva da carico H: presenza contemporanea di bilirubina frazionata e bilirubina totale I: presenza contemporanea di proteine totali e elettroforesi proteica K: presenza contemporanea di esame colturale e antimicrogramma O: estrazione RNA/DNA compresa nelle prestazioni di biologia molecolare P: congruenza tra codice esenzione e prestazioni rendicontate R: data contatto coincidente con ricovero S: verifica dell'esistenza in vita dell'assistito (coerenza con data contatto) T: verifica sul medico prescrittore (incarico cessato alla data compilazione ricetta) U: ricerca di codici che non possono essere rendicontati contemporaneamente V. ricerca di codici che non possono essere presenti contemporaneamente	
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate	
Articolazione/i coinvolta/e		

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017		
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	
in strutture	sanitarie	attività ambulatoriale
azione	Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili secondo linee guida emanate dalla normativa LEA: DGR 3111 del 1 agosto 2006, DRG 7292 del 19 maggio 2008, D.P.C.M. 5/03/2007	
Criticità / Focus on...	Applicazione della Normativa LEA: prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, Odontostomatologia, Densitometria ossea (su dati validati 2016)	
Azione concreta da porre in atto	<u>Medicina Fisica e Riabilitazione</u>: selezione di un campione delle prestazioni erogate nel 2016 e verifica in loco della completezza della documentazione <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 <u>Densitometria Ossea</u>: selezione di un campione delle prestazioni erogate nel 2016 e verifica in loco della appropriatezza prescrittiva.	
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate	
Articolazione/i coinvolta/e		

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017		
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	
in strutture	sanitarie	attività ambulatoriale
azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate	
Criticità / Focus on...	Alla luce delle indicazioni Regionali, da quanto scaturito nel corso degli incontri svolti presso la DG Sanità con i referenti NOC e dalle criticità rilevate nel corso dei controlli, nel 2016 saranno implementate le seguenti verifiche (su dati validati 2016)	
Azione concreta da porre in atto	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. b) Verifica della documentazione di un campione casuale delle prestazioni di chirurgia a bassa complessità (BOCA). c) Erronea rendicontazione di codice 897 (prima visita) in Paziente con esenzione per patologia cronica. Le prestazioni saranno contestate d’ufficio agli Erogatori. d) Prestazioni diverse dalla colonscopia rendicontate erroneamente con codice di esenzione D04 e) prestazioni MAC 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. g) prestazioni rendicontate impropriamente con accesso diretto: verifica presenza prescrizione medica h) corretta rendicontazione dell’ecocardiocolordoppler a riposo i) prestazioni rendicontate in quantità superiore a 1, dando la preferenza a prestazioni ad alto costo. j) prestazioni ricomprese nella gastroscopia e colonscopia k) test per la ricerca HPV	
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate	
Articolazione/i coinvolta/e		

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017		
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	
in strutture	sanitarie	attività ambulatoriale
azione	Garantire la correttezza della rappresentazione delle prestazioni ambulatoriali rendicontate	
Criticità / Focus on...	Alla luce delle indicazioni Regionali, da quanto scaturito nel corso degli incontri svolti presso la DG Sanità con i referenti NOC e dalle criticità rilevate nel corso dei controlli, nel 2016 saranno implementate le seguenti verifiche (su dati validati 2016)	
Azione concreta da porre in atto	l) controllo della documentazione di prestazioni ambulatoriali selezionate casualmente. m) corretta rendicontazione Urinocoltura e TSH-R – verifica appropriatezza n) corretta applicazione criteri di appropriatezza delle prestazioni di videoendoscopia (allegato 11 DGR 937/2010) o) appropriata erogazione delle prestazioni di NPI p) esami di genetica medica, mucosectomie, scintigrafie: verifica appropriatezza e corretta rendicontazione q) verifica corretta erogazione prestazioni “H”, erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero r) controllo sulle prestazioni erogate in esenzione per patologia (048 / 050 /052 / 053 / 014 / 018 / 020 / 041 / 046) per la verifica della effettiva prescrizione delle prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.	
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate	
Articolazione/i coinvolta/e		

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017		
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture	
in strutture	sanitarie	attività ambulatoriale
azione	Verifica flusso informativo da strutture private accreditate	
Criticità / Focus on...	<u>tempestività della rilevazione</u> : non più dell'1% di record 28SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista <u>tempestività</u> : rispetto delle tempistiche indicate dalla DG Sanità per il flusso relativo all'invio dei dati Ministero della Economia e delle Finanze	
Azione concreta da porre in atto	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 sarà unificato e trasmesso dagli Enti attraverso la piattaforma regionale SMAF . L'ATS dovrà comunque analizzare e correggere mensilmente i flussi e supportare gli Enti per garantire una trasmissione puntuale dei dati alla Regione Lombardia.	
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulla presenza di 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. Relazione consuntiva sull'invio unificato dei flussi	
Articolazione/i coinvolta/e		

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017		
Macro obiettivo	Verifica rispetto accordi contrattuali	
in strutture	sanitarie	attività Ambulatoriale e Ricovero
azione	Monitoraggio liste d'attesa	
Criticità / Focus on...	Monitoraggio delle liste d'attesa RL_MTA. Realizzazione di strumenti volti al controllo e all'inibizione di comportamenti prescrittivi inappropriati, alla valutazione dell'entità del fenomeno e alla messa in atto di idonee misure di contenimento.	
Azione concreta da porre in atto CHIEDERE SCHEDA A POMINELLI	Entro il 31 gennaio 2016 le ATS predispongono e formalizzano gli aggiornamenti dei Piani attuativi oggi vigenti con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità. Le ASST dovranno, congruentemente con i Piani Attuativi delle ATS, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) entro il 29 febbraio del 2016 ed entro il 1 agosto del 2016. Nel corso del 2016 si prevede di effettuare almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale. La rilevazione via web dei tempi d'attesa è compito diretto degli erogatori. Da parte dell'ATS viene svolta un'assistenza agli erogatori per tutti i problemi insorti nell'inserimento dei file in Internet, la supervisione dei dati inseriti, l'eventuale sollecito in caso di ritardi. L'ATS porrà particolare attenzione alle prestazioni richieste in urgenza differita, verificando periodicamente l'appropriatezza delle richieste, segnalando le prescrizioni ritenute non corrette. Verrà inoltre monitorato il flusso 28/SAN relativo alle prestazioni erogate in regime di libera professione, per verificarne la completezza e i tempi d'attesa. 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). Nei Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa dovranno essere ricomprese anche le prestazioni di screening mammografico e screening del colon retto.	
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva. Monitoraggio dei tempi attesa secondo calendario Regionale e Nazionale.	
Articolazione/i coinvolta/e	Dipartimento di Prevenzione – Gestione Screening	

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017			
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture		
in strutture	sanitarie	attività	Psichiatria
azione	Verifica correttezza delle prestazioni rendicontate. Monitoraggio attività (46/SAN)		
Criticità / Focus on...	I dati provenienti dalle Strutture Private Accreditate Psichiatriche sono caricati mensilmente nel programma “valorizza” e trasmessi in Regione Lombardia. Mensilmente viene valorizzata l’attività e confrontata con quanto dichiarato dagli Erogatori e quanto valorizzato dal ritorno di R.L. Le valorizzazioni sono messe a confronto, identificati gli eventuali errori e normalizzati i dati, che vengono trasmessi mensilmente al NAPSS.		
Azione concreta da porre in atto	Elaborazione mensile dei dati		
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva sulle verifiche effettuate		
Articolazione/i coinvolta/e	Area Governo dell'offerta		

PIANO DEI CONTROLLI ATS BERGAMO ANNO 2017			
Macro obiettivo	Verificare la correttezza della rendicontazione e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture		
in strutture	sanitarie	attività	Terme
azione	Garantire il rispetto delle regole per l'erogazione delle prestazioni termali		
Criticità / Focus on...	Trasmissione periodica del flusso informativo		
Azione concreta da porre in atto	Nel 2017 proseguirà l’esame della correttezza formale dei dati attraverso il controllo della correttezza del tracciato e relativo invio dei dati in Regione in tempo utile.		
Indicatore di risultato	Relazione consuntiva		
Articolazione/i coinvolta/e	Area amministrativa		

SERVIZIO AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE

Il controllo sulle Unità di offerta sanitarie si esplica attraverso azioni di vigilanza e monitoraggio della idoneità delle strutture mediante la verifica del possesso/mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento, utilizzando un approccio multidisciplinare che vede il coinvolgimento di servizi Aziendali afferenti al Dipartimento di Prevenzione Medico cui sono attribuite competenze nell'ambito di tematiche attinenti la sicurezza e la prevenzione.

Report finale di attività Anno 2016

Gestione istanze

È stata garantita l'ordinaria attività di processazione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e/o accreditamento entro i termini previsti dalle vigenti normative. La sospensione dell'accREDITAMENTO di nuove strutture, Unità Operative e branche ambulatoriali disposta già con D.G.R. n. X/1185/2013 e confermata dalla DGR X/4702/2015, ha comportato la possibilità di processare istanze di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per "trasformazione", mentre le fattispecie "ampliamento" e "nuova struttura" sono state correlate al trasferimento di attività sanitarie già accreditate.

Complessivamente sono state valutate:

- n. 8 istanze di autorizzazione all'esercizio per trasformazione,
- n. 7 istanze di autorizzazione all'esercizio e/o accreditamento per ampliamento
- n. 2 Denuncia Inizio Attività relative all'ampliamento di branche specialistiche, in regime esclusivamente autorizzativo, di poliambulatorio accreditato e all'apertura di struttura poliambulatoriale in capo ad Ente gestore di UdR associative.

Gestione Variazioni

Si è proceduto alle seguenti variazioni:

- n. 2 variazioni dell'assetto organizzativo di enti gestori di una pluralità di strutture accreditate, per trasferimento di branche specialistiche ambulatoriali e/o della contrattualizzazione delle stesse;
- n. 2 passaggi di titolarità di strutture accreditate da un soggetto giuridico ad altro;
- n. 1 cessazione dell'attività di un S.Me.L. in presidio Ospedaliero;
- n.1 Trasformazione di U.O. Emodialisi afferente a struttura pubblica, in CAL;
- n. 1 modifica dell'assetto organizzativo di struttura di ricovero privata accreditata per costituzione di nuovo dipartimento

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.

Attività di prelievo

Con dgr n. X/2989/2014 la Regione ha sancito 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 2016 n. 4 comunicazioni, processate con esito positivo. Un'ulteriore comunicazione ha riguardato il trasferimento di sede di attività già in essere dal 2015.

Edilizia sanitaria

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 presentano 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 hanno completato il percorso di adeguamento al possesso dei requisiti minimi strutturali e tecnologici, di presentare specifica istanza di proroga alle ATS, con scadenza al 31/12/2016;

Tutti i Legali Rappresentanti delle strutture sanitarie del territorio della provincia di Bergamo hanno presentato entro le scadenze previste, istanza di proroga e successivamente la documentazione a corredo della stessa. In relazione alla comunicazione da parte della DGW circa il fatto che erano in atto approfondimenti da parte dei competenti uffici regionali sulle problematiche in materia di protezione antisismica, finalizzati alla corretta trasmissione da parte delle strutture della documentazione inerente il possesso/mantenimento del requisito SGTEC 01, si è provveduto all'interruzione dei termini di conclusione dei procedimenti.

Nelle more dell'acquisizione di chiarimenti in ordine alla eventuale necessità di configurare le strutture residenziali psichiatriche 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, si è comunque provveduto all'espressione di parere favorevole alla concessione del provvedimento di proroga per tali tipologie di strutture.

Pareri preventivi

Si è proceduto alla valutazione di n. 6 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 per strutture di ricovero e cura, ambulatoriali e residenzialità psichiatrica, oltre all'approvazione di un progetto esecutivo finanziato da fondi pubblici, inerente un presidio ospedaliero di ASST secondo le modalità previste dal d.d.g. n. 655/2002.

Verifiche mantenimento dei requisiti

- 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 ASST.

La recente introduzione dell'applicativo DDO per l'autocertificazione delle dotazioni organiche delle strutture di ricovero e cura accreditate ha comportato una serie di criticità nella gestione dell'applicativo che sono esitate nello slittamento delle scadenze stabilite e in un notevole impegno da parte degli operatori dedicati alla verifica e al consolidamento dei dati.

Permane la necessità per le Strutture che hanno in assetto UU.OO. di Riabilitazione e di Cure Subacute, di trasmissione dei dati quadrimestrali 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 "DDO".

In tutte le Unità Operative oggetto di verifica del possesso/mantenimento dei requisiti, si è posta particolare attenzione al controllo dei requisiti di accreditamento inerenti la dotazione organica in termini sia quantitativi (tramite verifica turni e timbrature del personale) che qualitativi (possesso dei titoli abilitanti l'esercizio delle professioni/arti sanitarie e degli attestati di formazione del personale di supporto). Ciò ha comportato il rilievo di criticità, con conseguente irrogazione di sanzione amministrativa, per un Ente Gestore per il rilievo dell'inserimento in organico di personale non in possesso di titoli qualificanti.

- Verifiche SMEL

Si è proceduto a verifiche del mantenimento dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento presso n. 3 SMEL afferenti a strutture accreditate e a contratto e n. 1 SMEL erogante prestazioni esclusivamente in regime autorizzativo, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medico. La priorità è stata legata all'evidenza di eventuali non conformità delle partecipazioni ai programmi di Valutazione Esterna della Qualità (VEQ), indicatori delle performances qualitative analitiche dei laboratori.

Le verifiche hanno dato esito positivo, tuttavia sono stati assegnati obiettivi di miglioramento inerenti la qualità documentale

- Sistema trasfusionale

Si è provveduto, in ottemperanza all'art. 5 d. lgs 261/2007 che definisce la necessità del rispetto della periodicità biennale degli accertamenti, alle verifiche circa il mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'accordo Stato Regioni del 16/12/2010 recepito con DGR n. IX/3465 del 16 maggio 2012, delle seguenti Unità di raccolta a gestione associativa:

- n. 9 UdR afferenti all'Ente "AVIS Provinciale di Bergamo"

Le unità di raccolta gestite dall'associazione operano sotto la responsabilità tecnica del SIMT dell'ASST Papa Giovanni XXIII. A fronte delle criticità strutturali rilevate presso alcune sedi collocate in locali concessi in uso da strutture di ricovero e cura, si è ritenuto di concludere gli accertamenti con esito positivo stante la verifica delle iniziative intraprese dall'Ente per il superamento delle criticità stesse (tra cui progetto di adeguamento di nuovi locali ove trasferire una delle UdR);

- n. 2 UdR gestite da AVIS Comunali operanti sotto la responsabilità tecnica del SIMT dell'ASST di Bergamo Est.

Le UdR verranno dotate di sistemi gestionali informatici a supporto dell'attività di raccolta nei primi mesi del 2017. Ci si riserva pertanto la verifica dei requisiti organizzativi attinenti l'argomento.

- n. 1 UdR gestita da AVIS Comunale operante sotto la responsabilità tecnica del SIMT dell'ASST Papa Giovanni XXIII

La verifica ha dato esito positivo, sono stati assegnati obiettivi di miglioramento inerenti la qualità documentale.

Sono stati inoltre effettuati:

- n. 4 interventi per effetto di richieste pervenute da Enti o singoli cittadini (segnalazioni, esposti) che hanno comportato l'emissione di prescrizioni senza tuttavia rilievo di mancato mantenimento di requisiti autorizzativi e/o di accreditamento.

- Su richiesta dei competenti Uffici regionali, n. 2 verifiche dei requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici (verifiche III Step di Accreditamento) inerenti due strutture di ricovero e cura.

- n. 1 verifica per il riconoscimento di idoneità per la sperimentazione clinica di medicinali (ex DM 19/03/1998) su richiesta di un Ente gestore.

Attività di supporto

L'ufficio fornisce informazioni preliminari all'avvio di nuove attività, assicurando il supporto necessario attraverso la valutazione preventiva di progetti, ausilio nell'utilizzo dell'applicativo ASAN per la compilazione istanze; 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. A titolo di esempio, si citano gli incontri organizzati con l'ausilio di professionisti del settore, per la disamina delle tematiche attinenti la protezione antisismica ed antincendio.

Flussi informativi

In ottemperanza alle note Regione Lombardia Direzione Generale Welfare del 22/01/2016 prot. G.1.2016.0002356 e del 26/01/2016 prot. G1.2016.0002790, 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.

Sanzioni amministrative

Sono state irrogate nel corso del 2016, tre sanzioni amministrative per violazione dell'art. 17 L.R. 33/09 come modificata dall'art. 27 quinquies lettera d) L.R. 23/2015

Programma di attività 2017

La programmazione viene redatta sulla scorta delle indicazioni definite dalla DGR X/5954 del 05/12/2016, di quanto contenuto nel piano predisposto dall'Agenzia di Controllo, tenendo inoltre in considerazione le risultanze delle azioni svolte negli anni precedenti.

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.

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” nel secondo semestre del corrente anno si procederà al percorso di riclassificazione delle unità di offerta cure palliative. A tale scopo è stato istituito un tavolo tecnico Interaziendale a cui partecipano 2 operatori del servizio per promuovere la convergenza dei modelli residenziali e domiciliari di cure palliative pervenendo ad un unico profilo di hospice e un unico profilo di unità di cure Palliative domiciliari.

- Centri PMA

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)” si procederà alla riclassificazione dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) successivamente alle attività di verifica dei requisiti minimi di cui ai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010, svolta in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, finalizzate alla certificazione dei Centri; saranno coinvolti nelle verifiche due operatori del servizio formati tramite corso dedicato e inseriti nell’elenco nazionale quali valutatori dei centri PMA.

- DM 70/2015

L’approvazione del Patto per la Salute 2014/2016 e il decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” pongono precisi obiettivi rispetto alla dotazione di posti letto e all’articolazione delle reti ospedaliere.

Si prevede l’avvio nel 2017 della fase attuativa del riordino della rete dell’emergenza urgenza e reti di patologia tempo dipendenti, che avverrà in forte integrazione con la riclassificazione dei punti d’offerta dell’emergenza urgenza (PS, DEA I e II livello). Verrà pertanto programmata la verifica presso gli Erogatori Pubblici e Privati degli standard previsti dal DM .

Nel corso del 2017 è preannunciato il perfezionamento dei percorsi per la definizione dei requisiti di accreditamento dei Servizi di Medicina di Laboratorio specialistici di “Genetica Medica e Citogenetica” e di “Anatomia Patologica. Non è possibile prevedere se ciò comporterà la necessità di programmare nel 2017 interventi di verifica presso le strutture sede delle attività sopra citate.

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 i 3 SIMT afferenti alle ASST che insistono sul territorio provinciale e tre 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 processo di convalida dei sistemi informativi e sul processo di trasporto sangue ed emocomponenti.

UO Cure Sub-acute e Riabilitazione: In relazione ad alcune segnalazioni pervenute a questa ATS, saranno oggetto di verifica n. 10 strutture di ricovero e cura che presentano in assetto sia UU.OO. di Cure Sub-acute che 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 sarà posta alla presenza e corretta applicazione dei Protocolli di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.

Servizi di Medicina di Laboratorio: si procederà a verifiche 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 Prevenzione Medico. 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.

Proseguirà la puntuale verifica circa il possesso dei titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario e di assistenza (OSS, OTA), sia per le U.O. oggetto di istanza o di interventi di verifica programmata, sia in strutture che hanno già evidenziato criticità a livello gestionale in esito alla pregressa attività di controllo.

AREA SALUTE MENTALE

La programmazione viene redatta tenuto conto delle immutate criticità di tutto il sistema: della Psichiatria, in particolare legate al divario tra domanda ed offerta in ambito psichiatrico a livello territoriale e alla collocazione in comunità a seguito di disposizioni dell'Autorità Giudiziaria, che comporta un intervento autoritativo rispetto al quale non vi è alcuna possibilità di negoziazione in merito all'appropriatezza o di governo della relativa spesa da parte della ATS; della Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza, a fronte di un assorbimento di risorse significativamente aumentato, proporzionato al crescente disagio sociale ed all'incremento della patologia psichiatrica in età adolescenziale, nonché della difficoltà di reperire le necessarie risorse professionali, in primis medici neuropsichiatri, a fronte di progetti/contratti stipulati a tempo determinato.

Nel 2016 è stato avviato un percorso di collaborazione tra ATS e le U.O. di NPIA delle ASST, finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- 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.

Inoltre dal 2016 l'Ufficio Salute Mentale partecipa stabilmente agli incontri delle Strutture residenziali psichiatriche private e agli incontri professionali delle assistenti sociali dei CPS e delle NPIA delle tre ASST bergamasche.

Al fine di verificare il perseguimento degli obiettivi previsti dalla normativa, l'ATS di Bergamo nel corso del 2017 provvederà alla verifica dell'esistenza di progetti specifici stilati dalle ASST inerenti:

1. Inclusione sociale e inserimento lavorativo

Verranno effettuati incontri di verifica e di analisi dei Progetti Riabilitativi Risocializzanti avviati da ogni CPS delle tre ASST. Verranno raccolti gli eventuali protocolli d'intesa con Enti pubblici e/o privati per la realizzazione dei percorsi di inclusione sociale e di inserimento lavorativo.

Verranno differentemente monitorati i programmi innovativi che hanno come riferimento l'integrazione sociale e il lavoro di rete sul territorio (TR04 – TR05).

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 per l'individuazione di progetti di utilità sociale, disagio, fragilità per l'area salute mentale che prevede la finanziabilità di interventi per il reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo.

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

Verranno monitorati i protocolli e i PDTA già sottoscritti o che verranno condivisi infra e inter ASST per l'integrazione fra le diverse aree tematiche e professionali, in particolare quelli riguardanti la regolamentazione del passaggio di competenze al compimento della maggiore età e/o per progetti relativi all'inserimento in strutture residenziali e ai percorsi di dimissione.

Verranno differentemente 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. Verranno differentemente monitorati i 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 e quarto settore:

Verranno raccolti e monitorati i diversi rapporti di collaborazione (sotto forma di: protocolli d'intesa, sperimentazioni gestionali, convenzioni, capitolati di appalto) instaurati ed attivi tra le tre ASST e i soggetti del terzo settore (associazioni di volontariato, cooperative sociali, fondazioni, ecc.) e del quarto settore (strutture e attività attivate e gestite dalle stesse persone utenti e familiari che vivono il disagio cui esse si applicano).

Report attività 2016

SERVIZIO DI FARMACOECONOMIA

Attività controllo Farmacoeconomia:

- Farmaceutica territoriale
- Farmaceutica e prescrittori

I controlli sono svolti secondo quanto previsto dal “Manuale dei Controlli sull’appropriatezza della prescrizione farmaceutica”, aggiornati dal Progetto “Sviluppo del disease management e governo della domanda di prestazioni sanitarie” ed in base al D.D.G. San. 11/9/2006.

Le procedure operative sono definite nella Delibera ASL n.124 del 19 febbraio 2009 che richiama la Delibera n. 624 del 30 settembre 2005 e nelle Delibere n.1170 del 24 ottobre 2013 e 285 del 7 aprile 2017

Lo strumento operativo di cui ci si avvale è la “Scheda Medico”.

1) Nell’anno 2016 sono state pubblicate sul Content Delivery Portal della nostra ASL e rese disponibili ai MCP le schede medico relative al **I e II trimestre 2016**.

2) 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 ASL, 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”).

3) Sono state trasmesse ai Responsabili di Area Territoriale competenti le segnalazioni di errata Nota AIFA relative al **2° semestre 2015** corredate da tutte le ricette prescritte per le verifiche conseguenti con i prescrittori e sono stati forniti approfondimenti, su richiesta dei distretti, su profili prescrittivi di singoli medici.

4) Per la gestione dei piani terapeutici è previsto un applicativo per l’inserimento on line delle schede di segnalazione con un sistema di controllo ex ante dei dati inseriti. Questo applicativo viene costantemente mantenuto e aggiornato a cura del Servizio di Farmacoeconomia. Nel corso dell’anno sono state segnalate alle Direzioni Sanitarie delle Strutture Interessate gli specialisti che non utilizzano questo applicativo e con più comunicazione le strutture sono state informate che dal 1 gennaio 2017 non saranno più accettati piani non inseriti on line tranne le eccezioni previste.

Dai controlli effettuati sui moduli pervenuti per n. 854 Piani Terapeutici sono state riscontrate irregolarità sulla base delle quali si è provveduto a procedere con le Strutture di appartenenza.

5) In data 13.05.2016, 09.08.2016 e 28.12.2016 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 primo, secondo e terzo trimestre 2016 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”.

6) Per la promozione dei farmaci equivalenti, nell’ambito del supporto tecnico e operativo fornito dal Servizio Farmaceutico Territoriale dell’ASL di Bergamo all’U.O. Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo Regione Lombardia, sono stati elaborati i mix ottimali tra principi attivi, mensilmente fino a ottobre 2016 (ultimo mese disponibile) dati 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.

7) In data 08.07.2016 e 16.09.2016 sono stati trasmessi ai Direttori Sociali delle tre ASST provinciali i report con le percentuali di prescrizione di farmaci equivalenti relativi ai Medici afferenti a ciascuna di esse, rispettivamente per il periodo gennaio-marzo 2016 e aprile-giugno 2016, al primo livello ATC. Per consentire eventuali confronti sono stati messi a disposizione anche i report con le percentuali di prescrizione dei farmaci equivalenti inerenti a ciascun ex Distretto ASL, all'ATS di Bergamo e a Regione Lombardia e le singole schede riferite a ciascun Medico di Assistenza Primaria e Pediatria di Famiglia. Tutti i Medici di Medicina Generale con una prescrizione in DDD di farmaci equivalenti sul totale delle prescrizioni inferiore al 70% sono stati convocati nella sede ATS di Via Gallicciolli per un'analisi dettagliata della loro prescrizione. In data 05.12.2016 sono stati effettuati incontri verbalizzati con n.6 medici; in data 19.12.2016 sono stati effettuati incontri verbalizzati con n.11 medici. N.9 medici che hanno comunicato di non poter presenziare agli incontri nelle due date programmate a dicembre sono stati riconvocati in data 17 e 24 gennaio 2017.

8) Per quanto riguarda l'attività di controllo dei farmaci FILE F al 31/12/2016 sono stati controllati n. 20.915 record, pari al 100% dei record relativi al periodo gennaio – settembre, riguardanti farmaci oncologici, farmaci per HCV con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2 ,1 o 18).

Nel corso del 2017 si intende proseguire con tutte le attività poste in essere nel 2016 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 ASST e la gestione informatizzata dei dati riportati su P.T.;
- 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.);
- l'attività di controllo sui "prescrittori critici";
- l'attività di controllo dei farmaci rendicontati in File F.

UFFICIO DI FARMACONTABILITÀ

Attività controllo Farmaceutica Territoriale e assistenza integrativa.

Addebito/Accredito contabile mensile concluso con inserimenti importi in distinta contabile dicembre 2016. Delibera n 75 del 2.02 2017.

Contabile anno 2007 elaborato scadenziario dei contraddittori.

Controllato contabilmente tutte le ricette SSR della DPC anno 2016 e addebitato nella distinta contabile di riferimento. Effettuati tutti i controlli contabile per quanto riguarda web-care e addebitati in tempo reale.

SERVIZIO VIGILANZA FARMACEUTICA

Sono state effettuate 156 ispezioni da parte della Commissione Ispettiva di Vigilanza così distribuite:

- 134 ordinarie a Farmacie
- 12 ordinarie a Dispensari
- 3 straordinarie a Farmacie
- 7 preventive a Farmacie

Inoltre è stata effettuata vigilanza su grossisti e depositari (4 ispezioni) per farmaci e in esercizi commerciali (Parafarmacie) 6 ispezioni.

Effettuate 7 distruzioni stupefacenti per RSA, grossisti, veterinari ecc.

SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

Piano dei controlli ATS Bergamo			
SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE UFFICIO DI FARMACOCONTABILITÀ Anno 2017			
Macro obiettivo	Attivazione controlli contabili Farmacie anni /2007		
In strutture	Uff. Farmacocontabilità	Attività	Controllo contabile addebiti/accrediti delle ricette spedite in regime SSN.
Azione	Controllo contabile, contraddittori e addebiti/accrediti degli importi.		
Criticità / Focus	Dati inesatti elaborati e predisposti da Santer Spa CD Ottica illeggibili. Recupero ricette originali SSN presso i ns. archivi/depositi.		
Azione concreta da porre in atto	- Consegna prima lettera riepilogativa delle rettifiche contabili mensili alle Farmacie - Protocollo istanze pervenute per richiesta contraddittori - Visione delle Schede Farmacia - Preparazione delle Schede Farmacia (qualora non elaborate da Santer Spa) - Contraddittori con i Farmacisti che hanno presentato istanza - Controlli d'ufficio - Inserimento delle rettifiche contabili in addebito/accredito nel sistema regionale FARMA 2005 - Consegna seconda lettera riepilogativa delle rettifiche contabili mensili		
Indicatore di risultato	Addebito/Accredito contabile e Delibera del Direttore Generale di presa d'Atto di avvenuta chiusura contabile.		
Articolazione/i coinvolta/e	SFT: Uff. Farmacocontabilità.		
			scheda n° 6

Piano dei controlli ATS Bergamo			
SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE UFFICIO DI FARMACOCONTABILITÀ Anno 2017			
Macro obiettivo	Controllo ricette distribuzione per conto anno 2017.		
In strutture	Uff. Farmacocontabilità	Attività	Controllo contabile ricette SSN dei farmaci in A-PHT in distribuzione per conto.
Azione	Controllo contabile e addebito degli importi.		
Criticità / Focus	Nessuna.		
Azione concreta da porre in atto	- Controllo contabile tra ricette e fattura - Comunicazione preventiva ai Farmacisti - Inserimento delle rettifiche contabili in addebito nel sistema regionale FARMA 2005		
Indicatore di risultato	Addebito contabile mensile.		
Articolazione/i coinvolta/e	SFT: Uff. Farmacocontabilità.		
			scheda n° 7

Piano dei controlli ATS Bergamo SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE UFFICIO DI FARMACOCONTABILITÀ Anno 2017			
Macro obiettivo	Controllo moduli Assistenza Integrativa tramite sistema WEBCARE2 anno 2017.		
In strutture	Uff. Farmacocontabilità	Attività	Controllo contabile moduli assistenza integrativa
Azione	Controllo contabile e addebito/accredito degli importi.		
Criticità / Focus	Tempi per il controllo ristretti / N. moduli elevato.		
Azione concreta da porre in atto	- Controllo contabile tra moduli e fattura - Comunicazione preventiva ai Farmacisti -Inserimento delle rettifiche contabili in addebito/accredito nel sistema regionale FARMA 2005		
Indicatore di risultato	Addebito/Accredito contabile mensile.		
Articolazione/i coinvolta/e	SFT: Uff. Farmacocontabilità		
			scheda n° 8

Piano dei controlli ATS Bergamo Servizio Farmaceutico Territoriale Servizio di Vigilanza Farmaceutica Anno 2017			
Macro obiettivo	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.i 111 e 127) e L.R. n. 33/2009 (art.i 80 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		
In strutture	Farmacie convenzionate/Dispensari farmaceutici Grossisti/Depositari Esercizi commerciali RSA	Attività	Ispezioni di Vigilanza ordinaria, straordinaria e preventiva.
Azione	Controllo del 44% (140 su un totale di 318) tra Farmacie e Dispensari farmaceutici Controllo del 17% (20 su un totale di 120) tra Grossisti/Depositari, Esercizi Commerciali, RSA.		
Criticità / Focus	Personale ridotto Vastità della Provincia N. elevato di esercizi da ispezionare Complessità dell'ispezione		
Azione concreta da porre in atto	Ispezioni a cura delle apposite Commissioni di Vigilanza all'uopo istituite Verifica degli adeguamenti effettuati a seguito di prescrizioni emesse in sedi ispettive Verifica dell'avvenuto pagamento di eventuali sanzioni.		
Indicatore di risultato	Verbal di ispezioni –Verbal di contestazioni di illeciti amministrativi – Verifica delle misure correttive adottate- Gestione scritti difensivi avverso verbal di contestazione – Ordinanze ingiunzioni.		
Articolazione/i coinvolta/e	SFT, Ordine dei Farmacisti e DIPS		
			scheda n°

SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

Piano dei controlli ATS di Bergamo SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE UFFICIO PROTESICO Anno 2017			
Macro obiettivo	Attivazione controlli sui Fornitori accreditati con l'ATS di Bergamo per la fornitura di protesi, ortesi e ausili di cui al D.M. 332/99		
In strutture	Ufficio Protesico	Attività	Verifica e controllo delle autocertificazioni presentate all'ATS per l'inserimento nell'Albo dei Fornitori accreditati
Azione	Controllo del 20% (12 su un totale di 62) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo		
Criticità / Focus	Verifica della presenza del Tecnico Ortopedico/Audioprotesista/Ottico durante l'apertura dichiarata dell'attività, rispetto delle norme contenute nel D.M. 332/99 e delle disposizioni regionali come da DGR n. 8730 del 22.12.2008		
Azione concreta da porre in atto	- Verifica delle autocertificazioni prodotte dal fornitore; - Controllo delle strumentazioni presenti nei negozi; - Presenza del tecnico ortopedico/audioprotesista/ottico durante l'orario di apertura dichiarato; - 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;		
Indicatore di risultato	Controllo del 100% (12 su 12) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo. Verifica a campione del 5% delle pratiche gestite dal fornitore attraverso l'applicativo Assistant@RL.		
Articolazione/i coinvolta/e	Servizio Farmaceutico Territoriale – Ufficio Protesico		

ATTIVAZIONE SERVIZIO UNIFICATO PROTESICA E INTEGRATIVA (S.U.P.I.) E RELATIVE ARTICOLAZIONI TERRITORIALI

La Legge Regionale n. 23 del 11.08.2015 e successive modifiche e specificatamente l'articolo 6 comma 8 della Legge Regionale n. 33/2009 *"Le ATS al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, possono prevedere modelli di coordinamento delle attività erogate da tutti i soggetti pubblici e privati nell'ambito del territorio di rispettiva competenza"* ha come obiettivo il miglioramento dei percorsi assistenziali del cittadino a domicilio ottenendo maggior efficienza di servizio senza aumento dei costi o con minor impatto possibile.

Per questi motivi è nata l'esigenza di individuare nuovi modelli organizzativi nel contesto della Rete Territoriale all'interno delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.).

Il Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ATS di Bergamo ha individuato, durante l'anno 2016, un percorso trasversale nel quale sono state definitive le competenze e le attività trasferite dalla ex-ASL della Provincia di Bergamo alle neonate A.S.S.T.

Al termine di numerosi confronti si è convenuto nell'attivazione di un Servizio Unificato che potesse gestire le attività principali in materia di Protesica ed Assistenza Integrativa per ottimizzare i costi e garantire un servizio efficace e senza alcun impatto nei confronti dei cittadini della Provincia di Bergamo. Tale modello, approvato dalle quattro Direzioni Strategiche, è stato anche presentato in Regione Lombardia.

E' stata quindi individuata una A.S.S.T. contabile che gestisce le attività amministrativo-contabili per tutte le A.S.S.T. del territorio garantendo la continuità delle prestazioni e un'unica gestione degli ordini nei confronti dei fornitori e di gestione dei debiti informativi nei confronti della Regione Lombardia.

Per queste motivazioni dal 02.11.2016 è attivo il S.U.P.I. (Servizio Unificato Protesica e Integrativa) in capo all'A.S.S.T. Papa Giovanni XXIII che avrà funzione di A.S.S.T. contabili e che coordinerà l'erogazione delle prestazioni nei confronti degli assistiti con le altre due A.S.S.T. (Bergamo Est e Bergamo Ovest).

I settori di competenza del S.U.P.I. sono i seguenti:

- Assistenza Protesica;
- Assistenza Integrativa.

Per quanto riguarda l'Assistenza Protesica le attività svolte sono le seguenti:

- Elenco 1 del D.M. 332/99 – ausili su misura da fornitori ortopedici, audio protesisti, ottici;
- Elenco 2 del D.M. 332/99 – ausili di serie, da gare, gestione del Magazzino Ausili con dispositivi nuovi e riutilizzabili;
- Elenco 3 del D.M. 332/99 – apparecchiature elettromedicali, ventilo terapia meccanica domiciliare e connessi, pompe per nutrizione enterale domiciliare;
- Dispositivi Extra-Nomenclatore Tariffario D.M. 332/99;
- Dispositivi e materiale di consumo per soggetti affetti da fibrosi cistica – DGR n. 49171 del 07.03.1994;
- Manutenzione, riparazione e sostituzione degli esoprocessori per impianti cocleari;
- Comunicatori a controllo vocale a scansione e a controllo oculare.

Per quanto riguarda l'Assistenza Integrativa le attività svolte sono le seguenti:

- Ausili per incontinenza ad assorbenza tramite Gara ARCA;
- Ausili per incontinenza a raccolta;

- Ausili per stomie;
- Presidi per diabete;
- Microinfusori per insulina e relativo materiale di consumo;
- Cannule tracheostomiche;
- Ausili per il trattamento delle lesioni cutanee da decubito;
- Ausili per il trattamento antidecubito del tallone, gomito e ginocchio;
- Prodotti Dietetici;

Anche le attività relative all'ossigenoterapia a lungo termine e per la Nutrizione Enterale Domiciliare sono a carico del S.U.P.I.

Restano in carico all'ATS le attività di governo connesse ai dispositivi di Assistenza Integrativa come i presidi inclusi negli accordi con le farmacie attraverso l'applicativo Webcare e per quanto riguarda la gestione della Celiachia (Celichia@RL).

L'A.S.S.T. contabile dovrà rapportarsi con le A.S.S.T. locali attraverso i Presidi Territoriali (ex Distretti Socio-Sanitari Territoriali) e il coordinamento deve essere effettuato attraverso un rapporto funzionale diretto con gli operatori, gli Uffici e i relativi Responsabili che si occupano di assistenza protesica. E' fondamentale anche il rapporto diretto con i Direttori del Presidio Territoriale soprattutto in merito al monitoraggio della spesa protesica locale e per eventuali azioni correttive in merito alle eventuali criticità emerse.

Anche l'ATS continuerà ad avere un ruolo fondamentale soprattutto in merito ai controlli così come indicati nel dettaglio:

- Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva verso i centri di prescrizione;
- Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza erogativa verso i fornitori;
- Monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività, volumi economici, completezza dei dati e aree di criticità;
- Monitoraggio generale dell'applicazione dei requisiti di aventi diritto, LEA, controllo dell'applicazione omogenea delle procedure;
- Monitoraggio delle prescrizione on-line vs. cartacee;
- Programmazione e verifica dell'articolazione territoriale e dei requisiti di qualità degli Uffici Protesica aperti al pubblico;
- Definizione della procedura dell'attività della Commissione Extra-Tariffario;
- External auditing sui processi in capo alle A.S.S.T.

Piano dei controlli ATS di Bergamo SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE UFFICIO PROTESICO Anno 2017			
Macro obiettivo	Attivazione controlli sui Fornitori accreditati con l'ATS di Bergamo per la fornitura di protesi, ortesi e ausili di cui al D.M. 332/99		
In strutture	Ufficio Protesico	Attività	Verifica e controllo delle autocertificazioni presentate all'ATS per l'inserimento nell'Albo dei Fornitori accreditati
Azione	Controllo del 20% (12 su un totale di 62) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo		
Criticità / Focus	Verifica della presenza del Tecnico Ortopedico/Audioprotesista/Ottico durante l'apertura dichiarata dell'attività, rispetto delle norme contenute nel D.M. 332/99 e delle disposizioni regionali come da DGR n. 8730 del 22.12.2008		
Azione concreta da porre in atto	- Verifica delle autocertificazioni prodotte dal fornitore; - Controllo delle strumentazioni presenti nei negozi; - Presenza del tecnico ortopedico/audioprotesista/ottico durante l'orario di apertura dichiarato; - 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;		
Indicatore di risultato	Controllo del 100% (12 su 12) delle ortopedie, audioprotesiche e ottiche accreditati con l'ATS di Bergamo. Verifica a campione del 5% delle pratiche gestite dal fornitore attraverso l'applicativo Assistant@RL.		
Articolazione/i coinvolta/e	Servizio Farmaceutico Territoriale – Ufficio Protesico		

PIANO DI VIGILANZA E CONTROLLO
SULLE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE E SOCIALI

ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO 2017

PREMESSA NORMATIVA

Il Piano dei Controlli, di seguito dettagliato, segue le indicazioni approvate con **d.g.r. n. 5954 del 05/12/2016** *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2017”*, in recepimento della **legge regionale 11 agosto 2015 n.23**, in osservanza delle indicazioni fornite dall' Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo ed approvate 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 d.g.r. n.5954/2016, in recepimento della l.r. n.23/2015, ha previsto che le ATS predispongano e trasmettano alla Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS) e alla DG Welfare il piano dei controlli 2017, su supporto magnetico, entro il 30/04/2017; si precisa che, nel mese di gennaio 2017, è stato adottato con Delibera ATS n. 61 del 30/01/2017, *“Attività di vigilanza e controllo sulla rete d'offerta sociosanitaria nelle more dell'adozione, ai sensi della D.G.R. n° X/5954 del 5 dicembre 2016, del “Piano dei controlli – anno 2017”*, un Piano dei Controlli Provvisorio al fine di avviare l'ordinaria attività per l'anno 2017. La d.g.r. 6297/2017 ha confermato le tempistiche di redazione del piano dei controlli 2017 sopra descritte.

Le attività di **vigilanza e controllo** sulle unità d'offerta (udo) sociosanitarie sono condotte in recepimento ed applicazione delle disposizioni emanate dalla Regione Lombardia nel corso del 2014 con dd.g.r. **nn. 2569/2014, 1765/2014**.

La dgr. n.2569 del 31/10/2014, adottata al termine di un processo di revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta 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 unità d'offerta sociosanitarie e viene esercitata in applicazione delle disposizioni approvate con d.g.r. 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 e, 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 ex ASL, ora Agenzie di Tutela della Salute (ATS) nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, con particolare attenzione all'appropriatezza dei servizi erogati.

La pianificazione dei controlli per l'anno 2017 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, presentate all'interno del presente documento:

- controllo sulle persone giuridiche private di cui agli articoli 23 e 25 del codice civile operanti in ambito sociosanitario, socioassistenziale e sanitario, secondo i disposti della l.r. n. 1/2000 e s.m.i.;
- acquisizione, controllo, restituzione errori e analisi dei dati dei flussi informativi regionali in ambito sociosanitario e sociale, secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare reg. n. 2 del 1/02/2017;
- vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e sulle misure applicative della d.g.r. n. 116/2013;
- rilevazione puntuale dell'andamento del sistema dell'offerta sociosanitaria e sociale attraverso l'implementazione dell'applicativo regionale AFam (Anagrafica Famiglia).
- Attuazione del percorso stabilito dalla d.g.r. 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”, anche in conformità a successive determinazioni/orientamenti regionali in materia;

- Gestione della totalità delle segnalazioni pervenute inerenti presunte criticità nei vari ambiti di competenza del Servizio.

Si segnala che, nelle more dell’adozione del “Piano dei controlli - anno 2017”, questa ATS ha provveduto a deliberare il provvedimento n. 61 del 30/1/2017 “Attività di vigilanza e controllo sulla rete d’offerta sociosanitaria nelle more dell’adozione, ai sensi della D.G.R. n° X/5954 del 5 dicembre 2016, del “Piano dei controlli – anno 2017”. Questo provvedimento, trasmesso alla Direzione Generale Welfare e all’Agenzia di Controllo, è stato motivato dalla volontà sia di garantire la massima trasparenza nell’esercizio della propria attività rivolta ai soggetti gestori e alle unità di offerta della rete sociosanitaria, pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo (abilitate, accreditate, contrattualizzate) sia di dare comunque continuità alle attività di controllo e vigilanza, mantenendo, nelle more dell’adozione del “Piano dei controlli – anno 2017”, una programmazione che consentisse di ottimizzare la scansione temporale degli interventi nell’arco dell’anno e, nel contempo, l’efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

OBIETTIVI DELL’ATTIVITA’ DI VIGILANZA E CONTROLLO

Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano sui soggetti gestori e sulle udo della rete sociosanitaria pubblica e privata, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all’esercizio, accreditate, contrattualizzate) e in tutte le eventuali situazioni ove, per la tipologia di utenza e per i servizi offerti si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all’esercizio.

Il primario e prioritario obiettivo è verificare che i servizi offerti ai cittadini fragili e alle loro famiglie siano erogati nel rispetto della centralità della persona, ponendo al centro dell’attività istituzionale il benessere degli utenti dei servizi e delle loro famiglie. Risulta altresì importante poter monitorare la relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle udo così come oggi è configurata.

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.

L’attività di vigilanza sul possesso e sul mantenimento dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento delle unità d’offerta, non è quindi sufficiente a garantire un’erogazione adeguata e personalizzata dei servizi, ma deve essere condotta in stretta complementarietà e raccordo con l’attività di controllo di appropriatezza, con particolare riguardo alla verifica del livello di personalizzazione delle prestazioni in ambito assistenziale.

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA E PERSONALE

Nell’ATS di Bergamo, il Servizio ACAQ, acronimo di Servizio Accreditamento Controllo Appropriately e Qualità è individuato nel nuovo Piano organizzativo, di recente approvazione regionale, quale Unità organizzativa complessa (UOC) all’interno del Dipartimento PAAPSS, a sua volta afferente alla Direzione Generale. Questa è la nuova configurazione in adempimento alla l.r. n.23/2015.

Tale UOC svolgerà le sue attività attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

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

Allo stato attuale le funzioni di vigilanza e controllo e le attività descritte in questo Piano sono garantite con la configurazione preesistente di Struttura semplice, a cui sono assegnati operatori con competenze diverse, derivanti dalla formazione professionale e da precedenti esperienze lavorative, che consentono di effettuare gli interventi di verifica nelle udo secondo un approccio multidisciplinare e specialistico.

La professionalità degli operatori assegnati al Servizio è quindi funzionale alla composizione di equipe diverse in coerenza con la tipologia di unità d'offerta e della finalità delle verifiche in loco.

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

Al personale attribuito al Servizio, che è nella quasi totalità dipendente a tempo indeterminato dell'ATS, si aggiungono un operatore libero professionista incaricato per 25 ore settimanali dedicato alla vigilanza in ambito sociale e un operatore ATS a tempo indeterminato assegnato al DIPS ed occupato nel SACAQ per 15 ore settimanali.

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

- sanitario: due medici (la Responsabile ed un medico a tempo pieno, incaricato di presiedere ai controlli di appropriatezza e di gestire le segnalazioni denunciante presunte inadeguatezze assistenziali), tre infermieri, due fisioterapisti, (di cui uno a part-time), un'ostetrica (a part-time) tre educatori (di cui 1 a part-time), un'assistente sanitaria a 15 ore settimanali (in condivisione con il DIPS);
- sociale: un'assistente sociale libero professionista a 25 ore sett.li;
- amministrativo:
 - un funzionario competente per le verifiche dei requisiti soggettivi, per la gestione dei procedimenti amministrativi, referente del sistema qualità aziendale, nonché del coordinamento delle attività di segreteria;
 - tre operatori, di cui due dipendenti ATS ed uno con contratto interinale per la ricezione, lo smistamento, l'assegnazione delle pratiche in arrivo ed in uscita, la gestione dei flussi oggetto di debito informativo, l'aggiornamento dell'anagrafica sociosanitaria e sociale su AFAM e dei data base aziendali, l'elaborazione dei dati di interesse dalla scheda struttura, la predisposizione dei contratti delle UdO sociosanitarie;
 - un funzionario impegnato nell'attività di vigilanza e controllo ex artt.23 e 25 del Cod. Civ. sulle persone giuridiche di diritto privato operanti in ambito sociosanitario, nonché nel supporto di natura tecnico-giuridica alle attività svolte dal SACAQ.

Si evidenzia che per le questioni più complesse, che richiedono un'approfondita valutazione anche rispetto alle possibili implicazioni giuridiche per questa Agenzia, è attiva un'intensa e proficua collaborazione con il Responsabile dell'Ufficio Affari Generali e Legali dell'ATS.

Nella definizione dell'equipe 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 equipe, 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.

L'attività di vigilanza viene eseguita infatti attraverso l'adozione delle check-list regionali che contemplano in modo dettagliato tutti gli ambiti da sottoporre a verifica, richiedendo quindi 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 a cui è stato formalmente riconosciuto un incarico altamente professionale.

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, laddove possibile, 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 dei Controlli, 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, individuando il campione delle udo da vigilare.

STRUMENTI INFORMATICI

Il Servizio dispone ed utilizza correntemente nelle uscite presso le udo sociosanitarie strumenti informatici, in particolare PC portatili, corredati di specifici applicativi predisposti allo scopo e funzionali a supportare l'attività degli operatori nel corso della visita ispettiva.

La dotazione di strumenti informatici è costantemente revisionata ed eventualmente rinnovata.

A tal proposito nel 2017, vista l'opportunità di implementare la strumentazione in uso con "tablet", in particolare per gli operatori preposti al controllo di appropriatezza ADI, sono in essere le necessarie verifiche di fattibilità tecnica.

Tali controlli prevedono, tra l'altro, la verifica della puntuale corrispondenza fra le registrazioni delle prestazioni effettuate durante gli accessi a domicilio, che devono essere annotate nei diari a cura degli operatori sanitari interessati, e la rendicontazione in ADI web.

Trattasi cioè di verifiche crociate che, per essere eseguite con maggior efficienza, necessitano della consultazione di ADI web contestuale al controllo documentale domiciliare e/o presso la sede dell'Ente.

ACCESSO AI DATI OGGETTO DEI FLUSSI INFORMATIVI REGIONALI

L'accesso ai dati oggetto dei flussi alimentati dalle Strutture e diretti all'ATS e alla Regione, per la rendicontazione delle attività erogate ed in adempimento al debito informativo, è immediato.

Il Servizio gestisce, infatti, direttamente i flussi informativi di rilevazione del sistema, per cui le informazioni clinico/funzionali/assistenziali degli ospiti possono essere rielaborate per analisi di contesto, anche a disposizione di altre articolazioni aziendali e, per la selezione del campione da sottoporre al controllo.

I dati di flusso economico, gestiti da altro Servizio amministrativo in staff alla Direzione sociosanitaria, sono direttamente consultabili attraverso una cartella web condivisa.

FORMAZIONE

Per l'anno 2017 vengono proposte iniziative formative e, precisamente:

- una formazione sul campo dal titolo "Flussi informativi delle strutture afferenti all'area sociosanitaria". Il progetto intende portare a conoscenza degli operatori gli elementi costitutivi e le modalità di gestione dei flussi informativi, in quanto contengono elementi utili alla selezione del campione dei FASAS, oggetto di controllo istituzionale, applicando criteri definiti dal Piano dei controlli regionale. L'evento formativo è articolato in 5 incontri, con la partecipazione di 14 operatori;
- percorsi di approfondimento con gli Enti Gestori delle udo sociosanitarie, in attuazione della d.g.r. n. 5954/2016, sugli indicatori declinati nelle check-list regionali di vigilanza e controllo. L'obiettivo di tale azione è il miglioramento della comprensione e ottimizzazione delle "check-list" nell'attività di vigilanza e controllo attraverso l'attivazione di laboratori consulenziali con i Soggetti Gestori, raggruppati per specifiche aree di attività;
- attività formativa interna del referente della qualità del SACAQ, che, in attuazione della implementazione della nuova versione della norma UNI EN ISO 9001:2015, parteciperà ad uno specifico evento formativo, provvedendo alla successiva revisione ed adeguamento degli strumenti di sistema: procedure generali, istruzioni operative e conseguente messa in linea della documentazione;
- per sostenere il nuovo percorso metodologico intrapreso per ridefinire 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, è stata organizzata un'azione formativa dedicata ai membri della Commissione competente (deliberazione n. 205 del 3/3/2017) e, ai funzionari aziendali potenzialmente

interessati, per illustrare il panorama normativo di riferimento e chiarire gli obiettivi dell'attività istituzionale delegata all'ATS.

Gli operatori SACAQ, alla luce dell'applicazione di provvedimenti regionali, sono a disposizione per incontri con Regione Lombardia.

Allo stato attuale due operatori del Servizio partecipano alle riunioni, a cadenza mensile, del Gruppo di Lavoro permanente con la DG Welfare.

Rimane fatta salva la partecipazione ad eventi di interesse, programmati nel "Piano formativo aziendale" o proposti da provider esterni.

RENDICONTAZIONE ECONOMICA DELL'UTILIZZO DELLE RISORSE

Si indica, nel prospetto sottostante la rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite alle ASL attraverso il contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI e sulla rete sociale con decreto n. 11036 del 04 dicembre 2015.

Costo lordo incarichi lavoro somministrato	56.500.
Formazione interna ed esterna	5.000.
Quota parte utenze varie e costi comuni	16.181.
Acquisto pc potenziamento vigilanza	27.714.
Totale	105.395.

Il Decreto n. 12477 del 29/11/2016 della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale ha stabilito il "Riparto tra ATS ed Ambiti territoriali del fondo regionale per l'anno 2016 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 "

INTEGRAZIONE DELL'ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE UDO CAMPIONATE: PIANIFICAZIONE ATTIVITÀ 2017

RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La d.g.r 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", in coerenza con l'evoluzione del sistema sociosanitario, ha definito che i profili erogativi in essere, sia a livello residenziale (Hospice sanitario e sociosanitario) sia domiciliare (STCP e ADI-CP) convergano pervenendo ad unico profilo di Hospice e un unico profilo di Cure Palliative Domiciliari.

La delibera, che contiene il documento di integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario, ha previsto che i Soggetti erogatori, accreditati e a contratto per le cure palliative, si adeguino ai contenuti del documento entro 6 mesi dalla data di pubblicazione sul Burl (02.12.2016) pena la decadenza dell'accredito.

La suddetta normativa ha stabilito che le ATS, entro 90 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuto adeguamento, verifichino il possesso dei requisiti e dispongano l'iter procedurale previsto dalla normativa vigente ovvero:

- la riclassificazione degli assetti organizzativi degli enti erogatori, in caso di verifica positiva;
- la decadenza dell'accredito in caso in cui se ne accerti il mancato adeguamento.

Ha inoltre disposto l'allineamento delle tariffe in coerenza con la definizione di un unico profilo di Hospice e di un unico profilo di Unità di Cure palliative Domiciliari (UCP-DOM), precisando che l'allineamento delle

sudette tariffe decorrerà dal primo settembre 2017, previo completamento del processo di riclassificazione dei Soggetti erogatori e di allineamento dei relativi flussi informativi.

Al fine di implementare il nuovo modello di rete delle cure palliative, così come previsto dalle ddgr nn.5918/2016 e 5954/2016, nell'esercizio delle funzioni di governo assegnate alle ATS, nel mese di gennaio 2017 è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico, coordinato dalle Direzioni Sanitaria e Sociosanitaria dell'ATS, che ha previsto la rappresentatività delle realtà presenti sul territorio provinciale interessate al processo evolutivo di tale sistema.

Sono state definite tre aree di approfondimento con l'obiettivo di trattare le tematiche relative all'accreditamento, alla costituzione della rete locale di Cure Palliative e all'ADI Cure Palliative di Base e Specialistiche.

I tavoli di lavoro sono stati convocati con frequenza diversa e, al termine dei lavori di gruppo, è stata prevista una plenaria provinciale dell'Ex dipartimento interaziendale di Cure Palliative di restituzione dei lavori che si è svolta il 07 marzo 2017.

I partecipanti al tavolo di lavoro sull'accreditamento hanno comparato i requisiti di accreditamento specifici previsti dalla DGR 5918/2014 con quanto definito in materia dalle DGR di settore vigenti in ambito sanitario e sociosanitario. E' stata predisposta una check-list comparativa e approntata una nota da inviare a Regione Lombardia contenente le criticità emerse durante i lavori.

Gli incontri degli altri due tavoli tecnici sono stati sospesi in attesa di indicazioni e chiarimenti da parte dei competenti uffici regionali.

A fine marzo 2017 la Direzione Regionale Welfare ha dato mandato alle ATS di effettuare una ricognizione dei medici con funzione di palliativisti, attualmente impiegati presso i soggetti erogatori di Cure Palliative (Hospice e Cure Domiciliari) pubblici e privati accreditati al fine di quantificare eventuali criticità rispetto all'applicazione dei nuovi standard.

La circolare applicativa del 14/04/2017, puntualmente diffusa a tutti gli attori interessati, ha definito le prime indicazioni operative per la riclassificazione delle unità d'offerta cure palliative ai sensi della dgr 5918/2016, chiarendo che, nel rispetto dei nuovi LEA, le unità d'offerta di cure palliative anche inserite nel contesto ospedaliero rientrano nell'area sociosanitaria.

Il SACAQ pertanto presiederà accuratamente che i procedimenti di riclassificazione, siano attivati da tutti gli erogatori del territorio dell'ATS di Bergamo.

Il Servizio procederà quindi alla puntuale verifica di tutte le istanze pervenute procedendo all'evasione di tutte le istruttorie con le modalità e le tempistiche riferite nella suddetta circolare.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Con la legge 23/2015, che ha stabilito una separazione delle funzioni tra le ATS e le ASST del territorio, si è reso necessario definire un nuovo specifico percorso relativo alla fase degli esiti per le persone in **Stato Vegetativo**, che accompagni il passaggio dalle strutture dimettenti al territorio, all'interno del processo che si sta delineando al fine di garantire la continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio.

È stato realizzato un documento dalla Direzione Sociosanitaria dell'ATS, d'intesa con le Direzioni Sociosanitarie delle ASST e con la Direzione Sanitaria ATS, che individua nel CeAD il riferimento della famiglia per l'accompagnamento nella scelta più consona ai bisogni della stessa.

Nel mese di gennaio 2017 il documento è stato diffuso a tutti gli attori interessati (Direzioni Sociosanitarie delle ASST, Direzioni Sanitarie delle Strutture Sanitarie di ricovero e Cura Private Accreditate e a Contratto, alle Direzioni delle RSA e delle RSD).

Nel documento si è definito che il SACAQ dell'ATS intervenga nella prima fase del percorso di dimissione dalla struttura riabilitativa, validando la certificazione di Stato Vegetativo, a seguito della disamina della documentazione pervenuta, dandone poi comunicazione alla Struttura Dimettente e al CeAD dell'ASST di competenza per la prosecuzione dell'assistenza.

È previsto un follow up del percorso, al fine di introdurre azioni migliorative, che si realizzerà entro il primo semestre del c.a.

Il SACAQ, in ottemperanza alle indicazioni normative, ha inviato a tutte le RSA e RSD della provincia di Bergamo una nota nella quale si chiedeva di comunicare l'eventuale disponibilità all'accoglienza di persone in SV in posti letto ordinari.

La programmazione delle attività di verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento prevedono l'integrazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) per la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici. Al fine di rendere omogenee le attività di verifica è stata definita in collaborazione con il DIPS

una procedura operativa che entrambi i Dipartimenti applicano, per quanto di competenza, nelle verifiche in tutte le tipologie di Unità D'offerta Sociosanitarie .

ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI

CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E DOMANDE DI ACCREDITAMENTO

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

Nell'anno 2017 le verifiche sui requisiti soggettivi saranno effettuate in conformità a quanto indicato dalla d.g.r. n. 2569/2014 e d.g.r. n. 5954/2016, con riferimento a:

- presentazione di SCIA, istanze di accreditamento, voltura di accreditamento - la verifica delle autocertificazioni prodotte sarà nell'ordine del 100% delle dichiarazioni "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

Verrà garantito il controllo sul 100% delle SCIA, SCIA CONTESTUALI, nonché delle istanze di accreditamento.

Il focus 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 afferenti al SACAQ e al Settore del DIPS referente per territorio, in base alle specifiche competenze richieste (sanità pubblica, sicurezza sui luoghi di lavoro e sicurezza impiantistica).

Il funzionario SACAQ è di norma individuato quale responsabile dell'istruttoria, ne cura la progettazione del sopralluogo, la gestione congiunta dell'intervento e la redazione degli atti.

Di norma l'istruttoria del procedimento amministrativo si conclude entro 60 giorni dal ricevimento della SCIA, nonché delle istanze di accreditamento.

ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO

In applicazione del principio secondo il quale la periodicità dei controlli deve essere biennale, **l'attività del 2017 riguarderà il 50% delle udo sociosanitarie in esercizio sul territorio.**

In particolare i controlli appropriatezza riguarderanno il 50% delle udo in esercizio, mentre la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento interesserà anche le udo oggetto di sanzione nell'anno 2016, nonché le strutture che, a seguito di procedimenti di accreditamento nell'anno 2015, non seguono l'ordinaria calendarizzazione.

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 contemplan in modo dettagliato tutti gli ambiti da sottoporre a verifica.

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

Le attività di vigilanza e controllo, ove previsto, saranno svolte in fasi ravvicinate. 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.

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 nelle Strutture e

soprattutto come sono assistite 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 e al rispetto dei ritmi di vita degli utenti.

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

Sarà data applicazione ai disposti delle dd.g.r. n. 2569/2014 e n. 5954/2016, e saranno utilizzati i verbali /check-list predisposti da Regione Lombardia per tutte le unità d'offerta, ad eccezione delle udo afferenti alle Dipendenze, Cure Intermedie e Riabilitazione.

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

Ai sensi della d.g.r. n. 2569/2014 il legale rappresentante del soggetto gestore, nonché gli altri soggetti di cui al Libro II del decreto legislativo 159/2011, sono tenuti ad attestare all'ATS **entro il 31 gennaio di ogni anno, e in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina**, il possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento previsti, attraverso la presentazione di autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive.

Il SACAQ provvede, nel corso del mese di gennaio, alla richiesta delle autocertificazioni agli organi di amministrazione di tutte le udo sociosanitarie in esercizio, accreditate e a contratto, e procede alla verifica, **su un campione pari al 10%** delle autocertificazioni, mediante la richiesta alle P.A. 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 controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

Nelle udo sociosanitarie i controlli di appropriatezza verranno eseguiti sulla base del sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale ex dgr 1765/2014 e seguendo il relativo metodo di rilevazione rappresentato dalle check list regionali e secondo le percentuali di fascicoli previste.

La campionatura dei Fasas da sottoporre a controllo sarà effettuata con metodologia mista, vale dire casuale e mirata, confermando che la percentuale dei fascicoli selezionati con modalità casuale non debba essere superiore al 70% dei fascicoli campionati.

Nel campionamento dei fascicoli si riterranno prioritari gli indicatori individuati nella dgr 6502 del 21/04/2017 per ogni specifica udo, fatte salve ulteriori integrazioni con specifici indicatori legati alla realtà territoriale.

I controlli di appropriatezza saranno effettuati con visita all'interno dell'unità d'offerta, 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 del controllo di appropriatezza 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 responsabili i relativi FASAS.

I soggetti gestori nel corso del 2017 saranno tenuti ad attivare procedure di autocontrollo al fine di monitorare i propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni.

Attività di vigilanza e controllo sulle Misure Applicative della dd.g.r. n. 116/2013, 2942/2014, 4086/15

Nell'ambito delle disposizioni previste dalla d.g.r. n. 5954/2016 viene riconfermato l'impegno a sostenere le misure attivate ai sensi della dgr 2942/2014, nelle more dell'avvio di un processo di revisione del sistema, previsto per l'anno 2017.

L'attività di vigilanza e controllo riguarderà le misure applicative della dgr 116/2013 e s.m.i. secondo le modalità e le percentuali di verifica previste dalle Regole di sistema per le altre unità d'offerta.

Le verifiche riguarderanno quindi il 50% degli enti gestori aderenti alle misure, il 15% dei soggetti beneficiari di prestazioni erogate in regime residenziale e il 5% dei soggetti fruitori delle misure domiciliari.

In data 20 gennaio 2017 la Direzione Generale Welfare, con circolare ad oggetto "*Precisazioni relative alle Misure ex DD.G.R. n. 2942/14 e n. 4086/15*" ha inviato alcuni chiarimenti, in risposta a dei quesiti pervenuti, allegando lo schema tipo di contratto, il format di verbale Misure e la tabella relativa ai requisiti soggettivi da adottare per gli Enti aderenti.

Pertanto le verifiche saranno condotte adottando il format regionale sia mediante l'analisi documentale, sia attraverso visite ispettive in loco. Verranno garantite tutte le attività a seguito di segnalazioni o altre richieste specifiche.

E' in previsione la verifica del 5% delle autocertificazioni relative al legale rappresentante e all'ente gestore delle udo che sottoscriveranno contratto per la misura adottata, 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' LEGGERA

Verranno effettuate verifiche mediante l'analisi documentale, attraverso visite ispettive in loco sia programmate che a seguito di segnalazioni o richieste specifiche con modalità e percentuali previste per le altre unità d'offerta. Pertanto sarà oggetto di controllo il 50% delle udo che hanno attivato tali misure.

In particolare per i controlli di appropriatezza:

- RSA APERTA, trattandosi prevalentemente di prestazioni erogate in regime domiciliare, verranno controllati il 5% dei fascicoli calcolati sul numero di utenti rendicontati nel 2016; la quota mirata sarà pari al 30% sarà ottenuta selezionando gli utenti assistiti con progetto che prevedeva l'attività di care management medio;
- RESIDENZIALITÀ' LEGGERA saranno verificati il 15% dei fascicoli in quanto trattasi di misura residenziale; la quota mirata pari al 30% sarà individuata tra gli ospiti in carico da più di 12 mesi.

Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017.

RESIDENZIALITÀ ASSISTITA IN COMUNITÀ RELIGIOSE

La misura "Residenzialità assistita in Comunità religiose" (ex DD.G.R. n. 2942/14 e n. 4086/15) è rivolta a religiosi anziani fragili assistiti nel proprio contesto abituale di vita. Tale misura è attiva nella provincia di Bergamo dal quarto trimestre 2015 ed ha riguardato n. 3 strutture per un totale di 41 posti letto.

La DGR n. 5954/2016 ha confermato, per l'anno 2017, la prosecuzione di tale attività, ampliando l'offerta, a livello regionale, di ulteriori 75 posti, attribuendone n. 25 all'ATS di Bergamo.

La verifica dei requisiti organizzativi e strutturali-tecnologici verrà espletata, attraverso sopralluoghi effettuati da un funzionario del SACAQ congiuntamente ad un tecnico del DIPS .

In seguito personale del Dipartimento della Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Socio-sanitarie con quelle sociali (DPIPSS) procederà, previa verifica del possesso dei requisiti soggettivi generali, alla sottoscrizione dei contratti con gli Enti.

Nel secondo semestre 2017 verrà effettuata in tutte le Residenze contrattualizzate l'attività ispettiva, di

concerto con i funzionari del Dipartimento PIPSS, 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.

Pertanto, oltre alla consueta verifica sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento, verrà implementato il controllo degli indicatori atti a rilevare il benessere del minore ospite in comunità. In particolare, in tutte le residenze vigilate, pari al 50% delle realtà autorizzate, verrà effettuato un controllo di appropriatezza 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 n.2 realtà sperimentali presenti sul territorio.

RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITÀ

Valutata da Regione Lombardia la specifica 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 d.g.r. n. 2942/2014 in termini sia di profili di fragilità che 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.

Attività di Vigilanza e Controllo sulle Sperimentazioni di Unità d'offerta innovative dd.g.r. nn. 3239/2012 - 499/2013 - 2022/2014

Come previsto dalla d.g.r. n. 2989/2014 e confermato con d.g.r. n. 5954/16, le azioni innovative sperimentate ai sensi delle dd.g.r. di cui sopra, nelle more della definizione di nuove unità d'offerta da accreditare con propri requisiti gestionali, strutturali e organizzativi proseguiranno anche per l'anno 2017.

L'attività di vigilanza e controllo riguarderà le sperimentazioni secondo le modalità e le percentuali di verifica previste per le altre unità d'offerta *dalle Regole di sistema*.

Verranno programmati sopralluoghi ed attività finalizzate all'accREDITamento di nuove udo dal momento dell'adozione delle relative dd.g.r. di messa a sistema.

CURE INTERMEDIE (EX RESIDENZIALITÀ POST ACUTI)

La d.g.r. 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'unità d'offerta cure intermedie, dando avvio ad una prima fase osservazionale della durata di sei mesi. Terminata la fase osservazionale è invece sospesa l'approvazione definitiva dei requisiti del relativo sistema di remunerazione che, a seguito dell'approvazione della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, è subordinata all'integrazione delle cure intermedie nel nuovo contesto di rete che include l'offerta sanitaria e socio-sanitaria.

Pertanto nell'anno 2017 le sperimentazioni di cure intermedie, ex residenzialità post acuti, proseguiranno l'attività con le medesime regole definite dalla d.g.r. n. 3383/2015 e i controlli che riguarderanno il 50% saranno effettuati utilizzando le check-list già elaborate per gli anni precedenti.

La percentuale di fascicoli oggetto di controllo sarà pari al 15% degli assistiti rendicontati nel 2016 e verrà visionata la documentazione relativa a utenti presi in carico nell'anno 2017.

La quota mirata sarà pari al 30% ottenuta selezionando i pazienti che hanno usufruito di più di un ricovero nel regime di assistenza post-acuta nell'anno 2016 o i casi di fragilità sociale con proroga del ricovero oltre il valore soglia.

CONSULTORI FAMILIARI – CF: messa a regime delle azioni innovative legate al passaggio dei Consultori Familiari alla funzione di “Centro per la famiglia”

La d.g.r. n. 5954/2016 ha previsto nell'anno 2017 la contrattualizzazione di n.6 Consultori Familiari, ex Unità d'offerta con attività innovative a carattere sperimentale, ubicati sul territorio bergamasco. E' stato adottato, con decorrenza 1 gennaio 2017, il nuovo tariffario regionale aggiornato delle prestazioni consultoriali in ambito materno infantile (d.g.r. n. 6131/17). I n. 6 CF neo-contrattualizzati saranno oggetto di attività di vigilanza ordinaria nell'anno in corso, come descritto nello specifico paragrafo.

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE E DIURNA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA PER MINORI DISABILI (DGR 3363/15 – DGR 4086/15) (OK 2017)

E' in essere un progetto *“Passo dopo Passo”*, afferente al CDD *“L'Ippocastano”* di Piario. Il Progetto, che si rivolge a n. 6 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

Per la metodologia sottesa all'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., è programmata per l'anno 2017 una completa revisione.

Prendendo spunto da una valutazione comparata della documentazione inviata dalle persone giuridiche di diritto privato della provincia negli anni passati, sulla scorta di quanto richiesto dall'ASL prima e, da questa ATS poi, si è reputato di dover garantire ai dati raccolti un maggiore uniformità. Questo, infatti, consente una più immediata comparazione fra le informazioni raccolte e facilita la scelta delle realtà da sottoporre all'attività di vigilanza istituzionale sulla base di criteri predefiniti.

In prima battuta si è provveduto ad aggiornare la composizione della Commissione per l'esercizio delle attività di vigilanza e controllo sulle persone giuridiche private ex artt. 23 e 25 c.c., con deliberazione n. 205 del 3/3/2017. Si è garantito, poi, ai funzionari aziendali il supporto di un esperto in materia tecnico contabile in grado di concorrere a mettere a punto una metodologia di lavoro puntuale ed attenta anche a tutti gli aspetti inerenti una corretta contabilizzazione nell'attività dei soggetti controllati.

Reputando utile sostenere il nuovo percorso metodologico intrapreso anche con un'azione formativa dedicata sia ai membri della commissione e, ai funzionari aziendali potenzialmente interessati, sia a tutti gli enti sottoposti alle verifiche, sono stati organizzati due distinti incontri di approfondimento appositamente dedicati, durante i quali è stato fornito un quadro sulla normativa di riferimento e sono state presentate le novità che caratterizzano le attività di vigilanza e controllo istituzionali da questo 2017.

L'innovazione più rilevante riguarda il sistema di acquisizione per via telematica dei dati relativi sia all'attività sia ai documenti contabili degli Enti vigilati, per singoli anni di esercizio. A tal fine, infatti, è stato perfezionato un data-base che consentirà di compilare una "Scheda Conoscitiva" che consentirà di rilevare una serie di informazioni significative per quattro aree d'indagine:

- Anagrafica
- Attività
- Struttura organizzativa
- Risorse economiche e patrimoniali.

La raccolta così standardizzata, consentirà di individuare le realtà da sottoporre a vigilanza attraverso la lettura dei dati secondo un criterio uniforme di valutazione e assolutamente trasparente, che si basa sul rilievo delle seguenti potenziali criticità:

- mancato mantenimento delle finalità statutarie
- anomalie nel funzionamento del CdA o cambio dei membri
- presenza di emolumenti a favore delle cariche statutarie
- perdite economiche significative.

Il debito informativo per persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e sanitario nella provincia, consiste per l'anno in corso nel compilare nell'apposito database sopradescritto la "Scheda conoscitiva" riferita agli esercizi 2014, 2015 e 2016, secondo una tempistica scaglionata, con il termine ultimo fissato fino per il 31 luglio p.v.

Per quest'anno il **campione numerico** stabilito è pari al **20% del totale delle fondazioni ed associazioni** operanti nella provincie iscritte nell'apposito registro regionale.

Nel computo di tale campione sono comprese le sette realtà che non hanno ottemperato all'obbligo d'inoltro della documentazione nel 2016. I rimanenti Enti saranno selezionati sulla scorta dell'analisi dei dati raccolti per via telematica secondo i criteri sopra identificati.

SISTEMA INFORMATIVO

I flussi di rilevazione della produzione nel sistema socio sanitario

Nel 2017 è confermato il sistema di acquisizione, controllo, restituzione ed elaborazione di analisi fondato sul flusso del flusso FE acquisito via SMAF ed elaborato dal Data Ware House (DWH).

La gestione del flusso citato, per l'ATS di Bergamo, è a cura di personale amministrativo del Settore Negoziazione e Acquisto Prestazioni Sociosanitarie che lavora in sinergia con il SACAQ per la verifica della corretta classificazione degli ospiti nel sistema di rendicontazione dei flussi economici e per la stipula dei contratti di budget.

I flussi di rilevazione del sistema socio sanitario e sociale

Tra l'ordinaria attività del SACAQ 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 2017 verrà garantito il rispetto della procedura e della tempistiche previste per l'adempimento delle suddette fasi secondo la calendarizzazione stabilita dalla circolare n.4/2016, aggiornata dalla cic. reg. n.2/2017.

Al fine di implementare il volume e la qualità dei dati oggetto di debito informativo ministeriale **verrà garantita una particolare attenzione nella gestione dei processi di correzione errori rilevati dallo SMAF** (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi), anche assicurando supporto agli enti gestori tenuti all'adempimento dei flussi informativi.

Gestione dati udo sociosanitarie: Afam – Anagrafica Famiglia - Rete UDO ASSI – Scheda Struttura – Flussi ministeriali – Contratti Web ATS – Monitoraggio Semestrale udo socio sanitarie e sociali

Per l'anno 2017 prosegue il sistema di rilevazione della rete di offerta sociosanitaria attraverso l'acquisizione via SMAF del flusso RETE UDO dedicato solo alla rilevazione delle udo di riabilitazione (RIA) e Cure Intermedie (INT) nelle more del riordino complessivo delle cure intermedie.

Sarà compito del personale amministrativo del SACAQ, secondo le indicazioni regionali ricevute, completare l'implementazione e la gestione in AFAM dei dati riferiti alle udo sociosanitarie secondo i nuovi procedimenti avviati o eventuali modifiche dell'udo o dell'ente gestore.

Sono in carico al SACAQ altri debiti informativi quali:

- "Flussi Ministeriali (FIM)", con scadenza entro il 31 gennaio di ogni anno;
- "Scheda Struttura" per tutte le udo sociosanitarie, con scadenze e modalità di compilazione e controllo definite da specifica nota regionale;
- "Contratti Web", aggiornamento dei dati relativi ai contratti e schede budget sottoscritti annualmente dalle udo sociosanitarie nell'applicativo SCRIBA;
- "Monitoraggio semestrale", invio in Regione Lombardia dei dati relativi all'attività di vigilanza sui requisiti di accreditamento e controllo di appropriatezza sulle udo sociosanitarie e sociali.

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 biennale, **l'attività del 2017 riguarderà almeno il 50% delle udo sociosanitarie in esercizio sul territorio.**

In particolare i controlli appropriatezza riguarderanno il 50% delle udo in esercizio, mentre la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento riguarderà anche le udo oggetto di sanzione nell'anno 2016, nonché le strutture che, a seguito di procedimenti di accreditamento nell'anno 2015, non seguono l'ordinaria calendarizzazione.

Verranno garantite le vigilanze sul 100% delle udo che attiveranno nuovi procedimenti (accreditamenti, vulture, 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. 38 RSA pari al 58,4% delle RSA in esercizio.

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.

Controllo di appropriatezza

I controlli di appropriatezza si svolgeranno in n.33 RSA corrispondente al 50,76 % delle RSA del territorio.

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 d.g.r. n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica aggiornata con nota regionale del 23/12/2015.

Come previsto nella d.g.r. n. 5954/2016 verrà garantito il controllo sul 15% dei FASAS.

Dal 01/01/2017 al 30/04/2017 la quota mirata pari al 20% è stata scelta selezionando i fascicoli dei pazienti con cambio di classe/profili significativi (Alzheimer in RSA con Nucleo dedicato).

A partire da maggio 2017 i criteri di selezione della quota mirata del campione, pari ad almeno il 30%, considerata la specificità del territorio dell'ATS e del campione di strutture da sottoporre a controllo, anche secondo le indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo, saranno prioritariamente i seguenti:

- cambi classe/profili significativi (Alzheimer e Stati Vegetativi -SV)/mancato cambiamento di classe/utenti in classe SOSIA 7/8;
- classe SOSIA 1,2,5,6, con riferimento alla verifica della progettazione degli interventi animativi personalizzati;
- età degli ospiti: inferiore ai 65 anni;
- incidenza delle cadute;
- rischio sviluppo lesioni da pressione, incidenza decubiti;
- strumenti di contenzione in persone con deterioramento cognitivo;
- ospiti con assenze remunerate;
- trasferimenti da altre udo.

CENTRI DIURNI INTEGRATI PER ANZIANI – CDI

Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento

Si conferma, secondo le indicazioni regionali, la verifica periodica del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici e organizzativi - gestionali, generali e specifici delle udo in esercizio. Per il 2017 tali verifiche riguarderanno il 51,61% delle unità di offerta sul territorio, quota corrispondente a n. 16 udo.

I sopralluoghi verranno effettuati da un'equipe multidisciplinare composta da:

- Funzionari Medici o Tecnici del Dipartimento di Prevenzione;
- Infermiere;
- Amministrativo/altra professione sanitaria.

Controllo di appropriatezza

I controlli di appropriatezza si svolgeranno nei medesimi CDI individuati per la vigilanza ordinaria, pari a n. 16.

Il N° dei FaSAS da controllare sarà pari al 15% del totale gli ospiti presenti nelle strutture nell'anno 2016. La campionatura dei FaSAS sarà effettuata con metodologia mista, 50% casuale e 50% mirata.

Per i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla d.g.r. n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica aggiornate con nota regionale del 23/12/2015; la quota mirata, come per l'anno 2016, interesserà soggetti, selezionati dal flusso CDI, che presentano:

- disturbi comportamentali gravi e/o una grave compromissione dello stato cognitivo e/o motorio;
- fasce di età con scostamento significativo dalla media o per i quali si sono verificate cadute, uso scale cadute;
- strumenti di contenzione ed eventuale gestione della contenzione fisica con deterioramento cognitivo;

- assenze remunerate;
- Trasferimenti da altre udo;
- ospiti con bisogni complessi o con tipologia di frequenza part-time;

I controlli saranno effettuati con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, senza dare informazioni sui fascicoli campionati per il controllo.

Oltre al 15 % dei FASAS campionati come sopra definito, saranno verificati fascicoli degli ospiti individuati durante i sopralluoghi.

RETE DI CURE PALLIATIVE

RESIDENZIALE HOSPICE

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI (UCP-DOM) – DI BASE E SPECIALISTICHE

Come previsto dalla d.g.r 5954/2016, in attuazione della d.g.r 5918/2016 è in corso il processo di riclassificazione dei Soggetti Erogatori accreditati all'erogazione di Cure Palliative.

I Soggetti Erogatori accreditati e a contratto per le Cure Palliative entro 6 mesi dalla data di pubblicazione sul Burl (02.12.2016) della dgr 5918/2016 dovranno comunicare all'ATS l'adeguamento ai requisiti previsti nel documento allegato alla deliberazione.

Entro 90 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuto adeguamento saranno disposti tutti gli accertamenti volti a verificare il possesso dei requisiti previsti, disponendo l'iter procedurale previsto dalla vigente normativa.

Controllo di appropriatezza Hospice

I controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate saranno garantiti sul 50% delle udo in esercizio e si effettueranno con l'applicazione delle check-list regionali di verifica previste, in applicazione della d.g.r. 1765/2014.

Sarà controllato il 15% di fascicoli calcolato sul numero di utenti rendicontati nell'anno 2016 dalle udo oggetto di controllo (n.3).

Rimane fatta salva la possibilità, nell'ambito del volume dei controlli stabiliti, di procedere al controllo dei FaSAS relativi all'anno 2017 anche in misura ulteriore rispetto a quelli campionati.

La quota mirata sarà pari al 50% dei FASAS campionati e sarà selezionata secondo i criteri indicati dalla d.g.r. proposti dall'Agenzia di Controllo ed approvati con dgr 6502/2017. Il mix comprenderà utenti:

- inseriti recentemente nell'UdO;
- con patologie non oncologiche e/o con modalità di dimissione diversa dal decesso;
- con degenze superiori a 60 giorni;
- ricoverati in diversi Hospice;
- provenienti da altre udo e comunque valutando la provenienza degli ospiti.

Controllo di appropriatezza sulle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP DOM)

Fatte salve eventuali diverse disposizioni regionali verranno seguiti i medesimi criteri di controllo già applicati per le udo ADI con cure palliative.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – ADI

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

Si conferma, secondo le indicazioni regionali, la verifica periodica del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici e organizzativi - gestionali, generali e specifici delle udo in esercizio. Per il 2017 tali verifiche riguarderanno il 50% delle unità di offerta sul territorio, saranno oggetto di vigilanza n. 17 enti.

La vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento verrà effettuata nel secondo semestre, in considerazione dell'attività di verifica conseguente all'attuazione della d.g.r. n. 5918/2016.

Controlli di Appropriatezza

Come previsto dalla d.g.r. 5954/2016, i controlli di appropriatezza assistenziale saranno condotti verificando il 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016.

Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017. La

selezione del campione sarà rappresentata per il 3% da controlli EX POST e per il restante 2% IN ITINERE, riservandosi la possibilità di estendere il campione nel caso in cui i controlli evidenziassero delle criticità. Saranno oggetto di controllo di appropriatezza assistenziale n. 19 enti di cui n. 2 con sede legale extraprovincia.

Nell'ambito del volume dei controlli di cui al punto precedente, tenuto conto della peculiarità del percorso di accesso a questa unità d'offerta, così come definito dalle DDGR 2569/2014 e 4702/2015, i controlli di appropriatezza assistenziale verranno effettuati:

- in itinere, nel periodo in cui l'utente riceve la prestazione e verranno effettuati al suo domicilio, procedendo quindi all'osservazione diretta delle condizioni del paziente e riservandosi la possibilità di intervistare anche i familiari/care giver;
- ex post, attraverso l'analisi, alla fine del periodo di validità del singolo titolo assegnato, presso la sede operativa del soggetto gestore;
- in caso di criticità riscontrate, per ulteriori approfondimenti, si procederà ad un ulteriore livello di controllo in sede d'ufficio, acquisendo in copia la necessaria documentazione sociosanitaria.

Controlli in itinere:

I controlli in itinere verranno effettuati al domicilio degli utenti assistiti dalle strutture campionate; i sopralluoghi si svolgeranno seguendo la procedura già in uso nell'anno 2016 ovvero, la visita domiciliare verrà preceduta da un contatto telefonico all'assistito/famiglia il giorno antecedente con contestuale invio al CeAD di riferimento di segnalazione dei nominativi oggetto di controllo.

Il campione mirato, pari al 50%, verrà scelto tra i pazienti oncologici seguiti con *Profilo 1* in carico da più di 1 anno, *Profili* multi prestazionali, *Pazienti* in carico da più di 6 mesi e pazienti in trattamento fisioterapico, pazienti con profili 3-4 coerenza con il profilo assegnato presa in carico di grandi anziani (> di 85 anni), Voucher Cure Palliative per pazienti con età > 70 anni.

Tenuto conto delle peculiarità territoriali rilevate nel corso dei controlli e dall'analisi dell'ADI-Web, si inserisce tra i criteri di campionamento, proposti da Regione Lombardia, quello dei *Pazienti* seguiti con Profilo 1. Il restante 50% verrà scelto casualmente.

Sono previsti ulteriori controlli in itinere che potranno interessare gli Enti non campionati per i controlli di appropriatezza a seguito di segnalazioni.

Controlli Ex Post

I controlli di appropriatezza assistenziale, svolti presso le sedi dei medesimi Enti campionati per l'attività di Vigilanza saranno effettuati attraverso l'applicazione degli indicatori di cui alla d.g.r. n. 1765/2014 aggiornata con nota regionale del 23.12.2015.

La quota mirata pari al 30% interesserà FaSAS di pazienti selezionati secondo i criteri sopra dettagliati. Il 70% sarà estratto con modalità casuale

RIABILITAZIONE/ CURE INTERMEDIE

Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento

Il percorso di riordino dell'unità d'offerta di ricovero 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'integrazione 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.

Pertanto per l'anno 2017 le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di cure intermedie, ai sensi della d.g.r. n. 3383/2014, proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto che stabilisce: *".....Di disporre altresì che le unità d'offerta residenziali per adulti già classificate come cure intermedie (Ex Dgr 1185/2013) continuano a erogare le prestazioni contrattualizzate per l'anno in corso, secondo le vigenti condizioni e modalità attuative, continuando a garantire i vigenti requisiti di accreditamento (Dgr 19883/2014)."*

Le verifiche nell'anno 2017 saranno espletate garantendo la vigilanza sul 50% delle udo pari a n.3 Cure Intermedie e n° 2 Riabilitazioni non Residenziale.

Controllo di appropriatezza

I controlli di appropriatezza coinvolgeranno le udo di riabilitazione/cure intermedie individuate per la vigilanza ordinaria.

Per le cure intermedie la quota dei FaSAS oggetto di controllo sarà pari al 10% dei fascicoli relativi all'anno 2016, fermo restando la possibilità, nell'ambito del volume dei controlli stabiliti, di procedere al controllo dei FaSAS relativi all'anno 2017.

Dal 01/01/2017 al 30/04/2017 la quota mirata pari al 20% è stata scelta selezionando i fascicoli dei pazienti che hanno avuto ripetuti ricoveri durante l'anno.

A partire da maggio 2017 i criteri di selezione della quota mirata del campione, pari al 30%, considerata la specificità del territorio dell'ATS e del campione di strutture da sottoporre a controllo, secondo le indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo, saranno prioritariamente i seguenti: ospiti provenienti direttamente da altro percorso riabilitativo all'interno della stessa udo, DRG con valorizzazione più elevata, ricovero/prestazione ripetuto nell'anno, percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore soglia, pazienti con degenze superiori ai 45 gg, pazienti trasferiti da altre udo, eventuali ospiti minorenni per i quali si sono verificate delle assenze remunerate, indice di rotazione sul posto letto.

Per la riabilitazione non residenziale (ambulatoriale e domiciliare) la quota dei FaSAS sarà pari al 3% dei FaSAS degli utenti seguiti nell'anno 2016 fermo restando la possibilità sopraccitata.

La quota mirata pari al 30% sarà scelta utilizzando nello specifico i seguenti criteri: utenti ultra sessantacinquenni, cicli ripetuti nel corso di dodici mesi, percentuale di ospiti con durata di trattamento pari al valore soglia, diagnosi complesse, periodo superiore ai sei mesi di attesa tra il primo contatto e la presa in carico, trasferimenti da altre udo.

Come previsto nella d.g.r. n. 1765/2014 durante i controlli di appropriatezza saranno applicati i soli indicatori generali.

STRUTTURE SOCIO SANITARIE PER DISABILI (RSD - CSS – CDD)

Tenuto conto di quanto in premessa, l'attività di vigilanza sarà svolta come di seguito specificato sul 51,92 % delle udo in esercizio sul territorio come di seguito specificato:

- R.S.D. presenti sul territorio n.10 : da verificare n. 5
- C.S.S. presenti n. 19: da verificare n. 9
- C.D.D. presenti n. 23: da verificare n. 13

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

Controllo di appropriatezza

I controlli di appropriatezza coinvolgeranno le udo residenziali e semiresidenziali per disabili individuate per la vigilanza ordinaria.

Nelle udo residenziali e semiresidenziali per disabili campionate la percentuale di FASAS oggetto di controllo sarà pari al 30 % degli utenti transitati nel corso dell'anno 2016, il 70% del campione sarà selezionato in modo casuale.

Il restante 30%, considerata la specificità del territorio dell'ATS e seguendo le indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo, sarà estratto dal Flusso SIDI o nel corso del sopralluogo, secondo i seguenti criteri:

- Utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza previsti dalla DGR 1953/2014;
- Utenti di età < 18 e > 65;
- Utenti con particolari criticità assistenziali e/o bisogni di carattere riabilitativo/fisioterapico, con comportamenti auto etero aggressivi e/o che comportano controllo;
- Utenti con passaggio di classe a seguito di rivalutazione da parte dell'Ente gestore – ospiti complessi e particolarmente impegnativi (collocati nelle classi 1 e 2) - utenti classificati SIDI estreme (collocati nelle classi 1 e 5) ;
- Utenti con doppia diagnosi;
- incidenza delle cadute;
- strumenti di contenzione ed eventuale gestione della contenzione fisica in persone con deterioramento cognitivo;
- utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza previsti dalla dgr 1953/2014;
- trasferimenti da altre udo;
- ospiti con bisogni complessi o con tipologia di frequenza part - time nei Centri Diurni;

Nel corso delle visite di controllo presso le udo, laddove si riterrà necessario, potranno essere richiesti FASAS ulteriori rispetto quelli campionati.

SERVIZI DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE - SER.T. - S.M.I.

Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento

Sul territorio della Provincia di Bergamo, nell'ambito delle Strutture per le dipendenze a gestione pubblica/privata, sono presenti n. 14 Strutture Residenziali, n. 2 Semiresidenziali, n. 6 SER.T pubblici e n. 1 Servizio Multidisciplinate Integrato - S.M.I. per un totale di n. 23 udo sociosanitarie.

La quota oggetto di verifica, sarà pari al 50%, corrispondente a n. 7 strutture Residenziali e n. 1 Semiresidenziale, scelte tra quelle non vigilate nel 2016.

Saranno inoltre oggetto di controllo e vigilanza n. 8 appartamenti, afferenti a due Enti Gestori, relativi all'unità d'offerta a bassa intensità assistenziale.

L'attività di vigilanza proseguirà in n. 3 Ser.T pubblici, corrispondenti alla quota del 50% dei Ser.T gestiti dalle ASST di Treviglio e di Seriate e precisamente:

- Ser.T di Ponte San Pietro e di Martinengo
- Ser.T di Gazzaniga

La Vigilanza interesserà gli aspetti organizzativi/ gestionali e strutturali oltre che il mantenimento di tutti i requisiti di accreditamento.

Controllo di appropriatezza

Nelle strutture residenziali/semiresidenziali si garantirà il controllo su un campione di FaSAS pari al 15% degli utenti anno 2016/2017.

Il campione, secondo le indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo, sarà scelto tra gli utenti di recente inserimento, oltre che gli ospiti minorenni-utenti giovani compresi in una fascia di età tra i 18 e i 30 anni, al fine di verificare lo sviluppo del percorso terapeutico, consultando i dati 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:

- il controllo delle assenze effettuate e remunerate;
- FaSAS chiusi di ospiti la cui permanenza in struttura si discosta dalla media dell'anno precedente;
- utenti in fine percorso terapeutico in modo da verificare la correttezza del percorso terapeutico effettuato, e le azioni previste per favorire la reintegrazione sociale;
- utenti trasferiti da altre unità d'offerta.

Nelle udo a regime ambulatoriale (Ser.T), verrà garantito il controllo di appropriatezza sul 5% dei FASAS relativi all'anno 2016, con la possibilità di comprendere nel campione anche utenti del 2017.

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 lavoro con altri servizi e con la rete familiare.

Un ulteriore controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate nei Ser.T sarà rivolto ad utenti con numero di prestazioni del tipo "management clinico telefonico di paziente" superiore alla media ATS per il 30%.

Altri criteri di selezione dei FaSAS saranno:

- utenti con maggiore frequenza di accessi al Servizio per il 20%;
- utenti con problematica di gioco per verificare la corretta presa in carico di questa nuova utenza, ponendo particolare attenzione al coinvolgimento della rete familiare;
- utenti recentemente dimessi per conclusione del progetto terapeutico o per abbandono del progetto, scelti mediante analisi dei flussi o direttamente in struttura nel corso del sopralluogo.

E' stato previsto, considerando sia le numerose richieste pervenute dagli EE.GG., sia i risultati ottenuti dai controlli eseguiti nell'anno 2016, un percorso di approfondimento sull'effettiva applicabilità nell'Area delle Dipendenze degli indicatori generali dalla d.g.r. 1765/2014, anche alla luce delle modifiche migliorative che dovrebbero essere adottate dal sistema Mfp.

CONSULTORI FAMILIARI –CF

Vigilanza mantenimento requisiti di accreditamento

In ottemperanza della d.g.r. n. 5954/16, la programmazione per l'anno 2017 prevede il proseguo dell'attività iniziata nel 2016 garantendo, pertanto, la periodicità biennale dell'attività di vigilanza. L'azione ispettiva si esplica attraverso le verifiche sul mantenimento dei requisiti strutturali-tecnologici, organizzativo-gestionali d'esercizio e di accreditamento, sul rimanente 50% dei Consultori Familiari Privati (pari a n. 7) e dei Consultori Familiari Pubblici (pari a n. 5 sedi principali e n.4 sedi secondarie) presenti sul territorio provinciale.

All'attività di vigilanza ordinaria, si aggiungeranno le verifiche sulle Unità d'offerta oggetto di prescrizioni o diffide/sanzioni espresse nell'anno 2016 riguardanti n. 1 CF Privato e n.2 CF Pubblici.

Dette verifiche verranno garantite attraverso l'utilizzo del format di verbale/check-list regionali e saranno effettuate, senza preavviso, da un'èquipe multidisciplinare del SACAQ e del DIPS.

Controlli di appropriatezza

I controlli di appropriatezza, a completamento dell'attività svolta nell'anno 2016 si svolgeranno in n. 5 Consultori Familiari Privati ed in n. 5 Consultori Familiari Pubblici con le relative sedi secondarie, corrispondente al 50% dei CF del territorio bergamasco.

I controlli di appropriatezza coinvolgeranno i CF individuati per la vigilanza ordinaria ai quali si aggiungeranno le Unità d'offerta nelle quali, lo scorso anno, si è rilevato un basso livello d'appropriatezza: n.2 CF Privati e n.1 CF Pubblico.

La normativa regionale ha decretato di attenersi ai seguenti principi/indicazioni per l'attività di controllo di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate direttamente all'utenza:

- disamina della documentazione sociosanitaria, comprendente sia la verifica delle caratteristiche cliniche e psicosociali del bisogno che ha determinato l'accesso al Servizio Socio Sanitario, sia la coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate;
- correttezza del flusso specifico di rendicontazione delle prestazioni erogate e congruenza con quanto rintracciato nel FaSAS.

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

Come previsto nella d.g.r. n. 5954/2016 verrà garantito il controllo sul 5% dei FASAS, calcolato sul numero di nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nel 2016 e/o nel 2017 (d.d.g.r.: n.4597/12 e n. 6131/17).

Al fine di rendere omogenei i controlli, il campione mirato dei fascicoli che verranno verificati non supererà il 30% del campione totale di FaSAS ed il restante 70% dei FASAS campionati sarà estratto in maniera casuale.

Il campionamento mirato riguarderà prioritariamente utenti che hanno ricevuto prestazioni rappresentative rispetto a quelle ad alta integrazione sociosanitaria contemplate dalla dgr 4597/2012, come aggiornata da dgr 6131/2017 e previste tra gli indicatori specifici dalla dgr 1765/2014.

La quota mirata riguarderà inoltre fascicoli di utenti minorenni a cui sono state erogate prestazioni relative a IVG.

I sopralluoghi verranno effettuati da un'èquipe multidisciplinare operatori del SACAQ, con profilo professionale coerente con la tipologia di udo controllata e verranno effettuati con preavviso all'Ente Gestore nella giornata lavorativa antecedente il sopralluogo.

GESTIONE DELLA TOTALITÀ DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE INERENTI CRITICITÀ NEI VARI AMBITI DI COMPETENZA DEL SERVIZIO

Anche nel 2017 il Servizio ACAQ prende in carico e gestisce 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 sociosanitaria.

La direzione del Servizio, dopo aver attentamente valutato il contenuto dell'esposto o incontrato i cittadini segnalanti inefficienze/inadeguatezze/insoddisfazione per i servizi ricevuti, provvede a disporre l'istruttoria del caso, mettendo in essere le più opportune attività: possono 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 vengono intraprese le più opportune azioni, che possono esaurirsi in procedimenti di titolarità dell'ATS o richiedere il coinvolgimento della magistratura.

La risposta all'esponente viene comunque gestita in ossequio alle procedure di gestione dei reclami aziendali.

