

**DELIBERAZIONE N. DEL 21 APR 2017****OGGETTO:** Approvazione del Piano dei controlli anno 2017 dell'ATS Brianza – area sanitaria e area sociosanitaria in attuazione della DGR n. X/5954 del 5 dicembre 2016

L'anno 2017 il giorno **21** del mese di **APRILE** ~~gennaio~~, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE**RICHIAMATE**

- la DGR n. VII/15324 del 28 novembre 2003 ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2004";
- la DGR n. VIII/4799 del 30 maggio 2007 con la quale è stato approvato il documento "Indicazioni operative per le attività di controllo svolte dalle ASL sulle strutture sanitarie" e s.m.i.;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 ad oggetto: "Testo unico delle Leggi Regionali in materia di sanità", così come modificata dalla L.R. n. 23 dell'11 agosto 2015 e s.m.i.;
- la DGR X/2569 del 31 ottobre 2014 ad oggetto: "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";
- la DGR n. X/4466 del 10.12.2015 "Attuazione L. R. 23/2015: Costituzione dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza;
- la DGR n. X/6326 del 13 marzo 2017 con la quale, a seguito del parere reso dalla commissione consiliare, viene approvato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico proposto con deliberazione del Direttore Generale dell'Agenzia per la Tutela della Salute Brianza n. 37 del 30.01.2017;

VISTA la DGR n.X/5954 del 05.12.2016 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2017*" in cui al punto 12.2.1 "Programmazione dei controlli" viene previsto che le ATS entro il 30.04.2017 predispongano ed inviino alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e all'Agenzia di Controllo Regionale, esclusivamente in formato elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2017;

RITENUTO che il Piano dei Controlli anno 2017 – Area sanitaria e Area sociosanitaria, atto programmatico territoriale a rilevanza strategica, rappresenta lo strumento principale di cui le ATS dispongono per evidenziare ed integrare in concreto tra loro le varie linee d'intervento previste e le azioni che verranno perseguite in corso d'anno nell'ambito dell'attività di vigilanza e controllo;

VISTO il Piano Controlli Area sanitaria e Area sociosanitaria per l'esercizio 2017 predisposto a cura dei competenti Dipartimenti ATS: Dipartimento PAC, Dipartimento Cure Primarie e Dipartimento ASSI;

RITENUTO di approvare, in attuazione della sopra citata DGR n. X/5954 del 05.12.2016, l'allegato documento: Piano dei Controlli anno 2017 – Area sanitaria e Area sociosanitaria, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

PRESO ATTO che il presente provvedimento, in quanto tale, non comporta oneri a carico di questa Agenzia di Tutela della Salute;

SU PROPOSTA del Direttore del Dipartimento PAC che dichiara la legittimità e la regolarità tecnica del presente provvedimento;

VISTA l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Direttore del Dipartimento PAC proponente riportata in calce al presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario

DELIBERA

per le motivazioni citate in premessa che qui si intendono integralmente richiamate:

- di approvare ed adottare il Piano dei Controlli anno 2017 dell'ATS Brianza – Area sanitaria e Area sociosanitaria, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere entro il 30.04.2017, esclusivamente in formato elettronico, alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e all'Agenzia di Controllo regionale il presente provvedimento;
- di dare atto che il presente provvedimento, in quanto tale, non comporta oneri a carico di questa Agenzia di Tutela della Salute;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on-line dell'Ente;
- di disporre l'invio della presente deliberazione ai Settori ed Uffici interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Massimo Giupponi)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dr. Paolo Giuseppe Cogliati)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Salvatore Silvano Lopez)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Oliviero Rinaldi)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: DIPARTIMENTO PAC

OGGETTO: Approvazione del Piano dei controlli anno 2017 dell'ATS Brianza – area sanitaria e area sociosanitaria in attuazione della DGR n. X/5954 del 5 dicembre 2016

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL RESPONSABILE
Direttore del Dipartimento PAC
(Dott.ssa Elisabetta Chiarazzo)

(firma)

SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa complessiva scaturente dal presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n. : _____ Importo : _____

IL RESPONSABILE SERVIZIO ECONOMICO-FINANZIARIO

NOTE: _____

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: _____

- Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.
- Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL RESPONSABILE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, il..... Il Funzionario addetto



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. **233** DEL 21 APR 2017

PIANO DEI CONTROLLI

anno 2017

AREA SANITARIA

1	PREMESSA AREA SANITARIA	3
2	CONTESTO DEMOGRAFICO ED EROGATIVO.....	4
2.1	RETE D'OFFERTA	5
2.2	PRODUZIONE 2016.....	8
3	PRESTAZIONI DI RICOVERO.....	11
3.1	ATTIVITA' DI CONTROLLO - ANNO 2016.....	11
3.2	OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2017	21
4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	23
4.1	ATTIVITÀ DI CONTROLLO - 2016.....	23
4.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2017	25
5	SALUTE MENTALE.....	26
6	AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO.....	28
6.1	attività svolta nel 2016.....	28
6.2	Obiettivi di verifica per l'anno 2017	34
7	MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI FAMIGLIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	35
7.1	OBIETTIVI DI VERIFICA 2017.....	36
7.2	ASSISTENZA PROTESICA resoconto 2016 e programma anno 2017	38
8	ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	39
8.1	ATTIVITA' NEL 2016	39
8.2	ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	43

AREA SOCIOSANITARIA

1	PREMESSA	44
2	LA RETE DELLE UNITÁ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE 2016.....	45
3	CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO SANITARIA .	48
4	CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI - VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONI... ..	49
5	PROCEDURE QUALITÀ.....	50
6	VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 C.C. PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO.....	50
7	RENDICONTAZIONE ATTIVITÁ VIGILANZA ATS BRIANZA ANNO 2016.....	52
7.1	Verifica del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, tecnologici e strutturali.....	55
7.2	Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie.....	73
8	LA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÁ 2017 ATS BRIANZA.....	97
8.1	Attività 2017 di vigilanza e controllo ATS Brianza.....	99
8.2	Attività 2017 di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni.....	107

1 PREMESSA AREA SANITARIA

Con la Legge Regionale 11.08.15 n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30.12.09, n. 33”, è stata istituita l’Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo, alla quale le strutture delle ATS, anch’esse istituite dall’art. 6 della medesima L.R. n. 23, sono funzionalmente collegate e dalla quale vengono coordinate per l’esercizio dell’attività di controllo sia in materia di verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture, sia in materia di verifica sulle prestazioni erogate.

A più di un anno dall’entrata in vigore della L.R. 23/2015 che ha inoltre istituito l’ATS della Brianza, il presente Piano dei Controlli 2017 viene redatto secondo le indicazioni della D.G.R. n. X/5954/2016 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l’esercizio 2017” e della specifica normativa di settore, puntualmente richiamata al capitolo 12.3.1 della medesima D.G.R. 5954.

Tale Piano è riferito all’attività in capo ai Dipartimenti per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie e delle Cure Primarie.

Nel corso di questo primo anno di accorpamento delle due ex ASL di Lecco e ASL di Monza e Brianza si è proceduto ad una graduale integrazione per quanto riguarda le procedure di autorizzazione, accreditamento e controllo sia delle strutture che delle prestazioni erogate a favore dei cittadini residenti e non.

A tal fine, relativamente all’area sanitaria, si sono inoltre pianificati percorsi di formazione sul campo inerenti ai criteri ed alle metodologie dei controlli.

2 CONTESTO DEMOGRAFICO ED EROGATIVO

L'ATS della Brianza ha competenza territoriale sui 143 comuni dei territori delle Province di Monza e Brianza (55 comuni) e di Lecco (88 comuni), perfettamente coincidenti con le ex ASL di Monza e Brianza e di Lecco. La tabella di seguito ripropone la suddivisione territoriale, rispettivamente in distretti ed ambiti distrettuali, dell'ATS della Brianza:

Tabella 1

ATS DELLA BRIANZA	
<p>DISTRETTO DI LECCO distribuito in 3 ambiti distrettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecco • Bellano • Merate <p>DISTRETTO DI MONZA distribuito in 2 ambiti distrettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monza • Desio <p>DISTRETTO DI VIMERCATE distribuito in 3 ambiti distrettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carate Brianza • Seregno • Vimercate 	

La popolazione residente nell'ATS della Brianza al 01/01/2016 è costituita da **1.205.330 persone** (590.413 maschi, 614.917 femmine).

Tabella 2

CLASSE D'ETÀ	Popolazione ATS BRIANZA al 01-01-2016			
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	QUOTA %
0	5.171	5.001	10.172	0,8%
01-04	22.333	21.340	43.673	3,6%
05-14	60.546	57.618	118.164	9,8%
15-44	213.538	205.789	419.327	34,8%
45-64	175.384	177.199	352.583	29,3%
65-74	61.445	68.753	130.198	10,8%
75+	51.996	79.217	131.213	10,9%
TOTALE	590.413	614.917	1.205.330	100%

2.1 RETE D'OFFERTA

La rete d'offerta dell'ATS Brianza è riportata nella seguente tabella ed in sintesi consta di 13 enti di ricovero e cura e n. 32 enti di specialistica ambulatoriale.

Tabella 3

ATS	Tipologia	Enti
Area Lecco	ASST	1
	Ospedali classificati	1
	IRCCS pubblici	1
	IRCCS privati	1
	Case di cura private	2
	Specialistica ambulatoriale	5
	Medicina dello Sport	3
	Totale	14
Area Monza	ASST	2
	Ospedali classificati	0
	IRCCS pubblici	0
	IRCCS privati	1
	Case di cura private	4
	Specialistica ambulatoriale	21
	Medicina dello Sport	3
	Totale	31
Totale complessivo ATS		45

Tali enti si articolano in 216 punti di erogazione suddivisi per tipologia di offerta come rappresentato nella seguente tabella.

Tabella 4

ATS	Specifiche rete d'offerta	Punti di erogazione
Area Lecco	Ricovero e cura/Riabilitazione	8
	Specialistica ambulatoriale	19
	Medicina dello sport	4
	Laboratori	5
	Punti prelievo	23
	Cal	4
	CPS	2
	Centri diurni	2
	Totale	67
Area Monza	Ricovero e cura/Riabilitazione	12
	Specialistica ambulatoriale	40
	Medicina dello sport	3
	Laboratori	8
	Punti prelievo	68
	Cal	5
	CPS	5
	Centri diurni	8
	Totale	149
Totale complessivo ATS		216

Nella Tabella seguente viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di posti letto accreditati a contratto delle **strutture di ricovero e cura** ubicate nell'ambito territoriale dell'ATS.

Tabella 5

ATS	STRUTTURA	TIPOLOGIA	Posti letto ordinari	Posti letto Day Hospital
Area Lecco	ASST- Presidio di Lecco	acuti, riabilitazione e punto nascita	577	51
	ASST - Presidio di Merate	acuti e punto nascita	290	28
	ASST - Presidio di Bellano	riabilitazione	55	1
	IRCCS "INRCA" di Casatenovo	acuti e riabilitazione	80	0
	IRCCS "E. Medea" di Bosisio Parini	riabilitazione	112	13
	Casa di Cura "G.B. Mangioni" di Lecco	acuti	76	2
	Casa di Cura Lecco "B.L. Talamoni" di Lecco	acuti e riabilitazione	78	8
	Villa Beretta di Costa Masnaga	riabilitazione	87	2
	Totale	1355	105	
Area Monza	PO S.Gerardo di Monza	acuti e riabilitazione	792	67
	PO Vimercate	acuti, riabilitazione e punto nascita	443	46
	PO Desio	acuti e punto nascita	316	28
	Ist.Ci.Zucchi di Monza	acuti e riabilitazione	193	27
	CC Policlinico di Monza	acuti e riabilitazione	186	14
	Ist.Ci.Zucchi di Carate	riabilitazione e cure palliative	147	4
	PO Carate	acuti e punto nascita	157	13
	Fondazione Monza e Brianza	materno infantile e punto nascita	122	6
	PO Giussano	acuti e cure palliative	89	18
	PO Seregno	riabilitazione	81	4
	CC Villa Bianca di Limbiate	riabilitazione	70	1
	Istituti Clinici Scientifici Maugeri SpA SB - Centro di Lissone	riabilitazione	44	0
		Totale	2640	228
Totale complessivo ATS			3995	333

Per quanto riguarda l'area di Lecco le Alte Specialità sono presenti nell'ASST di Lecco ed in particolare n. 1 Servizi di Emodinamica, n. 1 U.O. Cardiochirurgia, n. 1 U.O. Neurochirurgia, n. 1 U.O. Chirurgia Vascolare.

Per quanto riguarda l'area di Monza, sono presenti le seguenti Alte Specialità n. 4 Servizi di Emodinamica (Ospedale S. Gerardo di Monza, Ospedale di Circolo di Desio, Ospedale Nuovo di Vimercate, CC Policlinico di Monza), n. 2 U.O. Cardiochirurgia (Ospedale S. Gerardo di Monza e CC Policlinico di Monza), n. 2 U.O. Neurochirurgia (Ospedale S. Gerardo di Monza e CC Policlinico di Monza), n. 2 U. O. Chirurgia Vascolare (Ospedale S. Gerardo di Monza e CC Policlinico di Monza) e n. 1 U.O. Chirurgia Toracica (Ospedale S. Gerardo di Monza).

In sintesi il numero di posti letto di degenza per acuti e di riabilitazione nel 2016 è rimasto sostanzialmente invariato.

Nella Tabella seguente viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta di **posti tecnici di Sub-acuta**.

Tabella 6

ATS	STRUTTURA	Posti tecnici
Area Lecco	ASST- Presidio di Lecco	16
	ASST - Presidio di Merate	10
	Casa di Cura "G.B. Mangioni" di Lecco	7
	Casa di Cura Lecco "B.L. Talamoni" di Lecco	10
	Totale	43
Area Monza	ASST Vimercate - Ospedale di Vimercate	13
	ASST Monza - P.O. di Circolo - Desio	10
	Istituti Clinici Zucchi di Carate	16
	ASST Vimercate - P.O. "Borella" - Giussano	20
	Totale	59
Totale complessivo ATS		102

Nella Tabella seguente viene riportato il quadro di sintesi dell'offerta delle strutture di **residenzialità psichiatrica e neuropsichiatrica infantile** accreditate e a contratto ubicate nell'ambito territoriale dell'ATS.

Tabella 7

ATS	TIPOLOGIA	N. Posti
Area Lecco	CPB - Comunità Protetta a Bassa protezione	2
	CPA - Comunità Protetta ad Alta assistenza	10
	CPM - Comunità Protetta a Media assistenza	10
	CRA - Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza	28
	CRM - Comunità Riabilitativa a Media assistenza	36
	Residenzialità leggera	33
	Residenzialità riabilitativa NPI	8
	Totale	127
Area Monza	CPB - Comunità Protetta a Bassa protezione	19
	CPA - Comunità Protetta ad Alta assistenza	80
	CPM - Comunità Protetta a Media assistenza	56
	CRA - Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza	106
	Residenzialità leggera	28
	Residenzialità riabilitativa NPI	18
	Totale	307
Totale complessivo ATS		434

Si segnala l'attivazione nel 2016 di una comunità psichiatrica per adolescenti nell'area territoriale di Lecco che ne risultava carente.

2.2 PRODUZIONE 2016

La tabella sottostante riporta una sinossi delle prestazioni erogate in regime di ricovero distribuite per regime di erogazione e peso medio del drg. Nel complesso, nel 2016, le strutture presenti in ATS hanno prodotto 141.335 ricoveri finanziati dal SSR di cui l'84% circa in regime ordinario, il 15% in regime DH/DS e poco meno dell'1% in regime di sub-acuzie. Il peso medio drg registrato è stato pari a 1,04 con un range tra strutture compreso tra un minimo di 0,65 ed un massimo di 1,39.

Tabella 8

ATS	STRUTTURE	Ricoveri totale	Ordinari (%)	DH (%)	Subacuti (%)	Peso medio drg
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	2.116	1.505 (71,12%)	465 (21,98%)	146 (6,9%)	0,97
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	2.946	1.816 (61,64%)	1.028 (34,89%)	102 (3,46%)	1,01
	CENTRO DI RIABIL. VILLA BERETTA-COSTA M	1.025	927 (90,44%)	98 (9,56%)	0 (0%)	1,02
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	482	480 (99,59%)	2 (0,41%)	0 (0%)	0,73
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	21.286	18.805 (88,34%)	2.287 (10,74%)	194 (0,91%)	1,14
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	10.362	8.901 (85,9%)	1.238 (11,95%)	223 (2,15%)	0,9
	I.N.R.C.A.- PRESIDIO DI CASATENOVO	1.755	1.755 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0,95
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	3.051	2.057 (67,42%)	994 (32,58%)	0 (0%)	0,85
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	9.072	7.218 (79,55%)	1.856 (20,45%)	0 (0%)	1,39
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	623	623 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0,81
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	1.378	1.191 (86,43%)	14 (1,02%)	173 (12,55%)	0,77
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	8.707	7.620 (87,55%)	1.084 (12,45%)	0 (0%)	0,65
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	8.630	4.451 (51,58%)	4.179 (48,42%)	0 (0%)	1,13
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	24.570	20.497 (83,42%)	4.073 (16,58%)	0 (0%)	1,33
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	15.269	13.674 (89,55%)	1.568 (10,27%)	27 (0,18%)	0,93
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	1.146	1.124 (98,08%)	22 (1,92%)	0 (0%)	0,85
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	9.984	9.190 (92,05%)	794 (7,95%)	0 (0%)	0,75
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	1.043	517 (49,57%)	331 (31,74%)	195 (18,7%)	0,75
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	17.543	15.936 (90,85%)	1.429 (8,15%)	176 (1%)	0,96
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	347	347 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0,8
	Totale complessivo ATS		141.335	118.634 (83,94%)	21.462 (15,19%)	1.236 (0,87%)

Nel grafico sottostante viene riportato il trend relativo ai ricoveri a carico del SSR erogati tra 2012 e 2016 dalle strutture insistenti nel territorio lecchese ed in quello monzese.

Grafico 1

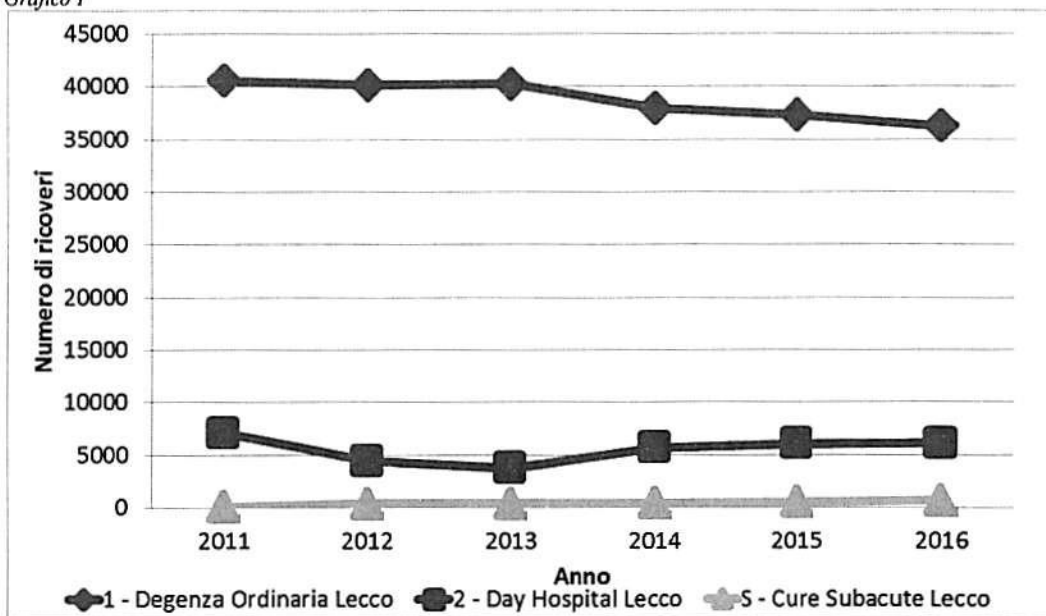
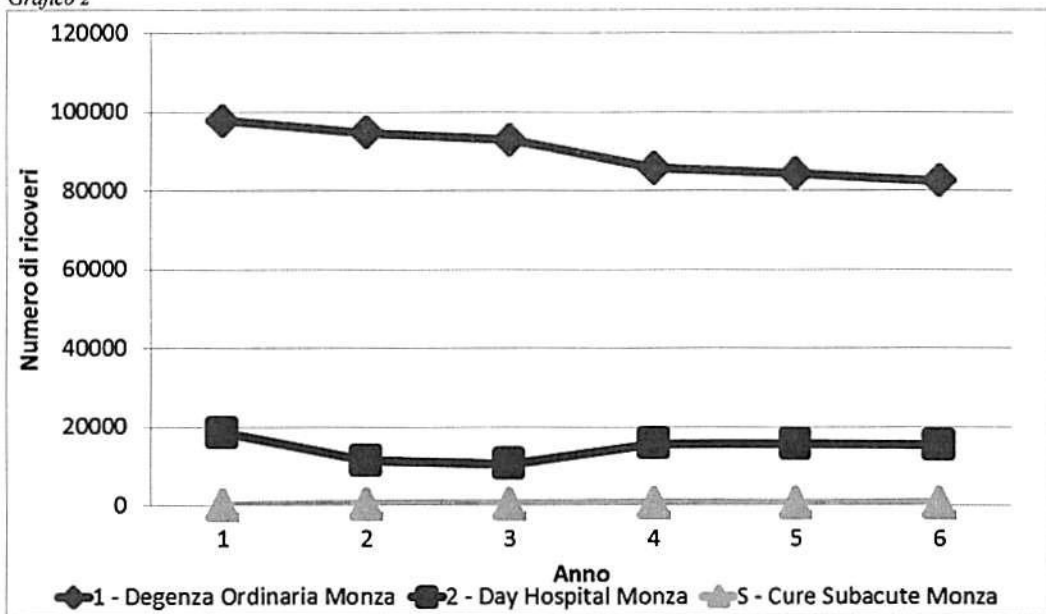


Grafico 2



Come evidente, in entrambe le aree, si è registrata una progressiva riduzione del numero complessivo di ospedalizzazioni, principalmente riconducibile ad una flessione dei ricoveri in regime ordinario.

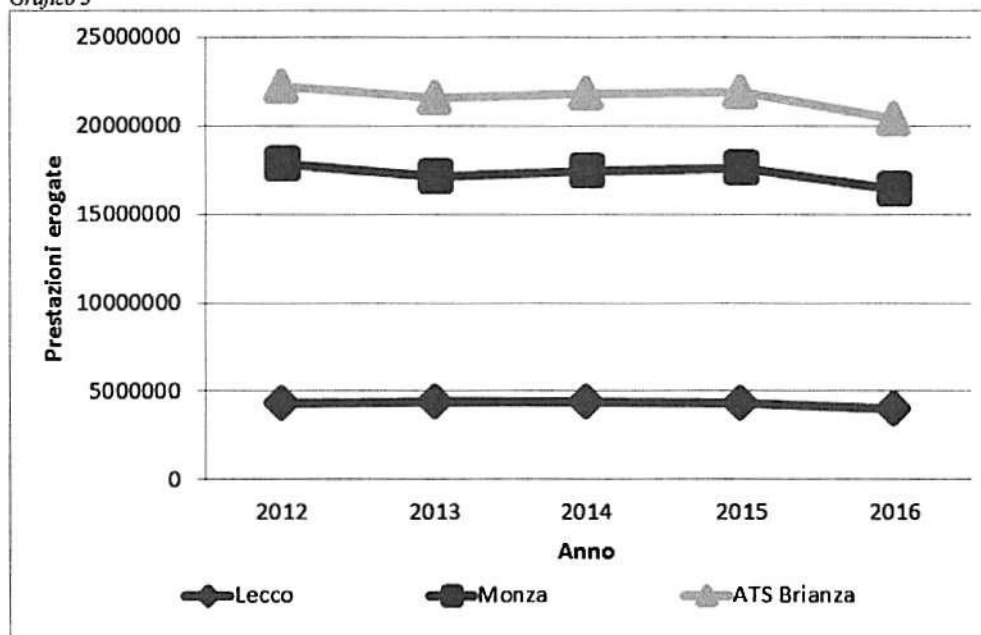
A seguire viene presentata una tabella che sinteticamente propone i dati relativi ai volumi di attività ambulatoriale erogata dalle strutture insistenti nel territorio dell'ATS della Brianza. Nel complesso, nel 2016, sono state erogate 20.032.291 prestazioni, incluse quelle di laboratorio e di PS, per un assorbimento complessivo di risorse, comprensivo di quota fissa e ticket, pari a 326.298.070 euro.

Tabella 9: Produzione 2016 specialistica ambulatoriale per residenza assistiti

ATS	Residenza assistito	Prestazioni	Valore	Netto
Area Lecco	Residenti	3.682.564	€ 66.800.289	€ 56.212.738
	Non residenti	320.076	€ 10.433.480	€ 9.269.038
	Totali	4.002.640	€ 77.233.769	€ 65.481.776
Area Monza	Residenti	11.376.400	€ 194.565.464	€ 163.035.087
	Non residenti	4.653.251	€ 54.498.837	€ 43.134.094
	Totali	16.029.651	€ 249.064.301	€ 206.169.181
Totali ATS	Residenti	15.058.964	€ 261.365.753	€ 219.247.825
	Non residenti	4.973.327	€ 64.932.317	€ 52.403.132
	Totali	20.032.291	€ 326.298.070	€ 271.650.957

Nel grafico a seguire viene riportato il trend erogativo di prestazioni ambulatoriali a carico del SSR nelle due aree di interesse. In particolare, rispetto al triennio 2013-2015, nel 2016 si evidenzia una lieve riduzione delle prestazioni ambulatoriali erogate tanto nell'area lecchese quanto nell'area monzese.

Grafico 3



3 PRESTAZIONI DI RICOVERO

3.1 ATTIVITA' DI CONTROLLO - ANNO 2016

In ottemperanza alle normative regionali e come negli anni scorsi, anche per il 2016 il contesto generale di riferimento, per la definizione dei controlli, risulta costituito dalla DGR n.12692/2003 e n.15324/2003, dalla DGR VIII/4799/2007, integrate ed aggiornate con le successive delibere annuali delle "Regole di esercizio".

Le attività di controllo per l'anno 2016 sono state programmate per l'ATS della Brianza facendo riferimento al Piano dei Controlli adottato con delibera n. 32 del 26 gennaio 2016 ed hanno riguardato le prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero presso tutte le strutture sanitarie, Pubbliche e Private Accreditate, insistenti nel territorio.

Anche per il 2016 è stata confermata l'indicazione che almeno il 14% delle attività di ricovero fosse sottoposta a controlli con le seguenti specifiche:

- **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, n. IX/621/2010 e circolare attuativa della DGR 4334 prot. H1.2012.0036178), selezionata dall'ATS con modalità di campionamento casuale;
- **quota fino al 4%** riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori;
- **quota di almeno il 7%** riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento prevalentemente mirato.

A tali tipologie di campionamenti nel corso del 2016 sono state aggiunte cartelle riferite ad episodi di ricovero di pazienti provenienti da altre regioni come richiesto direttamente dalla DG Welfare.

Nel complesso le cartelle cliniche oggetto di controllo sono riconducibili alle seguenti categorie:

- Controllo delle prestazioni di ricovero selezionate con criterio mirato e sulla base di indicatori di interesse locale;
- Controllo delle prestazioni di ricovero segnalate dagli indicatori regionali;
- Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione neuro-motoria e neuropsichiatrica;
- Autocontrollo Qualità documentale con selezione secondo criterio casuale;
- Autocontrollo di Congruenza di codifica e di appropriatezza generica.

Nella tabella sottostante è riportato l'atteso regionale per l'anno 2016 che ha previsto una verifica complessiva di n. 20196 cartelle cliniche ed il numero di cartelle effettivamente controllate dai NOC dell'Agenzia.

Tabella 10

TIPOLOGIA	N
Atteso controllo mirato (7%)	10.098
Controlli effettuati	10.637
Controlli effettuati %	105
Atteso autocontrollo congruenza (4%)	5.770
Controlli effettuati	5.922
Controlli effettuati %	103
Atteso autocontrollo qualità documentale (3%)	4.328
Controlli effettuati	4.487
Controlli effettuati %	104
Atteso controlli totale (14%)	20.196
Controlli effettuati totali	21.035
Controlli effettuati totali %	104

Il dettaglio dell'attività effettuata viene illustrato secondo le seguenti tipologie:

1. congruenza in capo all'ATS;
2. autocontrollo di congruenza, in capo agli erogatori;
3. autocontrollo della qualità della documentazione clinica, in capo agli erogatori.

1. CONGRUENZA IN CAPO ALL'ATS (7%)

Il controllo di congruenza in capo all'ATS è stato concluso presso tutte le strutture con il raggiungimento del 7% previsto. In questa tipologia è stata conservata una minima percentuale di controlli condotti con modalità casuale in ragione dei risultati delle verifiche effettuate negli anni precedenti che hanno permesso, con il campionamento random, l'individuazione di criticità organizzative/di codifica non sistematiche ma comunque significative.

Inoltre, relativamente ai criteri di selezione delle cartelle, ci si è avvalsi del campionamento "8-interesse locale", degli indicatori forniti dalla Regione sul Portale di Governo, ritenuti significativi in base alla specifica produzione delle strutture ubicate sul territorio, e delle evidenze emerse o nel corso delle verifiche precedenti o a seguito dell'analisi informatica dei dati di produzione delle strutture.

Il dettaglio dell'attività effettuata viene illustrato nelle seguenti tabelle:

Tabella 11

ATS	STRUTTURA	Tipologie regionali 1-7	Interesse locale	Portale regionale	Controllo casuale	Totale
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	91 (60,26%)	20 (13,25%)	40 (26,49%)	0 (0%)	151 (100%)
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	53 (25%)	65 (30,66%)	44 (20,75%)	50 (23,58%)	212 (100%)
	CENTRO DI RIABIL.VILLA BERETTA-COSTA MASNAGA	60 (51,72%)	56 (48,28%)	0 (0%)	0 (0%)	116 (100%)
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	30 (93,75%)	2 (6,25%)	0 (0%)	0 (0%)	32 (100%)
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	605 (38,39%)	681 (43,21%)	90 (5,71%)	200 (12,69%)	1576 (100%)
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	350 (46,42%)	265 (35,15%)	40 (5,31%)	99 (13,13%)	754 (100%)
	I.N.R.C.A.- PRESIDIO DI CASATENOVO	107 (79,85%)	27 (20,15%)	0 (0%)	0 (0%)	134 (100%)
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO PARINI	192 (84,21%)	36 (15,79%)	0 (0%)	0 (0%)	228 (100%)
	Totale	1488 (46,46%)	1152 (35,97%)	214 (6,68%)	349 (10,9%)	3203 (100%)
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	207 (28,16%)	485 (65,99%)	43 (5,85%)	0 (0%)	735 (100%)
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	24 (50%)	24 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	48 (100%)
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	85 (73,91%)	30 (26,09%)	0 (0%)	0 (0%)	115 (100%)
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	315 (45,65%)	375 (54,35%)	0 (0%)	0 (0%)	690 (100%)
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	167 (24,59%)	462 (68,04%)	50 (7,36%)	0 (0%)	679 (100%)
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	651 (36,35%)	1028 (57,4%)	19 (1,06%)	93 (5,19%)	1791 (100%)
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	225 (19,74%)	915 (80,26%)	0 (0%)	0 (0%)	1140 (100%)
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	103 (90,35%)	11 (9,65%)	0 (0%)	0 (0%)	114 (100%)
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	241 (34,18%)	411 (58,3%)	50 (7,09%)	3 (0,43%)	705 (100%)
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	18 (11,46%)	139 (88,54%)	0 (0%)	0 (0%)	157 (100%)
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	248 (20,1%)	972 (78,77%)	14 (1,13%)	0 (0%)	1234 (100%)
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	8 (30,77%)	18 (69,23%)	0 (0%)	0 (0%)	26 (100%)
	Totale	2292 (30,83%)	4870 (65,51%)	176 (2,37%)	96 (1,29%)	7434 (100%)
Totale complessivo ATS		3780 (35,54%)	6022 (56,61%)	390 (3,67%)	445 (4,18%)	10637 (100%)

Alla luce della riorganizzazione territoriale introdotta con la L.R. 23/2015 è emersa l'esigenza di analizzare il campionamento effettuato anche in funzione dei pesi medi dei DRG; tale analisi consente infatti valutazioni relative alla diversa complessità assistenziale delle strutture di ricovero e cura presenti nella nuova area territoriale dell'ATS Brianza e fornisce uno strumento di misura rispetto alla tipologia di campionamento.

Tabella 12

ATS	STRUTTURA	Pesi medi campionamento			
		Tipologie regionali 1-7	Interesse locale	Portale regionale	Controllo casuale
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	0,98	1,01	1,15	
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	1,27	1,02	0,91	1,11
	CENTRO DI RIABIL.VILLA BERETTA-COSTA M	1,06	1,09		
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	0,86	0,75		
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	1,22	1,60	1,89	1,17
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	1,06	1,31	1,32	0,91
	I.N.R.C.A.- PRESIDIO DI CASATENOVO	1,05	1,16		
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	0,92	1,30		
	Totale	1,11	1,45	1,44	1,09
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	1,42	1,80	1,57	
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	0,86	0,88		
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	0,81	0,90		
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	0,92	1,98		
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	1,64	1,31	1,99	
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	1,27	1,97	1,00	1,07
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	1,26	1,54		
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	0,87	1,05		
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	0,97	1,31	0,97	2,69
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	1,03	0,87		
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	1,00	1,47	3,04	
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	1,15	0,85		
Totale	1,16	1,61	1,57	1,12	
Totale complessivo ATS		1,14	1,58	1,50	1,10

Nella tabella seguente vengono riportati gli esiti del controllo di congruenza NOC e i relativi valori di abbattimento economico.

Tabella 13

ATS	STRUTTURA	Congruenza NOC			
		Cartelle confermate	Cartelle non confermate	% non confermate	Valore abbattimento
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	148	3	2%	€ 2.118
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	201	8	4%	€ 11.884
	CENTRO DI RIABIL.VILLA BERETTA-COSTA M	85	31	27%	€ 12.618
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	31	1	3%	€ 6.172
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	1.445	117	7%	€ 198.234
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	692	61	8%	€ 65.343
	I.N.R.C.A.- PRESIDIO DI CASATENOVO	122	10	7%	€ 4.561
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	211	17	7%	€ 10.487
	Totale	2.935	248	8%	€ 311.417
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	661	38	5%	€ 47.982
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	48	-	0%	€ 0
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	114	1	1%	€ 1.589
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	653	37	5%	€ 31.099
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	657	18	3%	€ 25.794
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	1.665	124	7%	€ 159.397
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	1.086	54	5%	€ 69.696
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	110	4	4%	€ 9.132
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	667	38	5%	€ 77.150
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	143	11	7%	€ 17.884
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	1.154	76	6%	€ 134.482
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	26	-	0%	€ 0
	Totale	6.984	401	5%	€ 574.205
Totale complessivo ATS	9.919	649	6%	€ 885.622	

L'analisi di dettaglio degli esiti dell'attività di verifica, riportato nelle precedenti tabelle, per tipologia di campionamento permette di sottolineare i seguenti principali elementi:

- il 92% delle cartelle controllate è riferito alle tipologie regionali 1-7 ed agli indicatori di interesse locale;
- il peso medio dei DRG controllati per la congruenza mirata ha mostrato un range di variabilità complessivo dallo 0,75 al 3,04. Le cartelle cliniche campionate secondo gli indicatori di interesse locale hanno mostrato i pesi medi più alti (1,45 nell'area di Lecco e 1,61 nell'area di Monza);
- la percentuale di cartelle non confermate è risultata molto variabile per ogni singola struttura (dallo 0% al 27%) e con una media del 8% per l'area territoriale di Lecco e dell'5% per l'area territoriale di Monza;
- le attività di controllo hanno comportato un abbattimento complessivo pari a 885.622 euro di cui 574.205 per l'area di Monza e 311.417 per l'area di Lecco; nel complesso nel 2016 nessun episodio di controllo è esitato nell'irrogazione di sanzioni amministrative per il superamento del valore di abbattimento economico di cui alla L.R. 33 del 30/12/2009 e alla DGR IX/2057/2011, con i quali provvedimenti sono stati modificati i criteri relativi alla soglia di significatività dell'errore sanzionabile come previsto dalla Circolare 30/SAN del 2003.

In generale confrontando i dati con gli esiti dell'attività degli anni precedenti si osserva una riduzione percentuale delle pratiche non confermate per entrambe le Aree Lecco e Monza; le criticità più rilevanti che permangono nelle pratiche non confermate dai NOC si registrano nei seguenti ambiti:

- DRG chirurgici di area dermatologica e nei Day Hospital per inappropriatezza del setting assistenziale;
- Ricoveri medici afferenti ai DRG 576 "Setticemia" per inappropriata codifica;
- Ricoveri medici brevi afferenti ai 108 DRG di cui alla DGR 2057/2011, All. F., a rischio di inappropriatezza.

2. AUTOCONTROLLO CONGRUENZA (4%)

Sulla scorta delle indicazioni fornite negli anni scorsi relativamente alla trasmissione degli esiti, richiamata la DGR X/4702/2015, si è provveduto ad organizzare il controllo secondo le fasi di seguito elencate, previa nota alle strutture interessate di richiesta di trasmissione del Piano di Controllo aziendale entro il 31/01/2016:

- ricevimento piani e loro valutazione;
- comunicazione del numero di cartelle da sottoporre a verifica interna sulla scorta dell'atteso comunicato dalla competente U.O. regionale e fino al 4% della produzione posta a carico del SSN nel 2015 da parte di ciascuna struttura;
- monitoraggio mensile dell'invio puntuale degli elenchi da parte delle strutture;
- verifica della non sovrapposizione di più tipologie di controllo per la stessa cartella;
- verifica di concordanza con la numerosità prevista dalle sopracitate indicazioni normative;
- trasmissione degli esiti alla U.O. regionale, secondo il flusso consolidato di rendicontazione dell'attività di controllo.

Nella tabella seguente viene riportato in sintesi l'esito di tale autocontrollo suddiviso per singola struttura.

Tabella 14

ATS	STRUTTURE	Autocontrollo congruenza					
		Confermato	Confermato esito X	Modificato	Annullato	Cartelle non confermate	% non confermate
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	90		2		2	2%
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	129		1		1	1%
	CENTRO DI RIABILVILLA BERETTA-COSTA M	41		3		3	7%
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	18		3		3	14%
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	474		1		1	0%
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	693	19	172	2	174	20%
	I.N.R.C.A.- PRESIDIO DI CASATENOVO	68	1	10		10	13%
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	129		2		2	2%
	Totale	1.642	20	194	2	196	11%
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	358		4		4	1%
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	356		1		1	0%
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	58					0%
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	26	1				0%
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	342		4		4	1%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	641					0%
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	1.026					0%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	377	2	2		2	1%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	716		3		3	0%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	113		1		1	1%
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	48		1		1	2%
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	15					0%
	Totale	4.076	3	16		16	0%
Totale complessivo ATS		5.718	23	210	2	212	4%

Nella tabella seguente viene riportato in sintesi l'abbattimento economico derivante dai controlli effettuati suddivisi per singola struttura comprensivo del controllo di concordanza in capo all'ATS.

Tabella 15

ATS	STRUTTURE	Valorizzazione iniziale	Valorizzazione finale	Valore abbattimento	Percentuale abbattimento
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	374.372	370.420	3.952	1,06%
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	580.079	579.093	986	0,17%
	CENTRO DI RIABIL.VILLA BERETTA-COSTA M	1.119.212	1.118.155	1.057	0,09%
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	211.968	209.513	2.455	1,16%
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	1.502.781	1.499.837	2.944	0,20%
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	4.367.642	4.227.643	139.999	3,21%
	I.N.R.C.A.- PRESIDIO DI CASATENOVO	297.778	287.253	10.525	3,53%
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	357.644	356.437	1.207	0,34%
	Totali	8.811.476	8.648.349	163.127	1,85%
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	2.044.553	2.042.859	1.694	0,08%
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	817.373	813.549	3.824	0,47%
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	1.104.651	1.104.651		0,00%
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	507.886	507.886		0,00%
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	1.951.979	1.950.753	1.226	0,06%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	2.015.400	2.015.400		0,00%
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	2.281.920	2.281.920	0	0,00%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	1.011.827	1.009.433	2.394	0,24%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	2.337.728	2.335.769	1.959	0,08%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	633.019	633.019		0,00%
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	364.079	361.342	2.737	0,75%
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	133.766	133.766		0,00%
		Totali	15.204.181	15.190.347	13.834
Totale complessivo ATS		24.015.657	23.838.696	176.961	0,74%

L'analisi di dettaglio degli esiti dell'autocontrollo in capo alle strutture permette di evidenziare i seguenti principali elementi:

- presenza di una certa disomogeneità negli esiti del controllo con un range di cartelle non confermate variabile dallo 0% al 20%. Le percentuali più elevate si sono riscontrate nell'area lecchese (11% vs. 0% nell'area monzese) e sono state in modo particolare riconducibili a due strutture. Alla luce di quanto indicato, l'ATS provvederà ad approfondire le eventuali motivazioni dell'eterogeneità degli esiti dei controlli.
- si evidenzia la fattiva collaborazione da parte delle Strutture per questa tipologia di controllo;
- il controllo successivo, effettuato dall'ATS sulle cartelle soggette ad autocontrollo, è risultato sostanzialmente concordante con quello effettuato dalle strutture e non si è ravvisata la necessità di estendere il campione a tutte le cartelle.

3. AUTOCONTROLLO QUALITA' DOCUMENTALE (3%)

L'attività di autocontrollo sulla completezza della cartella clinica è stata condotta nel 2016 seguendo le indicazioni di cui alla DGR n. X/4702/2015 e nel rispetto delle precedenti indicazioni normative, di cui in particolare la DGR n. VIII/10077/2009 e la DGR n. IX/621/2010.

Di seguito si riporta il prospetto riassuntivo con l'attività svolta.

Tabella 16

ATS	STRUTTURE	Autocontrollo completezza				
		Confermato	Parzialmente confermato	Annullato	Cartelle non confermate	% non confermate
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	67				0%
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	92				0%
	CENTRO DI RIABIL.VILLA BERETTA-COSTA M	32		1	1	3%
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	14				0%
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	324				0%
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	660	5	5	10	1%
	I.N.R.C.A. - PRESIDIO DI CASATENOVO	58				0%
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	99				0%
	Totale	1.346	5	6	11	1%
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	274	1		1	0%
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	260				0%
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	42				0%
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	19				0%
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	275	1	3	4	1%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	482	16	2	18	4%
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	775	10	5	15	2%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	260	27	4	31	11%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	521	8	1	9	2%
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	99	1		1	1%
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	36				0%
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	10				0%
	Totale	3.053	64	15	79	3%
Totale complessivo ATS	4.399	69	21	90	1%	

Tabella 17

ATS	STRUTTURE	Valorizzazione iniziale	Valorizzazione finale	Valore abbattimento	Percentuale abbattimento	
Area Lecco	CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO	102.471	102.471	-	0,00%	
	CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO	196.969	196.969	-	0,00%	
	CENTRO DI RIABIL.VILLA BERETTA-COSTA M	227.836	227.558	278	0,12%	
	OSPEDALE UMBERTO I - BELLANO	196.928	196.928	-	0,00%	
	OSPEDALE DI CIRCOLO S.L.MANDIC-MERATE	871.036	871.036	-	0,00%	
	OSPEDALE DI CIRCOLO A. MANZONI - LECCO	1.957.017	1.936.685	20.332	1,04%	
	I.N.R.C.A. - PRESIDIO DI CASATENOVO	189.341	189.341	-	0,00%	
	ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	201.594	201.594	-	0,00%	
	Totali	3.943.192	3.922.582	20.610	0,52%	
Area Monza	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	894.620	894.452	168	0,02%	
	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	689.721	689.721	-	0,00%	
	CASA DI CURA ZUCCHI - CARATE BRIANZA	338.556	338.556	-	0,00%	
	CASA DI CURA VILLA BIANCA - LIMBIATE	177.916	177.916	-	0,00%	
	FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA - MONZA	825.408	817.979	7.429	0,90%	
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	1.324.158	1.309.568	14.590	1,10%	
	OSPEDALE S.GERARDO - MONZA	2.879.833	2.842.490	37.343	1,30%	
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	624.898	585.030	39.868	6,38%	
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIMERCATE	1.530.482	1.507.595	22.887	1,50%	
	PRESIDIO OSPEDALIERO DI GIUSSANO	169.649	169.490	159	0,09%	
	P.O. TRABATTONI RONZONI DI SEREGNO	262.693	262.693	-	0,00%	
	IRCCS CENTRO MEDICO DI LISSONE	153.314	153.314	-	0,00%	
		Totali	9.871.248	9.748.805	122.443	1,24%
		Totale complessivo ATS	13.814.440	13.671.388	143.052	1,04%

L'analisi di dettaglio degli esiti dell'autocontrollo di completezza in capo alle strutture permette di evidenziare i seguenti principali elementi:

- la percentuale di cartelle non confermate è molto variabile per ogni singola struttura (dallo 0% al 11%) e con valori pari all'1% per l'area territoriale di Lecco e al 3% per l'area territoriale di Monza;
- l'abbattimento economico complessivo conseguente all'autocontrollo da parte delle strutture è risultato pari a 143.052 euro (1.04%), più evidente per l'area di Monza: questa tipologia di controllo indica una collaborazione fattiva da parte delle Strutture;
- il controllo successivo, effettuato dall'ATS sulle cartelle soggette ad autocontrollo, è risultato sostanzialmente concordante con quello effettuato dalle strutture e non si è ravvisata la necessità di estendere il campione a tutte le cartelle.

Le criticità rilevate hanno permesso di richiamare le strutture sugli elementi fondamentali del controllo sulla qualità documentale e contemporaneamente ci suggeriscono la necessità di programmare un momento di verifica e confronto sui metodi e significati dell'attività interna di autocontrollo nelle diverse strutture.

3.2 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2017

La Deliberazione n. X/5954 del 5 dicembre 2016 – Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2017 – ha previsto un apposito capitolo “Attività di controllo sugli erogatori” nel quale vengono declinate le indicazioni operative da seguire per la programmazione di tale attività.

Di fatto vengono ribadite integralmente le linee di attività già previste per il 2016 con una quota complessiva di controlli di episodi di ricovero pari ad almeno il **14% dell'attività** posta in carico al SSR dalle strutture nell'anno 2016. Vengono anche riproposte in capo alle strutture le quote fino al 3% e fino al 4% rispettivamente di autocontrollo della qualità documentale e di congruenza, secondo le medesime modalità già attuate negli anni precedenti e con la medesima tempistica di invio. L'attività di verifica per l'anno 2017 verrà pertanto impostata secondo le seguenti linee essenziali:

- **Controllo complessivo di almeno il 14% degli episodi di ricovero**, calcolati sulla produzione posta a carico del SSN dai soggetti erogatori nell'anno 2016, secondo la numerosità dell'atteso controlli trasmesso dalla competente U.O. regionale. Tale controllo sarà articolato in:
 - 1) Quota di **almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica**, selezionata con modalità di campionamento mirato sulla produzione 2016 e 2017; mantenimento all'interno di questo 7% di una piccola quota percentuale di congruenza casuale.
 - 2) Quota **fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica**, effettuata dagli erogatori, selezionata con modalità di campionamento casuale dal NOC dell'ATS sul primo trimestre dell'anno 2017.
 - 3) Quota **fino al 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica effettuata dagli erogatori**, secondo il Piano dei Controlli aziendale da ciascuno predisposto e validato dall'ATS sul primo semestre dell'anno 2017.
- Controllo, sulla scorta dei dati di produzione forniti dalla Regione relativamente agli indicatori di cui alla DGR n. VIII/4799/2007 e s.m.i. e pubblicati sul Portale di Governo regionale.
- Controllo di una quota di cartelle relative all'attività sub-acuta con verifica della corretta eleggibilità dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale secondo le indicazioni riportate dalla normativa regionale
- Mantenimento della selezione del campione secondo le tipologie di cui alla DGR n. 12692/2003 come ripresa dalla DGR n. VIII/4799/2007 e s.m.i., in relazione all'analisi dei dati di produzione delle strutture
- Verifiche puntuali su problemi emergenti a livello locale a seguito dell'attività di monitoraggio/controllo delle prestazioni prodotte nel corso dell'anno, nonché a seguito di segnalazione
- Controlli eventuali presso altre ATS su prestazioni rese a favore di cittadini residenti nel caso di evidenze/criticità significative dal punto di vista quali-quantitativo
- Condivisione con le strutture erogatrici provinciali delle risultanze dell'attività del Gruppo di lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controllo, come ribadito dalla Direzione Generale Welfare regionale.

Ad integrazione di quanto già specificato, di seguito si introducono, gli ambiti di attenzione previsti nel “Piano controlli quadro” dall'Agenzia di Controllo alle ATS della Lombardia (DGR

6297/2017) al fine di omogeneizzare e contemporaneamente aumentare l'efficacia dei controlli NOC:

- Attenzione al peso medio dei DRG delle cartelle controllate che, ove possibile, dovrà essere non inferiore a 1,3 punti;
- Controllo dell'attività Cure Sub-Acute per la verifica della corretta eleggibilità dei pazienti e della corretta attribuzione dell'indice di intensità assistenziale;
- Incremento del controllo dei DRG 169, 408, 576 e 359 risultati più significativi in termini di produzione secondo la metodologia descritta nella DGR di cui sopra;
- Verifica preliminare della completezza della documentazione sanitaria nell'ambito dei controlli di congruenza mirata.

A seguito delle indicazioni regionali relative al funzionamento dell'Agenzia dei controlli istituita dalla L.R. n. 23/2015, nonché dalla riorganizzazione in atto nelle costituite ATS, l'esito dell'attività di controllo sarà trasmesso alla Direzione Generale Welfare secondo il flusso ormai consolidato di cui alla DGR n. VII/12692/2003 e s.m.i.; le informazioni relative alle diffide e alle sanzioni amministrative eventualmente irrogate saranno mensilmente trasmesse secondo le indicazioni normative regionali emanate e comunque verranno rispettate le eventuali indicazioni fornite dal "Piano controlli quadro" dell'Agenzia di Controllo Sanitario e Sociosanitario.

4 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

4.1 ATTIVITÀ DI CONTROLLO - 2016

La DGR n.X/5954/2016 ha ribadito anche per il 2017 il mantenimento del controllo sull'attività di specialistica ambulatoriale nella misura di almeno il 3,5%, prevedendo per tale attività, in virtù dell'alto numero di prescrizioni, la necessità di privilegiare i controlli di tipo statistico formale finalizzati alla verifica dell'eventuale occorrenza di situazioni critiche nella erogazione/rendicontazione delle prestazioni.

Per l'anno 2016 in termini quantitativi il numero di record da sottoporre a verifica per l'ATS, secondo l'atteso regionale, è risultato pari a n. 180.029 records, estratti con le seguenti tipologie indicate dalla Regione: regime di erogazione 1, 7, 8, 9, C – tipo di prestazione O, U, Z.

I controlli sono stati condotti in conformità alle linee di indirizzo previste nel Piano Controlli 2016 secondo le tipologie di cui alla DGR n. 12692/2003, come implementate dalla DGR n. IX/10804/2009 e ss.mm.ii. e conducendo analisi informatiche sul flusso di rendicontazione delle strutture.

I controlli, in particolare, hanno riguardato le prestazioni erogate nel 2014 e 2015 riferite alle seguenti tipologie:

1. esenzioni per patologia ex DM 329/99 e ss.mm.ii: verifica della corrispondenza con l'elenco delle prestazioni previste per la specifica esenzione per patologia;
2. Pronto Soccorso: prestazioni erogate, seguite da ricovero nello stesso giorno;
3. Diagnostica per Immagini: prestazioni di diagnostica per immagini di cui all'indicatore A della DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 13;
4. prestazioni rendicontate in flusso 28/SAN, riguardanti prestazioni ambulatoriali rendicontate nel corso di un episodio di ricovero;
5. Deceduti: prestazioni di specialistica ambulatoriale rendicontate in flusso 28/SAN nel 2015, riguardanti soggetti risultati deceduti;
6. Prestazioni di chirurgia a Bassa Complessità assistenziale doppie nello stesso accesso o con doppia rendicontazione;
7. Incroci proibiti: prestazioni ambulatoriali che non possono essere contemporaneamente presenti nelle prescrizioni secondo la DGR10804/2009 e ss.mm.ii.

I records controllati sono stati 189.618 (consolidato regionale) pari a circa il 105% dell'atteso Regionale come di seguito riportato nella tabella.

Tabella 18

ATS	Tipologia campionamento	Record				Valori economici		
		confermato	non confermato	totali	% non confermati	Abbattimento in euro	Valore originale in euro	% abbattimento
Area Lecco	Indicatori regionali	0	7	7	100,0%	819	2.144	38,2%
	Campionamento di interesse locale	43.027	189	43.216	0,4%	13.223	889.134	1,5%
	Prestazioni in corso di ricovero	0	171	171	100,0%	13.327	13.327	100,0%
	Pronto Soccorso	0	235	235	100,0%	15.616	15.616	100,0%
	Totali	43.027	602	43.629	1,4%	42.985	920.220	4,7%
Area Monza	Indicatori regionali	959	0	959	0,0%	-	49.588	0,0%
	Campionamento di interesse locale	34.476	36.440	70.916	51,4%	695.769	4.741.600	14,7%
	Prestazioni in corso di ricovero	683	979	1.662	58,9%	34.376	111.556	30,8%
	Pronto Soccorso	54.470	277	54.747	0,5%	11.969	2.241.266	0,5%
	Prestazioni ricomprese nel costo del ricovero	17.748	0	17.748	0,0%	-	1.372.216	0,0%
	Totali	108.336	37.696	146.032	25,8%	742.114	8.516.225	8,7%
Totale complessivo ATS		151.363	38.298	189.661	20,2%	785.099	9.436.446	8,3%

L'attività di controllo ha evidenziato, per l'area di Lecco, criticità residuali nella rendicontazione per quanto riguarda le prestazioni di radiologia, nonché per l'attività in regime di pronto soccorso. Tutto ciò ha permesso di trovare conferma del fatto che i controlli effettuati nel corso degli anni precedenti hanno indotto una maggiore correttezza di rendicontazione per le attività succitate. Analogamente, le verifiche effettuate in merito alle esenzioni hanno evidenziato un miglioramento della rendicontazione delle prestazioni, con una diminuzione delle prestazioni non correttamente erogate in regime di esenzione. Per i campioni analizzati residuano lievi criticità relative alla rendicontazione delle prestazioni di chirurgia a bassa complessità assistenziale (BIC) dove, in alcuni casi, sono state rendicontate prestazioni multiple nell'ambito del medesimo episodio di cura.

Per l'area di Monza, l'attività di controllo sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale ha evidenziato criticità, sostanzialmente nelle sole aziende pubbliche, relativamente alla congruenza tra il codice di esenzione per patologia e le prestazioni contenute nelle prescrizioni traducendosi in una mancata riscossione del ticket e della relativa quota fissa.

Le verifiche sulle altre tipologie di controlli, sopra specificati, non hanno fatto registrare situazioni di particolare criticità confermando una sempre maggiore attenzione agli ambiti individuati.

4.2 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2017

Anche per il 2017 le indicazioni regionali prevedono il mantenimento del controllo sull'attività di specialistica ambulatoriale nella misura di almeno il 3,5%. Si prevede pertanto di programmare la specifica attività di analisi e verifica secondo i criteri sotto elencati e sottolineando che verranno privilegiati i controlli di tipo statistico formale per evidenziare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo/errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni specialistiche.

L'attività prevederà: il controllo secondo gli indirizzi di cui alla DGR n. VII/12692/2003 come modificata dalla DGR 10804/2009, alla DGR 4799/2007, alla DGR n. IX/2057/2011 e ss.m. i. nonché alla Delibera delle Regole per l'esercizio 2017 ed alle eventuali indicazioni intercorrenti in corso d'anno;

Nello specifico, di seguito viene riportato l'elenco con le tipologie di controllo che verranno effettuate sulle prestazioni ambulatoriali a partire dal 2016:

- indicatori regionali;
- prestazioni di pronto soccorso seguite da ricovero;
- prestazioni in corso di ricovero;
- prestazioni ad alto costo (MAC, BIC, genetica medica, dialisi, etc);
- MAC doppie, quantità e corretta prescrizione (anche sul campo);
- prestazioni erogate a deceduti;
 - prime visite rendicontate con tipo prestazione "Z";
- percorsi NPI;
- prestazioni odontoiatria;
- esenzioni;
- verifica delle prestazioni erogate rispetto agli assetti accreditati e a contratto delle strutture;
- rendicontazioni multiple;
- terapia fisica e riabilitazione;
- prestazioni erogate a cittadini stranieri onere 8 e 9 CSCS e STP;
- prestazioni prescritte da MMG cessati.

Gli obiettivi di verifica per il 2017 verranno eventualmente integrati da ulteriori indicazioni fornite dal "Piano controlli quadro" dell'Agenzia di Controllo Sanitario e Sociosanitario.

5 SALUTE MENTALE

Con la L.R. 29 giugno 2016 - n. 15 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)” l’ambito delle dipendenze afferisce all’area della salute mentale e vengono istituiti i nuovi Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze.

Si evidenzia che i POAS delle tre ASST hanno dato seguito al dettato normativo prevedendo, per quanto riguarda la collocazione delle UOSD (Unità Operativa Servizio Dipendenze) nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze, con modelli organizzativi diversi tra loro.

Nel corso del 2016, l’ATS ha curato la fase di transizione dei SERD dei due ex Dipartimenti per le Dipendenze delle ASL di Monza e Brianza e Lecco alle tre ASST, attraverso il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie e Socio-sanitarie di ATS e delle ASST.

Ha inoltre attivato tavoli tematici di carattere tecnico con gli erogatori pubblici e privati per un confronto partecipato sulle trasformazioni in atto, sia con finalità informative che di riorganizzazione di aspetti operativi e gestionali.

Nel 2017 ATS sta svolgendo un ruolo di *governance* del sistema e di accompagnamento verso il nuovo modello di intervento, mantenendo una particolare attenzione al raccordo tra psichiatria, neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, psicologia e dipendenze, in una logica di trasversalità di interventi e di strutturazione di reti coordinate di cura.

La ATS della Brianza intende verificare il perseguimento degli obiettivi previsti dalla normativa nelle seguenti aree e con le seguenti attività:

- attivazione di un Gruppo inter-istituzionale ATS/ASST sulla attività dei Dipartimenti di Salute Mentale “allargati” alle dipendenze;
- riorganizzazione e prosecuzione dell’attività di specifici tavoli tecnici con gli erogatori pubblici e privati, definendo anche modalità di integrazione con i sottogruppi, locali o trasversali, degli OCSM;
- gestione di eventuali progetti specifici su finanziamenti o bandi regionali (es. gioco d’azzardo patologico, adolescenti in difficoltà e loro familiari, ecc.), in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione;
- analisi dell’offerta e della domanda in raccordo con il PAAPSS e l’Osservatorio epidemiologico (es. gestione flussi AMB/SIND/TOX - Anagrafe della Fragilità - gestione inserimenti in strutture extra-regionali);
- riattivare il percorso nascita coordinato da ATS, nel cui ambito si potrà verificare, tra l’altro, la realizzazione di attività relative alla depressione *post partum*;
- nell’ambito delle progettualità specifiche in età adolescenziale e giovanile, va inquadrato il progetto ETIM, per l’area territoriale di Monza, cui va dato impulso e riattualizzazione;
- per tramite dell’OCSM, si monitoreranno in particolare i progetti sperimentali/innovativi che sul territorio della ATS della Brianza toccano i temi sopra elencati;
- per tramite dell’OCSM sarà fatta richiesta alle ASST di produrre le relative evidenze formali relative alla collaborazione tra DSMD e soggetti del Terzo e Quarto Settore.

In coerenza con quanto sopra detto, l'OCSM della ATS della Brianza definirà anche:

- una proposta di regolamento dell'OCSM con le sue articolazioni territoriali;
- una proposta di composizione del Gruppo di lavoro che si deve occupare della transizione, della costituzione e del pieno funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale allargato alle Dipendenze.

Nell'ambito dell'attività di verifica dei flussi della 46/SAN, in aggiunta alle abituali azioni che mensilmente vengono svolte, per fare in modo che i dati trasmessi dalle strutture private siano allineati con le valorizzazioni elaborate da SMAF, si avvieranno anche i seguenti specifici controlli:

- verifica della completezza dei codici fiscali riportati nel flusso
- verifica della corretta attribuzione della residenza lombarda degli assistiti
- verifica che la numerosità delle prestazioni di residenzialità sia congrua per il periodo considerato
- verifica di eventuali rendicontazioni doppie prestazioni non compatibili
- verifica della rendicontazione di prestazioni di semiresidenzialità in concomitanza con prestazioni di residenzialità
- verifica di eventuali doppie rendicontazione di prestazioni per pazienti inseriti in programmi innovativi

I controlli verranno effettuati sui flussi di ritorno regionali, coinvolgendo sia gli erogatori privati sia quelli pubblici

6 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

6.1 ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2016

1. NUOVE ISTANZE PRESENTATE

Nel corso dell'anno, in considerazione della sospensione degli accreditamenti, sono state presentate e processate prevalentemente istanze di trasformazione o ampliamento di strutture di ricovero e cura; l'unica eccezione per l'area di Lecco è stata l'autorizzazione ed accreditamento di una comunità psichiatrica di neuropsichiatria infantile consentita dalle regole di sistema.

Nel prospetto sottostante sono riportate il numero e la tipologia di istanze processate con la precisazione che l'istanza relativa all'attivazione di 2 posti MAC della UO Neurologia e Neurofisiopatologia dell'ASST di Lecco è stata processata nel 2017.

Tabella 19

ATS	STRUTTURA	TIPOLOGIA ISTANZA	ATTIVITÀ /U.O.	RS
Area Lecco	ASST- Presidio di Lecco	Ampliamento	Neurologia e Neurofisiopatologia	1
	ASST - Presidio di Merate	Trasformazione	Diagnostica per Immagini	1
	Casa di Cura "G.B. Mangioni" di Lecco	Ampliamento	Ortopedia e Traumatologia	1
	Cooperativa Sociale "L'Arcobaleno" di Nibionno	Autorizzazione e accreditamento	Comunità terapeutica NPI	1
	Cooperativa Sociale "Varietà" di Barzanò	Autorizzazione ulteriori posti tecnici	Struttura resid. Psichiatrica CPM	1
	Ente "Bianalisi srl" di Carate Brianza	Autorizzazione e accreditamento	Punto prelievi di Malgrate	1
		Totale		6
Area Monza	ASST Monza- Presidio S.Gerardo Monza	Autorizzazione e accreditamento	Palazzina Accoglienza	1
	ASST Monza- Presidio S.Gerardo Monza	Trasformazione	UONPIA - Radiologia Interventistica	2
	ASST Vimercate - Presidio di Vimercate	Autorizzazione e accreditamento	PP di Ruginello	1
	Alliance Medical Diagnostic	Ampliamento	Poliambulatorio di Lissone	1
	Mediplus	Trasferimento	Poliambulatorio di Cesano	1
	BB Nova Medical Center	Ampliamento	Poliambulatorio di Nova MI.	1
	H.S. Raffaele	Autorizzazione e accreditamento	PP di Monza	1
	Fondazione Monza e Brianza	Trasferimento	UO Neonatologia	1
	Radiologico Bernasconi	Trasferimento	Poliambulatorio di Seregno	1
	Politeropico	Ampliamento	Poliambulatorio di Monza	1
	Centro di Medicina dello Sport	Trasferimento	Centro di Carate Brianza	1
	Centro Analisi Mediche Alfa	Autorizzazione e accreditamento	PP di Monza	1
	VE.DI srl	Autorizzazione e accreditamento	PP di Seregno	1
	Novolabs	Autorizzazione e accreditamento	PP di Monza	1
		Totale		15
Totale complessivo ATS				21

Per tutte le istanze/comunicazioni presentate al Dipartimento PAC, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medica, gli operatori dedicati hanno effettuato l'istruttoria di competenza sia con esame documentale che mediante sopralluoghi, valutando i requisiti strutturali e organizzativi previsti dalle vigenti normative in materia di accreditamento ed ha conseguentemente espresso i pareri finalizzati all'emanazione degli atti deliberativi in capo all'ATS, come previsto dalla L.R. n. 33/2009 e s.m.i.

Nel corso del 2016 si è provveduto a gestire ed a processare le istanze tramite il nuovo applicativo Regionale "ASAN" predisposto dalla Regione.

In sintesi nel corso del 2016 il Dipartimento ha garantito l'attività ordinaria relativamente a:

- istruttoria sulle istanze presentate dalle strutture, nel rispetto delle scadenze previste dalla normativa vigente;
- verifica degli standard di dotazione organica sulla scorta dei flussi quadrimestrali inviati dalle strutture di ricovero e cura, per quanto applicabili; si precisa che a partire dal II° quadrimestre

è stato attivato uno specifico flusso denominato “Processo DDO” sul portale ASAN per le sole strutture di ricovero e cura;

- attività di vigilanza programmata all'interno del Piano Integrato dei Controlli, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medica: sono stati effettuati n. 55 sopralluoghi ispettivi, in particolare per l'area territoriale di Lecco è stata eseguita almeno una verifica presso tutte le strutture/presidi di ricovero e cura;

- supporto al Servizio Epidemiologia e Programmazione del Dipartimento PAC nell'analisi della rete d'offerta locale per la riorganizzazione delle alte specialità/rete d'offerta.

Per l'area di Monza si evidenzia che l'applicazione della L.R. 23/15 ha determinato una riassegnazione delle Strutture di Ricovero e Cura e soprattutto di quelle Territoriali alle 2 ASST; questo processo è stato costantemente monitorato e ha esitato in 5 prese d'atto, volte alla corretta compilazione degli assetti organizzativo funzionali di tutte le Strutture coinvolte.

Per le Aziende Ospedaliere è ancora incompleta l'integrazione tra la documentazione che viene prodotta per i vari sistemi di qualità (ISO 9000, Joint Commission International, ecc.) e a volte questo penalizza l'accreditamento istituzionale, la cui documentazione non è immediatamente rintracciabile.

Le Aziende Pubbliche hanno vincoli economici e organizzativi che a volte rendono meno elastica la loro organizzazione, peraltro con molte punte di eccellenza in alcune attività sanitarie.

Nelle Strutture private non ospedaliere più piccole sussistono in alcuni casi resistenze culturali ad una gestione aziendale dell'attività sanitaria.

2. VIGILANZA

Nella programmazione dell'attività di vigilanza si è data priorità alla verifica di strutture non controllate da più tempo o che avessero presentato istanza con perizia asseverata o oggetto di segnalazione.

Per l'area di Lecco sono stati effettuati n. 15 sopralluoghi di vigilanza di cui 9 in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medica presso le seguenti tipologie di strutture:

- N. 10 sopralluoghi per la verifica dei requisiti strutturali ed organizzativi specifici presso le Strutture di ricovero e cura di cui:
 - 2 Servizio Endoscopia;
 - 3 SC Diagnostica per immagini;
 - 1 UO Medicina generale;
 - 2 UO Riabilitazione specialistica;
 - 2 UO Poliambulatori;

- N. 3 sopralluoghi per la verifica dei requisiti strutturali ed organizzativi specifici presso le Strutture ambulatoriali su segnalazione di:
 - 1 privato;
 - 2 Regione

- N. 2 sopralluoghi per la verifica dei requisiti strutturali ed organizzativi specifici presso le due strutture Psichiatriche.

Si precisa che a seguito del sopralluogo effettuato presso una struttura ambulatoriale privata accreditata e non a contratto è stata irrogata sanzione amministrativa, previa diffida.

Per l'area di Monza i controlli per la valutazione del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento sono stati indirizzati nei confronti di n. 40 strutture sanitarie che erogano prestazioni di ricovero di degenza ordinaria, a ciclo diurno, residenziali, semiresidenziali o ambulatoriali.

A carico di una struttura ambulatoriale si è reso necessario procedere, previa diffida, all'irrogazione di una sanzione amministrativa per la carenza di alcuni requisiti organizzativi di accreditamento.

L'U.O. Autorizzazione Accreditamento si fa carico, oltre che dell'attività di accreditamento, anche dell'autorizzazione sanitaria (senza accreditamento) di alcune strutture di particolare rilevanza come Laboratori di analisi e punti prelievo che erogano solo in regime privato, Sezioni di Laboratorio per la ricerca delle sostanze stupefacenti, Ambulatori di Procreazione Medicalmente Assistita, Comunità Psichiatriche solo autorizzate.

Oltre alle Strutture sopraelencate, sono presenti **15 Poliambulatori accreditati non a contratto** e **3 Centri di Medicina dello Sport accreditati non a contratto**.

In particolare i controlli hanno interessato le seguenti strutture:

- **5 Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL);**
- **5 Unità Operative di Terapia Intensiva di strutture ospedaliere;**
- **1 Attività di Nido di struttura ospedaliera;**
- **5 Poliambulatori specialistici extraospedalieri di struttura privata;**
- **1 Poliambulatorio specialistico per verifica successiva ad accreditamento con perizia asseverata;**

- 1 Centro Odontoiatrico di struttura privata gestito in service da altro soggetto giuridico;
- 1 Centro Odontoiatrico di struttura privata accreditato non a contratto, su segnalazione;
- 1 Centro Odontoiatrico di struttura privata accreditato non a contratto;
- 1 CAL (Centro Dialisi ad assistenza limitata) su segnalazione ed in collaborazione con i NAS Milano;
- 1 CAL (Centro Dialisi ad assistenza limitata) per verifica post diffida;
- 1 Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa NPI, per cambio afferenza aziendale;
- 1 Centro Diurno NPI, per cambio afferenza aziendale;
- 1 sede legale di una Cooperativa Infermieristica su richiesta della DG Welfare;
- 15 Strutture sanitarie ambulatoriali, in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione Medico, per la verifica anche del mantenimento dei requisiti strutturali generali e specifici, tra cui 5 Unità di Raccolta Sangue per le verifiche biennali obbligatorie e 3 Centri Odontoiatrici gestiti in service presso Aziende Ospedaliere Pubbliche.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza sopra elencata sono stati verificati tutti i requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento delle attività sanitarie interessate e una selezione di requisiti organizzativi generali, ritenuti prioritari (titoli del personale, accoglienza, sicurezza e valutazione dei rischi, manutenzione degli apparecchi elettromedicali ed altri).

In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medico sono stati verificati i requisiti strutturali generali e specifici.

Ciascuna verifica comprende una serie di azioni che si possono così elencare:

- Analisi in sede della documentazione agli atti relativa ai requisiti da sottoporre a verifica;
- Sopralluogo presso la struttura;
- Valutazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento;
- Stesura del verbale in contraddittorio con il legale rappresentante della struttura;
- Adozione dei seguenti provvedimenti:
 - soddisfacimento di tutti requisiti in verifica; archiviazione del verbale.
 - presenza di requisiti non soddisfatti:
 - sanzione amministrativa
 - provvedimento di diffida
- Verifica successiva alla diffida, trascorso il tempo assegnato alle strutture per adeguarsi, nei confronti delle strutture diffidate;
- Sospensione e successiva revoca dell'accREDITAMENTO se i requisiti non risultano assolti;
- Soddisfacimento minimale dei requisiti, ma richiesta di integrazioni ed approfondimenti:
 - acquisizione nei tempi indicati del materiale integrativo
 - verifica della completezza dello stesso e chiusura del verbale di accertamento.

L'attività di controllo del 2016 è stata indirizzata alle tipologie di strutture sopraelencate. In particolare si è approfondita la verifica delle Unità Operative di Terapia Intensiva delle strutture di ricovero pubbliche e private, attività di particolare rilevanza clinica.

Da parte dei Valutatori Nazionali dei Servizi Trasfusionali si è proceduto al controllo delle Unità di Raccolta Sangue delle realtà pubbliche o associative, che prevedono una verifica almeno biennale come da DGR 1632 del 04.04.2014.

Si è proceduto al controllo di 4 Centri Odontoiatrici gestiti in service da altra società rispetto al soggetto accreditato.

In un Centro Dialisi (CAL) è stato necessario procedere con diffida e sanzione amministrativa per carenza di requisiti di accreditamento e il sopralluogo è stato fatto congiuntamente ai NAS di Milano.

In un caso si è proceduto alla verifica di una struttura che si era stata accreditata con la modalità della perizia asseverata.

In 24 sedi su 40 sono state richieste integrazioni documentali, per approfondire o migliorare la risposta ad alcuni requisiti e le integrazioni pervenute sono state ritenute congrue.

Nelle altre 16 sedi controllate l'esito è risultato positivo al termine del sopralluogo.

3. PROROGA STRUTTURALI GENERALI E SPECIFICI

In ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. IX/898/2010 - “Ulteriori determinazioni in ordine ai requisiti tecnologici e strutturali delle strutture sanitarie di diritto pubblico e privato” – ed in particolare in base alla DGR 4702/2015, sono state valutate le **istanze di proroga** presentate dalle strutture interessate: 3 ASST, 1 I.R.C.C.S. pubblico ed 1 privato, 8 Enti Privati Accreditati.

A seguito della presentazione delle istanze, si è provveduto a richiedere alle strutture interessate la documentazione atta a certificare:

- a) l’impegno a concludere il piano di nuova formulazione o il piano in corso, con riformulazione del cronoprogramma o con una proposta di modifica del piano medesimo, entro il termine massimo del 31/12/2020;
- b) lo stato di attuazione del piano programmatico, anche ai sensi della DGR n. IX/898/2010, con la quota dei lavori o attività non eseguiti e la specificazione degli stessi;
- c) le motivazioni che non hanno consentito il completamento dei lavori entro i termini previsti;
- d) le misure strutturali, tecniche e/o organizzative poste o da porre in essere per assicurare il livello di sicurezza di utenti e operatori.

In continuità con le modalità utilizzate negli anni passati inoltre è stato anche richiesto alle strutture di allegare le schede di dettaglio e di sintesi utili all’individuazione dello stato di fatto e al successivo monitoraggio periodico. Nella scheda di sintesi è stato previsto di indicare le percentuali di adeguamento da conseguire nei prossimi anni, con totale pari a 100%, calcolato sulle opere mancanti al soddisfacimento dei requisiti strutturali.

L’iter di valutazione delle istanze, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medica, si è protratto per tutto l’arco dell’anno ed è giunto ad uno step di valutazione intermedio positivo per tutte le Strutture; mentre per la valutazione finale si rimane in attesa di ulteriori determinazioni regionali, in particolare relative alle modalità di assolvimento del requisito SGTEC 01 (Antisismica).

L’attività di controllo continuativa nell’arco degli anni ha consentito di effettuare il monitoraggio sulle strutture sanitarie accreditate che hanno dovuto tenere alta l’attenzione sull’aggiornamento ed il miglioramento della qualità dei servizi erogati.

La promozione del miglioramento della qualità dei servizi sanitari mira a far comprendere che l’accreditamento istituzionale è un processo dinamico che porta all’autovalutazione continua.

6.2 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2017

I criteri di scelta individuati nella selezione delle strutture sanitarie da controllare nel 2017 sono i seguenti:

- Applicazione puntuale di quanto richiesto dalla DGR n. 5954 del 05/12/2016 e successive indicazioni operative, in materia di: Servizi Trasfusionali ed Unità di Raccolta Sangue, Cure Palliative, Centri di Procreazione Medicalmente Assistita, Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) delle ASST, Laboratori di Elettrofisiologia, Stroke Units, POT, Unità Cliniche di Trapianto di Cellule Staminali, U.O. di Farmacia ospedaliera ed altre eventuali;
- Strutture sanitarie ambulatoriali, di laboratorio, ospedaliere, residenziali o semiresidenziali accreditate non sottoposte a controlli da più tempo per i requisiti organizzativi;
- Per i requisiti strutturali, in collaborazione con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione, strutture sanitarie non sottoposte a controlli da più tempo e valutazione delle domande di nuova proroga degli adeguamenti strutturali dei Presidi Ospedalieri che hanno fatto istanza entro il 31/12/2015;
- Strutture sanitarie che nel corso del 2017 utilizzino nel percorso di accreditamento la metodica della perizia asseverata prevista dalla DGR 3312/2001;
- Strutture che modifichino il loro assetto organizzativo in modo significativo;
- Strutture che modifichino il loro assetto societario in modo significativo ed autocertifichino il mantenimento dei requisiti di accreditamento;
- Controlli richiesti da altri Enti o Istituzioni (altre ATS, NAS, Guardia di Finanza, ecc.) o da singoli utenti;
- Controlli richiesti da altri Servizi o Unità Operative dell'ATS Brianza.

I criteri prioritari individuati per la scelta dei requisiti da verificare nel 2017 sono:

- 1 Per i requisiti Organizzativi Generali: requisiti dell'accoglienza e accessibilità, dotazione organica, tecnologia e sicurezza, valutazione dei rischi;
- 2 Per i requisiti Organizzativi Specifici: tutti quelli delle attività sanitarie svolte nella sede prescelta.

In termini quantitativi si programmano per la sede territoriale di Lecco n. 15 sopralluoghi di vigilanza di cui almeno 8 in collaborazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria per la verifica congiunta dei requisiti strutturali e tecnologici autorizzativi e di accreditamento di U.O. e/o macroattività presso le strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio.

Per la sede territoriale di Monza si ritiene di poter programmare n.15 sopralluoghi di vigilanza di cui circa la metà in collaborazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria per la verifica congiunta dei requisiti strutturali e tecnologici autorizzativi e di accreditamento di U.O. o macroattività presso le strutture sanitarie pubbliche e private.

La programmazione di cui sopra dovrà comunque essere confermata alla luce delle risorse di personale attualmente assegnato e della nuova articolazione organizzativa derivante dall'attuazione del POAS dell'ATS, recentemente approvato dalla Giunta regionale.

Gli obiettivi di verifica per il 2017 verranno eventualmente integrati da ulteriori indicazioni fornite dal "Piano controlli quadro" dell'Agenzia di Controllo Sanitario e Sociosanitario.

7 MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI FAMIGLIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Le attività condotte nel 2016 dal Servizio di Assistenza Sanitaria Primaria dell'ATS e per le diverse tipologie di verifiche sotto indicate possono essere così riassunte:

1. **Area dell'appropriatezza – self evaluation da parte dei medici:** all'interno dei progetti del governo clinico è stata condotta con i medici di medicina generale di Monza una valutazione generale sull'uso delle statine e sul ricorso al farmaco a brevetto scaduto. A tutti i medici sono stati inviati inoltre in aggiunta ai consueti report generali anche quelli specifici sul livello prescrittivo di statine e PPI, nonché;

- Il livello di utilizzo all'interno dei farmaci a brevetto scaduto rispetto al farmaco branded
- La situazione rispetto ai potenziali rischi di ADR nelle politerapie (con un lavoro maggiormente di dettaglio per l'area di Lecco).

Si è inoltre avviata, anche con l'identificazione di un progetto nel governo clinico 2017, una valutazione generale sulle misure di appropriatezza rispetto al ricorso ai programmi di APD (Assistenza Programmata Domiciliare)

2. **Area dell'appropriatezza e controllo dei comportamenti prescrittivi - valutazione diretta da parte del Servizio:** sono stati effettuati, come previsto dal contratto, i controlli sui medici Provider del CreG e sulla società dei servizi. I controlli in corso per i dati 2016 hanno anche riguardato:

- Le attività del Centro Servizi (dal punto di vista quali quantitativo) con relative segnalazioni ai gestori e verifica delle azioni messe in atto in caso di criticità;
- Risultati di outcome ottenuti (oggetto di un progetto specifico con i medici CReG dell'area di Lecco).

Sono stati effettuati controlli a campione sul profilo prescrittivo nelle poche situazioni problematiche evidenziate.

E' stato mantenuto attivo il canale con le strutture gestendo le segnalazioni da parte di queste ultime ed eventuali confronti diretti ai singoli medici. Inoltre, sono state gestite direttamente sempre con le ASST eventuali problematiche segnalate rispetto all'errata prescrizione/indicazione da parte del medico specialista.

3. **Area dell'accuratezza prescrittiva:** E' proseguita l'attività di interlocuzione con i medici in presenza di segnalazioni di utilizzo errato delle classi di priorità, nonché difformità rispetto alle regole in uso nella Regione Lombardia. L'attività è stata oggetto anche di reportistica inviata ai medici di medicina generale e riscontro da parte di questi ultimi in merito al mancato utilizzo delle classi di priorità.

Questa attività ha evidenziato numerose problematiche da ascrivere anche all'organizzazione del lavoro e delle agende in area ASST. Queste criticità potrebbero vanificare le indicazioni e i controlli relativi all'applicazione delle classi di priorità.

Prosegue la collaborazione con FederFarma per il rilievo delle problematiche rilevate dai farmacisti al momento dell'erogazione del farmaco; questa collaborazione si è rivelata di particolare utilità nel segmento della ricetta elettronica.

Infine, si sono attivate alcune procedure per la verifica della continuità terapeutica tra Ospedale e territorio, in particolare al momento della dimissione a seguito di ricovero e/o accesso in Prono Soccorso.

4. **Area contrattuale:** utilizzo dei reclami/segnalazioni e di alcune verifiche dirette per evidenziare/censurare i problemi relativi all'applicazione degli istituti contrattuali. E' costante la verifica e l'aggiornamento dei contratti dei MMG/PDF con il personale.

Infine, è proseguito il controllo di congruità del registro degli accessi di continuità assistenziale (ex allegato M) secondo procedure approvate dalla direzione aziendale ed oggetto di un protocollo specifico. E' continuata infine la sorveglianza degli studi medici anche se nella fase di riorganizzazione si è privilegiata la definizione di procedure comuni, lasciando la sorveglianza in loco a situazioni particolari anche conseguenti a segnalazioni da parte di cittadini che evidenziavano o meglio potevano evidenziare lacune nell'area organizzativa a supporto della pratica clinica.

Gli strumenti utilizzati ai fini delle attività di controllo, oltre ai protocolli, sono stati quelli già in uso e in particolare i dati del consumato nell'area della farmaceutica e protesica (Farmavision e DWH aziendale), l'applicativo per la gestione dei programmi di Assistenza Domiciliare ed infine le segnalazioni e i reclami consegnati all'URP, inviati da altri Enti e/o ricevuti direttamente.

7.1 OBIETTIVI DI VERIFICA 2017

Le attività di controllo (routinario e/o conseguenti a progetti specifici) previste per il 2017 sono le seguenti:

Medicina generale e Pediatria di Famiglia

- Aggiornamento, monitoraggio e conseguenti interventi individuali nei confronti dell'intero gruppo dei medici sul rispetto dei formalismi prescrittivi a seguito segnalazioni ASST;
- Interventi individuali rispetto ad incongruenze prescrittive segnalate (utilizzo classi di priorità, mancato rispetto dei criteri di priorità per gli accessi ad alcuni ambulatori specialistici).
A tal proposito, lo strumento evidenziato anche dal Comitato Aziendale è quello di un tavolo di confronto e monitoraggio del sistema di relazioni tra ATS e le tre ASST in merito all'utilizzo del ricettario e alle procedure di accesso (ricomprendendo anche l'organizzazione delle agende);
- Controllo dell'utilizzo degli strumenti di self help da parte delle forme associative e l'impatto sul sistema dell'offerta (mediante interviste strutturate ai genitori dei piccoli assistiti);
- Verifica della qualità delle carte dei servizi a partire dai Pediatri di Famiglia;
- Verifica dei programmi di sorveglianza dei pazienti cronici all'interno dei programmi previsti dall'A.C.N. (APD); in sede di governo clinico si è valutato opportuno effettuare un'attività diretta sul MMG attraverso un progetto di governo clinico che vincoli di più il medico all'identificazione e alla sorveglianza dei pazienti cronici non deambulabili (area APD) lasciando loro la decisione clinica sui tempi del follow up (c.d. "gestione budgetaria");
- Reportistica sulle associazioni farmacologiche rilevando eventuali rischi di ADR e chiamando il medico ad una sorta di riconciliazione terapeutica;
- Monitoraggio della percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e in particolare sul mix prescrittivo per i gruppi terapeutici individuati dalla Regione;
- Gestione dei reclami ed eventuali sanzioni;
- Monitoraggio dei livelli di utilizzo del SISS, delle certificazioni di malattia ed applicazione delle indicazioni normative e dell'uso della ricetta elettronica;

- Attività di sorveglianza sugli studi medici che riprenderà in modo strutturato nell'area di Lecco e sarà avviata per la parte dei requisiti organizzativi nell'area di Monza;
- Controlli dei pazienti in CReG (completezza del PAI, rispetto contratto, raggiungimento obiettivi).

Continuità assistenziale ed emergenza territoriale

- Verifica dei livelli formativi;
- Analisi delle tipologie dei reclami;
- Verifica congruità dei registri e provvedimenti conseguenti in collaborazione con ASST;
- Verifiche amministrative di competenza.

7.2 ASSISTENZA PROTESICA RESOCONTO 2016 E PROGRAMMA ANNO 2017

Premesso quanto sopra annotato, l'attività di controllo è stata espletata, con prassi e modalità ormai a regime, sia con riferimento alla appropriatezza prescrittiva (medico specialista e Centro di Prescrizione) che alla appropriatezza erogativa (attività del fornitore e collaudo del medico specialista prescrittore). Inoltre, è proseguita l'attività secondo le pregresse indicazioni regionali.

Assistenza Integrativa

Per l'assistenza protesica integrativa (diabetica) il monitoraggio della spesa si è realizzato, nell'area di Monza, con implementazione del portale aziendale "PASS" alle prescrizioni a "tetto minimo" on line, delle forniture dei dispositivi per automonitoraggio glicemico da parte dei MMG e della corretta erogazione tramite webcare agli Utenti diabetici.

Il monitoraggio della spesa per celiaci è stato controllato tramite la validazione del fatturato mediante applicativo "Celiachia RL", verificando mensilmente quanto erogato dalla GDO e dai negozi specializzati.

Le attività da porre in essere per il 2017 devono necessariamente tenere conto della nuova riorganizzazione nelle ASST ed ATS con la creazione del SUPI.

In tale contesto è da ritenersi prioritariamente rilevante il ruolo attribuito alla ATS dalla LR 23/2015 nella funzione di "attuazione degli indirizzi regionali e di monitoraggio della spesa".

A ciò si aggiungano le attività di governo e controllo sui Centri prescrizione (Pubblici e Privati accreditati) nonché sui fornitori già autorizzati e su quelli di nuovo avvio.

Si prevedono, pertanto, le seguenti attività di controllo:

- a. verifica del rispetto e del mantenimento dei requisiti dei Centri di Prescrizione territoriali, sulla base dei contenuti dei documenti licenziati dai GAT regionali;
- b. vigilanza e controllo, a campione e mirata in esito ad eventi critici, sui soggetti autorizzati e contrattualizzati (audioprotesisti, ortopedie, ottici) per la fornitura di dispositivi protesici su misura o personalizzati (Elenco 1 on line); le attività di vigilanza e controllo saranno strutturate anche sulla base delle risorse assegnate alla luce del nuovo POAS aziendale;
- c. autorizzazione all'inizio attività in regime di convenzione con il SSR per i fornitori (audioprotesisti, ortopedie, ottici) di nuova istanza;
- d. monitoraggio e confronto della spesa per classi omogenee di dispositivi;
- e. monitoraggio e confronto delle prescrizioni per classi omogenee di dispositivi;
- f. monitoraggio attuazione procedure, ormai in capo alla ASST dei percorsi di riacquisizione dei dispositivi ed ausili che non sono più utilizzati dai cittadini;
- g. attuazione degli obiettivi in materia per il 2017 qualora specificatamente definiti da Regione;
- h. attuazione indicazioni previste dai LEA anche a seguito di quanto definito in sede regionale;
- i. controlli puntuali in caso di reclamo con riferimento ASST.

Nell'area della protesica minore c.d. "integrativa" si verificheranno controlli rispetto all'appropriatezza dei presidi utilizzati, con riferimento al diabete).

Si avvierà inoltre una verifica a campione sui requisiti dei pazienti celiaci, soprattutto per l'aspetto relativo alla fornitura dei prodotti, anche a seguito dei nuovi LEA.

8 ASSISTENZA FARMACEUTICA

8.1 ATTIVITA' NEL 2016

Al fine di monitorare l'appropriato utilizzo dei farmaci, nonché in adesione alla normativa vigente sulle prescrizioni farmaceutiche, per il 2016 le azioni di controllo sono di seguito riassunte

Vigilanza farmaceutica

Al Servizio Farmaceutico Territoriale compete, tra le attività istituzionali, il controllo e la vigilanza ispettiva ed autorizzativa, ove prevista, sulle strutture erogatrici di farmaci: Farmacie, Parafarmacie, Grossisti, Depositi, Strutture Sanitarie e Sociosanitarie.

In considerazione del riordino previsto dalla Legge 23/2015, la DG Welfare ha dato indicazione alle ATS di garantire la continuità di tali funzioni per l'anno 2016 attraverso le commissioni già costituite presso le ex ASL di Lecco e Monza Brianza ai sensi dell'art.82 L.R. Lombardia n.33/2009, mantenendo l'originaria competenza territoriale.

La vigilanza ispettiva relativamente alla catena distributiva dei farmaci, sul territorio dell'ATS della Brianza, viene attuata attraverso le ispezioni ordinarie (programmate), straordinarie (a seguito di segnalazioni o verifica delle prescrizioni impartite) o preventive in caso di trasferimento locali o nuova apertura di farmacie, parafarmacie e grossisti. Nel 2016 sono state effettuate 42 visite ispettive tra farmacie, dispensari, parafarmacie e grossisti come indicato nella tabella sotto riportata.

Infine sono stati effettuati 31 controlli per la constatazione e l'affido dei farmaci stupefacenti scaduti da avviare alla distruzione.

Tabella 20

Strutture oggetto di vigilanza	N°Ispezioni ordinarie	N°Ispezioni straordinarie	N°Ispezioni preventive	N°Affido stupefacenti
Farmacie/dispensari	22	//	7	23
Parafarmacie	5	5	2	
Depositi/grossisti			1	1
Strutture sanitarie/ospedali				1
Strutture socio sanitarie				5
Ditte autorizzate all'impiego di sostanze stupefacenti				1

Durante le visite ispettive ordinarie presso le farmacie, nel corso del 2016, sono state rilevate n.5 violazioni di natura amministrativa per le quali sono state conseguentemente irrogate le dovute sanzioni, per un importo totale di € 10.116,88 ed 1 segnalazione alla procura.

In merito alla vigilanza su RSA/RSD, per gli aspetti farmaceutici, così come dettato dalle regole, il Servizio farmaceutico ha avviato una collaborazione con il Servizio Vigilanza Controllo sulle strutture sociosanitarie del Dipartimento PAC, con l'obiettivo di fornire informazioni specifiche in tema di gestione del farmaco al fine di aumentare la qualità dei processi clinico-assistenziali e il sistema di autocontrollo da parte delle stesse. A tal proposito è stato avviato un evento formativo rivolto agli operatori delle Strutture Sociosanitarie, farmacisti, medici, psicologi, infermieri e assistenti sanitari, dal titolo "Focus sugli aspetti normativi e gestionali dei farmaci nelle Unità d'Offerta Sociosanitarie".

La prima edizione dell'evento si è svolta con successo presso la sede territoriale di Lecco in data 17 novembre 2016, e ha visto partecipare soprattutto le strutture ubicate nella provincia di Lecco; la seconda si terrà entro il primo semestre del 2017 presso la sede territoriale di Monza e coinvolgerà le strutture ubicate nella provincia di Monza e Brianza.

A seguito di tale evento, è stato trasmesso a tutte le strutture Sociosanitarie della nostra ATS un documento informativo, sugli argomenti affrontati durante l'evento (prot. n.37836 del 30/12/16). Si segnala, inoltre, una consulenza rivolta alla Residenza Villa Serena di Introbio in seguito a richiesta del servizio vigilanza e controllo formalizzata con verbale prot. n.29208 del 30/9/16.

In merito alla vigilanza autorizzativa, nel corso del 2016 sono stati emanati 46 atti deliberativi di competenza del Servizio Farmaceutico relativi a tutto il territorio della ATS, come meglio specificato di seguito:

Tabella 21

Tipologia Atti Deliberativi	Prov. LC	Prov. MB
Autorizzazione all'apertura ed esercizio di Farmacia		1
Autorizzazione al trasferimento di titolarità di Farmacia	2	4
Autorizzazione al trasferimento locali Farmacia	3	1
Autorizzazione alla Gestione Provvisoria di Farmacia da parte degli eredi	3	1
Presenza d'atto di variazioni in capo a società titolari di Farmacia	1	2
Affidamento direzione tecnico-professionale di Farmacia	2	2
Autorizzazione alla vendita Farmaci on-line	1	5
Parere obbligatorio su istituzione di sede farmaceutica		1
Adozione Calendario Turni, orari e ferie Farmacie e successive variazioni	1	2
Autorizzazione all'erogazione di prodotti senza glutine a carico di SSR	4	1
Determinazione dell'Indennità di residenza		1
Altri provvedimenti di competenza del Servizio farmaceutico (es. Commissioni, Comitato Etico, Registro Stupefacenti)		8

L'assistenza farmaceutica convenzionata sul territorio dell'ATS della Brianza è attualmente garantita da farmacie pubbliche o private, così distribuite: 94 farmacie nella Provincia di Lecco e 184 in quella di Monza e Brianza, a seguito dell'apertura, nel 2016, della Farmacia Comunale di Meda (MB).

Il coordinamento dei turni, degli orari e delle ferie, esercitato dal Servizio Farmaceutico consente una distribuzione equilibrata ed omogenea dei carichi per le singole farmacie e la garanzia per i cittadini di trovare sempre, ma soprattutto durante le ore notturne e le festività, un numero di farmacie aperte rispondente all'effettiva necessità.

Il rapporto tra il numero di farmacie aperte per turno per ciascun distretto e numero di abitanti è risultato conforme alla vigente normativa regionale. Nelle zone montane più disagiate per i collegamenti (Lago, Valsassina) tale rapporto scende fino al valore più favorevole di una farmacia aperta per turno ogni 25.000 abitanti circa mentre nelle aree urbane (in particolare Merate, Monza) il rapporto è pari a circa 1 farmacia ogni 80.000, oltre al Servizio offerto dalle farmacie H24.

Farmacovigilanza

Nel 2016 al Servizio Farmaceutico sono pervenute 119 segnalazioni di reazioni avverse da farmaci. Di queste 20 (16,8%) sono state trasmesse tramite l'applicativo web Vigifarmaco. Le segnalazioni da Vaccino sono state 9 (7,6%) 6 segnalate da PDF, 1 da Medico Specialista, 2 da pazienti.

Tutti i segnalatori (dettagliati in tabella) hanno ricevuto informazione di ritorno nel merito della segnalazione effettuata, attingendo notizie dalla rete di farmacovigilanza dell'AIFA.

Tabella 22

Segnalatori	N. ADR
Altre figure professionali	2
Centro Anti-veleno	1
Farmacista	5
Medico di Medicina Generale	22
Medico ospedaliero (cliniche acc.)	29
Paziente/cittadino	40
Pediatra	9
Specialista	9
TOTALE	119

Farmaceutica convenzionata

Per il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata ci si avvale prevalentemente dell'applicativo FarmaVision di Santer Reply SpA, che consente di realizzare, tramite la reportistica prefigurata e quella libera, analisi generali, mirate e di benchmarking con le altre ATS della Lombardia.

La promozione della prescrizione sul territorio di farmaci a brevetto scaduto, equivalenti e biosimilari, costituisce obiettivo prioritario e vincolante per le ATS quale strumento di governo e monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di farmaceutica.

Nel corso del 2016, l'attenzione si è focalizzata sul monitoraggio, riferito all'anno 2015, dei consumi dei farmaci biosimilari nelle due ex ASL di Lecco e Monza con lo scopo di pianificare più facilmente gli interventi da mettere in atto su tutto il territorio della ATS Brianza per il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza.

Gli esiti del monitoraggio sono stati raccolti in una relazione dal titolo "Monitoraggio consumo biosimilari ATS Brianza", in cui viene fornita una visione differenziata delle due realtà, Lecco e Monza, in termini di consumo/utilizzo.

La relazione è stata trasmessa a RL con mail del 23.12.2016 e ricevuta il giorno stesso dal Dirigente della competente Struttura Regionale.

È inoltre disponibile il servizio di archiviazione elettronica delle ricette "Farmaimaging", che consente di visualizzare e stampare immediatamente le ricette, anche al fine di consentire l'elaborazione dei dati delle prescrizioni richieste da altri organi di vigilanza (NAS, Guardia di Finanza...) per le verifiche di loro competenza.

Prosegue la gestione in rete dei piani terapeutici mediante un apposito software, acquisito dall'area territoriale di Lecco dell'ATS della Brianza e che nel corso dell'anno è stato scelto per l'estensione anche al restante territorio dell'ATS (circa 1300 prescrittori), che consente di redigere, stampare archiviare e trasmettere elettronicamente circa 30 tipologie di piani terapeutici e che vede nell'area di Lecco già 130 prescrittori attivati.

Nell'ambito dei controlli sulla liquidazione della spesa farmaceutica convenzionata, nell'arco del 2016 sono state effettuate verifiche su 3324 Distinte Contabili Riepilogative presentate dalle farmacie convenzionate e sulle relative fatture per l'assistenza integrativa (Diabete, Celiachia, Incontinenza), per il rimborso dei costi del servizio DPC, per l'erogazione dei servizi CRS-SISS e CUP, comprendenti anche il nuovo sistema di certificazione delle Esenzioni E30/40.

Si segnala che nel corso del 2016, tali controlli si sono fatti maggiormente complessi e peculiari a seguito dell'introduzione del c.d "split-payment" e della fatturazione elettronica obbligatoria per le Pubbliche Amministrazioni con la verifica di circa 1100 documenti contabili dematerializzati al mese.

Relativamente alle verifiche posteriori alla liquidazione della spesa farmaceutica convenzionata, nel corso del 2016, sono stati portati a termine i controlli sulle differenze contabili relative all'anno 2006/2007 per l'area territoriale di Lecco con recupero rispettivamente di 120.378,03€ e 35.753,32€ e relative all'anno 2006 per Monza (recupero di €48.021,24),

File F

Sono stati verificati i dati di spesa del tracciato record File-F dei principali erogatori: ASST Monza, ASST Lecco, ASST Vimercate, Clinica Mangioni, Policlinico di Monza, Clinica Zucchi.

Le rilevazioni riguardano i farmaci ad alto costo impiegati in ambito oncologico e delle malattie infettive (HCV).

La verifica sulla appropriatezza è stata effettuata a seguito di estrazione dei dati relativi alla prescrizione/erogazione in File F di farmaci oncologici e nuovi farmaci per HCV per i quali era prevista la compilazione della "Scheda AIFA" e rendicontati in tutte le tipologie file F.

Il controllo è stato effettuato a seguito di accesso presso le strutture di ricovero e cura per verificare la presenza della predetta scheda AIFA in cartella clinica e la rispondenza tra quanto erogato e quanto rendicontato in File F.

Nel 2016 sono stati controllati:

- ✓ 9151 record ASST Monza
- ✓ 4582 record ASST Lecco
- ✓ 1482 record ASST Vimercate
- ✓ 230 record Clinica Mangioni
- ✓ 2183 record Policlinico di Monza
- ✓ 70 record Clinica Zucchi.

Gli esiti dei controlli sono stati verbalizzati e notificati alle Strutture per gli eventuali successivi adempimenti.

8.2 ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Obiettivi generali e specifici delle attività di controllo per l'anno 2017

L'anno 2017 sarà caratterizzato da due aspetti:

- Portare a compimento le procedure per l'insediamento delle nuove farmacie previste.
- Applicare le indicazioni della nuova legge regionale 33/2009 così come modificata dalla L.R.n.6 del 3/03/2017.

Questi aspetti avranno un riflesso sulla programmazione delle attività di vigilanza delle farmacie con la ridefinizione delle altre attività nel territorio dell'ATS.

Accanto a questo sono previste le seguenti attività di controllo:

- 1) Verifica di appropriatezza prescrittiva dei medicinali con specifico riferimento alle note AIFA e ai Piani Terapeutici in collaborazione con ASST e rilevazione della quota di farmaci equivalenti-generici presenti nelle prescrizioni territoriali su particolari categorie terapeutiche (es. IPP, statine) in conformità con le indicazioni regionali;
- 2) Verifiche circa la corretta e completa compilazione dei Piani Terapeutici da parte degli specialisti ospedalieri ed attivazione della gestione in rete dei PT anche alle strutture a contratto tramite l'applicativo in uso che sarà esteso a tutto il territorio ATS previa attività formative;
- 3) Controlli sulle Distinte Contabili Riepilogative presentate dalle Farmacie convenzionate prima della liquidazione della spesa farmaceutica ed in particolare, verifiche sulla corretta applicazione del progetto per le DCR dematerializzate e sulle fatture elettroniche per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle farmacie per l'assistenza integrativa, sulle fatture per il rimborso dei costi di dispensazione di farmaci per conto e sulle fatture presentate per l'erogazione dei servizi CRS-SISS;
- 4) Controlli sulle fatture per la liquidazione delle prestazioni di assistenza integrativa erogate da esercizi convenzionati con l'ATS per l'erogazione di prodotti senza glutine;
- 5) Controlli sulle fatture per la liquidazione delle forniture di dispositivi per incontinenza ad assorbenza;
- 6) Vigilanza sulla corretta applicazione dell'Accordo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie aperte al pubblico;
- 7) Controllo dei moduli web per compensazione extraregionale;
- 8) Verifica delle differenze contabili posteriore alla liquidazione della spesa farmaceutica convenzionata;
- 9) Verifiche relative alla compilazione delle schede AIFA da parte degli specialisti delle strutture accreditate e delle ASST;
- 10) Controlli sul File F per gli erogatori anche a seguito delle indicazioni del GAT regionale;
- 11) Visite ispettive a soggetti dispensatori di farmaci sul territorio per garantire il rispetto della normativa vigente (es.:farmacie, parafarmacie e grossisti);
- 12) Controllo presso le strutture accreditate RSA, i servizi veterinari ATS ed i Servizi ASST degli stupefacenti scaduti da avviare alla distruzione e contestuale affidamento in custodia;
- 13) Monitoraggio dell'erogazione dei prodotti protesici e di assistenza integrativa in capo ASST.
- 14) Implementazione e promozione dell'utilizzo della piattaforma Web Vigifarmaco presso tutti gli operatori sanitari dislocati in tutto il territorio dell'ATS.

1 PREMESSA AREA SOCIO SANITARIA

La LR 11 agosto 2015 n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge regionale 30 dicembre 2009, 33 (Testo unico delle Leggi regionali in materia di sanità)” ha normato i nuovi assetti istituzionali e organizzativi per l’evoluzione del welfare sociosanitario lombardo.

L’anno 2017 vede il concretizzarsi della seconda fase di attuazione della LR 23/2015.

L’evoluzione del sistema sociosanitario lombardo è caratterizzata dall’integrazione:

- tra le prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali;
- tra l’assistenza ospedaliera e l’assistenza sul territorio rivolta ai malati cronici ed ai pazienti post-degenza ospedaliera con l’assetto territoriale.

L’art. 3 della LR n. 23/2015 assegna alle ATS le funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità di offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall’art 10 del D.lgs. 502/1992, secondo le cadenze stabilite dal Piano controlli annuale e da quelle previste dall’Agenzia di controllo di cui all’art 11 della LR 23/2015.

La DGR. 5954/2016 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio-sanitario per l’esercizio 2017” stabilisce che il piano di vigilanza e controllo, atto programmatico territoriale a rilevanza strategica, costituisce lo strumento fondamentale a disposizione delle ATS per declinare in concreto le azioni che verranno perseguite, in corso d’anno, nello specifico.

La programmazione delle attività di vigilanza e controllo delle ATS è definita annualmente nel **Piano di Vigilanza e Controllo**, atto programmatico territoriale a rilevante valenza strategica.

Gli indirizzi programmatici del Piano di Vigilanza e Controllo della ATS della Brianza pongono al centro degli ambiti di intervento:

- l’utente fragile che fruisce dei servizi erogati e la rete familiare;
- il mantenimento o il miglioramento dello stato di benessere dell’utente fragile;
- la qualità della rete delle Unità di Offerta;
- l’appropriatezza delle prestazioni erogate in termini di efficacia, efficienza e sicurezza.

2 LA RETE DELLE UNITÁ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE 2016

Al 31 dicembre 2016 le UdO socio sanitarie, soggette a vigilanza e presenti sul territorio dell'ATS della Brianza sono n. 235 e così ripartite:

Tabella 23: *UDO Socio Sanitarie ATS BRIANZA al 31/12/2016*

Tipologia	n. UDO autorizzate	n. UDO accreditate	n. posti autorizzati	n. posti accreditati	N. posti a contratto
RSA	4	61	5734	5413	5285
RSD	0	9	413	410	410
CDI	0	30	870	838	689
CDD	0	32	797	797	757
CSS	0	14	139	139	139
RIA residenziale per minori	0	2	76	76	76
RIA ambulatoriale	0	7	=	=	=
CURE INTERMEDIE	0	2	55	55	55
POST ACUTI	0	3**	50*	50*	50*
CONSULTORI ASST SEDI PRINCIPALI	0	15	=	=	=
CONSULTORI ASST SEDI SECONDARIE	0	14	=	=	=
CONSULTORI PRIVATI	0	6	=	=	=
EROGATORI CURE DOMICILIARI IN ATS BRIANZA	0	17	=	=	=
EROGATORI CURE DOMICILIARI ACCREDITATE ALTRE ATS** con sede secondaria area territoriale di Lecco	0	3	=	=	=
HOSPICE	0	3	43	43	43
SERT EX ASL MB	0	2	=	=	=
SMI	0	2	=	=	=
COMUNITA' TOX	0	9	183	183	176
BASSA INTENSITA'ASSISTENZIALE DIP	0	4	23	23	22
TOTALE	4	235	8333	7977	7652
*INSERITI IN RSA per la sede di Monza (RSA VILLA REALE - RSA S. ANDREA 2) * per la sede di Lecco (RSA Frisia) PERTANTO NON CONTEGGIATE NEL TOTALE					

Il numero di erogatori voucher da vigilare, non corrisponde al numero di UDO accreditate, poiché molte sono accreditate in altre ATS e svolgono attività nell'ATS Brianza.

Tabella 24: **UDO ATS BRIANZA Accreditate per misure Dgr 2942/2014**

Tipologia	n. UDO accreditate ATS BRIANZA
RSA APERTA	29
RESIDENZIALITA' LEGGERA	17
RESIDENZIALITA' RELIGIOSI	4
TOTALE	50

Tabella 25: **UDO Socio Sanitarie AREA TERRITORIALE MONZA AL 31/12/2016**

Tipologia	n. UDO autorizzate	n. UDO accreditate	n. posti autorizzati	n. posti accreditati	N. posti a contratto
RSA	2	36	3505	3299	3273
RSD	0	5	261	261	261
CDI	0	23	648	638	544
CDD	0	23	567	567	542
CSS	0	4	40	40	40
RIA residenziale per minori	0	1	36	36	36
RIA ambulatoriale	0	3	=	=	=
CURE INTERMEDIE	0	0	=	=	=
POST ACUTI	0	2*	40*	40*	40*
CONSULTORI ASST SEDI PRINCIPALI	0	6	=	=	=
CONSULTORI ASST SEDI SECONDARIE	0	14	=	=	=
CONSULTORI PRIVATI	0	4	=	=	=
EROGATORI CURE DOMICILIARI IN ATS	0	11	=	=	=
HOSPICE	0	2	31	31	31
SERT	0	1	=	=	=
SMI	0	1	=	=	=
COMUNITA' TOX	0	5	94	94	94
BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE DIP	0	1	5	5	5
TOTALE	2	142	5187	4971	4826
*INSERITI IN RSA (RSA VILLA REALE - RSA S. ANDREA 2) PERTANTO NON CONTEGGIATE NEL TOTALE					

Tabella 26: UDO Socio Sanitarie AREA TERRITORIALE LECCO all' 31/12/2016

Tipologia	n. UDO autorizzate	n. UDO accreditate	n. posti autorizzati	n. posti accreditati	N. posti a contratto
RSA	2	25	2229	2114	2012
RSD	0	4	152	149	149
CDI	0	7	222	200	145
CDD	0	9	230	230	215
CSS	0	10	99	99	99
RIA residenziale per minori	0	1	40	40	40
RIA ambulatoriale	0	4	=	=	=
CURE INTERMEDIE	0	2	55	55	55
POST ACUTI	0	1	10*	10*	10*
CONSULTORI ASST SEDI PRINCIPALI	0	9	=	=	=
CONSULTORI ASST SEDI SECONDARIE	0	0	=	=	=
CONSULTORI PRIVATI	0	2	=	=	=
EROGATORI CURE DOMICILIARI IN ATS	0	6	=	=	=
EROGATORI CURE DOMICILIARI ACCREDITATE ALTRE ATS con sede secondaria area territoriale di Lecco	0	3	=	=	=
HOSPICE	0	1	12	12	12
SERT	0	1	=	=	=
SMI	0	1	=	=	=
COMUNITA' TOX	0	4	89	89	82
BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE DIP	0	3	18	18	17
TOTALE	2	93	3146	3006	2826
*INSERITI IN RSA PERTANTO NON CONTEGGIATE NEL TOTALE					

3 CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO SANITARIA

Il controllo del debito informativo delle prestazioni socio-sanitarie ha riguardato:

- il flusso Consultori
- il flusso SOSIA delle RSA
- il flusso RIAFAM delle strutture di riabilitazione
- il flusso SDOFAM dell'Hospice e delle strutture di riabilitazione residenziali
- il flusso economico FE
- il popolamento del flusso RETE UDO ASSI e del Flusso AFAM
- la validazione del Flusso CDI e del Flusso SIDI

Il controllo ha riguardato il 100% dei record ricevuti dagli erogatori preliminarmente al loro invio in Regione. Il debito informativo è stato assolto trimestralmente nei termini previsti dalla DG Welfare nella circolare n.4/2016. I controlli sui flussi vengono effettuati utilizzando specifici supporti informatici in linea con i tracciati record regionali e aggiornati periodicamente secondo le novità normative. Attraverso il flusso FE è stata garantita la rendicontazione economica di tutte le prestazioni socio sanitarie erogate sul territorio nel 2016.

Tabella 27: Record controllati

ATS BRIANZA		
Tipologia UdO	Flusso	n. record inviati 2016
CONSULTORI PUBBLICI/PRIVATI	CON	225.291
FLUSSO ECONOMICO	FE	69.998
RIA	RIA-FAM	56.504
RIA - HOS	SDO-FAM	4.132
RSA	SOSIA	102.880

Per quanto riguarda il Flusso Rete UdO ASSI, introdotto nel corso del 2013, è stato popolato solo con i dati delle UdO afferenti alla Riabilitazione secondo le indicazioni regionali. Parallelamente è stato effettuato l'aggiornamento di AFAM.

Nel corso del 2016 sono state regolarmente svolte le attività di validazione e di monitoraggio di invio del Flusso CDI che alimenta il flusso ministeriale di competenza regionale ed il flusso SIDI attraverso la piattaforma SMAF (Sistema Modulare Accoglienza Flussi). E' stato garantito agli operatori delle strutture il supporto necessario per il corretto utilizzo delle piattaforme.

4 CONTROLLO REQUISITI SOGGETTIVI - VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONI

Entro il 31/01/2016 sono state richieste agli Enti Gestori di strutture socio sanitarie le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive relative ai requisiti soggettivi di esercizio/accreditamento e per la sottoscrizione dei contratti. Inoltre, entro il 28/02/2016, sono state richieste le autocertificazioni relative al requisito del modello organizzativo D.Lgs. 231/01 e del codice etico.

Le certificazioni pervenute con PEC al protocollo ATS Brianza sono state valutate e salvate in cartelle dedicate.

Per procedere alle verifiche previste dalla normativa sul 10% delle certificazioni, si è provveduto a selezionare il campione prendendo in considerazione gli Enti Gestori di strutture inserite nel Piano controlli. Inoltre si è cercato di garantire un controllo su Enti Gestori di più tipologie di UDO.

Per tali soggetti sono state richieste alle pubbliche amministrazioni competenti i seguenti certificati:

- casellario
- misure di prevenzione
- regolarità contributiva
- ottemperanza Legge 68/99
- procedure concorsuali
- DURC- tramite l'ufficio flussi
- personalità giuridica

Per gli stessi sono state valutate le relazioni presentate in merito a:

- organo di controllo economico, relativa composizione e relazione annuale
- adeguamento al modello organizzativo della D.lgs. 231/01 e del codice etico ed acquisizione della relazione annuale dell'ODV.

Tra tutti gli Enti Gestori in capo alla Sede di Monza al 1/01/2016, ne sono stati selezionati 14 pari al 14,28% previsti nel Piano Controlli. Sono stati avviati accertamenti per n. 13 Enti Gestori per il monitoraggio di situazioni che hanno presentato criticità negli anni precedenti.

Tra tutti gli Enti Gestori in capo alla Sede di Lecco sono state verificate n. 5 autocertificazioni presentate dai Legali Rappresentanti delle n. 5 previste dal piano controlli 2016.

Sono inoltre state verificate n. 2 autocertificazioni relative a soggetti gestori di sperimentazioni.

Per quanto concerne la verifica antimafia, informativa o comunicazione, area territoriale di Monza si segnala che dal 1/01/2016 è stata attivata la procedura di richiesta alle prefetture competenti tramite SICEANT. Il collegamento ha avuto un avvio problematico legato alla connessione non continua e alle difficoltà nell'inserimento dati. Nel corso dell'anno il sistema è stato implementato e stabilizzato. Nel 2016 sono state inserite n. 28 richieste.

Per quanto riguarda la certificazione antimafia sede di Lecco, la procedura di richiesta alle prefetture competenti è stata attivata dal Servizio Programmazione Socio Sanitaria e Contratti.

La seconda parte dei controlli ha avuto come oggetto la verifica dei requisiti degli Enti Gestori che hanno presentato specifiche istanze, in particolare:

- **Monza** n. 2 vulture, n. 1 SCIA e contestuale accreditamento e n. 1 chiusura piano programma;
- **Lecco** n. 7 SCIA di cui n. 5 con contestuale accreditamento.

5 PROCEDURE QUALITÀ

La discolta ASL di Lecco ha adottato un Sistema di Gestione per la Qualità per vari servizi, compreso il Servizio Vigilanza Controllo.

Tra i processi certificati UNI EN ISO 9001:2008, quello denominato “Gestione dei processi di formulazione di espressione di parere, vigilanza e controllo” vede il Servizio Vigilanza Controllo – area territoriale di Lecco - tra le strutture coinvolte nel processo stesso.

Il Servizio Vigilanza Controllo – area territoriale di Lecco - è costantemente impegnato ad adempiere alle attività previste ai fini del mantenimento della certificazione ed è supportato dal Sistema di Gestione per la Qualità dell’ATS nel processo di miglioramento della qualità.

Ogni anno vengono programmati e condotti audit interni della qualità che costituiscono esami sistematici delle attività aziendali tesi a determinare se queste vengono svolte in accordo a quanto stabilito dalla norma e dal Sistema Gestione Qualità dell’ATS. Nel corso del 2016 l’attività del Servizio Vigilanza Controllo – area territoriale di Lecco – è stata sottoposta a verifica con 1 audit interno.

È iniziato un percorso di revisione di procedure, documenti operativi, istruzioni operative e modulistica in uso in collaborazione con la sede territoriale di Monza.

Nel corso dell’anno si è lavorato, sempre con la sede di Monza per l’emissione di una procedura di processo “Gestione SCIA e accreditamento sociosanitario” che ha visto l’approvazione dell’ATS a fine 2016. Sono stati revisionati ed aggiornati i verbali da utilizzare nei sopralluoghi presso Unità d’Offerta sociosanitarie, recependo i format proposti da Regione Lombardia.

6 VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 C.C. PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO

La Regione, con L.R. n. 1/2000, ha individuato nelle ASL, ora ATS, l’autorità preposta allo svolgimento delle funzioni amministrative di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche private (PGP) di cui al Libro I, Titolo II, del codice medesimo operanti in ambito sanitario, sociosanitario e socio-assistenziale. La legge Regionale n. 23/2015 ha mantenuto la competenza di detta vigilanza in capo alle ATS.

La circolare regionale 14.11.2011 elenca le attività di vigilanza che le ATS devono porre in essere indicando tutte le attività demandabili ad un’autorità tutoria, compresa l’adozione di provvedimenti che incidono in modo diretto sugli atti (provvedimenti di sospensione e annullamento) o sull’assetto dell’ente vigilato (scioglimento degli organi, nomina di commissario). La Commissione di vigilanza, in base alle norme su richiamate, svolge l’attività di controllo sulle fondazioni, associazioni e le altre istituzioni di carattere privato senza scopo di lucro, anche laddove le fondazioni e associazioni gestiscano unità d’offerta non accreditate.

La commissione dell’ATS, costituita con delibera n. 473 del 12.08.2016, riunitasi per la prima volta il 12.9.2016, ha individuato il campione delle PGP, oggetto di controllo nell’anno 2016, utilizzando i seguenti criteri:

- determinare il n° delle PGP da controllare nel corso del 2016 calcolando il 10% sul totale, al netto delle n. 9 PGP che risultano cancellate o estinte ($100-9 = 91$ 10% di $91 = 9$);
- escludere le PGP che sono state oggetto di verifica negli anni 2013, 2014 e 2015;
- prevedere che il campione da individuare contenga tutte le tipologie di PGP rinvenute nell’elenco ricevuto dall’ATS (Fondazioni, Associazioni, Comitati) e che sia identificato in proporzione al n° di PGP distribuite sul territorio delle ex ASL Monza e Brianza e ex ASL Lecco;
- includere nel campione FONDAZIONE 4, alla luce delle circostanze evidenziate dal Collegio Sindacale dell’ASST di Monza nel verbale n.7 del 07.07.2016 e trasmesso per competenza dal Direttore Generale dell’ASST di Monza alla ATS della Brianza in data 15.07.2016 prot. n. 41958.

Al fine di armonizzare le modalità operative praticate dalle ex ASL confluite nell'ATS della Brianza, la Commissione ha stabilito di chiedere alle n. 9 PGP estratte a campione, l'inoltro alla Commissione, entro il 30.09.2016, della documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività di vigilanza e controllo. La documentazione richiesta è la stessa che è stata fornita dalle Persone Giuridiche Private vigilate negli anni scorsi dalle ex Asl LC e MB.

Con delibera n. 547 del 30.09.2016 l'ATS della Brianza ha autorizzato la sottoscrizione di una convenzione con l'Università di Pavia – Centro di Ricerca Interdipartimentale Organizzazione governance della PA - al fine di supportare i componenti della Commissione di Vigilanza dell'ATS nell'attività di analisi dei bilanci e della situazione economico-finanziaria ex artt. 23 e 25 c.c.

In particolare la convenzione prevedeva che il Centro di Ricerca fornisse:

- un servizio teso a verificare l'equilibrio economico-finanziario di 5 fondazioni/associazioni,
- l'erogazione di due workshop formativi di ½ giornata l'uno, destinati ai componenti della Commissione e finalizzati allo sviluppo delle specifiche competenze e conoscenze richieste dall'attività.

In data 19.10.2016 durante la seduta della commissione il Prof. Pietro Previtali, docente del Dipartimento di Scienze Economiche ed Aziendali dell'Università di Pavia, ha illustrato ai componenti l'approccio all'ente da controllare, che ispira il metodo di lavoro utilizzato ed è basato su un'attività finalizzata ad evidenziarne gli aspetti di solidità patrimoniale e finanziaria e continuità della gestione.

In data 30.09.2016 è pervenuta la lettera di UNEBA che contestava la legittimità di quanto richiesto con la nota del 15.09.2016 dalla Commissione. In data 3.10.2016, gli esperti in materie giuridico-amministrative della commissione si sono riuniti per studiare quanto contestato da UNEBA. In data 27.10.2016 prot. n° 60266 è stata spedita nota di risposta.

Si sottolinea che la lettera UNEBA risulta essere priva dei presupposti giuridici che convalidino la loro posizione, perché la commissione se dovesse solo visionare l'atto costitutivo e lo statuto non potrebbe assolvere a tutti i compiti che gli sono stati attribuiti dalla normativa nazionale e regionale. Entro il 31.12.2016 la Commissione di Vigilanza ha redatto, sulla base della documentazione pervenuta e dei controlli effettuati, n.9 verbali di verifica documentale come di seguito elencati:

Tabella 28: Esiti verifiche Commissione di Vigilanza e Controllo ex artt 23-25 c.c. – anno 2016

Ragione sociale PGP	Verbale di Verifica documentale
FONDAZIONE 1	Verbale n° 1/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 2	Verbale n° 2/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 3	Verbale n° 3/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 4	Verbale n° 4/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 5	Verbale n° 5/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 6	Verbale n° 6/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 7	Verbale n° 7/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 8	Verbale n° 8/2016 PGP In data 7.12.2016
FONDAZIONE 9	Verbale n° 9/2016 PGP In data 7.12.2016

Per quanto riguarda la FONDAZIONE 9 in data 07.12.2016 è stato redatto il verbale n° 9/2016 PGP in cui si è potuto esaminare solo lo statuto e l'atto costitutivo, l'unica documentazione pervenuta, non potendo così completare la verifica degli atti. Successivamente, in data 23.02.2017, la FONDAZIONE 9 ha provveduto ad inviare all'ATS Brianza la documentazione mancante. In data 08.03.2017, durante la prima seduta utile della Commissione, è stata completata la verifica documentale.

7 RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ VIGILANZA ATS BRIANZA ANNO 2016

Al fine di continuare l'attuazione del principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni 2 anni, l'attività di vigilanza realizzata nel 2016 ha previsto la "verifica in loco" sul 50% delle UDO presenti sul territorio dell'ATS Brianza, come indicato su Piano Controlli ATS Brianza adottato con deliberazione n. 45 del 28/01/2016 in attuazione alla DGR n. 4702 del 29.12.2015.

I sopralluoghi routinari previsti da Piano Controlli sono stati effettuati senza preavviso.

Per le verifiche nelle UDO sono stati utilizzati i verbali trasmessi da Regione Lombardia con nota della Direzione Generale Welfare G1.2015.0022090 "Indicazioni operative per la redazione dei verbali di vigilanza" e s.m.i. che sono stati trasmessi a tutte le UDO anche per consentire un'azione di "autocontrollo". Per alcune tipologie di UDO, in assenza di check-list regionale specifica, i servizi hanno provveduto ad adattare il modello utilizzato per altre UDO alle specificità della tipologia.

L'équipe ha proceduto prima al controllo di appropriatezza e successivamente alla verifica della permanenza dei requisiti di accreditamento; le verifiche sui requisiti igienico-sanitari, strutturali e tecnologici sono state effettuate in forma disgiunta dai colleghi del DIPS.

L'esame documentale è stato preceduto dalla visita in struttura; in questo modo è stata verificata l'attività in corso e controllata la corrispondenza del personale in servizio con la programmazione/turnistica degli operatori.

In particolare si è posta attenzione, oltre alla procedura ed ai protocolli, alla verifica del grado di conoscenza degli operatori delle suddette procedure, alla verifica di personale qualificato, alla continuità assistenziale e al rispetto degli standard di personale così come richiesti dalla normativa vigente, alla corrispondenza del personale con la programmazione della UDO ed alla corretta tenuta e custodia dei FASAS.

La verifica dello standard di personale per i due ambiti territoriali è stata svolta prevalentemente presso la sede del servizio e successivamente è stata predisposta e inviata alle UDO una nota di esito a completamento del verbale rilasciato e sottoscritto dalle parti in sede di verifica ispettiva. Si evidenzia che nel primo semestre l'applicazione puntuale dell'analisi delle timbrature di una settimana tipo ha evidenziato, ancora, la necessità, per la **presenza notturna**, di puntualizzare la **tipologia di operatori** da prevedere e la necessità di sottolineare che la sorveglianza **deve essere attiva**.

In generale il Sistema Gestione per la Qualità (SGQ) è critico in molte UDO così come il Piano di lavoro annuale.

Nel corso del 2016 sono stati effettuati, per l'area territoriale di Lecco, n. 14 incontri di approfondimento tematico con Legali rappresentanti e/o Enti gestori.

La programmazione annuale è stata condivisa con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS).

Tabella 29: Riepilogo Attività Vigilanza routinaria Anno 2016 - ATS BRIANZA

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/16	n. UDO programmate	n. vigilanze effettuate da DIPS	n. UDO vigilate 2016
RSA	65	33	33	33
RSD	9	5	5	5
CDI	30	15	15	15
CDD	32	16	16	16
CSS	14	6	6	6
RIA residenziale per minori	2	0	0	0
RIA ambulatoriale	7	4	4	4
CURE INTERMEDIE	2	2	2	2
POST ACUTI	3	3	3	3
CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI (primarie e secondarie)	30	15	15	15
CONSULTORI FAMILIARI privati accreditati	6	3	3	3
EROGATORI CURE DOMICILIARI in voucher *	17	7	7	7
HOSPICE	3	2	2	2
SERT/NOA	8	4	4	4
COM. TOX	9	3	3	3
SMI	2	1	1	1
BID	4	0	0	0
TOTALE	243	119	119	119

*già vigilate nel 2015

Tabella 30: UDO vigilate routinaria 2016 - Monza

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/16	n. UDO programmate 2016	n. UDO vigilate 2016
RSA	38*	19	19
RSD	5	3	3
CDI	23*	11	11
CDD	23*	11	11
CSS	4	2	2
RIA residenziali per minori	1	0	0
RIA ambulatoriali	3	2**	2**
CURE INTERMEDIE	0	0	0
POST ACUTI	2	2	2
C.F. pubblici (primarie e secondarie)	21	11	11
C.F. privati	4	2	2
Erogatori cure domiciliari in Voucher	11	5	5

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/16	n. UDO programmate 2016	n. UDO vigilate 2016
Hospice	2	1	1
SERT/NOA***	7	3	3
COM. TOX	4	2	2
SMI	1	0	0
BID	1	0	0
TOTALE	150	74	74
2° pilastro Welfare Misure 2-4 (dgr 2942/14)	16	8	8

*1 RSA e 1 CDI – 1CDD hanno presentato a Dicembre 2015 (verifica SCIA e 90 gg nel corso 2016)

**di cui una con piano programma

*** sono stati considerati: 3 NOA 3 SERT - 1 Sert carcere quest'ultimo non è oggetto di vigilanza

Tabella 31: UDO vigilate routinaria 2016 - Lecco

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/16	n. UDO programmate 2016	n. UDO vigilate 2016	n. vigilanze effettuate da DIPS
RSA	27	14	14	14
RSD	4	2	2	2
CDI	7	4	4	4
CDD	9	5	5	5
CSS	10	4	4	4
RIA residenziale per minori	1	0	0	0
RIA ambulatoriale	4	2	2	2
CURE INTERMEDIE	2	2	2	2
POST ACUTI	1	1	1	1
C.F. pubblici (primarie e secondarie)	9	4	4	4
C.F. privati	2	1	1	1
Erogatori cure domiciliari in Voucher **	6	3	2	2
Hospice	1	1	1	1
SERT	1	1	1	1
* COM. TOX	5	1	1	1
SMI	1	1	1	1
BID	3	0	0	0
TOTALE	93	46	45	45

* Nel corso del 2016 una CT si è trasferita nell'area territoriale di Monza

**Una UDO programmata era già stata vigilata nell'anno 2015.

7.1 VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI, TECNOLOGICI E STRUTTURALI

Lo standard assistenziale previsto dalla normativa è stato verificato su una settimana campione con esito positivo. Le verifiche ispettive hanno evidenziato nelle RSA criticità relativamente all'assenza, carenza e/o non corretta applicazione di procedure / protocolli.

Tabella 32: Analisi attività al 31.12.2016 ATS BRIANZA

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO verificate
RSA	65*	33	33
HOSPICE	3	2	2
CDI	30*	15	15

*1 RSA e 1 CDI hanno presentato a Dicembre 2015 (verifica SCIA e 90 gg nel corso 2016)

Tabella 33: UDO vigilate 2016 - Monza

RSA	N. STRUTTURE	Esito
RSA	13	Rispettano i requisiti verificati
RSA	1	Rispetta i requisiti verificati organizzativi e gestionali Ricontrate carenze requisiti tecnologici strutturali da parte del SIS – SANZIONE 758 VV.FF.
RSA	4	Carenze requisiti organizzativi-gestionali – emessa diffida e sanzione
RSA	1	Requisiti organizzativi gestionali Carenze requisiti strutturali e tecnologici riscontrate in data 24/10 dal SIS – sanzione 758

I componenti delle équipe sono n.2 operatori di diversa professionalità: n. 1 assistente sociale/educatore e n.1 assistente amministrativa; è stata integrata ove possibile da uno o due operatori del DIPS (SISP/SIS).

Tabella 34: UDO vigilate 2016 Lecco

RSA	N. STRUTTURE	Esito
RSA	5	Rispettano i requisiti verificati
RSA	1	Rispetta i requisiti verificati organizzativi e gestionali Ricontrate carenze requisiti tecnologici strutturali da parte del DIPS - emessa sanzione
RSA	6	Carenze requisiti organizzativi-gestionali –PROTOCOLLI/ PROCEDURE E DOCUMENTAZIONE-emessa diffida e sanzione
RSA	2	Carenze Requisiti organizzativi gestionali e carenze requisiti strutturali e tecnologici riscontrate dal DIPS – emessa sanzione

L'equipe di vigilanza è formata da un dirigente, da un amministrativo e da un infermiere

Monza esiti vigilanza routinaria RSA

Le verifiche effettuate nel 2016 hanno riguardato n. 19 RSA.

Le verifiche ispettive hanno evidenziato in n. 5 RSA criticità relativamente all'area "Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, regolamenti interni" – punto 2.2.5 DGR 2569/14;

in particolare è stata rilevata:

- mancata evidenza della diffusione dei protocolli al personale esitate in raccomandazioni di miglioramento o in sanzione e diffida.

Agli Enti Gestori, è stato, comunque, raccomandato di migliorare i seguenti documenti:

- procedura per l'integrazione tra le figure professionali e i volontari;
- procedura inerente la modalità di accesso alla documentazione socio sanitaria;
- procedura continuità assistenziale;
- regolamento accesso esterni o assistenti private in struttura;
- definizione degli indicatori utili alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali.

In n. 2 RSA sono state riscontrate carenze dei requisiti tecnologici e strutturali, in materia di prevenzione incendio, oggetto di approfondimento con i diversi servizi del DIPS (SIS SISP PSAL).

A tutte le UDO oggetto di sanzione/diffida sono state date indicazioni utili circa le azioni di miglioramento da intraprendere.

In tutte le altre RSA non sono emersi problemi ostativi alla conferma dell'accREDITAMENTO.

Lecco esiti vigilanza routinaria RSA

Sono state riscontrate carenze nei requisiti organizzativi gestionali, come da tabella n. 12.

HOSPICE

Tabella 35: UDO vigilate 2016 - Monza

HOSPICE	N.	Esito
HOSPICE	1	Rispetta i requisiti verificati

I componenti delle équipes sono n.2 operatori di diversa professionalità: n. 1 educatore e n.1 assistente amministrativa; è stata integrata ove possibile da uno o due operatori del DIPS (SISP /SIS) .

Tabella 36: UDO vigilate 2016 - Lecco

HOSPICE	N. STRUTTU	Esito
HOSPICE	1	Rispetta i requisiti verificati

L'equipe di vigilanza è formata da un dirigente, da un amministrativo e da un infermiere

ATS esiti vigilanza routinaria HOSPICE

Per quanto concerne l'Hospice non sono emerse criticità per le 2 UDO vigilate.

Incontro con enti gestori RSA Monza

In data 08/4/2016 è stato effettuato un incontro con tutte le 38 RSA al fine di:

- presentare il nuovo assetto ATS;
- illustrare l'attività di controllo prevista per l'anno in corso (dgr 2569/14 e s.mi. e dgr 1765/14);
- fornire indicazioni operative in merito ai flussi di rendicontazione (FE1, SOSIA, 730 precompilato, nuovi codici struttura, Budget e contratti).

All'incontro hanno partecipato il 100% delle RSA.

Nel corso dell'anno inoltre sono stati effettuati n. 15 incontri in sede con gli enti gestori per attività di supporto/verifica di nuove progettualità sempre in collaborazione con i colleghi del DIPS in particolare il SISP e il SIS.

CDI

Tabella 37: UDO vigilate 2016 - Monza

CDI	N. UDO vigilate	Esito
CDI	11	Rispettano i requisiti verificati

L'equipe è formata da due Educatori

Tabella 38: UDO vigilate 2016 - Lecco

CDI	N. STRUTTURE	Esito
CDI	1	Rispettano i requisiti verificati
CDI	1	Carenze requisiti organizzativi-gestionali – STANDARD DI PERSONALE – MANCANZA DI FOGLI FIRMA – emessa sanzione
CDI	2	Carenze requisiti organizzativi-gestionali- PROCEDURE E PROTOCOLLI – emessa sanzione

L'equipe di vigilanza è formata da un dirigente, un amministrativo e un infermiere.

Monza esiti vigilanza routinaria CDI

Le verifiche di accreditamento si sono concluse con esito positivo.

Le verifiche condotte dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (SIS e SISP) non hanno riscontrato criticità.

Nel secondo semestre si è effettuato un incontro con un Ente gestore per la messa in esercizio di un nuovo CDI, all'interno della RSA.

Lecco esiti vigilanza routinaria CDI

Sono state riscontrate carenze nei requisiti organizzativi gestionali, come da tabella 16.
CDD-RSD-CSS

Tabella 39: Analisi attività al 31.12.2016 area territoriale ATS BRIANZA

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO vigilate
RSD	9	5	5
CSS	14	6	6
CDD	32*	16	16
TOTALE	55	27	27

*n.1 CDD oggetto di verifica a 90 gg dall'accreditamento

Tabella 40: UDO vigilate 2016 - Monza

RSD	N. UDO vigilate	Esito
RSD	1	Carenza requisiti organizzativi –gestionali emessa diffida e sanzione
RSD	2	Rispetta i requisiti verificati

L'Equipe di vigilanza, formata da una Assistente Sociale, uno o due Educatori Professionali e un Tecnico della Prevenzione

Tabella 41: UDO vigilate 2016 - Lecco

RSD	N. UDO vigilate	Esito
RSD	2	Carenza requisiti organizzativi – gestionali CONTRATTO D'INGRESSO-emessa sanzione

L'equipe di vigilanza è formata da un dirigente, da un amministrativo e in alcuni casi da uno psicologo

Tabella 42: UDO vigilate 2016 - Monza

CDD	N. UDO vigilate	Esito
CDD	9	Rispetta i requisiti verificati
CDD	2	Carenza requisiti organizzativi -gestionali emessa sanzione e diffida

L'Equipe di vigilanza, formata da una Assistente Sociale, uno o due Educatori Professionali e un Tecnico della Prevenzione

Tabella 43: UDO vigilate 2016 - Lecco

CDD	N. UDO vigilate	Esito
CDD	2	Rispetta i requisiti verificati
CDD	3	Carenza requisiti organizzativi –gestionali- PROTOCOLLI E PROCEDURE-emessa sanzione

L'equipe di vigilanza è formata da un dirigente, da un amministrativo e in alcuni casi da uno psicologo

Tabella 44: UDO vigilate 2016 - Monza

CSS	N. UDO vigilate	Esito
CSS	2	Carenza requisiti organizzativi-gestionali emessa sanzione e diffida

L'Equipe di vigilanza, formata da una Assistente Sociale, uno o due Educatori Professionali e un Tecnico della Prevenzione

Tabella 45: *UDO vigilate 2016 - Lecco*

CSS	N. UDO vigilate	Esito
CSS	3	Carenza requisiti organizzativi- gestionali STANDARD DI PERSONALE emessa sanzione
CSS	1	Carenza requisiti organizzativi- gestionali CONTRATTO D'INGRESSO emessa sanzione

L'equipe di vigilanza è formata da un dirigente, da un amministrativo e in alcuni casi da uno psicologo

Monza esiti vigilanza routinaria CDD-RSD-CSS

In particolare si è evidenziata, nell'area territoriale di Monza, la carenza di presenza di figure professionali specifiche (ad es. Infermiere e/o figure mediche) per la somministrazione delle terapie farmacologiche..

In tutte le strutture soggette a verifica non sono emersi problemi ostativi alla conferma dell'accreditamento.

Le verifiche condotte nel 1° semestre hanno evidenziato alcune criticità che hanno portato alla richiesta di azioni di miglioramento o raccomandazioni e, in alcuni casi, all'erogazione di diffide e sanzioni.

Le criticità riscontrate sono relative a:

- 1) Assenza e/o Carenza e/o non corretta formalizzazione di alcune procedure e/o protocolli
- 2) Contratto di ingresso incompleto in alcune voci
- 3) Carente gestione, valutazione e miglioramento della qualità, regolamenti interni
- 4) Carta dei servizi incompleta.

Poi integrate, a seguito dell'incontro organizzato dal Servizio ViCo di Monza con gli Enti Gestori del 26/9/2016 si evidenzia che la maggior parte di essi hanno recepito le DGR 2569/2014 e DGR 1765/2014

Le verifiche condotte nel 2° semestre hanno evidenziato alcune criticità che hanno portato alla formulazione di raccomandazioni o azioni di miglioramento.

Le criticità riscontrate sono relative a:

- 1) Non corretta formalizzazione di alcune procedure e/o protocolli con relativa bibliografia
- 2) Carente esplicitazione nella Relazione annuale dell'attività del CDD degli indicatori misurabili, delle criticità riscontrate, delle modalità e dei tempi di valutazione.
- 3) Contratto di ingresso carente di una o più voci.
- 4) Organigramma/funzionigramma incompleto.
- 5) Mancata esplicitazione del rispetto della periodicità, non superiore ai 6 mesi, per la fase di rivalutazione multidimensionale dei bisogni.
- 6) Carenza di evidenza documentale della partecipazione dei volontari ai momenti di formazione
- 7) Mancata implementazione di adeguata formazione sulla tematica della gestione dei conflitti nella relazione con utenza e caregiver.

In relazione all'individuazione di azioni di miglioramento, è stato raccomandato alle strutture di adeguarsi alla DGR 2569/2014, con particolare riguardo alla predisposizione di protocolli, procedure e/o linee guida di particolare rilevanza per la tipologia di UdO e alla loro diffusione al personale.

Nel mese di settembre è stato organizzato un incontro con i Gestori, in merito anche alle problematiche evidenziate nei controlli del semestre precedente, allo scopo di confrontarci con loro sulle criticità riscontrate.

Lecco esiti vigilanza routinaria CDD-RSD-CSS

Sono state riscontrate carenze nei requisiti organizzativi gestionali, come da tabelle 19, 21 e 23.

RIA AMBULATORIALI E RESIDENZIALI ATS BRIANZA

Tabella 46: Analisi attività al 31.12.2016 area territoriale ATS BRIANZA

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO vigilate
RIA AMB.	7*	4	4
CURE INT	2	2	2
RIA RESID PER MINORI	2	0	0

*di cui 1 con piano programma concluso nel 2 semestre 2016

Tabella 47: UDO vigilate 2016 - Monza

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO vigilate nel 2016
RIA AMB	3	2*	2*

*di cui 1 con piano programma concluso nel 2 semestre 2016

Tabella 48: UDO vigilate 2016 - Lecco

RIA	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO vigilate nel 2016	Esito
RIA AMB	4	2	2	Rispetta i requisiti verificati

L'equipe di vigilanza è composta da un dirigente e da un amministrativo.

Tabella 49: UDO vigilate 2016 - Monza

RIA	N. UDO vigilate	n. UDO programmate 2016	N. UDO vigilate nel 2016	Esito
RIA	2	1	1	Verifica semestrale e chiusura Piano Programma
RIA	2	1	1	Prescrizioni DIPS in attesa di ottemperanza

L'equipe di vigilanza è composta da 1 infermiere, 1 medico e i tecnici del DIPS

Monza esiti vigilanza routinaria RIA

Nel primo semestre, la visita effettuata presso la RIA Ambulatoriale La Nostra Famiglia di Carate è stata finalizzata al Monitoraggio del Piano Programma.

La pratica relativa alla UdO "La Nostra Famiglia" di Carate B.za per la chiusura piano programma e contestuale trasferimento della sede da Via Riva, 6 a Via Sant'Ambrogio 32 ha terminato l'iter.

E' stata autorizzata definitivamente con delibera N°479 del 26/08/2016.

Nel secondo semestre sono state effettuate le verifiche ispettive programmate nel 50% delle UDO. La verifica routinaria per l'AIAS ha previsto la visita congiunta con i tecnici del DIPS: SIS e del SISP.

Lecco esiti vigilanza routinaria RIA

Non si sono riscontrate criticità vedi tabella n.26.

Tabella 50: UDO vigilate 2016 - Lecco

CURE INT	N. UDO VERIFICATE	Esito
CURE INT	2	Rispetta i requisiti verificati

L'equipe di vigilanza è composta da un dirigente e da un amministrativo.

Lecco esiti vigilanza routinaria CI

Non si sono riscontrate criticità vedi tabella n. 28.

EROGATORI DOMICILIARI IN VOUCHER (ADI)

Tabella 51: Analisi attività al 31.12.2016 ATS BRIANZA

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO vigilate
Erogatori cure domiciliari in voucher Accreditati ATS Brianza - Monza	17	7	7
EROGATORI CURE DOMICILIARI ACCREDITATE ALTRE ATS con sede secondaria area territoriale di Lecco	3	0	0

Tabella 52: UDO vigilate 2016 - Monza

ADI	n. UDO VERIFICATE	Esito
ADI	4	Rispetta i requisiti verificati
ADI	1	Carenze di requisiti – emessa diffida e sanzione nel 2017

L'equipe è composta da 1 infermiera con Posizione Organizzativa e da 1 o 2 operatori di diversa professionalità, educatore professionale e/o amministrativo.

Tabella 53: UDO vigilate 2016 - Lecco

ADI	n. UDO VERIFICATE	Esito
ADI	1	Carenza requisiti organizzativi- gestionali DOCUMENTAZIONE E PROTOCOLLI emessa sanzione
ADI	1	Carenza requisiti organizzativi- gestionali -PROTOCOLLI emessa sanzione

L'equipe di vigilanza è formata da un dirigente e da un amministrativo.

Monza esiti vigilanza routinaria ADI

Il piano controlli 2016 ha previsto l'attività di "verifica in loco" sul 50% delle UDO presenti sul territorio e nello specifico n. 5 sedi ADI accreditate con sede principale nell'ATS sede territoriale di Monza, senza escludere eventuali sedi secondarie.

Nelle 5 UDO vigilate, tutte rispettano i requisiti richiesti: solo per una situazione sono stati necessari approfondimenti per l'emissione di diffida e sanzione nell'anno successivo.

Nel corso del 2016 le attività legate a SCIA e accreditamento e/o richieste di variazioni non ha comportato attività poiché sospesi gli accreditamenti dalle Regole di Sistema 2016; si sono perfezionate e concluse le SCIA presentate alla fine del 2015 con i sopralluoghi per la messa in esercizio e contestuale accreditamento e la successiva verifica a 90 giorni.

Lecco esiti vigilanza routinaria ADI

I 3 erogatori ADI, accreditati presso altre ATS, che avrebbero dovuto svolgere attività nel territorio della sede territoriale di Lecco non hanno avviato alcuna attività nel corso 2016.

Si sono riscontrate criticità come da tabella n.31.

CONSULTORI FAMILIARI privati e pubblici

Si segnala che le ASST hanno avviato un percorso di riassetto organizzativo a seguito del passaggio sedi da ATS a ASST, avvenuto a seguito della L.R. 23/2015 Decreto Direzione Generale Welfare n. 11973 del 31.12.2015.

In questa fase si è riscontrato come particolarmente difficile per i Consulori famigliari pubblici integrare quanto di competenza e responsabilità diretta della UdO con il livello centrale in capo alla ASST.

In generale la sequenza delle vigilanze ha visto attivarsi le Unità di Offerta nel cercare di comporre in modo maggiormente adeguato la documentazione necessaria. A titolo di esempio, la Carta dei Servizi, inizialmente incompleta e poco specificata per le singole UdO, è diventata dettagliata e puntuale, anche con corretta indicazione dei loghi e delle edizioni.

Tabella 54: Analisi attività al 31.12.2016 ATS BRIANZA

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO verificate
CF PRIVATO ACCREDITATO	6	3	3
CF PUBBLICO ACCREDITATO	30	15	15

Tabella 55: UDO vigilate 2016 - C.F. Privati Monza

Sede Consultorio Familiare	n. UDO VERIFICATE	Esito
CONSULTORIO FAMILIARE	2	Rispetta i requisiti verificati

L'équipe, formata da due operatori una assistente sociale e un educatore professionale

Tabella 56: UDO vigilate 2016 - C.F. Privati Lecco

Consultorio Familiare	n. UDO VERIFICATE	Esito
CONSULTORIO FAMILIARE	1	Carenza requisiti organizzativi –gestionali- DOCUMENTAZIONE E STANDARD DI PERSONALE-emessa sanzione

L'équipe di vigilanza è formata da un dirigente psicologo, da un amministrativo e da un Assistente Sociale.

Tabella 57: UDO vigilate 2016 - C.F. Pubblici Monza

Sede Consultorio Familiare	n. UDO VERIFICATE	Esito
CONSULTORIO FAMILIARE	11	Rispetta i requisiti verificati

L'équipe, formata da due operatori una assistente sociale e un educatore professionale

Tabella 58: UDO vigilate 2016 - C.F. Pubblici Lecco

Consultorio Familiare	n. UDO VERIFICATE	Esito
CONSULTORIO FAMILIARE	1	Carenza requisiti organizzativi- gestionali MANCANZA FIGURA OBBLIGATORIA (Psicologo) emessa sanzione
CONSULTORIO FAMILIARE	3	CARENZE DOCUMENTALI

L'équipe di vigilanza è formata da un dirigente psicologo, da un amministrativo e da un Assistente Sociale.

Monza esiti vigilanza routinaria C.F.

La Fondazione Edith Stein creata nel 2013 per la gestione di n. 4 Consultori (2 su territorio extra ATS) ha avviato un proficuo lavoro di sistematizzazione dei requisiti previsti in tutte le sedi afferenti.

Nel 1° semestre sono state verificate le sedi dei consultori privati; nel 2° semestre sono state verificate le sedi pubbliche afferenti alle due ASST presenti sul territorio (ASST di Vimercate e Monza).

Sempre nel 2° semestre il C.F. di Giussano (sede secondaria) ha cessato l'attività (Delibera ATS Brianza 575 del 13.10.2016 – presa d'atto Regionale 07/11/2016 prot. G1.2016.34586).

Le verifiche sui requisiti igienico-sanitari, strutturali e tecnologici effettuate in forma disgiunta dalle équipes del DIPS nel 2° semestre hanno rilevato carenze e la necessità di approfondimenti da parte dei tecnici, tuttora in corso.

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

Lecco esiti vigilanza routinaria C.F.

Si sono riscontrate carenze organizzative gestionali come da tabelle n. 34 e n. 36.

AREA DIPENDENZE

Si segnala che le ASST hanno avviato un percorso di riassetto organizzativo a seguito del passaggio sedi da ATS a ASST, avvenuto a seguito della L.R. 23/2015 Decreto Direzione Generale Welfare n. 11973 del 31.12.2015

In assenza di check-list regionale specifica, i servizi hanno provveduto ad adottare un modello adeguato alla tipologia di UDO.

Tabella 59: Analisi attività al 31.12.2016 ATS BRIANZA

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	N. UDO verificate
SERT/NOA	8	4	4
SMI	2	1	1
CT	9	3	3

Tabella 60: UDO vigilate 2016 - Monza

UDO DIPENDENZE Pubblico	N. UDO VERIFICATE	Esito
NOA	2	Rispetta i requisiti verificati
SERT	1	Rispetta i requisiti verificati

L'équipe è composta da 1 assistente sociale ed 1 educatore

Tabella 61: UDO vigilate 2016 - Lecco

SERT/SMI	N. UDO VERIFICATE	Esito
SERT	1	CARENZE DOCUMENTALI
SMI	1	Carenza requisiti organizzativi - gestionali PROTOCOLLO/PROCEDURE E FORMAZIONE-emessa sanzione

L'attività dell'équipe di vigilanza è svolta da un dirigente e da un amministrativa

Tabella 62: UDO vigilate 2016 - Monza

UDO DIPENDENZE	n. UDO VERIFICATE	Esito
CT	2	Rispetta i requisiti verificati

L'équipe è composta da 1 assistente sociale ed 1 educatore

Tabella 63: UDO verificate 2016 - Lecco

UDO DIPENDENZE	n. UDO VERIFICATE	Esito
CT	1	Carenza requisiti organizzativi gestionali - PROTOCOLLI- emessa sanzione

L'attività dell'équipe di vigilanza è svolta da un dirigente e da un amministrativa

Monza esiti vigilanza routinaria DIPENDENZE

Su 5 UdO private accreditate (4 comunità residenziali e 1 SMI), il campione oggetto di verifica nel corso del 2016 è costituito da 2 Comunità che sono state oggetto di avvio di procedimento nel 1° semestre.

Entrambe le UdO hanno avviato un percorso di sistematizzazione organizzativa con attribuzione delle funzioni richieste dalla normativa.

Nel 2° semestre è stata verificata la rete pubblica afferente alle due ASST presenti sul territorio di competenza (ASST di Vimercate e Monza).

Le verifiche sui requisiti organizzativo gestionali hanno avuto esito positivo.

Le verifiche sui requisiti tecnologici e strutturali sono state effettuate in forma disgiunta dalle équipe del DIPS, con esito positivo.

Lecco esiti vigilanza routinaria DIPENDENZE

Nella vigilanza si sono riscontrate criticità in merito ai protocolli e al piano di formazione, come da tabella n. 39 e n.41.

Nella vigilanza del SERT è stato riscontrato come risultati particolarmente difficile per loro, in questa fase, integrare quanto di competenza e responsabilità diretta della UdO con il livello centrale in capo alla ASST.

CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI /POST- ACUTI

Nel corso del primo semestre 2016 sono stati verificati i requisiti organizzativi-gestionali e tecnologici strutturali di una RSA di Monza che ospita n. 20 p.l. per C.I./post acuti. La verifica, effettuata a seguito di presentazione SCIA con contestuale accreditamento, ha avuto esito favorevole. Nel secondo semestre è stata effettuata la verifica a 90 gg dal decreto regionale di accreditamento rendicontata anche come vigilanza routinaria annuale.

Nel corso del 2° semestre è stata effettuata una verifica su segnalazione per disservizio, presso il nucleo da n. 20 p.l. per CI/post acuti di un'altra RSA di Monza, esitata in diffida e sanzione.

In data 15/12 è stato effettuato un nuovo sopralluogo, previsto anche da piano controlli, per verificare i requisiti organizzativo-gestionali e l'ottemperanza a quanto prescritto in sede di visita su segnalazione. La verifica ha avuto esito positivo.

Monitoraggio e/o conclusione dei piani di adeguamento (piano programma) delle unità d'offerta in possesso di autorizzazione provvisoria al funzionamento

Monza esiti vigilanza

In data 22/02/2016 è stata effettuata verifica ispettiva con il SISP presso la vecchia sede della UDO "La nostra famiglia" di Carate Brianza al fine dei controlli per la proroga dell'autorizzazione provvisoria.

Nello specifico è stato controllato il documento di gestione straordinaria di emergenza in attesa che venga approntata nuova sede.

Con deliberazione n.° 110 del 23/02/2016 è stata prorogata l'autorizzazione.

Nel secondo semestre, in congiunta con il DIPS è stato effettuato sopralluogo per conclusione piano programma con esito favorevole – delibera ATS 479 del 26/08/2016.

Lecco esiti vigilanza

Il servizio ha effettuato due verifiche presso l'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone, con riferimento alla sede di Perledo, per la verifica della chiusura del piano programma previsto per la RSD e per l'IDR/Cure Intermedie.

Tabella 64: UDO vigilate 2016 in Piano programma

Tipologia UDO	Tipologia verifica SCIA	Capacità ricettiva	Visite routinarie	visite routinarie requisiti strutturali
RSD	Autorizzazione al Funzionamento definitiva a seguito di conclusione Piano Programma	45	07/06/2016	07/06/2016
IDR	Autorizzazione al Funzionamento definitiva a seguito di conclusione Piano Programma	15 posti + attività ambulatoriale/domiciliare	07/06/2016	07/06/2016

Attività congiunta o disgiunta con il dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria (DIPS)

Monza

Le verifiche degli aspetti strutturali e tecnologici sul 50% delle UDO sono effettuate dai tecnici del DIPS in base alla programmazione annuale.

Dalle verifiche condotte è emerso che in generale le UDO oggetto di controllo rispettano i requisiti e le prescrizioni impartite; per alcune Udo sono in corso approfondimenti oppure iter di diffida/sanzione.

Le raccomandazioni/prescrizioni impartite dal DIPS seguono i tempi di adeguamento definiti dallo stesso Dipartimento.

In particolare è stato richiesto ad alcuni gestori: l'adeguamento dei locali ad uso medico (con possibilità di piano di adeguamento); adeguamento ascensori alla normativa antincendio, manutenzione di attrezzature, tinteggiatura pareti.

Tabella 65: Sintesi attività DIPS area territoriale MONZA

Tipologia UDO	Servizio Igiene Sanità Pubblica (SISP)	Servizio Impiantistica e Sicurezza (SIS)	Servizio Igiene degli alimenti (SIAN)	Servizio Prevenzione e Protezione ambienti di lavoro (SPSAL)
RSA	20	21	17	21
HOSPICE	1	1	1	1
CDD	12	1	0	0
RSD*	3	3	1	3
CSS	2	0	0	0
CDI	11	11	4	0
EROGATORI VOUCHER	3	0	0	0
RIA	4	3	0	0
CF	13	13	0	0
CT e Bassa intensità	4	0	0	0
SERT/NOA	3	3	0	0
Totale	76	56	23	25

Nb.: Sono state conteggiate anche le uscite per verifica SCIA / segnalazioni e PP

*il controllo di 1 RSD Monza è avvenuto in concomitanza della visita all'Hospice

non sono pervenuti gli esiti delle ottemperanze richieste dal SISP in due CDD vigilati nel primo semestre.

Tabella 66: Sintesi attività DIPS area territoriale Lecco

Tipologia UDO	VIGILANZE ROUTINARIE
RSA	14
CDD	5
CDI	4
CSS	4
RSD	2
BI DIP	3
IDR	2
CURE INTERMEDIE	2
POST ACUTI	1
COMUNITA' DIP.	1
ADI	3
CONSULTORI FAMILIARI	5
HOSPICE	1
SERT	1
SMI	1
TOTALE	49

I requisiti strutturali sono stati vigilati dai tecnici (architetto, ingegnere, geometra ecc. del DIPS)

Avvio nuove strutture socio-sanitarie o modifiche di strutture esistenti (scia, accreditamento, volture, variazioni) e verifica a 90 gg

Nell'anno 2016 i procedimenti per SCIA con contestuale accreditamento si sono conclusi tutti con esito positivo.

La verifica del possesso dei requisiti necessari alla messa in esercizio, a seguito di SCIA è attuata in collaborazione con i servizi del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria che vengono coinvolti in base alla tipologia /complessità di UDO e al tipo di verifica che occorre espletare.

Tabella 67: Attività SCIA /SCIA Contestuale accreditamento e verifica 90 gg –Monza

Tipologia UDO	Tipologia verifica SCIA	Capacità ricettiva	Decreto DG Welfare	Verifica a 90 gg
Comunità Residenziale	Trasferimento sede	14	n. 1224 del 23/02/2016	29/04/2016
Bassa Intensità	Messa in esercizio	5	n. 1223 del 23/02/2016	02/05/2016
RSA	Messa in esercizio/accred..	20	n. 3826 del 3/5/2016	01/07/2016
RSA	90gg	62	n. 11442 del 16/12/15	3/03/2016
CDI	Messa in esercizio	24	n. 1625 del 8/3/16	1/06/2016
CDD	Messa in esercizio	15	n. 2169 del 23/3/16	21/04/2016
ADI	90 gg	-	n. 8932 del 27/10/2015	26/01/2016
ADI	90 gg	-	n. 11712 del 2/12/2015	9/03/2016
ADI	90 gg	-	n. 564 dell'1/2/2016	28/04/2016
ADI	Variazione sostanziale degli spazi	-	-	12/04/2016
RSA	Modifica articolazione spazi	62	-	-
RSA	Voltura Accreditamento	-	Presa d'atto regionale prot. 2728 del 13/01/2017	90 gg nel 2017
RSA	Scia contestuale per incremento 18 p.l.	18 p.l. in più (da 62 a 80 p.l.)	Presa d'atto regionale 1698 del 10/01/2017	90 gg nel 2017
CDI	Voltura accreditamento	-	Presa d'atto regionale 478 del 3/01/2017	90 gg nel 2017
C.F.	Scia per trasferimento sede		Presa d'atto regionale 7/11/2016 G.1. 2016.34586	N.P.

Tabella 68: Attività SCIA /SCIA Contestuale accreditamento e verifica 90 gg –Lecco

Tipologia UDO	Tipologia verifica SCIA	Capacità ricettiva	Decreto DG Welfare	Visite routinarie	visite routinarie requisiti strutturali	Sopralluogo verifica a 90 gg
CDI	Accreditamento nuova UdO	40	Decreto 4119 del 11/05/2016	06/04/2016	06/04/2016	01/08/2016
BID	Esercizio e Accreditamento nuova UdO	5	Decreto 1898 del 16/03/2016	16/12/2015	15/02/2016	26/05/2016
BID	Esercizio e Accreditamento nuova UdO	7	Decreto 1899 del 16/03/2016	15/02/2016	15/02/2016	26/05/2016
BID	Esercizio e Accreditamento nuova UdO	5	Decreto 1900 del 16/03/2016	30/12/2015	15/02/2016	24/05/2016
CDD	Trasferimento in altra sede nello stesso Comune	30	Preso d'atto RL protocollo GI.2016.0038023 del 12/12/2016	21/09/2016	21/09/2016	07/03/2017
RSA	Modifica articolazione degli spazi	128	Non previsto	12/10/2016	12/10/2016	Non previsto
RSA	Ampliamento di 1 posto letto (esercizio)	43	Non previsto	14/01/2016	13/01/2016	Non previsto

L'equipe di vigilanza è composta da un dirigente, da un amministrativo e un infermiere

Gestione delle segnalazioni

Monza

Una volta concluso l'iter di verifica il servizio invia le risposte con esito all'URP dell'ATS e al segnalante.

Nel corso dell'anno 2016 sono pervenute n. 7 segnalazioni:

- n.1 RSA per carenze di tipo tecnologico strutturale / assistenziale;
- n.1 RSA per problemi di tipo solo tecnologico (fuori uso ascensore);
- n. 1 RSA con p.l. dedicati ad ospiti post acuti per carenze di tipo organizzativo assistenziale, esitato con emissione di diffida e sanzione;
- n. 1 RSA per carenze di tipo organizzativo assistenziale, conclusa con raccomandazioni al Gestore;
- n. 1 RSA per carenze di tipo organizzativo assistenziale, ancora in corso di valutazione vista la complessità della documentazione;
- n. 1 RSA relativa alle condizioni di un ospite in Stato Vegetativo, conclusa con risposta esplicativa all'utente segnalante;
- n.1 ADI per anomalia modalità gestione prelievo esitata con emissione di diffida e sanzione..

Lecco

Una volta concluso l'iter di verifica il servizio invia le risposte con esito alla sede URP dell'ATS che provvede all'invio della risposta al segnalante.

Nel corso dell'anno 2016 sono pervenute n° 4 segnalazioni:

- n.1 RSA per problematiche relative a carenze igieniche e di accesso ai locali da parte dei familiari di un utente ricoverato in stato vegetativo. E' stata effettuata una visita ispettiva da parte del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria che non ha però rilevato anomalie;
- n. 3 relativa a due Case per anziani sottoposte a visita ispettiva da parte del Servizio Vigilanza Controllo.

Sanzioni amministrative

Nel corso dell'anno 2016 sono state applicate sanzioni per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti di esercizio e/o accreditamento (DGR 2569/14 e s.m.i.).

Per quanto riguarda l'attività sanzionatoria si evidenzia che ha riguardato soprattutto la carenza di requisiti minimi e specificamente in relazione a standard personale, tenuta e compilazione FaSAS, protocolli/procedure, tracciabilità del farmaco, gestione del registro stupefacenti, requisiti strutturali e attività sociosanitaria non autorizzata.

Tabella 69: UDO sanzionate 2016 - Monza

Tipologia UDO	n UDO	Diffida e/o Sanzione
ADI	5	SI (carenze riscontrate in ADI in itinere 2015)
ADI	1	SI (carenze riscontrate a seguito di segnalazione 2016)
ADI	1	Sanzione Diffida per carenze requisiti organizzativi gestionali nel 2017, vigilanza e controllo ex post del 2016
Comunità Residenziale	1	SI
RSA	6	SI
RSA	1	In corso di valutazione SANZIONE 758 DIPS per carenze requisiti tecnologici strutturali in materia antiincendio
RSA	1	In corso di valutazione SANZIONE 758 VV.FF. per carenze requisiti tecnologici strutturali in materia antiincendio
RSD	1	SI
CDD	2	SI
CSS	2	SI

Monza

Nel corso dell'anno 2016 sono state applicate o sono ancora in fase d'istruttoria, sanzioni per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti di esercizio e/o accreditamento (DGR 2569/14 e s.m.i.).

A fine anno 2016 è stato concordato con SIS, SISP e SPSAL del DIPS di programmare un incontro nel primo mese dell'anno 2017, con VV.FF. area prevenzione di Milano per 2 RSA.

Tabella 70: *UDO sanzionate 2016 - Lecco*

Tipologia	N. UDO	Diffida e/o Sanzione
UDO		
ADI	1	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI E PROCEDURE
ADI	1	Carenze REQ STRUTTURALI
Comunità Residenziale	1	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI E PROCEDURE
RSA	3	Carenze requisiti strutturali: VERIFICHE PERIODICHE IMPIANTI
RSA	6	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI-PROCEDURE-CARTA DEI SERVIZI-CONTRATTO D'INGRESSO
RSA	1	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI E PROCEDURE-STANDARD DI PERSONALE
RSD	2	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI-PROCEDURE-CARTA DEI SERVIZI
CDD	1	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI E PROCEDURE
CSS	2	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali STANDARD DI PERSONALE
CSS	1	2 sanzioni Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI E PROCEDURE-CONTRATTO D'INGRESSO-STANDARD DI PERSONALE
CSS	2	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali: CONTRATTO D'INGRESSO
CDI	3	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI E PROCEDURE-STANDARD DI PERSONALE
C.F. PUBBLICO	1	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali STANDARD DI PERSONALE
C.F. PRIVATO	1	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali STANDARD DI PERSONALE
SMI	1	Carenze Requisiti Organizzative e Gestionali PROTOCOLLI E PROCEDURE
RESIDENZIALITA' LEGGERA	1	Carenze requisiti strutturali- coinvolti VV.FF.
UDO NON CLASSIFICATA	3	Erogate specifiche prestazioni socio sanitarie senza presentazione di SCIA

Visite ispettive su UDO vigilate nel 2015 cui è stata irrogata sanzione

A seguito di visite ispettive del 2015 n. 3 RSA, cui era stata irrogata sanzione, sono state previste ulteriori vigilanze per il 2016.

Tabella 71: UDO vigilate nel 2016 con sanzione nel 2015 Lecco

TIPO Attività	TIPOLOGIA UDO	n. UDO da rivedere 2016	Esiti
CONTROLLO A SEGUITO DI SANZIONE	RSA	3	Rispettano i requisiti

Scheda struttura attività anno 2015

Da giugno 2016 i servizi di Vigilanza e Controllo sono stati impegnati nella verifica delle scheda struttura delle diverse tipologie di UDO tenute al debito informativo.

Il debito informativo è stato assolto nei tempi e nei modi previsti da Regione Lombardia ed ha avuto esito positivo.

Tabella 72: Sintesi Attività di verifica scheda struttura attività 2015

Scadenza di consegna delle schede dalle UDO alle ATS	N. UDO Monza	Data di caricamento schede in SMAF da parte di Monza	N. UDO Lecco	Data di caricamento schede in SMAF da parte di Lecco	INVIO SU PIATTAFORMA SMAF con scadenza regionale
15/07/2016	37	28/07/2016	27	29/07/2016	LOTTO 1 (SCAD. 29/7/2016)
	11		6		
	4		6		
	22		6		
22/07/2016	5	24/08/2017	4	31/08/2017	LOTTO 2 (SCAD. 01/09/2016)
	22		9		
	2		1		
29/07/2016	4	6/09/2016	10	14/09/2016	LOTTO 3 (SCAD. 15/9/2016)
	10		11		
	4		5		
	8		2		

7.2 CONTROLLO E VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Tabella 73: *Controllo Appropriately 2016 Monza*

UDO campionate	n. FaSas programmati anno 2016	n. FaSas controllati	% controlli effettuati anno 2016	% minima	% massima
RSA (19)	386	386	100%	67.1%	100%
RSD (03)	43	43	100%	93.9%	97.2%
CDI (11)	74	74	100%	87.5%	100%
CDD (11)	84	84	100%	89.2%	100%
CSS (2)	5	5	100%	79.4%	88.7%
RIA ambulatoriale (1)	35	35	100%	74.8%	74.8%
C.F. Pubblici sedi principali e sedi secondarie (11)	150	150	100%	95.4%	100%
C.F Privati (2)	54	54	100%	95.4%	95.6%
Cure domiciliari in voucher (5)	115	115	100%	18.6%	98.3%
Hospice (1)	22	22	100%	99.8%	99.8%
Sert/Noa (3)	56	56	100%	95%	95.2%
Comunita' dip/tox (2)	21	21	100%	95.9%	100%

Tabella 74: *Controllo Appropriately 2016 Lecco*

UDO campionate	n. FaSas programmati anno 2016	n. FaSas controllati	% controlli effettuati anno 2016	% minima	% massima
RSA (14)	339	339	100%	72,4	100
RSD (2)	26	26	100%	95	95,3
CDI (4)	32	32	100%	79,9	97,8
CDD (5)	38	38	100%	78,9	100
CSS (4)	17	17	100%	93,9	100
Cure Intermedie	38	38	100%	98,6	100
RIA ambulatoriale (2)	52	52		99,4	99,5
C.F. Pubblici sedi principali e sedi secondarie (4)	122	122	100%	65,5	82,2
C.F Privati (1)	18	18	100%	72,5	72,5
Cure domiciliari in voucher (2)	33	33	100%	89,4	98,5
Hospice (1)	36	36	100%	99,8	99,8
SMI	13	13	100%	97,8	97,8
Sert/Nuove dipendenze (2)	55	55	100%	78	97,6
Comunità dipendenze/TOX (1)	5	5	100%	85,7	85,7

Al fine di favorire il confronto ed assicurare la presenza degli interlocutori che il Gestore reputa più idonei, tutti i controlli di appropriatezza sono stati effettuati con preavviso telefonico e mail il

giorno lavorativo precedente il sopralluogo, come da “*Ulteriori indicazioni in merito ai controlli di appropriatezza*” e Deliberazione n. X/4702 del 29/12/2015.

In tutte le UDO residenziali e semiresidenziali sono stati osservati direttamente alcuni ospiti campionati per il controllo di appropriatezza ed il controllo dei FASAS è stato sempre preceduto o intervallato da una visita all'interno della struttura, consentendo di verificare direttamente l'organizzazione giornaliera, 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, contestualizzandolo all'interno dell'effettivo operare della struttura.

L'osservazione diretta conferma la sua importanza nella verifica puntuale della congruenza e coerenza tra la valutazione dei bisogni, la definizione degli obiettivi inseriti nei Progetti Individuali e l'attività programmata ed effettuata.

La verifica dei requisiti di appropriatezza è stata effettuata attuando le modalità e gli strumenti previsti dalla DGR X/1765 dell' 8/5/2014 e DGR n. X/4702 del 29/12/2015.

Gli strumenti a disposizione sono stati il verbale di sopralluogo di appropriatezza e la check list, “*ver v_2/2016*”, con gli indicatori per tipologia di struttura, inviati ai gestori entro il mese di febbraio 2016, allo scopo di favorire anche momenti di autocontrollo.

Dove è stato possibile, il controllo di appropriatezza nella struttura è stato preceduto da una attenta verifica dei Flussi Regionali, identificando le criticità e le incongruenze.

La lettura e valutazione dei protocolli assistenziali di tutte le UdO è sempre gestita dall'equipe di appropriatezza per verificarne la corretta applicazione nei processi assistenziali.

Selezione campione

Per la selezione del campione sono stati visionati FASAS del 2015 e 2016.

Entrambe le aree territoriali hanno condiviso preventivamente i criteri di campionamento per l'anno 2016; naturalmente tra quelli definiti, l'equipe di volta in volta ha posto attenzione su alcuni di essi, anche alla luce delle criticità rilevate o direttamente in struttura o con una preventiva eventuale lettura dei flussi.

Tabella 75: Indicatori Appropriatezza

GLI INDICATORI “SPECIFICI” DI APPROPRIATEZZA per il 2016	
La quota di campionamento casuale è pari al 70% dell'utenza; la quota di campionamento mirato, pari al 30%	
RSA	SERT/SMI/NOA
Il campionamento è effettuato dal flusso “SOSIA”	Il campionamento è effettuato dal flusso FE1.
nuovi ingressi	nuovi ingressi
ospiti deceduti	utenti con età inferiore ai 25 anni/superiore a 50 anni
ospiti con cambi classe SOSIA	tipologia di presa in carico
ospiti con cadute nei tre mesi precedenti il controllo	COMUNITA' DIPENDENZE
ospiti con lesioni da pressione	Il campionamento è effettuato dal flusso FE1.
ospiti sottoposti a contenzione	nuovi ingressi
ospiti inseriti in Nucleo Alzheimer	ospiti con età inferiore a 30 anni
CDI	RSD
Il campionamento è effettuato dall'applicativo “CDI-web”.	Il campionamento è effettuato dall'applicativo “SIDI-web
nuovi ingressi anno 2016	nuovi ingressi
ospiti deceduti e dimessi	ospiti deceduti
ospiti con evento caduta	ospiti con cambi classe
	ospiti con doppia diagnosi
	ospiti in classe SIDI 1

HOSPICE:	CSS
Il campionamento è effettuato dal flusso SDO-FAM e FE	Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web"
pazienti con periodi di permanenza superiori a 90 gg	nuovi ingressi
con periodo di permanenza inferiore a 1 settimana	ospiti deceduti
CURE INTERMEDIE/POST ACUTI	ospiti con cambi di classe
Il campionamento è effettuato dal flusso SDO-FAM e FE1 e flusso aggiuntivo cure intermedie	ospiti in classe SIDI 1
ospiti deceduti	ospiti con doppia diagnosi
degenze superiori a 60 gg	CDD
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE/DOMICILIARE/DIURNATO	Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web"
Il campionamento è effettuato dal flusso "RIA-fam".	nuovi ingressi
Cicli ripetuti nel corso di 12 mesi	ospiti con cambi classe cut-off
Diagnosi complesse (in particolare spettro autistico)	ospiti con doppia diagnosi
Periodo superiore ai 6 mesi di attesa tra il primo contatto e la presa in carico	ospiti dimessi o deceduti
ADI	ospiti in classe SIDI 1
Il campionamento per i controlli è effettuato dal flusso SIAD, integrando con ADI WEB, FE4 :	ospiti con assenze rilevanti (ricoveri H, altro)
I controlli sono eseguiti "in itinere" ed "ex-post".	
70% dei controlli "ex-post";	
30% dei controlli "in itinere".	
utenti con profili 3, 4 e Cure Palliative	
utenti a cui sono stati erogati più voucher	
CONSULTORI FAMILIARI	
Il campionamento è effettuato dal flusso FE1.o dai flussi CON1-CON2-CON3	
utenti che hanno ricevuto prestazioni rappresentative ad alta integrazione socio sanitaria contemplate dalla DGR 4597 del 28/12/2012 riconducibili ai codici 001 - 00102 - 00200 - 005 - 00801 IVG	

Tabella 76: UDO controllate Monza 2016 appropriatezza

RSA/ HOSPICE	Data/e Uscita	N. FaSas Controllati nel 2016	% raggiunta	Criticità	
RSA 1	9-11/02/2015	18	99,40%	Ind. Spec. 3.1 e 6.2	
RSA 2	15-16/02/2016	22	100%		
RSA3	23-25/02/2016	9	85,40%	Ind. Gen. 1-2	Ind. Spec. 2.1-7.1-8
RSA4	7-8-10/03/2016	24	92,40%	Ind. Gen. 1-2-4	Ind. Spec. 2.1-2.1.1.-6.1-6.2-
RSA5	21-22/03/2016	14	71%	Ind. Gen. 1-2-4	Ind. Spec. 2.1 (2.1.1-2.1.2) 3-(3.1-3.2) 4-6-7.1
RSA6	12-14/04/2016	21	99%	Ind. Gen 4	Ind. Spec. 2.1.1
RSA7	2-3-4-5/05/2016	36	98,70%	Ind. Gen. 4-2	Ind. Spec. 6.1-3.2
RSA8	16-17/5/2016	20	83,90%	Ind. Gen. 1-2-4	Ind. Spec. 2.1-(2.1.1) 6.1-5.2-3.2-8
RSA9	21-22-27/06/2016	20	67,10%	Ind. Gen. 1-2	Ind. Spec. 2.1-2.2-3.1-6.1-7.1-8
RSA10	18-19-20-21/ 7/2016	29	88,7%	Ind.Gen.1-2-3.1-3.2-4	Ind.Spec.2.1.1-2.1.2-2.2-3.1-3.2- 6.1
RSA11	25-26/7/2016	16	69,5%	Ind.Gen.1-2-3.1-3.2-4	Ind.Spec.2.1.1-2.1.2-2.2-3.1-3.2- 4.1-4.2-6.1-7.1-8.1
RSA12	6-7-8/9/2016	13	81,2%	Ind.Gen.1-2-3-4	Ind.Spec.2.1-2.2-3.2-6.1-6.2-7.1
RSA13	9-20-22/9/2016	19	97,2%	Ind.Gen.2-3.2-4	Ind.Spec.2.1-6.1-6.2-7.1
RSA14	27-28/9/2016	20	94,6%	Ind.Gen.2-3.2-4	Ind.Spec.2.1.1-3.2-6.2-7.1
RSA15	3-4/10/2016	24	96,3%	Ind.Gen.2-4	Ind.Spec.2.1.1-2.1.2-2.2-3.2-6.1
RSA16	3-4-5/10/2016	22	99%	Ind.Spec.2.2.1	Ind.Spec.7.1
RSA17	19-20/10/2016	14	97,8%	Ind.Gen.3.1-3.2	Ind.Spec.7.1
RSA18	25/10/16	19	96,6%	Ind.Gen.2-4	Ind.Spec.2.2-3.2-6.1-7.1
RSA19	14-15-16/11/2016	26	89,1%	Ind.Gen.1-2-3.1-3.2- 4	Ind.Spec2.1-2.2-3.2-6.1-7.1-8
RSA 20	19-20/10/2016	14	97,8%	Ind.Gen.3.1-3.2	Ind.Spec.7.1
RSA 21	25/10/16	19	96,6%	Ind.Gen.2-4	Ind.Spec.2.2-3.2-6.1-7.1
RSA 22	14-15-16/11/2016	26	89,1%	Ind.Gen.1-2-3.1-3.2- 4	Ind.Spec2.1-2.2-3.2-6.1-7.1-8
HOSPICE	9-10/05/2016	22	96,1%	Ind.Gen.2	Ind.Spec.1-3.2

L'equipe è composta da 2 operatori di diversa professionalità: 1 assistente sociale/educatore e 1 assistente amministrativo. E' stata integrata dove possibile da uno o due operatori del DIPS (SISP/SIS)

Tabella 77: UDO controllate Lecco 2016 appropriatezza

RSA /Hospice	Data/e Uscita	N. FaSas Controllati	Livello di accettabilità raggiunto	Criticità
RSA 1	14/01/2016	9	98,30%	Consenso informato per utenti sottoposti a contenzione fisica Ind Spec 2.2
RSA 2	01/03/2016	9	91,20%	Presenza di pianificazione Ind Gen. 2
RSA 3	17/03/2016	13	86,80%	Presenza valutazione multidimensionale del bisogno Ind. Gen. 1 Presenza della pianificazione Ind. Gen 2 Contenzione Ind. Spec 2.1 - 2.2
RSA 4	23-24-25/03/2016	27	72,40%	Tutti gli indicatori generali sono compromessi ad eccezione della coerenza di flusso. Indicatori specifici compromessi: Prescrizione e consenso. Rivalutazione del dolore.
RSA 5	13-14-15/04/2016	15	84,20%	Tracciabilità degli interventi Ind. Gen 2
RSA 6	03-04/05/2016	16	90,20%	Elaborazione del progetto Ind. Gen 2 Tracciabilità degli interventi Ind. Gen 2
RSA 7	07-08-10/06/2016	21	92,70%	Individuazione obiettivi e attività animative Ind. Spec 6.2 Interventi in soggetti con deterioramento cognitivo Ind. Spec. 7.1
RSA 8	14/06/2016	9	100%	
RSA 9	05-06-07/07/2016	46	97,40%	
RSA 10	14/07/2016	18	98,00%	
RSA 11	05-06-07-08/09/2016	87	99,50%	
RSA 12	20-22/09/2016	16	93,20%	Consenso informato Ind. Spec 2.2 Anamnesi sociale e familiare Ind. Spec. 6.1 Obiettivi per le attività animative Ind Spec 6.2
RSA 13	27-28-29 /09/2016	27	94,40%	Tracciabilità degli interventi Ind Gen 2
RSA 14	23/11/2016	15	98,20%	
RSA 15	14/12/2016	11	91,00%	Tracciabilità degli interventi Ind. Gen 2 Prescrizione e consenso Ind. Spec 2.1 - 2.2
Hospice	12-13/02/2016	36	99,80%	

L'equipe di appropriatezza, composta da 1 medico internista e due infermieri: Per la figura professionale dell'infermiere si garantisce l'alternanza nel biennio, per rispetto delle indicazioni in tema di anticorruzione.

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza RSA

Le maggiori criticità nei controlli in RSA sono:

1. Carenza di **sezione anamnestica** compilata dai singoli professionisti coinvolti nel percorso assistenziale, in particolare dell'area riabilitativa (poche sul totale); **l'anamnesi sociale e familiare** è prevista in tutti i format di FaSas esaminati, per quanto stringata, analitica e carente soprattutto in eventuali raccordi di aggiornamenti della situazione in casi di ricoveri di vecchia data.

Appare evidente che la cultura della raccolta dei dati sociali nelle strutture residenziali sia ancora fragile, poiché il maggior carico è di tipo sanitario e gli aspetti relazionali e sociali restano in carico agli operatori animativi ed educativi.

2. **Progetto Individuale:** frequente difficoltà nell'esplicitazione dei tempi di verifica per i singoli obiettivi. Alcune strutture hanno evidenziato difficoltà nel dare evidenza della condivisione del PI con l'assistito o familiare/caregiver; a tale proposito si è osservata diffusamente la tendenza a condividere il progetto con uno dei familiari, tendendo a tralasciare a priori l'ospite, indipendentemente dalla competenza cognitiva residua. Anche per quanto riguarda la pianificazione (PAI) degli interventi la maggiore criticità risiede nella individuazione di modalità e tempi per monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi.
3. **Mancata rivalutazione multidimensionale** dei bisogni in presenza di cambiamento delle condizioni degli ospiti, almeno nell'area interessata (poche sul totale); soltanto in 2 strutture non è stata rispettata la tempistica di rivalutazione multidimensionale prevista dalla normativa vigente. Alcune strutture mantengono ancora la stesura di un documento denominato PI/PAI all'interno del quale tuttavia sono rintracciabili solo gli elementi di pianificazione degli interventi, senza che sia possibile individuare il processo di progettazione elaborato sulla base della valutazione dei bisogni emersi.
4. **Tracciabilità degli interventi attuati:** spesso l'indicatore è rimasto insoddisfatto per carenza di motivazione della mancata attuazione o sospensione di interventi pianificati e non erogati o effettuati in maniera differente. Soltanto sporadica è l'assenza di registrazione degli eventi riguardanti l'evoluzione della presa in carico, completi di data, ora e firma/sigla. Alcune strutture non sono ancora dotate di Foglio unico di terapia (FUT) completo che garantisca la registrazione della somministrazione di ogni singolo farmaco.
5. **La gestione della somministrazione dei farmaci**, in particolare nell'atto della corretta e tempestiva registrazione non sempre è completo. Per questo si è svolto un lavoro congiunto con il Servizio Farmaceutico dell'ATS, terminato con la programmazione di due convegni – uno, già attuato nel 2016 – “ Focus sugli aspetti normativi e gestionali dei farmaci nelle UDO socio-sanitarie” gestito dal Servizio Vigilanza Controllo dell'area di Lecco e dal Servizio Farmaceutico, a cui sono state invitate tutte le strutture residenziali e semiresidenziali – l'altro in programmazione nel primo semestre 2017 per l'area territoriale di Monza. Si evidenziano alcune criticità importanti nelle strutture che hanno inserito la registrazione elettronica; per alcune si è sollecitato la reintroduzione del foglio unico di terapia cartaceo, sino alla modifica di alcuni passaggi da parte della software house.
6. Solo in qualche caso le RSA hanno evidenziato un utilizzo di **scale di valutazione del dolore** non adeguate allo stato cognitivo della persona e più in generale, le criticità sono state dettate dalla non tracciabilità del monitoraggio del dolore, inteso come parte integrante del trattamento, costante e puntuale.
7. In generale si è osservata grande difficoltà nelle Strutture a declinare ed esplicitare proposte **educative e di animazione**, personalizzate o comunque centrate sui bisogni e desideri della persona. L'utenza ospitata nelle RSA è sempre più grave dal punto di vista cognitivo, complessa e instabile dal punto di vista clinico, o semplicemente ricoverata da lungo tempo, per cui sarebbe necessario garantire interventi individualizzati, proposte personalizzate e calate sulle capacità residue della persona. Questo tipo di attività richiede un investimento e uno sforzo organizzativo consistente che le UdO spesso faticano a prevedere e, ancor quando reso, non valorizzato poiché non documentabile.
8. Su tutto il territorio dell'ATS si evidenziano alcune incongruenze dei dati rendicontati nel **flusso (SOSIA)** con quanto rintracciato nel FASAS: le maggiori imprecisioni sono riferibili, nella modalità di compilazione, alle diagnosi in vita e in caso di decesso, nella registrazione dei dati indicatori dei profili di gravità (a seconda delle strutture Lesioni da pressione, cadute, contenzione, CV) e degli ausili in uso per la gestione delle insufficienze motorie.
9. La carenza più frequente rispetto alla prescrizione medica è l'esplicitazione sul diario **dell'avvenuta prescrizione della contenzione**, anche nel caso in cui il gestore adotti il modulo di prescrizione specifico. Si rileva anche l'opportunità di insistere sull'esplicitazione

delle eventuali pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento e sulle modalità di controllo quotidiano.

In alcuni casi il problema ha coinvolto l'adeguatezza della compilazione **delle schede di monitoraggio** della contenzione prescritta: le strutture hanno evidenziato grossi problemi ad ottemperare alla necessità di garantire la tracciabilità dell'attività di controllo delle contenzioni da parte degli operatori. La DGR 1765/14 prevede che le schede di monitoraggio siano coerenti con le modalità di controllo quotidiano previste dalla prescrizione medica di ogni singolo strumento utilizzato. In molti casi i Gestori hanno predisposto il protocollo della contenzione contenente indicazioni agli operatori di tracciare il controllo mediante registrazioni una volta per turno o simili.

Nonostante l'invio, a fine 2015, dell'allegato riguardante il consenso informato all'utilizzo dei mezzi di contenzione, l'aspetto della presenza della figura giuridica tutelare idonea alla sottoscrizione del consenso informato nei casi di compromissione cognitiva, si è rivelato ancora un aspetto molto spesso problematico. Si è osservato un grosso sforzo da parte delle strutture nell'ampliare il coinvolgimento delle famiglie nella proposta di attivazione di percorsi finalizzati alla nomina di figure di tutela. Molte strutture tuttavia hanno predisposto informative inerenti l'Amministratore di Sostegno distribuite, anche con firma di ricevuta, a tutte le famiglie, indipendentemente dalle condizioni cognitive e di collaborazione dell'ospite. E' necessario quindi sottolineare nuovamente l'importanza di documentare l'informazione/condivisione con il familiare/caregiver in maniera contestuale alla attestazione medica che la persona è in condizioni di incapacità naturale.

Si vede la necessità di una reale riflessione sulla quantità dei mezzi di contenzione usati, in particolare le doppie spondine durante la notte, che si esprime anche, dato la quantità, nell'aderire alla normativa vigente in tema di consenso. Il paziente viene normalmente poco coinvolto nella sottoscrizione della propria contenzione, anche quando è lucido e capace di intendere, perciò le strutture sono state sollecitate a proseguire la riflessione sulla normativa vigente in merito all'utilizzo dei mezzi di tutela e protezione dell'ospite. La richiesta di avere un amministratore di sostegno o un tutore obbligatoriamente che firmi il consenso ha dimostrato difficoltà per una diversa posizione in merito da parte dei giudici tutelari.

Le verifiche agli Hospice hanno rilevato un grado di alta qualità.

La lettura e valutazione dei protocolli assistenziali di tutte le UdO è sempre gestita dall'equipe di appropriatezza per verificarne la corretta applicazione nei processi assistenziali.

In generale, si è osservato uno sforzo delle UDO nel tentativo di modifica delle prassi interne e della modulistica allo scopo di adeguarsi alle DGR 2569/2014 e 1765/2014, anche se non in tutte le strutture con la stessa incisività e con risultati ancora migliorabili.

Il turnover è elevato, spesso vengono inviati all'Hospice soggetti con prognosi inferiori ai tre giorni, ma egualmente la struttura si fa carico di una presa in carico tempestiva e completa.

Alcune strutture si stanno interrogando sulla possibilità di ricoverare anche soggetti con diagnosi infausta con prognosi superiori ai 3-6 mesi, in particolare su bisogni sociali.

Nell'area territoriale di Monza è stato riscontrato un graduale processo di trasferimento della documentazione dal formato cartaceo a quello informatizzato con le relative problematiche; anche la pianificazione di interventi nell'area psicologica si è rilevata fragile.

E' stato inoltre effettuato sopralluogo presso un Hospice dell'area territoriale di Monza per verifica dopo diffida dello scorso anno: sono stati controllati alcuni FASAS, visionata modulistica in corso di revisione e discussa con i referenti della struttura, fornita indicazione di completare il percorso di miglioramento in atto, per cui ci si riserva di procedere con le dovute verifiche.

CDI

Tabella 78: *UDO controllate 2016 Monza*

CDI	Data Uscita	N. FASAS Controllati	Livello di accettabilità raggiunto	Criticità
CDI 1	07/03/2016	5	98,6%	Indicatore spec. 3.1 in 1 FaSas
CDI 2	04/04/2016	8	100%	Nessuna criticità
CDI 3	30/03/2016	4	100%	Nessuna criticità
CDI 4	27/04/2016	8	100%	Nessuna criticità
CDI 5	13/05/2016	6	95,8%	Indicatore gen. 2 in 2 FaSas
CDI 6	25/05/2016	4	96,4%	Indicatore gen. 2 in 2 FaSas
CDI 7	29/06/2016	7	87,5%	Indicatore gen. 2: <ul style="list-style-type: none"> - pianificazione (modalità e tempi di monitoraggio e verifica obiettivi) in tutti i FaSas - tracciabilità (mancata attuazione degli interventi pianificati) in 4 FaSas
CDI 8	14/09/16	6	95,3%	Indicatore gen. 2 in 4 FaSas
CDI 9	23-27/09/2016	10	97,9%	Indicatore gen. 2 in 3 fasas
CDI 10	13-14/10/2016	10	91,4%	Indicatore spec. 2.2 in 1 fasas Indicatore spec. 3.1 in 5 fasas Indicatore spec. 5.1 in 4 fasas
CDI 11	08/11/16	6	94%	Indicatore gen. 2 in 2 fasas Indicatore spec. 6 in 2 fasas

L'equipe è formata da due educatori e/o un medico

Tabella 79: *UDO controllate 2016 Lecco*

CDI	Data Uscita	N. FASAS Controllati	Livello di accettabilità raggiunto	Criticità
CDI 1	17/02/2016	10	79,90%	Presenza delle pianificazioni Ind. Gen. 2 Progettazione degli interventi In soggetti con deterioramento Cognitivo. Ind. Spec. 6
CDI 2	08/03/2016	12	97,30%	Tracciabilità degli interventi Ind. Gen. 2
CDI3	10/06/2016	4	87,70%	Anamnesi sociale e famigliare Ind. Spec 5.1
CDI 4	19/12/2016	6	97,80%	Elaborazione del progetto Ind.Gen 2

L'equipe di appropriatezza è composta da un Medico e 2 Infermieri che turnano per l'anticorruzione

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza CDI

Si riscontra una puntuale ed adeguata applicazione delle scale di valutazione.

Le maggiori criticità riscontrate sono relative a:

1. completezza della Pianificazione (indicatore generale 2) carente in uno o più indicatori previsti da DGR 1765/2014;
2. carenza nella registrazione di attività animative/educative che risultano difficilmente tracciabili;
3. generalmente risulta da implementare la specifica progettualità per i soggetti con decadimento cognitivo che non appare ancora adeguata alle sollecitazioni date dalle linee guida in merito;

Uno dei CDI dell'area territoriale di Lecco è inserito in una sperimentazione multi progettuale e appare avere attenzione alla popolazione con decadimento cognitivo attraverso una progettazione animativa significativa.

CDD/CSS/RSD

Tabella 80: UDO controllate Monza

RSD / CDD/CSS	Data Uscita	N. FASAS Controllati nel 2016	Livello di accettabilità raggiunto	Criticità
CDD 1	10/02/2016	5	100%	
CDD 2	30/03/2016	9	99,4%	Ind. Gen. 2
CDD 3	06/04/2016	5	100%	
CDD 4	01/04/2016	9	98,1%	Ind. Gen 2-4
CDD 5	13/7/2016 15/7/2016	9	85,9%	Ind.Gen.1-2-3.1
CDD 6	3/10/2016 4/10/2016	9	94,6%	Ind.Gen 2
CDD 7	11/10/2016	9	98,2%	Ind.Gen.4
CDD 8	13/10/2016	9	100%	
CDD 9	24/10/2016 26/10/2016	9	98,8%	Ind. Gen. 1-2
CDD 10	2/11/2016	6	92,6%	Ind. Gen. 2-4
CDD 11	22/11/2016	9	100%	
CSS 1	12/05/2016	2	79,4%	Ind. Gen 1 - 2 - 4
CSS 2	16/06/2016	3	88,7%	Ind. Gen. 2
RSD 1	15/03/2016	8	93,9%	Ind. Gen. 1-2
RSD 2	18/04/2016 19/04/2016	13	97,2%	Ind. Gen. 1-2-3-4
RSD 3	26/04/2016 27/04/2016	22	96,3%	Ind. Gen. 2-4 Ind. Spec. 6 -6.2

L'equipe di vigilanza è formata da una Assistente sociale, uno o due Educatori professionali ed un Medico Geriatra,

Tabella 81: UDO controllate 2016 Lecco

RSD / CDD/CSS	Data Uscita	N. FASAS Controllati nel 2016	Livello di accettabilità raggiunto	Criticità
RSD 1	16/06/2016	14	95,00%	Tracciabilità degli interventi Ind. Gen. 2
RSD 2	21/07/2016	12	95,30%	Valutazione del dolore Ind. Spec. 3 Strategie su comportamenti auto-etero aggressivi. Ind. spec. 5.2
CSS 1	23/02/2016	4	93,90%	
CSS 2	23/02/2016	4	97,00%	
CSS 3	09/08/2016	4	100%	
CSS 4	15/11/2016	5	100%	
CDD 1	12/04/2016	6	78,90%	Tutti gli indicatori generali dei punti 2 e 3 sono carenti Strategie di intervento per i comportamenti auto- etero aggressivi Ind. Spec 4.2
CDD 2	28/04/2016	10	99,50%	
CDD 3	05/05/2016	8	99,30%	
CDD 4	15/09/2016	9	100%	
CDD 5	06/10/2016	5	92,50%	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati . Ind Gen. 3.2

L'equipe di appropriatezza è composta da un Medico e 2 Infermieri che turnano per l'anticorruzione

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza CDD

E' stato riscontrato in alcune strutture un graduale processo di trasferimento della documentazione dal formato cartaceo a quello informatizzato, con le relative problematiche.

Si segnala che la popolazione delle UDO per persone disabili presenta una rilevante stabilità di permanenza tale da consentire, nel corso degli anni, una buona conoscenza da parte dell'equipe curante di tutti gli ospiti inseriti.

Molti CDD controllati hanno presentato una buona qualità dei fascicoli, completi in tutte le sezioni richieste e una reale implementazione qualitativa dei progetti individualizzati. Quelli con percentuale più elevata sono strutture che hanno interiorizzato precedenti sollecitazioni ed hanno risolto con grande qualità le lacune precedentemente mostrate.

L'applicazione delle scale di valutazione assistenziali degli ospiti è risultata puntuale ed adeguata.

A seguito dell'incontro organizzato dal UO Accreditamento e Controllo con gli Enti Gestori di Monza del 26/9/2016 si evidenzia che la maggior parte di essi hanno recepito le DGR 2569/2014 e

DGR 1765/2014, i Gestori hanno provveduto ad integrare nell'organico le figure professionali mancanti (come da nota pervenuta da Regione Lombardia) in particolare quella dell' infermiere, in alcuni casi per alcune ore al giorno. Da sottolineare anche la collaborazione degli operatori che si sono relazionati con l'equipe di vigilanza.

A seguito di nota regionale del 05/05/2016 a firma L. Lanfredini, in cui si davano indicazioni sullo standard di personale, nel mese di luglio 2016 tutti i Gestori dei CDD, dell'area territoriale di Lecco, hanno aderito alla richiesta del Servizio Vigilanza e Controllo di Lecco di rivedere alcuni item della classificazione SiDi, con particolare attenzione all'aspetto motorio/ riabilitativo.

Le maggiori criticità sono riferibili alla redazione, tenuta, aggiornamento di procedure/protocolli inerenti i processi assistenziali specifici per il tipo di UDO: carente frequentemente la bibliografia di riferimento e in molti casi scarsa contestualizzazione rispetto alla peculiarità della gestione.

In alcune strutture dell'area di Monza si sono riscontrate carenze nella applicazione dei seguenti indicatori:

1. indicatore generale 1 alla voce "sezioni anamnestiche/di rilevazione", in particolare per quanto riguarda l'area infermieristico-tutelare e in alcuni casi riabilitativa;
2. indicatore generale 2 alla voce progettazione rispetto all'identificazione di indicatori misurabili e alla condivisione del PI; ad una struttura, dell'area territoriale di Lecco, è stato richiesto di riconsiderare la modalità di stesura del progetto individualizzato, che mostra ancora carenze;
3. indicatore generale 2 alla voce tracciabilità rispetto all'adozione del foglio unico di terapia o alla mancata motivazione nel diario di interventi pianificati e non attuati;
4. indicatore generale 4 "congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FaSas";
5. una struttura ha mostrato una lacuna particolarmente importante nella gestione della fisioterapia degli ospiti con problematiche correlate a tale bisogno.

In uno dei CDD controllati, nell'area territoriale di Monza, si è raggiunta una percentuale particolarmente bassa, in quanto il FaSas in uso al Gestore non prevede una sezione anamnestica di rilevazione dei bisogni infermieristico-tutelare; la rilevazione dei bisogni riabilitativi viene compresa nella valutazione iniziale e periodica di fisiatra e fisioterapista (comprese nell'area medica, registrate nel diario, sintetizzate nel PRI).

La descrizione delle attività scelte per ogni ospite per ogni tipo di proposta/laboratorio è contenuta nella scheda che illustra il singolo progetto/laboratorio (contenute in faldone utilizzato dall'operatore): il PEI contiene il rimando ai vari progetti/laboratori nella sezione di ogni area valutata e, come allegato al PEI, il gestore riporta il programma settimanale scelto per ogni ospite.

Qualche lacuna nella revisione/riconferma aggiornata dei protocolli è stata rilevata anche nelle strutture dell'area territoriale di Lecco.

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza CSS

Le CSS dell'area territoriale di Monza hanno avuto una percentuale molto bassa dovuta alla presenza di procedure e protocolli non conformi e alla assenza di aree infermieristiche e/o mediche, con relativa carenza di tracciabilità della somministrazione dei farmaci.

Viceversa le quattro CSS dell'area territoriale di Lecco non mostrano criticità rilevanti. Si constata un miglioramento della presa in carico globale dell'utenza.

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza RSD

Si segnala che, a livello di sistema RSD molto si è fatto per affrontare tematiche importanti psichiatriche residuali correlate alle patologie di disabilità, anche se andrebbe comunque ipotizzata una progettazione che tenga maggiormente conto dell'invecchiamento della popolazione assistita, con il conseguente presentarsi di nuove problematiche assistenziali, anche di notevole gravità.

Le strutture non sono ancora pronte per dimettere gli ospiti che hanno compiuto 65 anni di età e non presentano patologie gravissime, in quanto la struttura viene ritenuta la loro casa e come tale da non abbandonare.

Questa riflessione dovrebbe essere condotta trasversalmente da tutto il "sistema Disabili", permettendo facilmente il confluire di situazioni ingravescenti, a causa dell'invecchiamento, eventualmente presenti in CSS di confluire agilmente nelle RSD, maggiormente attrezzate da un punto di vista sanitario.

Buono invece il raccordo tra CDD e CSS in molti progetti co-condotti.

Nelle RSD verificate nel 2016 nell'area territoriale di Lecco, preme sottolineare che al di là delle criticità rilevate, i Fascicoli appaiono ordinati, esaustivi nelle valutazioni, e dimostrativi di una buona e totale presa in carico dell'ospite. Tutte le sollecitazioni date nelle precedenti visite ispettive sono state ascoltate e la documentazione appare di buona qualità e rispondente alle richieste di legge in merito a valutazione, progettazione, pianificazione.

Si sono evidenziate, in generale, carenze relative alle tempistiche di rivalutazione e condivisione del PI, alla tracciabilità degli interventi attuati o motivazione della mancata attuazione di interventi pianificati e non erogati.

In una delle RSD considerate è emerso un problema relativamente all'utilizzo di dispositivi informatici per la registrazione dell'avvenuta somministrazione di terapia. Tale problema ha condizionato il risultato – nella check list – relativo all'item "tracciabilità degli interventi attuati" che è completamente negativo.

In un'altra RSD è emerso un problema relativamente all'unicità del FaSas: infatti viene mantenuto il vecchio modello di lasciare separate la presa in carico educativa da quella sanitaria-assistenziale. Questo determina un progetto non completamente omogeneo e in linea con i diversi obiettivi.

Rispetto alle azioni di miglioramento per l'anno prossimo, si propone di avviare tavoli di lavoro relativi alle seguenti tematiche:

1. Corretta compilazione del SiDi;
2. Migliorare la tracciabilità degli interventi attuati;
3. Migliorare la congruenza degli indicatori e degli interventi rispetto agli obiettivi individuati nel PI e nel PEI;
4. Migliorare la stesura e l'aggiornamento di protocolli, procedure e linee guida secondo le caratteristiche idonee al sistema qualità.

A seguito di richieste pervenute da alcuni Enti Gestori della ATS Brianza (area territoriale di Monza) si potrebbe ipotizzare un ulteriore argomento di confronto relativo alla stesura del contratto.

RIABILITAZIONE TERRITORIALE ambulatoriale e residenziale semi residenziale e residenziale adulti e minori, CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI

La verifica di appropriatezza sulla UDO del territorio di Monza è stata effettuata nel secondo semestre 2016. Si segnala infatti che non è stato effettuato il controllo di appropriatezza di n. 6 FaSas c/o la sede RIA residenziale per minori, come erroneamente indicato su piano controlli aziendale, in quanto la UDO era già stata oggetto di verifica e controllo nel 2015 con esito positivo. Anche nel territorio di Lecco la vigilanza di queste unità d'offerta è stata volontariamente programmata per il secondo semestre 2016, in attesa di eventuali normative regionali. La vigilanza è stata quindi condotta nel rispetto della normativa e degli standard richiesti agli IDR, avendo però cura di verificare anche la presenza della classificazione secondo le cinque classi riferibili alle cure intermedie.

Tabella 82: UDO controllate 2016 Monza

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
RIA	14/12/2016; 20/12/2016	35	Livello di accettabilità: 74.8 %	Ind. gen. 2: mancata definizione degli interventi e delle relative modalità di attuazione nel PAI. Ind. Gen. 2: assenza di motivazione della mancata attuazione di interventi programmati.

L'equipe di vigilanza è stata formata da una Infermiera professionale e un Medico Geriatra.

Tabella 83: UDO controllate 2016 Lecco

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
IDR	18-20/10/2016	27	99,50%	
IDR	10/11/2016	25	99,40%	
Cure Intermedie	18/10/2016	10	98,60%	
Cure Intermedie	24-25/10/2016	28	100%	

L'equipe di appropriatezza è composta da un Medico e 2 Infermieri che turnano per l'anticorruzione

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza RIA

Si segnala la buona tenuta dei FaSas, completi in tutte le varie sezioni. Si evidenzia un miglioramento, in particolare per la riabilitazione ambulatoriale, delle attività svolte con gli utenti rispetto alle precedenti vigilanze, sottolineando che le attività di riabilitazione hanno raggiunto la congruenza nella tempistica di erogazione prevista dalla legge a secondo della fascia di gravità.

La qualità risulta buona e rispondente ai bisogni.

La struttura riabilitativa campionata nel territorio di Monza eroga riabilitazione ambulatoriale, domiciliare e in regime diurno continuo. Rispetto a quanto programmato, si è deciso di modificare la proporzione del campione mirato, verificando 5 casi domiciliari, 3 casi di diurno continuo e 27 casi ambulatoriali, per rispettare la proporzionalità rispetto all'utenza media. La maggiore criticità riguarda la completezza del PAI rispetto all'identificazione di indicatori misurabili (soprattutto

rispetto alla presa in carico di minori con problematiche neuropsichiatriche), alla tracciabilità della mancata attuazione di interventi pianificati.

Contemporaneamente alla vigilanza dell'IDR/cure intermedie, si è vigilato il **PROGETTO POST-ACUTI**, che confluirà nelle cure intermedie. La qualità risulta buona, tutti gli obiettivi di progetto (in particolare reinserimento a domicilio o riorientamento verso una istituzionalizzazione) sono stati condotti con un forte rispetto delle indicazioni del singolo e/o della famiglia.

ADI – CURE DOMICILIARI IN VOUCHER

Il numero dei FaSas oggetto di verifica corrisponde al 5% degli utenti assistiti nel 2015. Si ricorda che rispetto al numero di utenti riferiti al 2015 in ADI, il dato non ha la possibilità di essere preciso, ma viene stimato sulla base dei dati storici. Una migliore approssimazione sarà possibile con l'introduzione, in corso nel 2016, del flusso FE.

I sopralluoghi sono stati effettuati con preavviso nella giornata precedente il controllo di appropriatezza ADI ex post, per l'ADI in itinere si è proceduto con preavviso telefonico qualche ora prima del sopralluogo alla UdO oggetto di verifica, al Distretto di residenza ed al caregiver degli utenti selezionati.

Tabella 84: *UDO controllate Monza 2016 ADI Ex Post*

UDO	Data sopralluogo Tipologia verifica	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
ADI	21/03/2016	20	95,50%	Ind. Gen. 2 – Presenza della pianificazione – in 1 fasas Ind. Spec. 1 in 6 fasas
ADI	23/03/2016	8	98,1%	Ind. spec. 2 - Presenza di valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione - in 2 fasas
ADI	30/05/2016	20	98,30%	Ind. Spec. 2 – Compilazione del diario – in 1 fasas Ind. spec.1 in 3 fasas
ADI	09- 10/11/2016	20	72,06%	Ind. Gen. 2 – pianificazione modalità e tempi monitoraggio e verifica. Ind. Gen. 3.2 Ind. Spec. 1 (monitoraggio dolore) Ind. Spec. 3
ADI	12/12/2016	7	48,4%	Ind. Spec. 4- (motivazione chiusura o richiesta motivazione della chiusura) Ind. Gen. 2 – tracciabilità degli interventi Ind. Spec. 1 – Ind. Spec 2.1 – Ind. Spec. 3

L'equipe di appropriatezza è composta da due équipe composte ciascuna da un'infermiera e un educatore e in alcuni casi un medico geriatra.

Come ADI ex-post sono stati verificati n.75 FaSas in carico a 5 erogatori (4 ADI ordinaria e 1 ADI-Cure Palliative).

Come ADI in-itinere sono stati verificati n. 40 FaSas di ADI ordinaria in carico a 9 erogatori, di cui 6 accreditati in altra ATS.

Tabella 85: UDO controllate Lecco 2016 ADI Ex Post

UDO	Data sopralluogo Tipologia verifica	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
ADI	10/08/2016	9	89,40%	Tracciabilità degli interventi Ind.Gen 2 Coerenza pianificazione Interventi .Ind. Gen. 3.2
ADI	13-17/10/2016	11	98,00%	

L'equipe di appropriatezza è composta da un Medico e 2 Infermieri che turnano per l'anticorruzione

Tabella 86: UDO controllate Monza 2016 ADI in Itinere

UDO	Data sopralluogo Tipologia verifica	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
ADI	21/04/2016	3	82,1%	Ind. gen. 2 - 3.2 Ind Spec. 4
ADI	27/05/2016	4	73.7%	Ind. gen. 4 Ind. spec. 1 - 2 - 3
ADI	19/09/2016	4	52.5%	Ind. gen. 2 - 3.2 Ind. spec. 2 - 3.1 - 4 - 5.2
ADI	10 e 11/10/2016	6	89.5%	Ind. gen. 2 - tracciabilità
ADI	12/10/2016	4	78.9%	Ind Spec. 2
ADI	03/11/2016 08/11/2016	8	18.6%	Assenza dei fasas a domicilio
ADI	3/11/2016	5	92,9%	Ind Spec. 2
ADI	08/11/2016	3	42,9%	Ind. Gen 2 Ind. Spec. 2 Ind. Spec. 3.1 - 3.2 Ind. Spec. 5.1
ADI	23/11/2016	3	60,9%	Ind. Gen 3.2 Ind Spec. 2

L'equipe è composta da due équipe composte ciascuna da un'infermiera e un educatore e in alcuni casi un medico geriatra.

Tabella 87: UDO controllate Lecco 2016 ADI in Itinere

UDO	Data sopralluogo Tipologia verifica	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
ADI	10/08/2016	6	94,30%	Monitoraggio Dolore Ind. Spec. 2
ADI	13-17/10/2016	7	98,50%	Monitoraggio Dolore Ind. Spec. 2

L'equipe di appropriatezza è composta da un Medico e 2 Infermieri che turnano per l'anticorruzione

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza ADI

Lo sforzo – previsto nel piano controlli – di condurre un controllo ex-post di una certa rilevanza numerica, ha reso evidente che per alcuni erogatori sono rispettate le richieste normative rispetto alla documentazione da mantenere a domicilio e la partecipazione della famiglia al progetto, per altre vi è ancora una completa adesione da raggiungere: infatti al domicilio spesso i FaSas risultano essere sprovvisti di alcune parti della documentazione sanitaria necessaria (mancanza di PAI, PRI, pri, FUT, scale valutative). Nonostante lo sforzo di adeguamento alle indicazioni per ottemperare alla normativa vigente, si riconfermano quindi le osservazioni degli anni precedenti rispetto alla

difformità osservabile nella documentazione tenuta nei fascicoli esaminati ex post e la documentazione reperibile a domicilio.

Si sottolinea che i controlli effettuati su utenti in carico a Gestore oggetto di diffida nell'anno precedente, hanno dimostrato discreto adeguamento alle indicazioni, per quanto permangano ancora margini di miglioramento.

Per quanto riguarda l'ADI ex post le criticità evidenziate durante i controlli riguardano principalmente gli indicatori specifici di appropriatezza: in particolare ancora molto critica è l'omogeneità nell'utilizzo di scala appropriata alle condizioni cliniche della persona per la valutazione del dolore da parte di tutte le figure professionali, così come il monitoraggio del sintomo, parte integrante del trattamento, come da indicazioni regionali.

Si sono riscontrate anche fragilità nell'identificazione di protocolli assistenziali adeguatamente applicati.

Uno degli erogatori, di recente accreditamento, nell'area territoriale di Monza ha dimostrato grandi criticità sia nella tenuta del FaSas che nella presenza e qualità dei protocolli clinici-assistenziali, peraltro non applicati; per questo gestore è stata emessa diffida e sanzione e sarà quindi oggetto di ulteriori verifiche allo scopo di monitorare l'auspicato adeguamento alle normative specifiche.

I FaSas verificati nell'ADI in itinere invece presentano ancora grosse lacune: frequentemente al domicilio mancano molte sezioni del fascicolo che l'erogatore dovrebbe garantire completo in tutte le sue parti.

Nei casi di presa in carico a scopo riabilitativo si segnala frequente assenza di disponibilità del Progetto Riabilitativo, redatto secondo le indicazioni regionali e rispettoso dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi della normativa vigente.

Collateralmente – anche se non oggetto stretto della vigilanza – si segnala che spesso, davanti a situazioni socialmente carenti in modo grave, evidenti anche durante le nostre visite, gli enti, pur coscienti e in allarme per questo, non riescono spesso a trovare interlocutori presso gli enti locali.

Nell'area territoriale di Monza in un caso non è stato reperito alcun fascicolo a domicilio rispetto agli 8 utenti selezionati in 2 sopralluoghi diversi (in questo caso emessa diffida e sanzione).

CONSULTORI FAMILIARI PRIVATI ACCREDITATI ATS BRIANZA

Per la selezione del campione sono stati visionati FASAS del 2015 e 2016, calcolando il 5% degli utenti in carico ai servizi nel 2015.

Tabella 88: UDO controllate 2016 C.F. Lecco

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
CF ACCREDITATO	13/09/2016	18	72,50%	Ind. Gen 2
CF	18/10/2016	25	74,20%	Ind. Gen 2
CF	26/10/2016	25	65,50%	Ind. Gen 2
CF	08/11/2016	9	82,20%	Ind. Gen 4
CF	24- 30/11/2016	63	82,10%	Ind. Gen 2

L'equipe di appropriatezza è composta da uno psicologo, 1 assistente sociale e un amministrativo, che turnano per l'anticorruzione

Tabella 89: UDO controllate 2016 C.F. Privati Accreditati Monza

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
CF1	09/03/2016	35	Livello di accettabilità : 95,6%	Indicatore generale 2: indicatori misurabili degli obiettivi del PI; tempi di verifica dei singoli obiettivi; mancata discussione in équipe di casi complessi
CF2	11/03/2016	19	Livello di accettabilità : 95,4%	Indicatore generale 2: non rispetto dei tempi; indicatori misurabili degli obiettivi del PI; tempi di verifica dei singoli obiettivi; mancata discussione in équipe di casi Indicatore generale 3: coerenza obiettivi

L'équipe è composta da due operatori dell'area socio-educativa.

Tabella 90: UDO controllate 2016 C.F. Pubblici Monza

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
C.F. 1	14/11/2016	25	98,80%	Indicatore gen. 2 fasas 14-15- mancata attuazione o sospensione degli interventi pianificati non motivata diario
C.F. 2	14/11/2016	15	97,70%	Indicatore gen. 2 (fasas 6) non è chiara l'individuazione degli indicatori misurabili relativi agli obiettivi P.I. Ind. Gen. 4 i dati rendicontati nel flusso non sono coerenti con quanto rintracciato nel fasas in relazione alla denominazione della prestazione.
C.F. 3	14/11/2016	8	100%	
C.F. 4.	14/11/2016	5	100%	
C.F. 5	17/11/2016	4	96%	Ind. Spec. 1 – fasas 3 mancata registrazione nel diario della progettazione del percorso valutativo e mancata registrazione su diario dell'orientamento
C.F. 6	17/11/2016	2	100%	
C.F. 7	21/11/2016	33	98,20%	Ind. Gen. 2 –fasas 14 manca l'evidenza della condivisione dell'informazione del PI con l'assistito – Ind gen 2 –fasas 18 manca la registrazione della data di condivisione del progetto
C.F. 8	21/11/2016	9	97,70%	Ind. Gen. 2 –fasas 6 mancata elaborazione del PI entro 30 gg dall'accoglienza
C.F. 9	21/11/2016	9	100%	
C.F.	18/11/2016	24	100%	
C.F.	18/11/2016	27	100%	
C.F. 12	/03/2016	35	95,60%	Ind. Gen. 2- FaSas 2,18,19,21,22 mancata individuazione degli indi misurabili relativi agli obiettivi dei tempi di verifica Fasa 35 ind gen 1 manca la valutazione /rivalutazione dei bisogni. Situazioni complesse ind 2.2 dei fasas 6,10,29 manca evidenza discussione in equipe
C.F. 13	11/03/2016	19	95,40%	Indicatore gen.2 -FaSas n. 3 manca individuazione indicatori misurabili. FaSas n. 12 manca definizione dei tempi di verifica e individuazione dei tempi di verifica e raggiungimento degli obiettivi. FaSas n.13 non riscontrato elaborazione del progetto entro 30 giorni(provvisorio). FaSas n.14 individuazione degli indicatori misurabili per obiettivi. Indicatore gen. 3.I manca individuazione di uno o più obiettivi coerenti con la valutazione multidimensionale. FaSas 14,18 Indicatore gen. 2 non vi è nel diario evidenza la sospensione o mancata attuazione degli interventi.

L'équipe, composta da due operatori dell'area socio-educativa.

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza CF

Le maggiori criticità si sono riscontrate nell'applicazione dell'indicatore 2 alla voce "individuazione degli indicatori misurabili relativi agli obiettivi del PI", dove si evidenzia una evoluzione in corso per l'individuazione delle modalità più adeguate al contesto consultoriale.

Per quanto riguarda i consultori ASST, si è riscontrata una mancanza di chiarezza nella procedura di "gestione delle cartelle", di fatto non esiste una procedura che riguardi la chiusura.

Sono stati raccolti di volta in volta e da parte di operatori diversi, opinioni divergenti: la posizione è quella di non considerare mai la possibilità di una chiusura, considerando l'archivio come un "contenitore perenne".

La casistica riguardante alcuni interventi (es, erogazione sussidi: NASKO, CRESCO, SOSTENGO) è ben organizzata perché segue una procedura standardizzata, così come gli interventi di tipo sanitario.

Più critici invece appaiono gli interventi di carattere psico/sociale. In questi casi si sono viste diverse carenze nella stesura del Progetto Individuale, sia come tempistica, sia come contenuti e in alcuni casi anche il superamento dei limiti posti dal tariffario.

Gli interventi psico/sociali appaiono residuali rispetto al resto: quelli più presenti riguardano i casi di minori su cui è presente un decreto giudiziario, l'attività invece più tipica consultoriale di sostegno psicologico appare ridotta.

In alcuni casi non è apparso ben chiaro nelle équipes quali criteri definiscono le "attività di gruppo".

Tali attività dovevano prevedere almeno 2 incontri di minimo un'ora ciascuno, rivolti ad almeno 4 utenti e fino a un massimo di 16, svolti da almeno 2 operatori del consultorio.

In un consultorio la criticità maggiore ha riguardato l'assenza per un lungo periodo della figura dello Psicologo, venendo così a mancare un requisito minimo di esercizio (art.2 allegato 1 DGR 2594/2000).

AREA DIPENDENZE

Per la selezione del campione sono stati visionati FASAS del 2015 e 2016, e in particolare il 15% degli utenti in carico nel 2015 per le Comunità dipendenze e il 5% degli utenti in carico presso gli altri servizi per le dipendenze.

Per questi ultimi servizi il campionamento è effettuato dal flusso "FE1", che permette di identificare solamente i nominativi (codici fiscali), ma nessun altro elemento relativo alla presa in carico.

Tabella 91: UDO controllate 2016 Lecco

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
SMI	05/04/2016	13	97,80%	
CT	03/11/2016	5	85,70%	Ind. Gen. 1 e 2 Ind. Gen. 3.1 e 3.2
Cura Nuove Dipendenze	29/11/2016	20	97,60%	
SERT	1-2-5/12/2016	35	78,00%	Ind. Gen. 1 Ind. Gen. 2 Ind. Gen. 3.1

L'équipe di appropriatezza è composta da uno medico, 1 infermiere e da uno psicologo, che turnano per l'anticorruzione.

Tabella 92: UDO controllate 2016 Monza

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	Livello minimo di accettabilità raggiunto	Criticità
CT	16/03/2016 18/04/2016	14	95,90%	Indicatore generale 2: fasa 3,5,7,8 manca individuazione ind misurabili relativi agli obiettivi
CT	18/03/2016	7	100%	
NOA	2/11/2016	20	95%	Ind gen 1 – fasas 5,6,8,11 la rivalutazione multidimensionale non è effettuata secondo la tempistica prevista dalla normativa vigente; Ind gen 2 – fasas 9,10 la mancata sospensione degli interventi pianificati non viene registrata su diario
SERT	11/11/2016	21	95,90%	Ind gen 2 – fasas 3,5,9,10,13 l'elaborazione del P.I. non è effettuato entro 30 gg dalla presa in carico. Ind gen 2 fasas 12 non presente la pianificazione degli interventi
NOA	30/11/2016	15	95,20%	Indicatore spec. 2- fasas n. 2 manca la registrazione degli obiettivi individuati in area d'intervento. Fasas n.9 :manca registrazione nel fasas di un intervento. Fasas n. 10 manca descrizione degli obiettivi in un area d'intervento; sospensione degli interventi pianificati non viene registrata nel diario. Fasas n. 11 Tracciabilità degli interventi, non è presente la firma di un operatore nella registrazione di un intervento.

L'équipe è composta da due operatori dell'area socio-educativa.

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza COMUNITA' DIPENDENZE

Le maggiori criticità si sono riscontrate nell'applicazione dell'indicatore 2 alla voce "individuazione degli indicatori misurabili relativi agli obiettivi del PI" e tracciabilità degli interventi, a volte manca indicazione della sospensione degli interventi pianificati con firma degli operatori sul diario.

In generale si evidenzia in tutte le UDO un percorso in evoluzione per l'individuazione di modalità più adeguate al contesto dipendenze.

Dalle verifiche effettuate risulta una buona progettazione dove le figure professionali coinvolte rispondono ai bisogni rilevati in modo integrato.

In una struttura a doppia diagnosi, nell'area territoriale di Lecco, vi è ancora la necessità di introiettare che la documentazione deve essere completa, a disposizione di tutti gli operatori, superando il concetto di operatori indispensabili, ma attuando quello di funzioni indispensabili. Anche le valutazioni, i diari e la progettazione devono essere maggiormente esplicitati.

Nel 2016 è stata rivista una struttura vigilata nel 2015, che presentava criticità, nell'area territoriale di Lecco. Dalle verifiche effettuate è emerso che vi è stato l'accoglimento di quanto suggerito nella precedente vigilanza, con un miglioramento nella organizzazione dei fascicoli, una maggiore articolazione dei diari, una attenzione a riportare firme, date, orari.

I Progetti Individuali sono aggiornati e definiti correttamente nel tempo. Il livello di accettabilità, dal 2015 al 2016, è variato dal 76% al 97,1%.

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza SERT/SMI/NOA

Per quanto riguarda il Servizio Cura nuove dipendenze (Alcologia) e lo SMI, la qualità risulta buona, con una progettazione multidisciplinare che rispetta la tempistica e un buon uso della cartella informatizzata.

Il SERT ha un carico di utenza elevato, questo elemento – anche a detta degli operatori – condiziona la possibilità di rimanere nelle stesura e nella tempistica corretta dei progetti individualizzati.

Si segnala poi un importante bisogno di rivedere l'atto della prescrizione dei farmaci, condizionata attualmente, a livello procedurale, da un sistema informatizzato insufficiente a garantire l'aderenza alla normativa di legge.

In tal senso è stato richiesto tempestivamente al Servizio di riscrivere il protocollo relativo. Anche la mancanza di valutazioni multidisciplinari e la compilazione anamnestica risultavano carenti e non corrispondenti alla normativa vigente. Si è chiesto in generale di sviluppare i percorsi facendo riferimento alla normativa.

STATI VEGETATIVI

Esiti Stati Vegetativi (SV)

I controlli sono stati effettuati in n°2 UdO dell'area territoriale di Monza e n° 1 UDO di Lecco.

Tabella 93: UDO controllate 2016 ATS BRIANZA

Tipologia UDO	Tipologia Verifica	n° validati Monza	n° validati Lecco
RSD 1	Validazione nuovi ingressi	12	
RSD 2	Validazione da Stato vegetativo a minima coscienza	2	
RSA 1	Verifica stato vegetativo	1	
RSA	Verifica stato vegetativo		1

L'equipe di appropriatezza è composta da uno medico e 1 assistente sociale. (Monza)

L'equipe di appropriatezza è composta da uno medico, 1 infermiere. (Lecco)

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza STATI VEGETATIVI

Le validazioni hanno avuto esito positivo e sono avvenute nei tempi previsti dalle Dgr. 4598/2012 e 4222/2012.

Nel corso del 2016 sono deceduti 8 ospiti in Stati Vegetativi presso le strutture del territorio di Monza.

“CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI /POST- ACUTI”

Tabella 94: UDO vigilate 2016 Lecco

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati	%	Criticità
Post Acuti	24/10/2016	9	100%	

L'equipe di vigilanza è formata da 1 medico e 1 infermiere

Per l'area territoriale di Monza non sono stati effettuati controlli di appropriatezza sui nuclei per CI/post acuti poiché oggetto di controllo nel 2015.

Progetti sperimentali nell'ambito delle politiche del welfare. Secondo pilastro dgr 2942/14 “interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili”

“MISURA 2 RESIDENZIALITÀ LEGGERA/ MISURA 4 “RSA APERTA”

Tabella 95: Sintesi UDO controllate Monza DGR 2942/14

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	n. UDO verificate
RSA	15	7	7
APA	1	1	1

Tabella 96: UDO controllate Monza DGR 2942/14

Tipologia Misura	Data sopralluogo	n. Fascicoli Verificati
RSA Aperta	25/02/2016	6
RSA Aperta	05/04/2016	8
RSA Aperta	18/04/2016	9
RSA Aperta	14/04/2016	6
RSA Aperta	17/05/2016	10
RSA Aperta	09/06/2016	10
RSA Aperta	08/11/2016	2
Residenzialità leggera	30/11/2016	3

L'equipe di vigilanza è composta da un'assistente sociale e da un'assistente amministrativa

Per l'area territoriale di Monza la check list utilizzata per la verifica è stata predisposta dall'equipe di vigilanza seguendo le indicazioni della ex DGR 2942/14. La check-list è stata visionata dai funzionari in sede di Verifica Regionale in data 7/10/2015 con esito favorevole; pertanto si è stabilito di utilizzarla anche per le verifiche 2016 nell'attesa di indicazioni più precise e puntuali in materia da parte di Regione, che per il 2017 prevede l'utilizzo di un verbale unico per la verifica delle misure.

Il piano controlli prevedeva per il 2016 la verifica di n. 7 RSA per la misura 4 “RSA Aperta” e di n. 1 APA per la misura 2 “Residenzialità leggera” per il territorio di Monza. I controlli hanno avuto come obiettivo la verifica degli aspetti organizzativo-gestionali comprensivi della modulistica utilizzata e predisposta dalle UDO per la registrazione degli interventi effettuati.

Complessivamente sono state verificate n. 8 UDO e controllati n. 53 fascicoli ospite (n. 50 per la misura 4 e n. 3 per la misura 2). Le verifiche condotte, nell'area territoriale di Monza, hanno riscontrato criticità in 2 Udo rispetto alla coerenza dei Flussi informativi, in 3 UdO la mancata sottoscrizione del PAI.

Si ricorda che i progetti individuali vengono valutati e approvati dalle equipe multidimensionali delle ASST (ex distretti ASL MB) e che i rapporti con i gestori per quanto concerne la stipula dei contratti, la verifica dei flussi informativi, la realizzazione d'incontri informativi sono gestiti e tenuti direttamente dal Servizio Disabili aziendale (ex DIP .ASSI ASL MB).

La verifica, nell'area territoriale di Monza in una struttura di questa UdO ha confermato il rispetto della norma e la documentazione è risultata appropriata e conforme al PI.

In due strutture i progetti richiesti dalle ATS non sono coerenti con la reale erogazione delle prestazioni. Gli ospiti risultano peraltro accuditi nei bisogni assistenziali.

Tabella 97: Sintesi UDO controllate Lecco DGR 2942/14

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2016	n. UDO programmate	n. UDO controllate **
RSA	12	2	2
UDO (legge 3/2008)	1	1	1
UDO in sperimentazione regionale	1	0	0
APA	8	2	2
TOTALE **	23	10	10

** Non tutte le UDO accreditate per le misure hanno avviato l'accoglienza di ospiti

Tabella 98: UDO controllate Lecco DGR 2942/14

Tipologia UDO	Data sopralluogo	n. Fascicoli Verificati
Residenzialità leggera	02/08/2016	3
Residenzialità leggera	23/09/2016	1
Residenzialità leggera	25/11/2016	2
Residenzialità leggera	21/12/2016	3
RSA Aperta	17/03/2016	2
RSA Aperta	09/09/2016	4
RSA Aperta	23/09/2016	2
RSA Aperta	23/11/2016	1

L'equipe è composta da un medico, un infermiere

Alcuni progetti sono poco declinati, fornendo una assistenza generica a soggetti anche molto anziani, per cui non più autosufficienti in modo completo, ma desiderosi di non avere interventi animativi o fisioterapici.

Le strutture su quattro del territorio di Lecco erogano la misura RSA aperta in RSA, mentre una fornisce una declinazione dei progetti misti – in struttura e a domicilio, ricca e molto personalizzata.

ATS analisi esiti controlli di appropriatezza MISURE 2 e 4

Al di là delle differenze territoriali specifiche, le verifiche condotte hanno riscontrato coerenza e correttezza tra quanto rendicontato dai gestori nel IV° trimestre 2016 e le prestazioni effettivamente erogate. In linea generale non sono state registrate gravi carenze o particolari criticità.

Agli Enti Gestori è stato raccomandato di mantenere una registrazione separata delle ore del personale che opera sulle misure, di approntare un organigramma/elenco personale specifico e di registrare con attenzione sul diario gli interventi attuati da ciascuna figura professionale coinvolta nel progetto assistenziale.

AUTLOOK

Verifiche appropriatezza su progetto "Interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro Autistico: (ex dgr 392/2013), area territoriale di Lecco.

Tabella 99: UDO verificate Lecco DRG 329/13 - DRG 2022/14

UDO	Data sopralluogo	FaSas controllati
Progetto "Autlook"Lecco	25/02/2016	2
Progetto "Autlook"Merate	21/12/2016	1

Lecco analisi esiti controlli di appropriatezza AUTLOOK

Le strutture esaminate in questo anno mostrano, come sempre, una buona qualità di progettazione, una cura nella differenziazione dei percorsi condotti. In particolare le associazioni viste nell'anno sono dedicate al sostegno delle famiglie, con una azione anche di riorientamento.

I FaSas sono di buona qualità ed evidenziano una presa in carico completa e coerente con la richiesta progettuale. Costantemente aggiornati, completi di diagnosi, coerenti con la tipologia di utenza prevista. Vengono documentati i rapporti con i vari enti coinvolti. Sono perciò rispettate le richieste normative e progettuali.

RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI

Tabella 100: UDO verificate Lecco DGR 4086/2015

Tipologia UDO	Data Sopralluogo	N FaSas visionati
Residenzialità Assistita religiosi	11/10/2016	3

Lecco analisi esiti controlli di appropriatezza Residenzialità RELIGIOSI

La struttura vigilata si trova nell'area territoriale di Lecco; si apprezza la stesura sintetica ma completa nella parte valutativa e di descrizione dell'ospite. Presente la progettazione. Si è chiesto di implementare l'eventuale pianificazione in caso di peggioramento fisico e sempre in caso di decadimento cognitivo degli ospiti.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE 2016

Nel corso dell'anno 2016 si sono svolti n. 2 corsi di formazione rivolti a tutti gli operatori della U.O. Vigilanza e Controlli.

- 1) Corso di formazione sul campo da titolo "Uniformare le procedure di Vigilanza e i controlli socio sanitari" : il corso si è concluso con la predisposizione della bozza di n. 2 verbali "Appropriatezza" e "Vigilanza".
- 2) Corso di Formazione sul Campo "Uniformare le procedure di vigilanza socio assistenziale " conclusi con la predisposizione della bozza del verbale di sopralluogo per le UDO socio assistenziali
- 3) Convegno di 3 giornate "Il procedimento amministrativo e l'accesso agli atti: prevenzione della corruzione, semplificazione amministrativa e trasparenza".

8 LA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ 2017 ATS BRIANZA

L'articolazione organizzativa

La definizione del POAS pone i servizi Vigilanza e Controllo delle UDO socio sanitarie nel Dipartimento PAAPSS con una UOC "Accreditamento e controllo vigilanza strutture socio sanitarie" e due UOS "Vigilanza e Controllo" per le due sedi di Monza e di Lecco.

L'organico di personale- Il personale e l'Equipe di vigilanza

Tabella 101: Organico attuale

Cognome e nome	QUALIFICA PROFESSIONALE	assegnazione	
Responsabile Servizio	Nd struttura complessa	Accreditamento e controllo e vigilanza strutture socio-sanitarie	
Maria Carmela Ignone	Dirigente Medico con incarico di Struttura Semplice	Responsabile Servizio Vigilanza Controllo - Monza	TP
Maria Elisabetta Corti	Dirigente Psicologo con incarico di Struttura Semplice	Responsabile Servizio Vigilanza Controllo - Lecco	TP
Alessandra Casè	Dirigente Medico		TP
Roberto Molteni	Coll. Prof. Sanitario- Educatore Professionale		TP
Calogero Treccarichi	Coll. Prof. Sanitario- Educatore Professionale		TP
Anna Santambrogio	Coll. Prof. Sanitario- Educatore Professionale		TP
Giovanna Bassi	Coll. Prof. Sanitario- Educatore Professionale		TP
Daniela Rossi	Coll. Prof. Sanitario- Educatore Professionale		TP dal 1° marzo 2017
Francesca Rubino	Coll. Prof. Assistente Sociale		TP
Russo Rita	Coll. Prof. Assistente Sociale		dimissioni volontarie dal 01/02/2017
Cuppone Rosanna	Coll. Prof. Sanitario Esperto Posizione organizzativa		TP
Erina Monfardini	Operatore Tecnico		TP
Silvia Farina	Assistente amministrativo	Servizio Vigilanza Controllo- Monza	TP
Maria Luce Bosisio	Assistente amministrativo		TP
Milena Lo Bianco	Assistente amministrativo		TP
Vania Ottaviani	Coll. Prof. San personale infermieristico		tempo pieno incarico a tempo determinato (delibera n° 538 del 30/09/2016)
Ghisalberti Renata	Coll. Prof. Assistente Sociale Coordinamento		tempo pieno in pensionamento da dicembre 2017
Barbara Fumagalli	Dirigente Medico		LP 25 ore/settimana (deliberazione 61 del 07/02/2017)
Chiara Niso	Coll. Amministrativo Professionale		In comando presso AREU 2 gg a settimana, in servizio presso ATS Brianza fino al 15/04/2017

Cognome e nome	QUALIFICA PROFESSIONALE	assegnazione	
Paola Decò	Dirigente Medico Alta Professionalità		TP
Lorenzo Tavani	Dirigente Psicologo (50%)		PT 50% tempo deter. Delibera n. 157 del 20/03/2017 fino al 31/03/2018
Paola Lafranconi	Coll. Prof. Assistente Sociale		TP
Fumagalli Roberto	Coll. Prof. Assistente Sociale Posizione organizzativa	Servizio Vigilanza Controllo- Lecco	TP
Manuela Pappaianni	Coll. Prof. Sanitario- Educatore Professionale		TP
Emiliana Castagna	Coll. Prof.San.personale infermieristico		TP
Cristiano Dadda	Coll. Prof.San.personale infermieristico		TP
Katia Acerboni	Assistente amministrativo		part time 75%
Veronica Meoli	Assistente amministrativo		TP
Laura Sacco	Coll. Prof. Sanitario-personale di vigilanza e ispezione	Servizio Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici- Monza	TP 70%

Tabella 102 Potenziamento e acquisizione di nuovi operatori

personale	qualifica professionale	Area territoriale	n. UNITA'	rapporto contrattuale
Assistente sociale	Coll. Prof. Assistente Sociale		2	indeterminato
Collaboratore amministrativo	Collaboratore amministrativo professionale	Servizio Vigilanza Controllo- Monza	1	indeterminato
Infermiere	Coll. Prof.San.personale infermieristico		3	indeterminato
Psicologo	Dirigente psicologo	Servizio Vigilanza Controllo- Lecco	1	indeterminato
Collaboratore amministrativo	Collaboratore amministrativo professionale		1	indeterminato

Le équipe potranno svolgere attività su entrambe le sedi al fine di garantire le norme sull'anticorruzione in tema di turnazione del personale, valutata l'efficacia organizzativa gestionale.

La dotazione informatica

La dotazione 2016 dell'area territoriale di Lecco per le uscite in visita ispettiva, consta di:

2 PC portatili e 2 stampanti portatili (di cui 1 obsoleta)

E' necessario implementare per il 2017 con 2 stampante.

La dotazione attuale dell'area territoriale di Monza per le uscite in visita ispettiva consta di:

2 PC portatile obsoleti

E' necessario implementare per il 2017 con 2 PC e 1 stampante e sostituzione dei due pc obsoleti.

8.1 ATTIVITÀ 2017 DI VIGILANZA E CONTROLLO ATS BRIANZA

Il sistema dei controlli deve poter concorrere a promuovere l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie erogate, nell'ambito delle normative vigenti.

Deve altresì essere orientato a sistematizzare un approccio costruttivo ed un feed-back efficace, da un lato con la rete delle UDO e dall'altro con i cittadini fragili e con le loro famiglie, per garantire che siano assicurati:

- 1) il benessere degli utenti dei servizi e delle loro famiglie;
- 2) l'erogazione delle attività nel pieno rispetto degli standard di esercizio e di accreditamento;
- 3) l'appropriatezza delle prestazioni in coerenza con i bisogni e con le caratteristiche Psicocliniche della persona fragile e con le classificazioni rendicontate la correttezza;
- 4) la congruenza dei flussi di rendicontazione.

Controllo amministrativo dei flussi dell'area socio-sanitaria 2017

Per l'anno 2017 si confermano i controlli amministrativi già effettuati nell'anno precedente ormai consolidati.

Verranno implementate le funzioni dello specifico applicativo in uso per adeguarlo alle modifiche introdotte dalla DGR 5954 del 05/12/2016 e dalla successiva circolare regionale n.2/2017 che prevede in particolare novità nei tracciati record.

Per supportare queste attività è prevista una specifica formazione sul campo degli operatori addetti in modo da garantire un ulteriore miglioramento della qualità del dato raccolto/inviato.

Procedure Qualità

Nel corso del 2016 è iniziato un percorso di revisione di procedure, documenti operativi, istruzioni operative e modulistica in uso nel Servizio Vigilanza Controllo dell'area territoriale di Lecco, che si concluderà con l'emissione di procedure e documenti dell'ATS sia per il Servizio Vigilanza.

Controllo dell'area territoriale di Lecco che per il Servizio Vigilanza Controllo dell'area territoriale di Monza. E' in previsione anche l'ampliamento della Certificazione UNI EN ISO 9001:2008 anche al servizio sede territoriale di Monza.

Nel corso del 2017 è prevista la prosecuzione dell'attività di revisione di procedure, di documenti operativi, di istruzioni operative e della modulistica già in uso, per uniformarla.

Tra gli obiettivi di qualità definiti dall'ATS per il 2017, sono state individuate 3 procedure da revisionare (Attività di vigilanza, Controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario, Attività di vigilanza in ambito sociale): si sono costituiti tre gruppi di lavoro con operatori delle due aree territoriali dell'ATS (Lecco e Monza) e l'emissione delle procedure è prevista entro la fine del mese di maggio.

Nel corso del 2017 per la sede territoriale di Lecco è previsto un AUDIT esterno con l'Ente Certificatore per mantenere la certificazione ISO9001 ed anche un audit interno.

Tabella 103: Procedure Qualità 2017

denominazione tematica/procedura da uniformare	struttura POAS	data inizio lavori	scadenza prevista emissione procedura	NOTE
Vigilanza in ambito sociosanitario	accreditamento controllo e vigilanza strutture socio sanitarie e sociali	13/02/2017	31/05/2017	
Controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario		17/11/2016	31/05/2017	
Vigilanza in ambito sociale		22/12/2016	31/05/2017	
Attività di vigilanza sociosanitaria e sociale		giu-16	30/11/2017	Procedura sostitutiva di un protocollo interdipartimentale esistente. Effettuati alcuni incontri tra PAAPS e DIPS. Lavori sospesi in attesa di attuazione Struttura dipartimentale "Verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici" nel PAAPS come previsto dal POAS.

Vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 c.c. persone giuridiche di diritto privato

L'ATS assicurerà anche nel 2017 la vigilanza e controllo sulle persone giuridiche e di diritto privato ex artt. 23 e 25 codice civile, in conformità a quanto previsto dall'art. 4, c. 33, LR.1/2000 e s.m.i. con la commissione competente, nominata secondo le indicazioni della DGR n. 1845/2014 .

Attività di verifica dei requisiti SCIA e istanze di accreditamento

In attuazione a quanto previsto dall'Allegato 1 alla DGR 2569/2014 le ATS devono garantire le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA ed alle istanze di accreditamento, mediante richiesta alle Pubbliche Amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

Le ATS devono garantire le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze e di accreditamento presentate.

Le verifiche devono essere effettuate tramite analisi documentale e visita in loco ed esitare in una puntuale e dettagliata attestazione del possesso di ogni singolo requisito.

In particolare devono essere verificati il 100% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) presentate.

I sopralluoghi atti alla verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento verranno realizzate anche in commissione congiunta con i servizi competenti del Dipartimento DIPS.

Nel corso dell'anno 2017, le équipe assicureranno il percorso di riordino della rete delle Cure Palliative, così come prevista dalla Dgr. 5918/2016, in collaborazione con i Servizi del Dipartimento PIPSS e con gli Enti Erogatori.

Vigilanza routinaria

Tabella 104: *Vigilanza routinaria 2017 ATS BRIANZA*

TIPOLOGIA UDO	UDO al 01/01/2017	UDO da vigilare 2017
RSA	65	33
RSD	9	4
CDI	30	16
CDD	32	16
CSS	14	7
Ria Residenziali per minori	2	2
Ria Ambulatoriale	7	5
Post acuti	3	0
CI residenziale	2	0
CONSULTORI privati accreditati	6	3
CONSULTORI pubblici sedi principali	10	7
CONSULTORI sedi secondarie	14	6
Erogatori cure dom. in voucher in ATS	17	10
Erogatori cure domiciliari accreditate altre ATS con sede secondaria area territoriale di Lecco	3	2
HOSPICE	3	1
SERT/NOA	8	3
SMI	2	2
COMUNITA' DIPENDENZE	9	6
BASSA INTENSITA' DIPENDENZE	4	1
TOTALE	240	124

Tabella 105: *Vigilanza routinaria 2017 Monza*

TIPOLOGIA	UDO al 01/01/2017	UDO da vigilare 2017
RSA	38	19
RSD	5	2
CDI	23	12
CDD	23	12
CSS	4	2
Ria Residenziali per minori	1	1
Ria Ambulatoriale	3	2
Post acuti	2	0
CI residenziale	0	0
CONSULTORI privati accreditati	4	2
CONSULTORI pubblici sedi principali	6	3
CONSULTORI sedi secondarie	14	6
Erogatori cure dom. in voucher in ATS	11	6
HOSPICE	2	1
SERT/NOA*	7	3
SMI	1	1
COMUNITA' DIPENDENZE	5	3
BASSA INTENSITA' DIPENDENZE	1	1
TOTALE	150	76

* SERT /NOA sono ubicati nelle due sedi territoriali di ASST Monza e ASST Vimercate – di cui 1 U.O. Carcere non oggetto di vigilanza

Tabella 106: Vigilanza routinaria 2017 Lecco

TIPOLOGIA	UDO al 01/01/2017	UDO da vigilare 2017	UDO da vigilare 2017 DIPS
RSA	27	14	14
RSD	4	2	2
CDI	7	4	4
CDD	9	4	4
CSS	10	5	5
Ria Residenziali per minori	1	1	1
Ria Ambulatoriale	4	3	3
Post acuti	1	0	0
CI residenziale	2	0	0
CONSULTORI privati accreditati	2	1	1
CONSULTORI pubblici sedi principali	4	4	4
CONSULTORI sedi secondarie	0	0	0
Erogatori cure dom. in voucher in ATS	6	4	4
Erogatori cure domiciliari accreditate altre ATS con sede secondaria area territoriale di Lecco	3	2	2
HOSPICE	1	0	0
SERT/NOA	1	0	0
SMI	1	1	1
COMUNITA' DIPENDENZE	4	3	3
BASSA INTENSITA' DIPENDENZE	3	0	0
TOTALE	90	48	48

Vigilanza extra campione

Tabella 107: *Vigilanza routinaria 2017 extra campione post –sanzioni ATS BRIANZA*

Tipologia UDO	n. UDO	Sopralluogo a seguito diffida sanzione
RSA	7	Verifica in Loco
RSA	5	Verifica Documentale
CDI	1	Verifica in Loco
CDI	1	Verifica Documentale
CDD	2	Verifica in Loco
RSD	1	Verifica in Loco
RSD	2	Verifica Documentale
CSS	4	Verifica in Loco
CSS	2	Verifica Documentale
SMI	1	Verifica in Loco
CF	1	Verifica Documentale
ADI	4	Verifica in loco (ADI in itinere?)
ADI	1	Controllo da effettuare nel campione di vigilanza routinaria
ADI	1	Verifica Documentale

Tabella 108: *Vigilanza extra campione post sanzione 2017 Monza*

Tipologia UDO	n. UDO	Sopralluogo a seguito diffida sanzione
ADI	1	Controllo da effettuare nel campione di vigilanza routinaria
RSA	5	Verifica in loco
RSD	1	Verifica in loco
CDD	2	Verifica in loco
ADI	4	Verifica in loco (ADI in itinere)
CSS	2	Verifica in loco

Tabella 109: *Vigilanza extra campione post sanzione 2017 Lecco*

Tipologia UDO	n. UDO	Sopralluogo a seguito diffida sanzione
RSA	2	Verifica in loco
RSA	5	Verifica documentale
CSS	2	Verifica in loco
CSS	2	Verifica documentale
CDI	1	Verifica in loco
CDI	1	Verifica documentale
SMI	1	Verifica in loco
RSD	2	Verifica documentale
CONS FAM	1	Verifica documentale
ADI	1	Verifica documentale

Attività di vigilanza sui progetti sperimentali nell'ambito delle politiche del welfare . “secondo pilastro dgr.2942/14 “interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili”

La programmazione garantirà le verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative, approvate dalla Regione e il controllo sulle misure applicative della D.G.R. 116/2013.

Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta. In data 20/01/2017 è pervenuta nota regionale comprendente schema “contratto misure” e format di verbale a disposizione delle equipe di vigilanza e controllo per la verifica dei requisiti previsti sia per i controlli di vigilanza che di appropriatezza.

Tale nota è stata inoltrata alle UdO, oggetto di contratto nel 2016, allo scopo di promuovere momenti di autocontrollo interni.

Residenzialità assistita Religiosi

Relativamente alla misura “Residenzialità assistita in comunità religiose ex DGR n. 4086 del 25/09/2015”, la ricognizione regionale ha individuato

- due strutture nell'area territoriale di Monza:
- ha confermato, nell'area territoriale di Lecco, l'UDO già in misura aumentando di 5 posti ed ne ha individuata un'altra

Verranno sottoposte a visita ispettiva le strutture non conosciute., per la verifica ed il controllo di aderenza ai requisiti autocertificati nell'ambito della contrattualizzazione alla Misura.

Tabella 110: UDO da vigilare 2017 Monza routinaria

Tipologia	n. UDO accreditate	UDO da vigilare
RSA APERTA	16	8
RESIDENZIALITA' LEGGERA	3	0
RESIDENZIALITA' RELIGIOSI	2	2

Tabella 111: UDO da vigilare 2017 Lecco

Tipologia	n. UDO accreditate	UDO da vigilare
RSA	12	7
UDO (legge 3/2008)	1	1
UDO in sperimentazione regionale	1	0
APA	8	4
TOTALE	22	12

Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

La programmazione dovrà garantire le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici su almeno il 50% delle UDO in esercizio, presenti sui rispettivi territori della ATS della Brianza.

La vigilanza del 50% delle strutture sociosanitarie sarà effettuata in collaborazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria della l'ATS Brianza..

L'applicazione del POAS dovrà garantire un miglioramento delle sinergie con i Servizi del DIPS. Saranno garantite le verifiche presso le UDO alle quali sono state riscontrate criticità con l'emissione di diffide e sanzioni.

La vigilanza dei requisiti strutturali e tecnologici del 50% delle strutture sociosanitarie sarà assicurata, dopo l'applicazione del POAS, dal servizio "verifica requisiti strutturali e tecnologici UDO erogatrici" del PAAPSS, che si occuperà anche del raccordo con i servizi del Dipartimento DIPS.

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

Nel corso del 2017 saranno garantite le verifiche del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, generali e specifici, di esercizio e di accreditamento su almeno il 50% delle UDO in esercizio presenti sui rispettivi territori della ATS della Brianza.

Saranno garantite le verifiche presso le UDO alle quali sono state riscontrate criticità con l'emissione di diffide e sanzioni nel corso del 2016.

Vigilanza sulle unità d'offerta interessate da piani programma

L'ATS assicurerà il costante monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori di completamento dei piani programma. Sarà prevista la verifica, anche tramite visite ispettive, ogni sei mesi nel 100% delle strutture coinvolte, al fine di monitorare che agli ospiti presenti siano comunque garantiti adeguati standard di sicurezza

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

Le Regole 2017, delibera X/5954 del 5.12.2016 prevedono al punto 12.4.1.3 l'attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento in attuazione della DGR 2569/14. La U.O. Vigilanza e Controlli ha provveduto ad acquisire, in prima battuta, le autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive per la stipula del contratto provvisorio, seguite dalle certificazioni annuali previste al 31/01/2017 e 28/02/2017.

La documentazione è stata archiviata in apposite cartelle informatiche intestate all'Ente Gestore e sarà valutata per verificare sia la regolarità formale che il contenuto.

La stessa DGR 5954/16 sottolinea le modalità e la quantità dei controlli da effettuare.

Per la U.O. Vigilanza e Controllo, la composizione del campione è determinata partendo dalla definizione del numero di E.G

La normativa prevede il controllo sul 10% dei Soggetti che hanno presentato autocertificazioni. La U.O. Vigilanza ha effettuato il campionamento ed anche per gli erogatori delle misure 2 - 4- 6 e Udo per Assistenza Religiosi.

Alla presentazione di nuove istanze verranno verificate il 100% delle documentazione presentate.

Per quanto concerne la verifica dell'informativa/comunicazione antimafia nel 2017 si cercherà di coprire tutti gli Enti Gestori previsti dalla normativa.

Occorre tener presente che, anche se il collegamento alla BDNA è migliorato rispetto al 2016, risulta ancora in fase di implementazione.

Si provvederà a sollecitare le pratiche inevase soprattutto vecchie istanze di informativa antimafia e alcune richieste all'Agenzia delle Entrate di Milano.

E' previsto uno specifico monitoraggio su casi particolari che necessitano di approfondimento.

Oltre all'esigenza di assolvere al dettato normativo è opportuno prevedere la creazione di un database a disposizione della U.O. Vigilanza che riassume tutti i dati acquisiti tramite i controlli al fine di permettere una più completa conoscenza degli Enti Gestori che operano sul territorio.

8,2 ATTIVITÀ 2017 DI CONTROLLO SULL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

Nell'ambito del 50% delle strutture sociosanitarie individuate per il 2017, devono essere garantiti i controlli su percentuale calcolata sul numero di utenti rendicontati nel 2016, almeno rispettivamente del:

- 30% dei FASAS per le UDO residenziali e semi residenziali per i disabili (RSD,CSS,CDD);
- 15% per le RSA e i CDI, Riabilitazione Residenziale e semiresidenziali Minori
- 10% per le prestazioni erogate in regime residenziali e semiresidenziale dalle strutture di cure intermedie (ex post acuti);
- 5% per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare, tranne che per quelle in regime di riabilitazione, dove devono essere garantiti almeno il 3 % dei controlli;
- 5 % per i consultori familiari.

Per quanto riguarda l'ADI verrà garantito, sul totale dei fascicoli da visionare, il 30% di verifiche sui FaSas in itinere ed il 70% in ex-post.

Possono inoltre essere individuati altri utenti di cui verificare la documentazione, scelti durante la visita in struttura, motivandone la scelta. In ogni caso la percentuale non può superare il 50% dei fascicoli, calcolati .

La campionatura dei FASAS è definita con metodologia di campionatura mista, una parte casuale ed una parte mirata: per l'anno 2017 si prevede una quota pari al 70% per il campionamento casuale ed una quota pari al 30% per il campionamento mirato.

Inoltre sarà sempre garantita la visita preliminare all'interno della struttura, al fine di verificare direttamente ed eventualmente, con interviste o con l'acquisizione di evidenza documentale, la situazione organizzativo-gestionale, la pulizia dei locali e delle stanze degli ospiti, l'igiene della persona, le attività in corso, per cogliere tutti gli elementi capaci di meglio orientare l'attività di controllo di appropriatezza, contestualizzandolo all'interno dell'effettivo operare della struttura.

Tutte le verifiche avverranno con il preavviso nella giornata lavorativa precedente il sopralluogo, tranne che in caso di segnalazioni e/o motivate ragioni.

Si manterrà anche per il 2017, dove è possibile, che le visite ispettive siano precedute da una attenta analisi dei flussi relativi al trimestre precedente.

Questo serve sia al campionato mirato (infatti si è deciso di scegliere indicatori che possano sempre essere visti anche nel flusso), sia ad una lettura della qualità del sistema in tema di alcuni eventi/indicatori (decessi, diagnosi, lesioni e contenzioni, cadute, agiti auto-etero aggressivi...).

Tabella 112: *Indicatori campionamento per controlli appropriatezza 2017*

GLI INDICATORI "SPECIFICI" DI APPROPRIATEZZA per il 2017	
La quota di campionamento casuale è pari al 70% dell'utenza; la quota di campionamento mirato, pari al 30%	
RSA	SERT/SMI/NOA
Il campionamento è effettuato dal flusso "SOSIA".	Il campionamento è effettuato dal flusso FE1
nuovi ingressi;	ultimi ingressi
utenti deceduti/trasferiti ad altre UdO;	utenti compresi tra 18-30 anni
utenti con cambi classe;	utenti con Poli dipendenze
utenti con cadute nei tre mesi precedenti il controllo;	utenti con problematiche di gioco
utenti con lesioni da pressione;	utenti recentemente dimessi per conclusione del progetto terapeutico o per abbandono.
utenti sottoposti a contenzione.	

CDI	COMUNITA' DIPENDENZE
Il campionamento è effettuato dall'applicativo "CDI-web".	Il campionamento è effettuato dal flusso FE1.
nuovi ingressi anno 2016;	ultimi ingressi
utenti con età inferiore a 65 aa;	utenti compresi tra i 18- 30 anni
utenti caduti nei tre mesi precedenti il controllo;	ospiti con poli dipendenze
utenti sottoposti a contenzione;	RSD
utenti con tipologia di frequenza mista/part time.	Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web"
HOSPICE	nuovi ingressi;
Il campionamento è effettuato dal flusso SDO-FAM e FE	utenti con età superiore a 65 aa;
ingresso recente;	utenti deceduti/trasferiti ad altre UdO;
utenti non oncologici o con modalità di dimissione diversa dal decesso;	utenti con cambi classe;
degenza superiore ai 90 giorni;	utenti con doppia diagnosi;
trasferimenti da altre UdO/domicilio.	utenti caduti negli ultimi tre mesi prima del controllo;
CURE INTERMEDIE/POST ACUTI	utenti sottoposti a contenzioni;
ricoveri ripetuti durante l'anno	utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza
durata del trattamento pari al valore soglia;	
trasferimenti da altre UdO	
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE/DOMICILIARE/DIURNATO	CSS
Il campionamento è effettuato dal flusso "RIA-fam".	Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web"
Cicli ripetuti nel corso di 12 mesi	nuovi ingressi anno 2015;
Diagnosi complesse (in particolare spettro autistico)	nuovi ingressi;
Periodo superiore ai 6 mesi di attesa tra il primo contatto e la presa in carico	utenti con età superiore a 65 aa,
CONSULTORI FAMIGLIARI	utenti deceduti/trasferiti ad altre UdO;
Il campionamento è effettuato dal flusso FE1.o dai flussi CON1-CON2-CON3	utenti con doppia diagnosi;
utenti che hanno ricevuto prestazioni rappresentative rispetto a quelle ad alta integrazione socio sanitaria contemplate dalla DGR 6131 del 23/01/2017 e previste tra gli indicatori specifici dalla dgr 1765/2014; riconducibili ai codici 001 - 00101 - 00102 - 003 - 0081 - 00802	utenti con particolari criticità assistenziali/comportamenti auto-etero aggressivi;
per i Consultori famigliari Pubblici saranno prese in considerazione anche le prestazioni relative alle IVG minori;	utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza

ADI	CDD
Il campionamento per i controlli è effettuato dal flusso SIAD, integrando con ADI WEB, FE4 :	Il campionamento è effettuato dall'applicativo "SIDI-web"
I controlli sono eseguiti "in itinere" ed "ex-post".	nuovi ingressi;
70% dei controlli "ex-post";	età inferiore a 18 aa e superiore a 65 aa;
30% dei controlli "in itinere".	utenti con cambi classe in seguito a rivalutazione/per cut-off;
Il campionamento per i controlli è effettuato dal flusso SIAD, integrando con ADI WEB, FE4 :	utenti con doppia diagnosi;
utenti con profili 3 e 4;	utenti caduti nei tre mesi precedenti il controllo;
presa in carico di grandi anziani (> 85 aa);	utenti con particolari criticità assistenziali/bisogni riabilitativi/comportamenti auto-etero aggressivi;
voucher Cure Palliative per pazienti con > 70 aa;	utenti sottoposti a contenzione;
profili multi-prestazionali (interventi di almeno 2 professionisti)	utenti che usufruiscono dell'estensione dei giorni di assenza.
pazienti in carico da più di 6 mesi	
pazienti in trattamento fisioterapico.	

Per il controllo degli ospiti in Nucleo Alzheimer e/o degli ospiti portatori di SLA verrà effettuato esclusivamente un campionamento mirato.

POST-ACUTI/CURE INTERMEDIE

Nel 2017 verranno sottoposte a controllo di appropriatezza le 2 strutture con posti dedicati alle cure intermedie/post acuti del territorio di Monza, per le quali è stata effettuata la verifica dello standard e i requisiti organizzativo-gestionali nel 2016.

I requisiti strutturali e tecnologici sono stati oggetto di verifica nel corso del 2015 e nel 2016.

Per l'area territoriale di Lecco non sono previste vigilanze, in quanto già effettuate lo scorso anno.

PROGETTI SPERIMENTALI NELL'AMBITO DELLE POLITICHE DEL WELFARE Secondo Pilastro DGR 2942/14 Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili"

Per tutto l'anno 2017 sono confermate le attività innovative oggi in essere a sostegno delle famiglie con congiunti "fragili", pertanto verranno effettuate le verifiche sui requisiti organizzativi/gestionali e il controllo di appropriatezza per le misure 2 e 4 e residenzialità per religiosi. (vedi tab. n. 91), utilizzando il format di verbali che è pervenuto con nota regionale in data 20/01/2017.

CONTROLLI D'APPROPRIATEZZA

Tabella 113: Controlli di appropriatezza anno 2017 ATS della Brianza

TIPOLOGIA DI UNITA' D'OFFERTA 2017	n: UDO da vigilare 2017	N° TESTE TOTALI 2016	% di controllo	N° FaSas programmati 2017
RSA	32	3478	15%	522
RSD	4	205	30%	2
CDI	16	671	15%	102
CDD	16	404	30%	122
CSS	7	65	30%	20
CI residenziale	0	0	0%	0
RIA residenziale per minori	3	348	15%	53
RIA ambulatoriale	5	7402	3%	223
CONSULTORI PRIVATI	3	2003	5%	101
CONSULTORI pubblici sedi principali	8	4614	5%	295
CONSULTORI sedi secondarie	6	1293	5%	
EROGATORI CURE DOMIC. In voucher	10	3884	5%	195
EROGATORI CURE DOMICILIARI ACCREDITATE ALTRE ATS** con sede secondaria area territoriale di Lecco	3	1084	5%	54
HOSPICE	1	321	15%	48
SERT / SMI / NOA	5	1954	5%	98
COMUNITA' DIPENDENZE	7	159	15%	24
TOTALE	126	27885		1859

Tabella 114: UDO da vigilare 2017 ATS BRIANZA appropriatezza

Secondo pilastro WELFARE	n. UDO accreditate	UDO da vigilare	N. FaSas
RSA APERTA	29	15	49
RESIDENZIALITA' LEGGERA	17	8	6
RESIDENZIALITA' RELIGIOSI	4	3	7

Tabella 115: Controlli appropriatezza 2017 Monza

TIPOLOGIA DI UNITA' D'OFFERTA 2017	NUMERO DI U.d.O DA VIGILARE	N° TESTE TOTALI anno 2016	% di controllo	N° FaSas programmati anno 2017
RSA	18	2187	15%	328
RSD	2	142	30%	43
CDI	12	481	15%	73
CDD	12	306	30%	92
CSS	2	20	30%	6
RIA residenziale per minori MONZA	1	40	15%	6
RIA ambulatoriale MONZA	2	1854	3%	56
CONSULTORI PUBBLICI SEDI PRINCIPALI	3	1265		
CONSULTORI PUBBLICI SEDI SECONDARIE	6	1293	5%	127
CONSULTORI PRIVATI	2	1749	5%	88
EROGATORI CURE DOMICILIARI in voucher	6	2518	5%	126
HOSPICE	1	321	15%	48
SERT/NOA/SMI	4	1690	5%	84
COMUNITA' DIP./BIA	4	159	15%	24
TOTALE	75	14025		1101

Tabella 116: UDO da vigilare 2017 appropriatezza Monza

Secondo pilastro WELFARE	n. UDO accreditate	UDO da vigilare	N. FaSas	
RSA APERTA	16	8	45	
RESIDENZIALITA' LEGGERA	3	0	0	due non hanno avuto in carico alcun utente nel corso dell'anno 2016
RESIDENZIALITA' RELIGIOSI	2	2	4	NUOVA Unità D'OFFERTA

Tabella 117: *Controlli appropriatezza 2017 Lecco*

TIPOLOGIA DI UNITA' D'OFFERTA 2017	NUMERO DI U.d.O. DA VIGILARE	N° TESTE TOTALI 2016	% di controllo	N° FaSas programmati 2017
RSA	14	1291	15%	194
RSD	2	63	30%	19
CDI	4	190	15%	29
CDD	4	98	30%	30
CSS	5	45	30%	14
CI residenziale	0	0	0	0
RIA residenziale per minori	2	308	15%	47
RIA ambulatoriale	3	4526	3%	136
CONSULTORI privati accreditati	1	254	5%	13
CONSULTORI pubblici sedi principali	5	3349	5%	168
Erogatori cure dom. in voucher	4	1366	5%	69
EROGATORI CURE DOMICILIARI ACCREDITATE ALTRE ATS** con sede secondaria area territoriale di Lecco	3	1084	5%	54
HOSPICE	0	0	0	0
SERT /SMI	1	264	5%	14
COMUNITA' DIPENDENZE	3	149	15%	23
BASSA INTENSITA' DIPENDENZE	0	0	0	0
RESIDENZIALITA' ASSISTITA RELIGIOSI	1	10	15%	2
Totale	52	12727		812

Tabella 118: *UDO da vigilare 2017 Lecco*

Tipologia UDO	n. UDO all'1/01/2017	Secondo pilastro WELFARE	n. UDO da controllare appropriatezza	N. FaSas	note
RSA	12	RSA APERTA	7	4	
		RESIDENZIALITA' LEGGERA **	1	1	
UDO (legge 3/2008)	1	RESIDENZIALITA' LEGGERA	1	1	due non hanno avuto in carico alcun utente nel corso dell'anno 2016
UDO in sperimentazione regionale	1	RESIDENZIALITA' LEGGERA	0	0	NUOVA Unità D'OFFERTA
APA	8	RESIDENZIALITA' LEGGERA	4	4	
TOTALE	22		12	10	

La stessa RSA offre RSA Aperta e Residenza leggera

Applicazione DGR 5918/2016

L'ATS della Brianza assicurerà l'implementazione il nuovo modello organizzativo della Rete locale delle Cure Palliative garantendo le azioni previste dalla DGR 5918/2016 nei tempi e nei modi dettati dalle circolari esplicative.

Attività di formazione 2017

E' già stato attuato un corso di formazione dal titolo "Le sanzioni amministrative in tema di vigilanza socio-sanitaria" in data 7 - 8 febbraio 2017.

L'esigenza formativa del corso sanzioni amministrative è nato a seguito di un corso tenutosi a fine anno 2015 sulla legge n° 689/1981 che ha evidenziato alcune criticità e carenze metodologiche legate ai dubbi di conoscenza e applicazione della Legge n° 241/90.

E' stato completato dal corso, organizzata dal Servizio farmaceutico, "Il sistema sanzionatorio nella vigilanza farmaceutica" in data 9/02/2017 che ha permesso di affrontare il tema delle sanzioni relative alle irregolarità in tema di registrazione della somministrazione dei farmaci, anche stupefacenti.

Per l'anno 2017 prosegue il lavoro di verifica congiunta dei modelli organizzativi relativi alle aree territoriali di Monza e Lecco: uno degli strumenti è una formazione sul campo permanente, in cui gli operatori si interrogano sulle modalità di attuazione delle vigilanze di appropriatezza, routinaria e nelle unità d'offerta socio-assistenziali. I corsi quindi sono tre, ed interessano la totalità degli operatori.

A partire dalla consapevolezza di alcune criticità in merito, il Servizio vigilanza, nelle due diverse sedi territoriali, ha previsto per il 2017 due convegni in tema di "contagio delle malattie infettive nelle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali". Il lavoro è scrupolosamente preparato con i comitati di infezioni ospedalieri ed i Servizi dell'ATS preposti alla registrazione delle stesse malattie infettive. Il responsabile scientifico è il direttore socio-sanitario dell'ATS, come garante di un processo integrato ATS-ASST.

Con il Servizio dell'ATS che si occupa di qualità, nel 2017 sono previsti due convegni, uno per ogni area territoriale, in tema di sollecitazione alle strutture socio-sanitarie nell'intraprendere un percorso di qualità. Successivamente, a piccoli gruppi, il lavoro proseguirà in particolare con le strutture piccole, per accompagnarle a fare proprio un percorso autonomo di qualità.

