

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it - informa@ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 28

del 27/01/2016

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Piano Controlli attività sanitarie anno 2016.

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Fabrizio Speziani

Dott.ssa Eliana Breda

Dott.ssa Teresa Foini



IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che:

- la D.G.R. n. X/4702 del 29.12.2015, ad oggetto "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016*" individua, tra gli obiettivi, la predisposizione di un Piano Controlli;
- nell'allegato alla succitata D.G.R. "Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2016" al punto 3.3.1 "*Controllo delle prestazioni sanitarie*" è prevista la predisposizione del Piano Controlli per l'Esercizio 2016 ed il relativo invio alla D.G. Welfare e all'Agenzia Regionale dei Controlli entro il 31 gennaio 2016 in formato elettronico;
- il Piano controlli è il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo a tutela della qualità e appropriatezza delle prestazioni/servizi erogati;

Considerato quanto sopra si predispose il Piano Controlli anno 2016 relativo all'attività degli Erogatori Sanitari di Ricovero e Cura e Prestazioni Ambulatoriali insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia, secondo le indicazioni regionali;

Preso atto che nell'allegato "Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2016" al punto 3.3.1 "*Controllo delle prestazioni sanitarie*" viene ribadito che l'attività di controllo in ambito sanitario è da effettuarsi "*... dando la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell'Esercizio di cui non sono state ancora saldate le attività che si individua con il periodo che va dal 1° gennaio di un anno al 28 febbraio dell'anno seguente*"; pertanto il Piano Controlli 2016 potrà concludersi entro Febbraio 2017;

Evidenziato che nel presente Piano è richiamata l'attività di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, sviluppata e analizzata nello specifico Piano Attuativo per il Governo dei tempi di Attesa;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Vista la proposta del Direttore del Servizio Autorizzazione, Accreditemento e Controllo delle Prestazioni Sanitarie, Dr.ssa Franca Marsillo e del Direttore del Servizio Analisi Gestionale ed Epidemiologica per la Valutazione ed il Controllo Strategico dell'Organizzazione Sanitaria, Dr.ssa Simona De Filippo;

Dato atto che il Direttore del Servizio Autorizzazione, Accreditemento e Controllo delle Prestazioni Sanitarie, Dr.ssa Franca Marsillo, attesta in qualità di Responsabile del procedimento la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani, del Direttore Sociosanitario, Dott.ssa Eliana Breda e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Teresa Foini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di adottare, ai sensi della D.G.R. n. X/4702 del 29.12.2015 e per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente trascritte, il Piano Controlli anno 2016, di cui all'allegato "A" (composto da n. 19 pagine) parte integrante del presente provvedimento;
- b) di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- c) di demandare al Servizio Autorizzazione, Accreditemento e Controllo delle Prestazioni Sanitarie la realizzazione delle azioni programmate e la trasmissione del documento alle Strutture di Ricovero e Cura e Prestazioni Ambulatoriali;
- d) di provvedere all'inoltro del documento in formato elettronico alla D.G. Welfare e



- all'Agenzia Regionale dei Controlli a cura del Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo;
- e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
 - f) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e dell'art. 32 della L. n. 69/2009.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

PIANO CONTROLLI ATTIVITA' SANITARIE ANNO 2016

IN ATTUAZIONE ALLA DGR X/4702 del 29/12/2015

*"DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO
SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2016".*

In ottemperanza alla DGR X/4702 del 29/12/2015, ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016", si dispone il presente Piano Controlli relativo all'anno 2016.

Indice

<i>VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE</i>	pag. 3
Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015	pag. 3
Pianificazione 2016	pag. 6
<i>CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO E CURA</i>	pag. 8
Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015	pag. 8
Pianificazione 2016	pag. 10
<i>CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE</i>	pag. 11
Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015	pag. 11
Pianificazione 2016	pag. 15
<i>VERIFICHE SUI TEMPI DI ATTESA</i>	pag. 17
Pianificazione 2016	pag. 17
<i>CUSTOMER SATISFACTION</i>	pag. 18
<i>CONTROLLI DELLE ATTIVITA' IN AREA PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA</i>	pag. 18
Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015	pag. 18
Pianificazione 2016	pag. 19

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

Tutta l'attività, compresa la verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie è svolta dalla "U.O. Autorizzazione e Accreditamento degli Erogatori Sanitari" nel rispetto delle determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario emanate da Regione Lombardia, di concerto con gli uffici regionali competenti e nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente.

La funzione di vigilanza delle Strutture Erogatrici già autorizzate/accreditate si esplica attuando interventi ispettivi con finalità di verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento come disposto nel Piano Controlli Annuale, e in seguito a richieste e segnalazioni da parte di Regione e altri organismi di controllo.

L'unità operativa predispone ed attua anche il controllo e la gestione di flussi informativi e amministrativi, le istruttorie di procedimenti relativi alla presa in carico di istanze di autorizzazione e/o accreditamento relative a strutture sanitarie erogatrici. Dalla seconda metà dell'anno 2014, è stata condivisa con la Direzione Generale Salute nonché con le strutture di competenza la gestione delle nuove pratiche di DIA, Autorizzazione all'Esercizio e/o Accreditamento utilizzando il nuovo applicativo ASAN (Sistema di Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Sanitarie) su piattaforma SISS in rete.

Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

L'attività di verifica e controllo per l'anno 2015 si è svolta nel pieno adempimento del Piano Controlli adottato con Decreto ASL n. 47 del 29/01/2015, della normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento sanitario e nel rispetto delle tempistiche necessarie per la condotta dell'istruttoria e dell'adozione dei provvedimenti aziendali.

La complessità dei procedimenti in capo alla U.O. Autorizzazione e Accreditamento, rende necessario un approccio multidisciplinare per l'analisi dei procedimenti in carico; inoltre è risultata fondamentale, al fine di attuare la gestione complessiva di alcune istanze, l'interazione e la collaborazione con i colleghi delle altre articolazioni aziendali, con i professionisti di altre ASL lombarde nonché con i referenti regionali.

L'attività dell'U.O. si esplica attraverso analisi e valutazioni documentali, incontri con le strutture coinvolte, sopralluoghi di verifica e collaborazioni in sinergia con tutti gli attori del sistema.

In attuazione della D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014, a seguito della quale è stata ribadita, per l'anno 2015, la sospensione degli accreditamenti relativi a nuove unità operative e nuove strutture, l'U.O. Autorizzazione e Accreditamento ha proceduto a processare le istanze inerenti il trasferimento, trasformazione e l'ampliamento strutturale di attività sanitarie già accreditate. Unica eccezione la gestione delle istanze per l'autorizzazione e l'avvio di due nuovi progetti nell'ambito della neuropsichiatria infantile secondo quanto stabilito nella D.G.R. X/2189 del 25.07.2014 e nel Decreto Direzione Generale Salute n. 2647 del 01.04.2015.

In particolare nel corso dell'anno sono state affrontate e gestite istanze di accreditamento di particolare complessità, quali quelle inerenti il progressivo trasferimento e messa in esercizio e riorganizzazione di parte delle macroattività di degenza, di servizi diagnostici ad elevata tecnologia, riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio del Presidio Ospedaliero "Spedali Civili di Brescia". Tali interventi, all'interno di un nuovo edificio e in altri spazi sulla base di quanto previsto da finanziamenti quali "Project Financing" e manutenzione straordinaria, rientrano nel piano aziendale di adeguamento strutturale e tecnologico ai requisiti generali e specifici.

In ordine alla riorganizzazione prevista per l'anno 2015 si specifica che parte rilevante dell'attività operativa della U.O. è stata dedicata alla rivisitazione del complesso processo di riclassificazione con il perfezionamento dell'adeguamento ai nuovi standard qualitativi del sistema trasfusionale; parallelamente si è proceduto con le verifiche sulla base delle richieste presentate in ordine alla riorganizzazione con progressiva centralizzazione delle attività trasfusionali di raccolta di sangue intero ed emocomponenti secondo le nuove disposizioni regionali. I sopralluoghi sono stati attuati nel corso di tutto l'anno 2015, ed hanno comportato la verifica dei requisiti minimi strutturali,

tecnologici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010 e del 25.07.2012, recepiti con DGR n. IX/3465 del 16.05.2012 e con DGR n. IX/4612 del 28/12/2012.

Per quanto riguarda l'attività di vigilanza programmata e non programmata, particolare attenzione è stata posta in relazione alla valutazione di alcune tematiche in materia di requisiti di accreditamento generali e specifici delle strutture sanitarie coinvolte, compresi i criteri di incompatibilità dei professionisti sanitari e l'adeguatezza dei titoli abilitanti a copertura del ruolo come previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia.

Le criticità ed inadempienze rilevate nel corso degli eventi ispettivi, hanno reso necessaria la stesura e la gestione di Processi Verbali di Accertamento/Contestazione (V.C.A.) con notifica delle relative sanzioni amministrative ai sensi della normativa vigente.

Nel corso dell'anno 2015 si è proceduto all'adempimento, negli ambiti sotto descritti, sia di quanto previsto nel Piano Controlli del medesimo anno sia in relazione a necessità contingenti manifestate; in alcuni casi la complessità dell'ispezione e della materia ha richiesto più di un'uscita ispettiva.

Attività di verifica nei confronti delle Strutture di Ricovero e Cura:

- gestione del 100% delle istanze di trasferimento ed ampliamento di attività e di quelle inerenti la trasformazione di Unità Operative di ricovero, di branche ambulatoriali e di sezioni specialistiche di Servizi di Medicina di Laboratorio in strutture già accreditate e a contratto presentate da erogatori pubblici e privati;
- gestione del 100% delle istanze, presentate dalle Aziende Ospedaliere, relative a progetti strategici finanziati e già approvati con specifici provvedimenti regionali che hanno comportato ampliamento e ristrutturazioni con le relative modifiche di assetto nella piattaforma regionale dedicata ASAN;
- acquisizione del 100% delle "Autocertificazioni quadrimestrali", ai fini del mantenimento dei requisiti organizzativi specifici indicati dal Decreto Regione Lombardia n. 2877/2001, quali strumenti di analisi e confronto con specifica verifica delle situazioni che comportavano particolari criticità;
- monitoraggio al 31/12/2014 dei "Requisiti Tecnologici e Strutturali delle strutture sanitarie di diritto pubblico e privato" che hanno ottenuto il Decreto di dilazione ai sensi della DGR IX/898/2010;
- acquisizione, entro il 31/12/2015, delle nuove istanze di proroga per l'adempimento ai requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici previsti dalla normativa vigente, secondo quanto stabilito dalla DGR X/4702 del 29.12.2015 "Regole di gestione del Servizio Socio-Sanitario 2016";
- acquisizione del 100% degli estratti della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza di cui al Decreto Legislativo 231/2001, per le strutture di ricovero e cura previste dall'Allegato 1 alla DGR X/4606/2012-punto 1;
- l'attività di verifica ispettiva di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) viene demandata alle prossime indicazioni, nelle more della definizione e perfezionamento dei nuovi requisiti di autorizzazione ed accreditamento dei centri stessi, come esplicitato nella DGR X/4103 del 02.10.2015.

Attività previste nei confronti dei Servizi di Medicina di Laboratorio e Trasfusionali:

- verifica, secondo quanto esplicitato nella D.G.R. IX/2633/2011-allegato 11, dell'esecuzione in sede di almeno il 25% del numero delle prestazioni erogate per conto del SSR;
- gestione del 100% delle istanze di trasferimento e riordino dei Servizi di Medicina di Laboratorio sulla base delle valutazioni già espresse nel corso dell'anno precedente sui progetti di riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio (SMEL) delle Aziende Ospedaliere condivisi con la Direzione Generale Salute, ed attuazione delle modifiche di assetto conseguenti;
- gestione e coordinamento, attraverso l'interfaccia con le articolazioni territoriali, del processo di apertura delle nuove attività di prelievo richieste dagli SMEL accreditati e a contratto sul territorio;
- prosecuzione dell'attività di verifica, con cadenza biennale, della sussistenza dei requisiti minimi vigenti, mediante visite ispettive alle Strutture Trasfusionali regionali ed alle Unità di Raccolta a gestione associativa, da parte di personale con specifica formazione e presente nell'elenco nazionale dei "Valutatori del Sistema Sangue". Le verifiche hanno

riguardato soprattutto il perfezionamento dell'adempimento ai requisiti dei Servizi di Medicina Trasfusionale e la riorganizzazione con sopralluogo al Centro di Lavorazione Qualificazione e Validazione Sangue (CLQV) presente nel territorio di competenza.

Attività previste nei confronti dei Poliambulatori accreditati e a contratto:

- attività di verifica, in continuità con gli anni precedenti, presso Erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Attività previste nei confronti delle strutture dell'area della Salute Mentale:

- gestione del 100% delle richieste di autorizzazione ed accreditamento presentate dalle strutture residenziali o semiresidenziali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza (NPIA) che, alla data di approvazione della Delibera X/2989 del 23/12/2014 risultavano, nel registro regionale delle strutture autorizzate ed accreditate (nuovo programma di gestione ASAN), avere posti tecnici solo autorizzati per prestazioni di NPIA e per i progetti che rientrano nel Decreto 2647 del 01/04/2015.

Attività di verifica amministrativa e di gestione dei flussi informativi:

- aggiornamento della Banca Dati "Centrale ASL Brescia", comprensiva di tutte le modifiche di assetto riguardanti gli Erogatori Sanitari di competenza, in coordinamento con i competenti Servizi Regionali nel programma ASAN in rete su piattaforma SISS;
- verifica, preliminare all'istruttoria tecnica, della procedibilità di tutte le istanze;
- istruttoria amministrativa per la predisposizione di atti e decreti aziendali;
- verifica dei requisiti soggettivi dei nuovi soggetti giuridici accreditati ed a seguito di tutte le modifiche societarie e statutarie intervenute;
- acquisizione, ai sensi della DGR IX/4606 del 28/12/2012, per le strutture di ricovero e cura previste dalla DGR IX/3856 del 25/07/2012, dell'estratto della relazione annuale 2014 dell'Organismo di Vigilanza di cui al D.Lgs 231/2001;
- gestione per gli erogatori sanitari privati dei Flussi Ministeriali ai sensi del D.M. 05/01/2006 con il Programma "SFERA" per la rilevazione delle attività gestionali ed economiche degli Enti Erogatori Sanitari dell'ASL di Brescia per un totale di 53 strutture;
- gestione del Registro dei Verbali di Contestazione del Servizio e gestione flusso regionale relativo a sanzioni e diffide per il Dipartimento P.A.C.;
- ricezione e analisi sistematica del flusso relativo all'anagrafe del personale sanitario, prodotto ai sensi dell'art. 2 del contratto giuridico siglato con gli Enti erogatori, e gestione dello stesso in funzione delle verifiche ispettive;
- ricognizione e valutazione delle comunicazioni di variazione/riduzione delle attività sanitarie e dei posti letto con particolare attenzione al monitoraggio delle unità operative/servizi ad elevata specialità e delle aree critiche;
- gestione di interlocuzioni relative a disposizioni ed ordinanze Ministeriali/Regionali, con tutti gli Enti e strutture sanitarie coinvolte;
- Gestione e monitoraggio del flusso grandi apparecchiature in uso presso le strutture sanitarie private accreditate istituito con Decreto del Ministero della Salute del 22 aprile 2014 e pubblicato in G.U. n.100 del 14.05.2014 ed in riferimento a quanto richiesto dalle successive note esplicative regionali; analisi delle criticità anche mediante l'utilizzo dei flussi ministeriali già esistenti quali STS14 (per le strutture sanitarie private accreditate extraospedaliere) e HSP14 per le strutture private accreditate di ricovero e cura.

Tali operazioni, svolte con modalità diverse e con l'utilizzo di strumenti variabili a seconda delle necessità, vengono classificate nelle tabelle sottostanti:

Verbali di Verifica	Numero Istruttorie	Procedimenti Sanzionatorio
Procedimenti documentali con verifiche inerenti rimodulazione degli spazi, modifiche di assetto accreditato, variazioni amministrativi, flussi informativi;	14	
Eventi ispettivi/sopralluoghi da piano controlli o da richieste da parte di altri enti o su segnalazioni	34	4
TOTALE	48	4

Tipologia di attività	Numero Istruttorie	Procedimenti Sanzionatorio
Istanze di Autorizzazione e Accredimento per trasferimento/ampliamento/trasformazione o riorganizzazione di attività sanitarie già accreditate di competenza	24	1
Istanze di autorizzazione all'esercizio o D.I.A. di nuove attività sanitarie di competenza	4	
Verifiche sussistenza/mantenimento requisiti di autorizzazione e/o accreditamento delle strutture di competenza	18	3
Verbali di incontro in sede con le singole Strutture per problematiche specifiche	44	
Atti e Provvedimenti Amministrativi	50	
Gestione sul Programma "SFERA" dei Flussi Informativi per la rilevazione delle attività gestionali ed economiche degli Enti Erogatori Sanitari dell'ASL di Brescia	322	
Pareri obbligatori per progetti con finanziamenti pubblici	2	

Pianificazione 2016

Accreditamento

Ai sensi della DGR n. X/4702 del 29.12.2015 e nelle more di ulteriori indicazioni regionali, circa gli ambiti in cui sarà possibile ampliare l'offerta di nuovi accreditamenti ed orientare le trasformazioni degli assetti accreditati, è consentita esclusivamente la possibilità di trasferimento e/o trasformazione, a parità di numero e di budget delle UU.OO. di ricovero e cura e delle branche ambulatoriali all'interno di strutture già accreditate ed a contratto, previa valutazione positiva delle ATS trasmessa alla DG Welfare.

In particolare potranno essere valutate:

- la trasformazione di branche ambulatoriali e/o di posti letti attivi;
- la trasformazione di UU.OO. di ricovero e cura in nuove UU.OO., applicando per i posti letto attivi il rapporto di 2:1;
- l'apertura di nuovi posti tecnici di dialisi, cure subacute, BIC e MAC per trasformazione in rapporto 1:1 di posti letto attivi;
- l'apertura di punti prelievo come dalla DGR stessa secondo le modalità della DGR VII/3313 del 02.02.2001.

Saranno invece sospese, nelle more della ridefinizione dei criteri autorizzativi, le autorizzazioni relative all'attivazione di nuovi laboratori e di nuove sezioni specializzate (comprese le trasformazioni), per quanto riguarda le branche di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia Patologica".

Nel corso del 2016 verrà infine affrontata, qualora fossero perfezionati i percorsi per la definizione dei requisiti per l'accredimento, la rivisitazione di Stroke Unit, Laboratori di elettrofisiologia, Centri per le Staminali Emopoietiche (CSE), Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), Farmacie Ospedaliere, POT, Servizi di Medicina di Laboratorio specialistici di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia Patologica".

La riclassificazione potrà comprendere la rivisitazione anche con l'adeguamento degli assetti delle strutture in riferimento alle Reti di Patologia secondo il disposto regionale.

Attività previste nei confronti delle Strutture di Ricovero e Cura:

- gestione delle istanze di trasferimento e di trasformazione per le Unità Operative di ricovero e cura e/o per branche ambulatoriali in strutture già accreditate e a contratto;
- gestione delle istanze presentate per l'apertura di posti tecnici di dialisi, cure subacute, BIC, MAC, nelle modalità sopra riportate in linea con la valutazione di eventuali ambiti carenti e la programmazione della rete d'offerta;
- gestione di istanze, presentate dalle ASST, relative a progetti strategici finanziati e già approvati con specifici provvedimenti regionali che comporteranno l'attivazione di ampliamenti e ristrutturazioni con le relative modifiche di assetto;
- verifica delle "Autocertificazioni quadrimestrali", ai fini del mantenimento dei requisiti organizzativi specifici, indicati dal Decreto Regione Lombardia n. 2877/2001, quali strumenti di analisi e confronto di situazioni specifiche in cui si rilevino criticità;
- valutazione e gestione delle istanze di proroga presentate ai fini dell'adempimento dei "Requisiti Tecnologici e Strutturali delle strutture sanitarie di diritto pubblico e privato" ai sensi della DGR IX/898/2010, secondo le modalità e le tempistiche fornite dalle indicazioni regionali. La documentazione a supporto delle istanze andrà presentata dalle strutture anche in considerazione delle nuove disposizioni normative sopravvenute soprattutto in materia di prevenzione incendi e protezione antisismica;
- acquisizione dell'estratto della relazione annuale dell'Organismo di Vigilanza di cui al Decreto Legislativo 231/2001, per le strutture di ricovero e cura previste dall'Allegato 1 alla DGR X/4606/2012-punto 1;
- Acquisizione e valutazione della documentazione in riferimento al requisito **OGPAZ03** "La Direzione predispose materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi?" di tutti gli erogatori privati accreditati anche alla luce della futura riorganizzazione delle reti territoriali.
- Verifiche presso le UU.OO./Dipartimenti medici e/o chirurgici, nelle strutture di ricovero e cura per acuti, pubbliche e private, al fine di migliorare la valutazione della sicurezza del percorso clinico-assistenziale del paziente durante il periodo di ricovero.
In linea con le indicazioni nazionali e regionali la valutazione, nell'ambito della gestione del rischio clinico, riguarderà la completa gestione della sicurezza dei processi clinico-assistenziali e, per la valutazione di tale realizzazione, si prenderanno a riferimento i requisiti generali di seguito riportati:
OGVQA07: "Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati; - controllo delle infezioni ospedaliere; - razionale utilizzo dei farmaci; - appropriatezza dei ricoveri; - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica, ecc.)?"
OGPRO01: "In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali, è favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche?"
OGPRO02: "Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?"
OGPRO03: "Ogni unità organizzativa predispose una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili?"
OGPRO04: "La raccolta di regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo) sono confermate o aggiornate almeno ogni tre anni?"

Attività previste nei confronti dei Servizi di Medicina di Laboratorio e Trasfusionali:

- acquisizione e verifica delle prestazioni erogate per conto del SSR in sede ed in service secondo le nuove indicazioni nazionali e regionali, che potranno essere valutate anche sulla base di quanto rilevato dal Centro di Riferimento Regionale per la qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CRR);
- prosecuzione dell'attività di verifica della sussistenza dei requisiti minimi vigenti con cadenza biennale, da parte di personale presente nell'elenco nazionale dei "Valutatori del Sistema Sangue" con specifica formazione, attraverso le visite ispettive nelle Strutture Trasfusionali regionali e nelle Unità di Raccolta a gestione associativa.

Attività previste nei confronti dei Poliambulatori accreditati e a contratto:

- pianificazione dei controlli, in continuità con l'attività di verifica degli anni precedenti, a carico degli Erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Acquisizione e valutazione della documentazione in riferimento al requisito **OGPAZ03** "La Direzione predispose materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi?" di tutti gli erogatori privati accreditati anche alla luce della futura riorganizzazione delle reti territoriali.

CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO E CURA

L'attività di controllo che riguarda le prestazioni erogate in regime di ricovero presso le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dell'ATS di Brescia è effettuata dall'UO Qualità e Appropriatezza delle Prestazioni di Ricovero e Cura.

Come per i tre anni precedenti, anche per il 2016 si conferma l'indicazione che almeno il 14% delle attività di ricovero siano soggette a controlli.

In particolare la quota di controllo prevista al fine di raggiungere il valore complessivo del 14% è così composta:

- **quota fino al 3%** riferita ad autocontrollo della qualità della documentazione clinica effettuata a cura degli erogatori e selezionata con modalità di campionamento casuale dall'ATS;
- **quota di almeno il 7%** riferita ai controlli di congruenza e appropriatezza generica selezionata con campionamento mirato dall'ATS;
- **quota fino al 4%** riferita ad attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero effettuata a cura dei soggetti erogatori e selezionata da parte degli stessi con modalità da essi definite e dichiarate all'ATS con apposito Piano Controlli entro la fine di gennaio del 2016.

Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

L'attività per l'anno 2015, iniziata a marzo e tuttora in corso con previsione di chiusura entro febbraio 2016, ha previsto un controllo di almeno n. 27.166 pratiche, pari al 14% della produzione. Il controllo in modalità mirata, con verifica della congruenza di codifica della SDO e dell'appropriatezza generica/organizzativa ha riguardato in generale, oltre alle prestazioni oggetto di particolari disposizioni regionali, le tipologie di controllo già in essere nel 2014.

Nelle tabelle successive si riportano i risultati in termini numerici dei controlli effettuati fino al 31 dicembre 2015 (Tabella n.4) ed il totale delle SDO/Cartelle Cliniche verificate in Autocontrollo e Mirato con la distribuzione delle valorizzazioni economiche pre e post-controllo (Tabella n. 3), nonché i controlli mirati suddivisi per area di ricovero e tipologie di campionamento (Tabella n. 1 e n. 2).

Tabella n. 1 Controlli mirati per area di ricovero (dal 01/03 al 31/12/2015)

Area di ricovero	Cartelle cliniche viste	Modificate	%
ricoveri programmati	4.750	531	11,1
ricoveri urgenti	5.725	454	7,9
day-hospital	1.868	346	18,5
sub-acute	116	7	6,0
area riabilitazione	883	83	9,4
Totale	13.342	1.421	10,6

Tabella n. 2 Controlli mirati per tipologia di campionamento (dal 01/03 al 31/12/2015)

Tipologia di campionamento	Cartelle cliniche viste	modificate	%
108 drg potenzialmente inappropriati	5.466	430	7,8
drg complicati	1.816	213	11,7
indicatori regionali	6.892	690	10,0

N.B. una cartella ispezionata può rientrare in più tipologie di campionamento.

Tabella n. 3 Ricoveri controllati e decurtazioni (dal 01/03 al 31/12/2015)

TIPOLOGIA CONTROLLI	CONTROLLI	MODIFICHE	%	IMPORTO PRE CONTROLLI	IMPORTO POST CONTROLLI	DIFFERENZA
AUTOCONTROLLO 4%	6.489	305	4,7	€ 22.358.959,00	€ 22.101.216,20	€ 257.742,80
AUTOCONTROLLO 3%	4.833	51	1,0	€ 16.306.386,00	€ 16.209.528,70	€ 96.857,30
MIRATO 7%	13.342	1.421	10,6	€ 53.701.894,00	€ 51.001.613,30	€ 2.700.280,70
TOTALE	24.664	1.777	7,2	€ 92.367.239,00	€ 89.312.358,20	€ 3.054.880,80

Tabella n. 4 Attività di verifica dei ricoveri ospedalieri (dal 01/03 al 31/12/2015)

Ricoveri Controllati									
	Dimessi anno 2014	Ricoveri visti	% visti	Ricoveri Modificati	% modificati	Importo PRE Euro	Importo POST Euro	Differenza Euro	% differenza
Strutture Pubbliche	117.665	16.946	14,4	1.227	7,2	60.230.690,00	57.970.321,30	2.260.368,70	3,8
Strutture Private	76.368	7.718	10,1	550	7,1	32.136.549,00	31.342.036,90	794.512,10	2,5
Totale	194.033	24.664	12,7	1.777	7,2	92.367.239,00	89.312.358,20	3.054.880,80	3,3

Le maggiori criticità sono state rilevate, come per l'anno precedente, nell'area Medica dei 108 DRG potenzialmente inappropriati, soprattutto per i ricoveri programmati.

L'attività di Autocontrollo della qualità della documentazione clinica, a cura dei soggetti erogatori (come da DGR VIII/10077 del 07 agosto 2009) e con successiva verifica ASL, conferma il trend

positivo registrato negli anni precedenti. Dall'introduzione di tale tipologia di controllo, nel corso degli anni si è rilevato un graduale e costante miglioramento nella gestione della cartella clinica, con una buona compliance alle indicazioni regionali in materia. Il livello di concordanza riscontrato con maggior frequenza nel 2015, come per gli anni precedenti, è stato "Massimo".

Per quanto riguarda le verifiche per l'autocontrollo 4% di congruenza, tuttora in corso, finora non sono emerse particolari criticità, anche in considerazione del fatto che le stesse sono state introdotte per la prima volta tre anni fa.

Pianificazione 2016

L'attività di controllo per l'anno 2016 è rivolta alla verifica delle attività erogate e poste a carico del SSR, dando la priorità alla verifica della produzione dell'anno in corso e agli Enti Erogatori Accreditati insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia.

Si prevede il controllo di almeno il 14% dell'attività di ricovero, così come indicato dalla DGR X/4702 del 29/12/2015, calcolato sulla produzione 2015, confermando così la percentuale di controlli fissata nei tre anni precedenti.

Si prevedono quindi l'attività di Autocontrollo inerente alla completezza della documentazione clinica e l'attività di Autocontrollo di congruenza di codifica/appropriatezza generica (o organizzativa), con successive e specifiche verifiche da parte dell'ATS, nonché l'attività di controllo di tipo Mirato, dando la priorità alle prestazioni erogate nel corso dell'esercizio 2016. Le attività di controllo si chiuderanno entro febbraio 2017.

Autocontrollo:

- è prevista una quota fino a 3 punti percentuali riferita ad attività di controllo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e successiva verifica, con selezione del campione di tipo casuale effettuata da parte dell'ATS, così come esplicitato dalla DGR X/4702/2015 e successive indicazioni regionali in materia;
- è prevista una quota fino a 4 punti percentuali riferita ad attività di controllo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori con criteri condivisi con l'ATS e successiva verifica di tipo casuale, così come esplicitato dalla DGR X/4702/2015 e successive indicazioni regionali in materia.

Controlli di tipo Mirato

- è stabilita una quota di verifica del 7% come da DGR X/4702/2015, riferita all'attività di controllo con campionamento di tipo mirato per la verifica della congruenza di codifica e dell'appropriatezza generica/organizzativa.

Si prevede che i monitoraggi/controlli siano, soprattutto, in merito a:

- indicazioni già pubblicate dallo strumento "Interpello" della Direzione Generale Sanità, anche per quanto stabilito dai verbali del "Gruppo di Lavoro Regionale per l'Accreditamento, l'Appropriatezza e il Controllo delle Prestazioni Sanitarie di Ricovero ed Ambulatoriali";
- indicatori Regionali, così come specificati dalla DGR IX/2633 del 06 dicembre 2011, calcolati e forniti dalla Direzione Generale Sanità, I1-percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3giorni, I2-percentuale casi complicati, I3-incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa, I4-percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC e nello stesso ospedale, I5-percentuale di ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale, I6-numero di accessi per record di day hospital, I7-percentuale di procedure effettuate in ambulatorio, I8-importo medio per reparto, I9-percentuale di casi ordinari con degenza 4/5 giorni;
- tipologia di campione (ex Fattispecie) 1- Ricoveri ripetuti per acuti, 2- Ricoveri con assegnazione di DRG complicato, 3- Ricoveri per acuti con attribuzione di DRG anomalo, 4- Ricoveri ordinari per acuti, di durata inferiore a 4 giorni, con presenza in diagnosi principale di patologia neoplastica ed assegnazione di DRG non chirurgico, 5- Ricoveri in DH per motivi diagnostici, con esecuzione di nessuna o una sola procedura, 6 (ex eventi 6 e 7) - Ricoveri di Riabilitazione;
- 108 DRG a rischio di inappropriatazza di cui al Patto per la Salute 2010 - 2012 come da DGR X/4702/2015 - LEA medici e/o chirurgici, con particolare riferimento a quelli programmati ed afferenti all'area medica;
- ricoveri a tariffa più remunerativa;
- attività di cure SubAcute;

- area riabilitativa;
- Day Hospital, per appropriatezza del livello assistenziale;
- aree di interesse locale ed eventuali criticità emerse anche sulla base delle precedenti attività ispettive.

Indicatore: Obiettivo Regionale = 14% della produzione 2015, così come calcolato da Regione Lombardia.

CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Con l'introduzione della L.R. 23/2015 si è avviato il riordino e l'evoluzione del Sistema Sanitario che prevede rilevanti cambiamenti degli assetti erogativi e di programmazione in un contesto che da sempre ha operato nel rispetto dell'accessibilità alle prestazioni secondo i criteri di appropriatezza prescrittiva.

I controlli si inseriscono nel sistema di governance della Sanità indispensabile per perseguire obiettivi di efficienza e razionalizzazione della spesa nel Sistema Sanitario Lombardo.

Dal punto di vista operativo ulteriori cambiamenti potranno derivare dall'incremento delle prescrizioni da parte dei MMG/PDF di prestazioni di laboratorio con la ricetta dematerializzata.

Sono in corso aggiornamenti riguardanti l'attività di controllo a seguito dell'introduzione di una Web Application che permetterà di ricercare ed estrarre i dati delle erogazioni delle prescrizioni su ricette dematerializzate.

Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

Al momento della stesura del presente documento sono state verificate 203.607 prescrizioni. Le attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali sono ancora in corso e termineranno entro il 28 febbraio 2016.

Nel corso degli eventi ispettivi, in otto situazioni si sono rilevate carenze/inesattezze configuranti una decurtazione economica \geq al 5% della valorizzazione dell'intero campione esaminato, così come definito dalla DGR n. IX/2057 del 28/07/2011, per Presidio Ospedaliero come da DGR n. X/1185/2013 e pertanto, ai sensi dell'art. 17 della L.R. 33 del 30 dicembre 2009 (testo unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità comma 1, punti d/f), si è avviato il procedimento sanzionatorio.

In un caso si è riscontrata la rendicontazione nel flusso 28/SAN dell'esame emocromocitometrico cod. 90.62.2, eseguito a pazienti in PS con quantità raddoppiate, in coincidenza con un aggiornamento dell'applicativo informatico utilizzato. A tal riguardo si è proceduto all'estensione del campione a tutta la casistica di riferimento.

Di seguito le tabelle riassuntive l'attività di controllo al 31/12/2015.

Si precisa che tra le pratiche modificate un numero rilevante (62%) è stato esitato con la lettera X, introdotta con la DGR n. X/1185/2014, che comporta modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica. Le tipologie di errore più rappresentative sono state:

- mancata coerenza tra tipologia di prestazione (O=primo accesso/Z=controllo) e codice della visita di primo accesso o di controllo, con modifica della tipologia e non della prestazione;
- inserimento di un codice medico prescrittore cessato;
- inserimento di date non corrette nei campi "data contatto" e "data fine erogazione";
- compilazione campo "prima data prospettata" con tipologia di prestazione "Z";
- inappropriata prescrizione del cod. 88.94.1 "RMN Muscoloscheletrica" rispetto alle raccomandazioni di cui alla DGR X/2313/2014;
- incongruenze nella corrispondenza tra l'apposizione del bollino verde sull'impegnativa e la "biffatura" del campo "Classe di priorità".

Tabella n. 1 - Obiettivo regionale - avanzamento al 31/12/2015

PRODUZIONE 2014 (N. PRESCRIZIONI) REGIME DI EROGAZIONE 1,7,8,9,C, TIPO PRESTAZIONE O,U,Z	NUMERO ATTESO PER L'ESERCIZIO 2015 (3,5%PRODUZIONE)	NUMERO VERIFICATI AL 31/12/2015	% VERIFICATI AL 31/12/2015
5.077.945	177.728	203.607	4,0

Tabella n. 2 - Attività 2015 - riepilogo generale controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale

TOTALI RECORD VERIFICATI	TOTALI RECORD MODIFICATI	VALORE ORIGINALE	VALORE ASSEGNATO	DIFFERENZA
203.607	62.869	€ 22.107.583,89	€ 21.270.807,52	€ 836.776,37

Tabella n. 3 - Attività 2015 - riepilogo controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di struttura

TIPO STRUTTURA	VISTI	% MODIFICATE	VALORE ORIGINALE	VALORE ASSEGNATO	DIFFERENZA
STRUTTURE PUBBLICHE	97.749	29,8	€ 8.791.853,83	€ 8.095.107,10	€ 696.746,73
STRUTTURE PRIVATE	105.858	31,9	€ 13.315.730,06	€ 13.175.700,42	€ 140.029,64
TOTALE	203.607	30,9	€ 22.107.583,89	€ 21.270.807,52	€ 836.776,37

Tabella n. 4 - Attività 2015 - riepilogo per tipologia di controllo

TIPOLOGIA DI CONTROLLO	NUMERO PRESCRIZIONI
CONTROLLI IN LOCO	53.432
CONTROLLI STATISTICO FORMALI	150.175
TOTALE	203.607

Di seguito si riportano alcuni ambiti che più di altri hanno caratterizzato l'attività 2015.

Area di Genetica Medica

Con riferimento alla DGR IX/4716/2013 allegato B-C e Circolare n. 13 del 28/05/2013 è stato verificato in loco la produzione del periodo giugno 2014/giugno 2015 per un totale di 1.950 prescrizioni di cui sono state rilevate inapproprietezze pari al 8,6%.

Le tipologie di errore prevalentemente rilevate sono state:

- prescrizioni con quesito diagnostico assente, troppo generico o non appropriato;
- prestazioni erogate in esenzione non appropriata es. M00;
- mancanza del "consenso informato" o prestazioni erogate/prescritte con "consenso informato" firmato dal MMG (prescrizioni del 2015) o privo della firma dello Specialista o del paziente.

Gli episodi non appropriati secondo i disposti della DGR IX/4716/2013 - allegato C e successiva circolare Regionale n. 13 del 28/05/2013 e DGR X/2989/2014, non sono stati riconosciuti a carico del SSR.

Tabella n. 5 – Attività 2015 - riepilogo controlli prescrizioni "Genetica medica"

	VISTE	% MODIFICATE
STRUTTURE PUBBLICHE	1.568	9,6
STRUTTURE PRIVATE	382	4,7
TOTALE	1.950	8,6

Area di Radiodiagnostica – appropriatezza prescrittiva della risonanza magnetica nucleare (RM) muscoloscheletrica cod. 88.94.1

La DGR X/2313/2014 ha fornito indicazioni di appropriatezza riguardo ai segmenti spalla e ginocchio. Al riguardo la UO Qualità ed Appropriatezza prestazioni di specialistica ambulatoriale ha partecipato all'attività di due gruppi di lavoro, istituiti dall'ASL di Brescia, sull'argomento in oggetto:

- Primo gruppo coordinato dal Dipartimento Cure Primarie, costituito da Medici specialisti delle Strutture Erogatrici e Medici di Medicina Generale allo scopo di organizzare iniziative formative di supporto ai MMG/PLS/MCA nella gestione, durante la consueta attività ambulatoriale, di patologie di frequente riscontro quali l'artropatia del ginocchio, spalla e anca fornendo indicazioni circa la loro prevenzione, terapia conservativa e chirurgica allo scopo di poter utilizzare le risorse ed i setting di cura in modo appropriato e uniformare ed integrare le modalità operative presenti nell'ospedale e nel territorio.
- Secondo gruppo coordinato dal Dipartimento PAC e con la collaborazione del Dipartimento Cure Primarie con l'obiettivo di approfondire la tematica dell'appropriatezza prescrittiva in tema di RM e definire criteri comuni, di facile fruibilità, a disposizione di tutti i prescrittori, utili a meglio indirizzare la prescrizione delle RM per spalla e ginocchio.

Si è ritenuto interessante effettuare un confronto tra le prescrizioni redatte nel 2014 e quelle del 2015 da parte degli specialisti, relative alle sedi di spalla e ginocchio (quattro mesi di attività del 2014 e 4 mesi di attività del 2015). I controlli hanno dovuto essere necessariamente effettuati in loco in quanto il cod. 88.94.1 è un codice generico utilizzabile per molti diversi distretti corporei.

In totale si sono verificate 5.459 prescrizioni di cui 3.004 prescrizioni sono risultate relative a spalla e ginocchio, per le quali è stato possibile valutarne l'appropriatezza prescrittiva secondo i dettami della DGR X/2313/2014.

Tabella n. 6 – Attività 2015 - riepilogo controlli prescrizioni spalla-ginocchio cod. 88.94.1 "RM Muscoloscheletrica" – appropriatezza 2014 versus 2015

	Prescrizioni 2014 controllate	Prescrizioni 2015 controllate	% APPROPRIATE 2014	% APPROPRIATE 2015
STRUTTURE PUBBLICHE	810	655	30,2	43,7
STRUTTURE PRIVATE	771	768	37,7	63,2
TOTALE	1.581	1.423	33,9	54,2

Area delle Esenzioni per patologia (punto "P" della DGR VIII/10804/2009)

Il controllo sulle esenzioni per patologia continua a evidenziare poca attenzione dei prescrittori verso l'apposizione sulla ricetta del congruo codice esenzione.

Le anomalie più indicative hanno riguardato l'utilizzo dell'esenzione:

007 (asma) per prestazioni come spirometria globale con tecnica pletismografica, iniezione o infusione di farmaci specifici, visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita oculistica, odontostomatologica, ecc.);

008 (cirrosi epatica) per prestazioni come esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia, tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo, senza e con contrasto, visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita ginecologica, odontostomatologica, ecc.);

009 (colite ulcerosa) per prestazioni come ileoscopia retrograda, visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita odontostomatologica, ortopedica, urologica, ecc.);

013 (diabete) per prestazioni come ecodopplergrafia cardiaca, test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro, terapia educativa del diabetico e di pazienti con altre patologie nutrizionali, visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita odontostomatologica, ORL, Pneumologica, ecc.);

016 (epatite cronica attiva) per prestazioni come ecografia addome completo, esofagogastroduodenoscopia [EGD], visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita oculistica, odontostomatologica, ortopedica, ORL, ecc.);

017 (epilessia) per visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita oculistica, ginecologica, dermatologica, nefrologica, ecc.);

019 (glaucoma) per intervento di cataratta, visite (es. visita urologica, pneumologica, ortopedica, ecc.);

D31 (ipertensione arteriosa) per visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita urologica, chirurgica, odontostomatologica, ortopedica, ecc.);

025 (ipercolesterolemia) per visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita oculistica, odontoiatrica, ORL, ecc.);

056 (Tiroidite di Hashimoto) per visite non attinenti alla patologia in esenzione (es. visita urologica, ortopedica, ecc.);

M00 (epoca preconcezionale) per prestazioni non ricomprese nell'allegato A del D.M. del 10/09/1998, così come definite dal D.M. 22/07/1996;

Ricette duplicate (punto "R" della DGR VIII/10804/2009)

Si è proceduto alla verifica in esterna della documentazione da cui è emerso che la maggior parte degli errori è riferita a casi di "storno" non andato a buon fine nella trasmissione del dato in Regione, alla non cancellazione di ricette prenotate ma non eseguite e a situazioni di errore d'inserimento del numero ricetta in 28/san.

In poche situazioni si è verificata l'effettiva presenza di ricette originali duplicate attribuibili a ricettari assegnati a erronea stampa da parte dell'istituto poligrafico e Zecca dello Stato.

Assistiti deceduti (punto "S" della DGR VIII/10804/2009)

Si è proceduto alla verifica in esterna della documentazione, da cui è emerso che la maggior parte degli errori è dovuta all'inserimento di un codice fiscale sbagliato e in qualche caso, all'errato inserimento della data contatto.

Corretto utilizzo dell'urgenza differita (Bollino verde)

E' stata condotta un'analisi attraverso i dati riportati nel Flusso 28/san (anno 2014) che ha riguardato le richieste identificate come "U" (urgenti differibili). Delle 44.110 richieste estratte quasi il 90% (39.429 richieste) provengono dai medici di base/pediatri di libera scelta, mentre il 9% (4.227 richieste) è rappresentato da ricette di specialisti.

Le prestazioni "mappate" come urgenti sono prevalentemente erogate (70%) nelle aziende pubbliche. Le urgenze differibili sono caratterizzate maggiormente dalle prime visite specialistiche (43%) e da alcuni esami diagnostici (57%) tra cui spiccano gli esami ecografici.

Inoltre l'UO Qualità ed Appropriatezza prestazioni di specialistica ambulatoriale, ha partecipato ai lavori del Gruppo di esperti istituito dalla Direzione Sanitaria dell'ASL di Brescia, composto da referenti delle Strutture, referenti ASL e referenti dei MMG, al fine di promuovere la collaborazione tra prescrittori ed erogatori, così da approfondire la tematica e suggerire alcune

indicazioni per migliorare, razionalizzare e ridurre l'inappropriatezza d'utilizzo delle urgenze differibili.

Il gruppo di esperti, si è organizzato nell'ambito di tre incontri tecnici (nelle date 10.07.2015, 29.09.2015, 13.11.2015) al fine di analizzare il ricorso all'utilizzo del bollino verde, promuovere il confronto e la collaborazione tra prescrittori ed erogatori, definire alcuni criteri di appropriatezza finalizzati al contenimento dei comportamenti scorretti, in modo da garantire agli assistiti un'adeguata ed omogenea accessibilità su tutto il territorio.

E' stato elaborato e condiviso il documento "*Indicazioni per l'appropriato ricorso alle urgenze differibili*" dove, previa l'analisi delle criticità riscontrate, sono state condivise delle misure, atte a migliorare i comportamenti prescrittivi e finalizzate a meglio indirizzare le urgenze differibili. Questo documento è stato pubblicato sul sito Aziendale ASL di Brescia in dicembre 2015 e reso consultabile online per i MMG/PLS/MCA.

Pianificazione 2016

L'attività di controllo per l'anno 2016 sarà rivolta alla verifica dei record prodotti e posti a carico del SSR nel corso del 2016 (compatibilmente con i dati disponibili) e nel 2015 e/o negli esercizi precedenti qualora emergessero criticità meritevoli di approfondimento, dando la priorità alla verifica degli Enti Erogatori Accreditati insistenti sul territorio dell'ATS di Brescia.

L'attività 2016 privilegerà i controlli di tipo statistico formale, anche attraverso eventuali web application resi disponibili da Lombardia Informatica, per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio d'inappropriatezza e/o di errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni, nel rispetto delle indicazioni Regionali, fornite con DGR X/4702 del 29/12/2015 ed eventuali successive integrazioni.

Le aree d'interesse, in linea con le indicazioni Regionali, riguarderanno prevalentemente argomenti già trattati negli scorsi anni integrabili qualora si riscontrassero anomalie di comportamento da parte degli erogatori e/o segnalazioni da parte dei prescrittori o dell'utenza.

Il Piano Controlli 2016 prevede:

- **Il controllo di almeno il 3,5%** della produzione delle Strutture, come da DGR X/4702 del 29/12/2015, calcolato sulla produzione 2015 secondo i criteri specificati dalla DG Welfare, favorendo la modalità di tipo statistico formale.
- Almeno **un controllo in loco per ciascuna Struttura Erogatrice** nel corso dell'esercizio 2016.
- L'estrazione della casistica in **modalità mirata**; nel caso in cui non emergano situazioni di criticità, saranno previsti controlli di tipo casuale.
- La presentazione agli Erogatori delle criticità oggetto di controllo e delle modalità di effettuazione delle verifiche.

Sono stabilite tre fattispecie di controlli:

1. Controlli sulla corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata

La verifica sarà attuata tramite incrocio tra i dati valorizzati dalla Direzione Generale Welfare concernenti le attività di specialistica ambulatoriale (flusso informativo ex 28/SAN) e i dati valorizzati dalla D.G. Welfare che si riferiscono alle attività di ricovero (flusso SDO), con riferimento a quanto previsto nell'allegato 3 della DGR VII/8078/2002 (criteri X Y W) e dalla DGR VIII/10804/2009.

- Prestazioni erogate in PS e seguite da ricovero
- Prestazioni ambulatoriali trasmesse con tracciato 28/SAN/1997 e s.m.i. erogate in corso di ricovero
- Prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG

2. Controlli sulla congruenza tra prescrizione, attività erogata e relativa rendicontazione della stessa

Saranno promosse verifiche sui gruppi di prestazioni individuate dalla DGR VIII/10804/2009, DGR IX/621/2010, DGR IX/937/2010 e DGR IX/2057/2011 con le seguenti modalità:

- Controllo statistico formale mirato a popolazioni di record potenzialmente errati riferiti ai criteri **A/N** e ai punti **O/V** (indicatori regionali), modificati d'ufficio fatta salva la produzione di evidenze della corretta rendicontazione da parte degli Erogatori.
- Verifica sul campo di record riferiti a problematiche locali eventualmente rilevate (criterio **Z**), e a prestazioni oggetto d'indicativi scostamenti tra volumi attesi di attività e volumi osservati, come da monitoraggio.
- Controllo statistico formale sulla compilazione del campo numero ricetta per tutte le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSN secondo le indicazioni fornite dalla D.G. Welfare che richiamano quanto previsto dall'art.1 del Decreto del Ministero Economia e delle Finanze del 17 marzo 2008. Le indicazioni contenute nella nota DG Sanità prot. 23881 del 04/08/2011 rendono obbligatoria la compilazione del ricettario SSN anche per le prestazioni erogate in accesso diretto. La mancanza del numero di ricetta nel flusso porterà all'annullamento delle relative prestazioni.

3. Controlli sull'appropriatezza erogativa e prescrittiva

Si ritiene utile anche per il 2016 proseguire i controlli per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, anche in conformità a quelli che sono gli indirizzi nazionali in corso di approvazione e quelli Regionali di recente emanazione.

Potranno essere oggetto di verifica prestazioni di recente inserimento nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) o per le quali siano stati modificati i regimi di erogazione o siano stati determinati vincoli per l'erogazione o si siano riscontrate aree d'interesse locale (criterio Z) meritevoli di approfondimento.

Argomenti d'interesse:

- Monitoraggio/verifica della corretta apposizione del codice esenzione per patologia a proposito delle prescrizioni richieste sull'impegnativa anche secondo i dettami di cui alla DGR X/3993/2015.
- Monitoraggio/Verifica della presenza sulle impegnative del sospetto/quesito diagnostico come indicato nella DGR VIII/8501/2008, dalla DGR VIII/9581/2009, dalla DGR IX/937/2010, dalla DGR IX/2633/2011 all. 11 e confermato nella DGR X/3993/2015.
- Prestazioni di Genetica Medica, Oncoematologia e Oncologia Molecolare di cui alla DGR IX/4716/2013 e DGR X/3993/2015 (aderenza all'appropriatezza prescrittiva, consensi informati come da Circolare n. 13 del 28 maggio 2013, ecc.).
- Prestazioni riguardanti la "*Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale*" (BIC).
- Prestazioni afferenti alla "*Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità Assistenziale*" (MAC).
- Prestazioni incluse nei Livelli Essenziali Assistenza, soggette a vincoli di erogazione, così come indicato DPCM 29/11/2001 e successive modifiche ed integrazioni (Riabilitazione, densitometria ossea, odontoiatria, etc.).
- Prestazioni oggetto di disposizioni/indicazioni: DG Welfare, Gruppo di Lavoro, Nomenclatore Tariffario Regionale, ATS Brescia.
- Prestazioni termali.
- Prestazioni a carico del SSR di medicina sportiva erogate da Strutture Accreditate e a Contratto.

Indicatore: Obiettivo Regionale = 3,5% della produzione 2015 così come calcolato da Regione Lombardia.

VERIFICHE SUI TEMPI DI ATTESA

Dal gennaio 2006 a tutt'oggi si è proceduto a verificare, presso le Strutture erogatrici, sia la modalità di gestione delle agende di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di ricovero, sia la corretta tenuta dei registri di prenotazione, così come previsto all'art. 3, comma 8, della Legge 23 dicembre 1994 n. 724 e nelle Linee Guida del Documento "Progetto Mattoni".

Come previsto nella nota regionale n. H1.2015.0001251 del 15.01.2015, nel 2015 sono state effettuate le rilevazioni dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio regionale e nazionale.

Inoltre, nell'anno 2015 sono stati effettuati monitoraggi quadrimestrali dei tempi di attesa delle prestazioni ritenute critiche attraverso i flussi 28/SAN e SDO e si è proceduto al confronto del periodo gennaio-ottobre 2015 (dati disponibili) e dell'intera annualità 2014. Dall'analisi dei dati si evidenzia un netto miglioramento complessivo della riduzione dei tempi di attesa nel 2015 rispetto all'anno 2014, pur permanendo alcune situazioni oltre il limite previsto dalla D.G.R. n. IX/1775 del 24/05/2011.

Nel corso del 2015, così come indicato nel Piano Controlli Aziendale Decreto D.G. n. 47 del 29.01.2015, sono state verificate le modalità di promozione, trasparenza, accessibilità e aggiornamento delle informazioni sui tempi di attesa fornite dalle Strutture all'utenza attraverso diversi canali di comunicazione ed il controllo della corretta gestione delle agende e dei registri di prenotazione relativi sia alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, sia di ricovero e cura.

Pianificazione 2016

Nel corso del 2016 è prevista l'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNLGA) cui dovrà essere data attuazione anche in linea con i disposti della Legge Regionale n. 23 dell'11.08.2015.

Nelle more di nuove disposizioni specifiche per l'anno 2016 l'attività di monitoraggio dei tempi di attesa proseguirà in questi ambiti consolidati nel corso degli anni, sulla base delle disposizioni emanate sin dal 1998 (tra le principali le Deliberazioni DGR n. VI/47675 del 29.12.1999, DGR n. VII/15324 del 28.11.2003, DGR n. VIII/2828 del 27.06.2006, DGR n. IX/937 del 01.12.2010, DGR n. IX/1775 del 24.05.2011, DGR n. IX/2633 del 06.12.2011, DGR n. IX/4334 del 26.10.2012, DGR X/351 del 04.07.2013, DGR n. X/1185 del 20.12.2013, DGR n. X/2313 del 01.08.2014, DGR n. X/2989 del 23.12.2014, DGR X/3993 del 04.08.2015 e DGR X/4702 del 29.12.2015):

- verifica dell'utilizzo e della valorizzazione della "classe di priorità" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo la codifica indicata nella DGR n. IX/1775 del 24/05/2011, come previsto dalle regole annuali di sistema;
- verifica della presenza nel flusso informativo delle prestazioni di ricovero delle informazioni relative a "classe di priorità" e "data di prenotazione del ricovero programmato" come previsto dalla DGR n. X/2989 del 23/12/2014;
- il controllo della corretta gestione delle agende e dei registri di prenotazione relativi sia alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, sia di ricovero e cura;
- la verifica della accessibilità/diffusione e dell'aggiornamento dei tempi di attesa relativi alle prestazioni sia di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale sia di ricovero e cura; in particolare sarà verificato il periodico aggiornamento dei tempi di attesa previsti per ciascuna tipologia di prestazione erogata nella sezione "Liste di attesa" del sito internet di tutte le strutture sanitarie interessate, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 33 del 14.03.2013;
- effettuazione delle 12 rilevazioni dei tempi di attesa per l'anno 2016 come da Calendario riportato nella nota regionale n. G1.2015.022702 del 30.12.2015;

- monitoraggio della correttezza e completezza di quanto viene rendicontato dagli Erogatori, sia per quanto concerne le rilevazioni periodiche di monitoraggio dei tempi d'attesa, sia per quanto riguarda i flussi di rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura;
- vigilanza sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni, monitorate dal 2010 attraverso il portale Regione Lombardia per i tempi d'attesa, nota Regionale n. H1.2010.0039236 del 29.11.2010 e successiva nota Regionale n. H1.2014.0002157 del 21.01.2014 e successive note di richiesta da parte degli Uffici Regionali competenti;
- analisi dei tempi di attesa attraverso i flussi 28/SAN e SDO.

CUSTOMER SATISFACTION

Nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche in materia di governo e sistematizzazione dell'intero flusso di customer satisfaction all'interno del Sistema regionale, conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 *"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"* di definizione delle costituenti Agenzie di tutela della salute (ATS) e delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST), si considera prioritaria per l'anno 2016, parallelamente alla raccolta dei consueti flussi relativi alla qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino (Decreto Direzione Generale Sanità n. 282/2009) e delle segnalazioni, la raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici (D.G.R. X/3993/2015 e X/4702/2015).

CONTROLLO DELLE ATTIVITA' IN AREA PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA

Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

Nel corso dell'anno 2015, ai sensi della DGR VII/17513 del 17.05.2004 del Piano Salute Mentale della Regione Lombardia, coerentemente con il *Piano Nazionale per la Salute Mentale (PANSM 2013)* e in attuazione alla DGR. X/2989 del 23.12.2014 che ha definito le regole di Sistema nella programmazione dell'Area Salute Mentale per il 2015, sono stati oggetto di verifica i percorsi di cura degli utenti che usufruiscono di trattamenti Residenziali, a vario grado di intensità.

Particolare attenzione è stata dedicata alla centralità del Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTRI) erogato dalla Struttura Residenziale, in accordo con la validità del Piano di Trattamento Individualizzato (PTI) a cura dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) invianti che, attraverso i Centri Psicosociali, sono i referenti del Percorso di presa in carico e hanno la titolarità dei pattern di trattamento territoriale per pazienti gravi e/o gravosi che necessitano di interventi multi-dimensionali e di un lavoro di equipe multi-professionale.

Nello specifico è stato valutato in cartella clinica la presenza di un PTI che fosse valido, completo e motivato che permettesse l'erogazione di un PTRI congruente da parte della Struttura.

La selezione del campione è stata mirata alla tracciabilità di eventi sentinella in riferimento, tra l'altro, alla funzione di proroga clinica a cura diretta dei DSM. L'attività di controllo ha evidenziato nel 45% importanti criticità, tra cui la non puntuale trasmissione della documentazione idonea a cura degli invianti, compresi i PTI erogati spesso al di fuori delle tempistiche previste e necessarie, ai fini di procedere con l'impostazione dei percorsi di cura. In tale contesto è comunque stata riscontrata la presenza di PTRI di Struttura che tracciano per il 90% prestazioni congruenti con gli obiettivi stabiliti.

L'esito globale, in questo ambito, ripropone la sensibile difficoltà di integrazione e trasmissibilità delle informazioni di processo tra invianti (DSM) e strutture erogatrici su cui da tempo si sta lavorando.

Per quanto attiene le verifiche della presenza nelle Strutture erogatrici, di Registro dei Dinieghi (RLO - DGR n. X/2989 del 23.12.2014) sono state verificate tutte le 38 Strutture, che avevano in

capo tale obiettivo che si considera raggiunto: nello specifico si segnala altresì il numero elevato di tali casi per l'Area della Neuropsichiatria dell'Infanzia Adolescenza.

I controlli per l'Area Salute Mentale Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) hanno riguardato la valutazione della congruenza tra PTI e PTRI nei Percorsi di Cura, anche in considerazione delle nuove disposizioni della DGR X/2189 del 25.07.2014.

Per l'area della residenzialità, le due CRTA insistenti sul nostro territorio hanno un differente Piano di Offerta che non consente una comparazione tra loro; in questo caso si è quindi proceduto con la valutazione di 16 percorsi di cura con il riscontro nel 70% dei casi delle già note difficoltà di comunicazione e integrazione dei progetti di cura tra Enti invianti (Poli Territoriali NPIA delle Aziende Ospedaliere) ed Erogatori (CRTA-Centri Residenziali Terapeutici NPIA). Si ripropone perciò, ancora una volta, una marcata nota di "warning" sulle tempistiche di redazione dei PTI, la cui valutazione e monitoraggio dovrà essere ulteriormente proseguita, poiché si conferma essere uno strumento fondamentale in grado di consentire un'adeguata programmazione e tracciabilità del percorso di cura, in linea con l'obiettivo regionale più ampio della Direzione Generale Welfare di sviluppare una forte integrazione tra ospedale e territorio, soprattutto nell'ambito di un settore così strategico e critico come quello della psichiatria e della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

Pianificazione 2016

Per il 2016 non sono previste nuove progettualità, fatto salvo il completamento di quelle già attivate. In ogni caso gli interventi saranno rivolti a rendere sempre più appropriati, efficienti e sostenibili gli interventi rivolti ai pazienti.

Per quanto attiene le verifiche di controllo sul territorio per tutto l'ambito dell'area della salute mentale (psichiatria e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza-NPIA), nelle more della definizione degli obiettivi specifici secondo le indicazioni Regionali, l'attività verrà programmata come segue.

Area Salute Mentale: Psichiatria

Secondo le regole di Sistema ai sensi della DGR X/2989 del 23.12.2014 e DGR X/4702 del 29.12.2015 nella programmazione dell'Area Salute Mentale per il 2016 coerentemente con il *Piano Nazionale per la Salute Mentale (PANSM 2013)* e i contenuti del Piano di Azione Europeo per la Salute Mentale si propongono le seguenti aree d'intervento:

- Controllo dell'idoneità della documentazione completa richiesta agli invianti DSM e Poli UONPIA delle ASST in merito all'appropriatezza degli ingressi nelle Strutture della Riabilitazione Psichiatrica e di Neuro-Psichiatria Infanzia e Adolescenza per tutte le intensità di erogazione dei Progetti di Cura: Protocolli in ingresso e in uscita di ogni comunicazione tra ATS ed Enti Erogatori;
- Monitoraggio del movimento (ammissioni e dimissioni) degli utenti nelle Strutture della Riabilitazione Psichiatrica e di Neuro-Psichiatria Infanzia e Adolescenza;
- Relazioni Cliniche per completezza documentazioni riferite a Determinazioni in merito al flusso 43 SAN;
- Monitoraggio Casi Ex OPG.

Area Salute Mentale: Neuro Psichiatria Infanzia e Adolescenza

In base alla DGR X/2189 del 25.07.2014 si prevede la prosecuzione del monitoraggio per i percorsi BL e BK con puntuale verifica dei Criteri Diagnostici elaborati e condivisi OCSM nel corso dell'anno 2015.

Per quanto concerne il controllo in ambito territoriale, si prevede la verifica dei Percorsi di cura condivisi per patologia grave degli Utenti Adolescenti già in trattamento Riabilitativo residenziale in Struttura, in NPIA CPS/Polo Territoriale UONPIA, in particolare il processo di presa in carico da parte dell'Area Adolescenti per quelli nelle fasce di età 17/18 anni (% PTI congiunti NPIA/UOP DSM di competenza).