

DELIBERAZIONE N. **32** DEL 26 GEN 2016

**OGGETTO: Approvazione del Piano dei Controlli 2016 - area sanitaria, di cui alla DGR n.VII/15324 del 28.11.2003**

L'anno 2016 il giorno ~~VENTI~~ <sup>SEI</sup> del mese di 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**

**RICHIAMATA** la DGR n.X/4702 del 29.12.2015 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario Regionale per l'esercizio 2016*" in cui al punto 3.3.1 *Controllo delle prestazioni sanitarie* prevede che le ATS entro il 31.01.2016 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 2016, così come previsto dalla DGR n.VII/15324 del 28.11.2003;

**RITENUTO** che il Piano dei Controlli, previsto dalla DGR n.VII/15324 del 28.11.2003, rappresenti lo strumento principale di cui le ATS dispongono per evidenziare ed integrare tra loro le varie linee d'intervento previste ad inizio anno per le aree di controllo riguardanti:

- i ricoveri e l'attività ambulatoriale;
- l'accreditamento delle strutture sanitarie;
- l'attività degli MMG, dei PdF e dei Servizi di Continuità Assistenziale
- l'assistenza farmaceutica;
- la vigilanza sulle farmacie;

**PRESO ATTO** dei programmi di attività di controllo per l'Esercizio 2016 presentati dal Dipartimento PAC e dal Dipartimento Cure Primarie;

**RITENUTO** di approvare, in attuazione della sopra citata DGR n.X/4702 del 29.12.2015, l'allegato *Piano dei Controlli 2016*, relativo all'area sanitaria, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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

**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 l'allegato documento *Piano dei Controlli 2016*, relativo all'area sanitaria, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;



- di trasmettere entro il 31.01.2016, esclusivamente in formato elettronico, alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e all'Agenzia di Controllo regionale il documento *Piano dei Controlli 2016*;
- 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. Paolo Bruno)

IL DIRETTORE  
SOCIOSANITARIO  
(Dott. Salvatore Silvano Lopez)

SI ATTESTA LA LEGITTIMITÀ DELL'ATTO PRESENTATO:

Responsabile del procedimento: Dr.ssa Elisabetta Chiarazzo - Dr.ssa Caterina D'Affronto - Dr. Valter Valsecchi

Responsabile della pratica: Dr.ssa Elisabetta Chiarazzo - Dr.ssa Caterina D'Affronto

#### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo on line dell'Ente per la durata di  
giorni quindici consecutivi dal                      al                      inclusi.

Monza, li..... Il Funzionario addetto

N. 32

DEL 26 GEN 2016

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brianza

# **PIANO DEI CONTROLLI 2016**

## **- AREA SANITARIA -**

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brianza

# **PIANO DEI CONTROLLI 2016**

**- AREA SANITARIA -**

Allegato alla Deliberazione n.32 del 26/01/2016

# INDICE

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>4</b>
<b>2. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO.....</b>	<b>4</b>
2.1 ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO .....	4
2.1.1 CONTROLLI DI CONGRUENZA.....	5
2.1.2 AUTOCONTROLLO DELLA QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA.....	9
2.1.3 AUTOCONTROLLO DI CONGRUENZA .....	10
2.2 ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA .....	11
2.2.1 CONTROLLI DI CONGRUENZA MIRATA.....	13
2.2.2 CONTROLLO DELLA QUALITÀ DOCUMENTALE “CHECK” .....	17
2.2.3 AUTOCONTROLLO DI CONGRUENZA “AUTO” .....	17
2.2.4 CONTROLLI SUI RICOVERI RIABILITATIVI.....	17
2.2.5 CONTROLLI SULLE CURE SUBACUTE.....	18
2.2.6 CONTROLLO MIRATO DI CONGRUENZA E APPROPRIATEZZA NELLE SINGOLE STRUTTURE .....	18
2.2.7 ASPETTI ECONOMICI DEI CONTROLLI.....	22
2.3 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2016 NELL'ATS DELLA BRIANZA.....	22
<b>3. SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....</b>	<b>23</b>
3.1 ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO .....	23
3.1.1 ATTIVITÀ DI CONTROLLO NEL 2015 .....	24
3.2 ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL' EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA .....	26
3.2.1 ASPETTI ECONOMICI DEI CONTROLLI EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA .....	31
3.3 OBIETTIVI DI VERIFICA ATS DELLA BRIANZA PER L'ANNO 2016.....	31
<b>4. AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO.....</b>	<b>31</b>
4.1 DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2015 EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO.....	33
4.2 DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2015 NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA .....	36
4.3 OBIETTIVI DI VERIFICA ATS DELLA BRIANZA PER L'ANNO 2016.....	38
<b>5. CURE PRIMARIE.....</b>	<b>39</b>
5.1 MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI FAMIGLIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE .....	39
5.1.1 VERIFICHE EFFETTUATE NELL'ANNO 2015 NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO.....	39
5.1.2 OBIETTIVI DI VERIFICA 2016.....	41
5.2 ASSISTENZA PROTESICA.....	41
5.2.1 ASSISTENZA PROTESICA NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO .....	43
5.2.2 ASSISTENZA PROTESICA NELL'EX ASL DI MONZA E DELLA BRIANZA .....	43
5.2.3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ANNO 2016 NELL'ATS DELLA BRIANZA .....	45
5.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA .....	46
5.3.1 ATTIVITÀ NEL 2015 NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO .....	46

5.3.2 ATTIVITA' NEL 2015 NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA .....	49
5.3.3 ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELL'ATS DELLA BRIANZA .....	51
5.4 CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE A FAVORE DEI PAZIENTI IN TERAPIA DIALITICA, PRESSO I CENTRI DIALISI DEL TERRITORIO DELL'ASL PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA (DGR 893 DEL 1/12/2010 E DGR 3542 DEL 30/5/2012).....	52

## 1. PREMESSA

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 delle funzioni 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 seguito di quanto stabilito dalla citata L.R. 23/2015, il presente Piano dei Controlli 2016 è quindi riferito alla **Agenzia di Tutela della Salute della Brianza cui afferiscono i territori delle ex ASL delle provincie di Lecco e Monza e Brianza** e viene redatto secondo le indicazioni della D.G.R. n. X/4702/2015 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l’esercizio 2016” e della specifica normativa di settore, puntualmente richiamata al capitolo 3.3 della medesima D.G.R. 4702.

## 2. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

In ottemperanza alle normative regionali e come per il passato, anche per il 2015 il contesto generale di riferimento, per la definizione dei controlli è quello costituito, la DGR n.X/2989 del 2014 e la successiva DGR X/3993 del 2015 che si sono aggiunte alle precedenti DGR annuali a partire dall’anno 2003 con la DGR n.12692 e n.15324/2003

Le attività di controllo per l’anno 2015 hanno ottemperato per l’ASL di Lecco ai contenuti del Piano dei Controlli adottato con deliberazione aziendale n.45 del 30 gennaio 2015 e per l’ASL di Monza Brianza con deliberazione aziendale n.50 del 27 gennaio 2015 e ha riguardato le prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero presso le strutture sanitarie Pubbliche e Private Accreditate, insistenti nel territorio delle due province.

Anche per il 2015, come per i due anni precedenti, è stata confermata l’indicazione percentuale della numerosità dei controlli che prevede siano soggette a controlli almeno il 14% delle attività di ricovero così rappresentati:

- **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 DGR4334 prot. H1 2012 0036178), selezionata con modalità di campionamento casuale;
- **quota di almeno il 7%** riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- **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.

### 2.1 ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL’EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO

Le linee adottate nella programmazione 2015, in accordo con quanto precedentemente riportato, sono di seguito sintetizzate:

- controllo complessivo del 14% degli episodi di ricovero, calcolati sulla produzione posta a carico del SSR dai soggetti erogatori nell'anno 2014, in conformità alla numerosità dell'atteso controlli trasmessa dalla competente U.O. regionale;
- quota del 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica, selezionata con modalità di campionamento mirato sulla produzione 2014 e 2015 e mantenimento, all'interno di questo 7%, di una piccola quota percentuale di congruenza casuale;
- quota del 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica e quota del 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica effettuata dagli erogatori;
- dal punto di vista qualitativo: controllo secondo gli indicatori di cui alla DGR n. VIII/4799/2007 e s.m.i., verifica di una quota di cartelle relative all'attività sub-acuta; verifica puntuale su problemi emergenti a seguito dell'attività di monitoraggio/controllo delle prestazioni prodotte nel corso dell'anno con programmazione di almeno due visite di controllo/anno per ciascuna struttura, tendenzialmente ripartite nei due semestri.

L'atteso regionale prevedeva la verifica di n. 6.178 cartelle cliniche come sotto riportato:

<b>Atteso controlli 14%</b>	<b>Atteso congruenza 7%</b>	<b>Atteso congruenza autocontrollo 4%</b>	<b>Atteso completezza autocontrollo 4%</b>
6.178	3.089	1.765	1.324

Il dettaglio dell'attività effettuata viene illustrato in sezioni specifiche dedicate alle diverse tipologie:

- congruenza in capo all'ASL;
- autocontrollo di congruenza in capo agli erogatori;
- autocontrollo della qualità della documentazione clinica in capo agli erogatori.

### 2.1.1 CONTROLLI DI CONGRUENZA

Nella Tabella seguente è riportata la sintesi dell'attività per singola Struttura.

<b>CONTROLLI ANNO 2015 - ATTIVITA' DI RICOVERO E CURA</b>					
<b>Attività dal 01/03 al 31/12</b>					
<b>Struttura</b>	<b>Produzione della struttura anno 2014</b>	<b>Congruenza</b>		<b>Totale eseguito</b>	<b>% controlli eseguiti sulla produzione</b>
		<b>Casuale</b>	<b>Mirato</b>		
IRCCS "E. Medea"	3.118	-	222	222	7,1%
Villa Beretta	978	-	72	72	7,4%
IRCCS "INRCA"	1.845	-	135	135	7,3%
CdC "B. L. Talamoni"	2.237	-	160	160	7,2%
CdC "G.B. Mangioni"	3.228	55	175	230	7,1%
AO - Presidio di Bellano	452	-	35	35	7,7%
AO - Presidio di Merate	10.439	100	647	747	7,2%
AO - Presidio di Lecco	21.834	169	1.212	1.381	6,3%
<b>TOTALI</b>	<b>44.131</b>	<b>324</b>	<b>2.658</b>	<b>2.982</b>	<b>6,8%</b>



Anche per l'anno 2015 è stata conservata una minima percentuale, intorno all'1%, di controlli di congruenza 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 significative. Il controllo di congruenza è stato concluso presso tutte le strutture con il raggiungimento del 7% previsto, con la sola eccezione del Presidio "A. Manzoni" dell'ASST di Lecco per il quale l'ultimo controllo è programmato per il corrente mese di gennaio 2016.

La Tabella di seguito riporta il numero e la percentuale delle cartelle non confermate per singola struttura o presidio ospedaliero, per le due tipologie di congruenza guidata e casuale; la percentuale complessiva di pratiche non confermate è del 10% ma le percentuali relative alle singole strutture evidenziano dati molto diversificati che oscillano tra il 3% e il 13%.

<b>Esiti controllo congruenza casuale/guidata - Anno 2015</b>										
<b>Struttura</b>		<b>Tipologia di campionamento</b>			<b>Pratiche non confermate</b>					
		<b>Casuale</b>	<b>Guidato</b>	<b>TOT</b>	<b>Casuale</b>	<b>%</b>	<b>Guidato</b>	<b>%</b>	<b>TOT</b>	<b>%</b>
AO Lecco	Presidio di Lecco	169	1.212	1.381	11	7	172	12	183	13
	Presidio di Merate	100	647	747	5	5	65	9	70	9
	Presidio di Bellano	-	35	35	-		4	11	4	11
	<b>Totali AO</b>	<b>269</b>	<b>1.894</b>	<b>2.163</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>241</b>	<b>11</b>	<b>257</b>	<b>12</b>
Villa Beretta		-	72	72	-		6	8	6	8
INRCA - Casatenovo		-	135	135	-		8	6	8	6
IRCCS Medea		-	222	222	-		10	5	10	5
C.d.C. Talamoni		-	160	160	-		5	3	5	3
C.D.C. Mangioni		55	175	230	2	4	5	2	7	3
<b>Totali</b>		<b>324</b>	<b>2.658</b>	<b>2.982</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>275</b>	<b>9</b>	<b>293</b>	<b>10</b>

Il dettaglio degli esiti per le differenti tipologie di **campionamento guidato** viene di seguito riportato. Relativamente ai criteri di selezione delle SDO, in conformità alle indicazioni normative regionali ormai consolidate, si ribadisce che la stessa è stata effettuata secondo le categorie previste dalla DGR n. VII/12692/2003 e s.m.i., di cui in particolare la DGR VIII/4799/2007, avvalendosi del campionamento "8" di interesse locale, utilizzando gli indicatori forniti dalla Regione, quando disponibili e significativi, e infine avvalendosi anche delle evidenze emerse o nel corso delle verifiche precedenti o a seguito dell'analisi informatica dei dati di produzione delle strutture.

Rispetto a quanto indicato nella nota regionale prot. n. H1.2012.0003657 del 02/02/2012, relativamente alle tipologie di campione da rendicontare, nella tabella sono state elencate solo le tipologie effettivamente utilizzate in riferimento agli Indicatori Regionali pubblicati sul Portale di Governo. Il confronto degli esiti nell'intervallo temporale 2010 – 2015, seppure quest'ultimo non ancora completato, evidenzia un leggero incremento del numero e della percentuale di cartelle non confermate che passano da n. 205 (8%) nel 2014 a n. 290 (11%) nell'anno 2015. Per il 2015 le tipologie di controllo più rilevanti dal punto di vista numerico sono state in ordine decrescente: la tipologia "8" di interesse locale, i DRG complicati, le tipologie "6" e "7" relative ai ricoveri in area riabilitativa, gli episodi di ricovero ripetuti – campione "V" - legato all'indicatore regionale "I5" e la tipologia "X" legata all'indicatore "I3" – incidenza di un DRG sul mix della U.O.

**CONTROLLI SDO - CONGRUENZA GUIDATA - ANNI 2010/2015**

Tipologia di controllo ex DGR n. 12692/2003 e s.m.i.	2010			2011			2012			2013			2014			2015*		
	N. cartelle controllate	Non confermate		N. cartelle controllate	Non confermate		N. cartelle controllate	Non confermate		N. cartelle controllate	Non confermate		N. cartelle controllate	Non confermate		N. cartelle controllate	Non confermate	
		N.	%		N.	%		N.	%		N.	%		N.	%		N.	%
<b>1</b>	661	71	<b>11</b>	570	21	<b>4</b>	437	20	<b>5</b>	358	15	<b>4</b>	328	15	<b>5</b>	218	7	<b>3</b>
<b>2</b>	896	63	<b>7</b>	746	72	<b>10</b>	624	34	<b>5</b>	851	50	<b>6</b>	874	46	<b>5</b>	727	60	<b>8</b>
<b>3</b>	6	5	<b>83</b>	3	2	<b>67</b>	6	6	<b>100</b>	-	-	-	-	-	-	14	14	<b>100</b>
<b>4</b>	39	5	<b>13</b>	31	7	<b>23</b>	21	5	<b>24</b>	32	4	<b>13</b>	25	5	<b>20</b>	22	8	<b>36</b>
<b>5</b>	209	16	<b>8</b>	142	0	<b>0</b>	97	11	<b>11</b>	51	5	<b>10</b>	35	2	<b>6</b>	10	0	<b>0</b>
<b>6</b>	274	25	<b>9</b>	244	39	<b>16</b>	200	28	<b>14</b>	307	0	<b>0</b>	269	23	<b>9</b>	279	32	<b>11</b>
<b>7</b>	276	-	<b>0</b>	147	0	<b>0</b>	199	0	<b>0</b>	186	22	<b>12</b>	205	0	<b>0</b>	204	5	<b>2</b>
<b>8</b>	1.033	126	<b>12</b>	1.130	142	<b>13</b>	870	55	<b>6</b>	566	16	<b>3</b>	721	91	<b>13</b>	856	119	<b>14</b>
<b>9</b>	-	-	-	-	-	-	209	71	<b>34</b>	76	18	<b>24</b>	14	14	<b>100</b>	-	-	-
<b>D</b>	-	-	-	-	-	-	20	2	<b>10</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>S</b>	-	-	-	-	-	-	92	28	<b>30</b>	25	0	<b>0</b>	29	1	<b>3</b>	40	0	<b>0</b>
<b>U</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1	<b>10</b>
<b>V</b>	-	-	-	-	-	-	20	0	<b>0</b>	33	4	<b>12</b>	-	-	-	10	4	<b>40</b>
<b>W</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	2	<b>9</b>	18	0	<b>0</b>
<b>X</b>	-	-	-	-	-	-	187	28	<b>15</b>	252	22	<b>9</b>	160	6	<b>4</b>	250	40	<b>16</b>
<b>Totali</b>	<b>3.394</b>	<b>311</b>	<b>9</b>	<b>3.013</b>	<b>283</b>	<b>9</b>	<b>2.982</b>	<b>288</b>	<b>10</b>	<b>2.737</b>	<b>156</b>	<b>6</b>	<b>2.683</b>	<b>205</b>	<b>8</b>	<b>2.658</b>	<b>290</b>	<b>11</b>

\* I dati si riferiscono all'attività svolta nel periodo marzo - dicembre

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

- la tipologia "8" di interesse locale ha mostrato un ulteriore incremento della percentuale di inappropriatazza che, per l'attività espletata fino al 31/12/2015, sale dal 13% al 14%, confermando l'efficacia di questa tipologia di controllo, scaturita dall'analisi informatica dei dati di produzione delle strutture;
- i ricoveri con assegnazione di DRG complicato continuano ad avere una criticità significativa, intorno all'8%, pur in presenza delle modifiche tariffarie attuate dalla Regione anche legate al numero delle giornate di degenza effettuate;
- per i ricoveri in area riabilitativa la percentuale di inappropriatazza – circa 11% - è come sempre imputabile soprattutto alla non corretta rendicontazione delle giornate di degenza, rapportate all'effettuazione di procedure riabilitative in particolare in ambito cardiologico. Per tale tipologia si rinvia alla prevista riclassificazione del settore, orientata alla classificazione dell'attività secondo parametri di complessità;
- tipologia 4 (ricoveri di durata superiore a 4 giorni con diagnosi principale di patologia neoplastica) sono state riscontrate percentuale di inappropriatazza del 36% anche se su una casistica non molto rilevante e del 16% in incremento rispetto all'anno precedente;
- le tipologie: "V" legata all'indicatore regionale "I5" – ricoveri ripetuti nello stesso ospedale – e "X" legata all'indicatore "I3" – incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa – ha evidenziato per i controlli effettuati fino al 31/12/2015 una percentuale di inappropriatazza rispettivamente del 40%, anche se su una casistica non molto rilevante, e del 16% in deciso incremento rispetto all'anno precedente.

Da ultimo si riporta la Tabella con il quadro riassuntivo dell'effetto economico dei controlli di congruenza effettuati nel periodo marzo – dicembre 2015.

<b>Effetto economico controlli - congruenza 2015*</b>					
<b>Tipologia di controllo (DGR 12692/2003 - DGR 4799/2007 e s.m.i.)</b>	<b>Valorizzazione iniziale</b>	<b>Valorizzazione finale</b>	<b>Delta</b>	<b>% abbatt.</b>	
<b>Casuale</b>	<b>854.311</b>	<b>835.582</b>	<b>18.729</b>	<b>2,2%</b>	
<b>Guidato</b>	1	589.542	578.939	10.603	1,8%
	2	2.737.485	2.690.230	47.255	1,7%
	3	71.968	39.535	32.433	45,1%
	4	29.566	27.023	2.543	8,6%
	5	3.941	3.941	0	0,0%
	6	1.586.901	1.560.077	26.824	1,7%
	7	1.134.666	1.134.666	0	0,0%
	8	6.829.390	6.633.594	195.796	2,9%
	S	269.286	269.286	0	0,0%
	U	2.772	2.574	198	7,1%
	V	15.632	10.726	4.906	31,4%
	W	46.074	46.074	0	0,0%
	X	1.229.323	1.176.606	52.717	4,3%
<b>Totale guidato</b>	<b>14.546.546</b>	<b>14.173.272</b>	<b>373.274</b>	<b>2,6%</b>	
<b>Totale</b>	<b>15.400.857</b>	<b>15.008.854</b>	<b>392.003</b>	<b>2,5%</b>	

\* attività al 31/12/2015

Il dato economico evidenzia che, nell'ambito della "congruenza guidata", la tipologia "8", risulta essere la più rilevante in valore assoluto anche se l'abbattimento economico è del 2,9% mentre la percentuale di inappropriata misurata in numero di pratiche non confermate è del 14%, quindi molte pratiche con errata codifica ma di scarso impatto economico. Anche nell'anno 2015 tutte le pratiche non convalidate sono state concordate dalle Strutture erogatrici della provincia. Relativamente all'aspetto sanzionatorio di cui alla L.R. n. 33 del 30/12/2009, richiamato il III° Provvedimento delle Regole 2011, DGR n. IX/2057/2011, con il quale sono stati modificati i criteri relativi alla soglia di significatività dell'errore sanzionabile come precedentemente previsto dalla Circolare n. 37/SAN/2003, si precisa che nel corso del 2015 non è stata irrogata alcuna sanzione amministrativa.

Nella sottostante Tabella è riassunta l'attività di controllo svolta dal NOC dell'ASL di Lecco nell'arco temporale 2011 – 2015.

Si evidenzia che anche per l'anno 2015, in linea con le indicazioni regionali, la tipologia "congruenza guidata" rappresenta la quasi totalità del campionamento. L'esito del controllo fino ad ora eseguito mostra un aumento delle cartelle non confermate rispetto al 2014, esse costituiscono infatti nell'ultimo anno il 10,3% del totale (5,6% casuale e 10,9% guidato) con un aumento percentuale di circa tre punti.

<b>TREND CONTROLLI 2011 - 2015</b>						
<b>Anno controllo</b>	<b>% cartelle controllate su produzione anno precedente</b>			<b>% cartelle non confermate</b>		
	<b>Totale</b>	<b>Casuale</b>	<b>Guidato</b>	<b>Totale</b>	<b>Casuale</b>	<b>Guidato</b>
<b>2011</b>	7,0	0,9	6,1	8,4	5,1	8,9
<b>2012</b>	7,3	0,8	6,5	9,2	5,4	9,7
<b>2013</b>	7,1	1,0	6,1	5,5	4,7	5,6
<b>2014</b>	7,1	1,1	6,0	7,3	5,1	7,6
<b>2015*</b>	6,8	0,7	6,0	10,3	5,6	10,9
* al 31/12/2015						

## **2.1.2 AUTOCONTROLLO DELLA QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

L'attività di autocontrollo sulla completezza della cartella clinica è stata condotta nel 2015 seguendo le indicazioni di cui alla DGR n. X/2989/2014 e nel rispetto delle precedenti indicazioni normative, di cui in particolare la DGR n. VIII/10077/2009 e la DGR n. IX/621/2010.

Nel 2015 le cartelle complessivamente controllate dall'ASL per la verifica di concordanza sono state 386, rispetto all'atteso di 1.355 cartelle poi rendicontate nel flusso verso la Regione, visto il livello di affidabilità riscontrato, pari al 100%.

Di seguito si riporta la Tabella con il dettaglio degli esiti e le modifiche della valorizzazione. Dati gli esiti, si ritiene che questa tipologia di controllo abbia determinato nel tempo un netto miglioramento nella precisione dell'annotazione delle singole voci richieste e della qualità complessiva della completezza documentale della cartella clinica.

### Esiti autocontrollo della qualità documentale - Anno 2015

Denominazione struttura	Cartelle per esito				Delta valorizzazione economica			N. verificate ASL	Livello di affidabilità
	Esito 0	Esito 1	Esito 2	Totale	Esito 0	Esito 2	Totale		
CASA DI CURA BEATO L.TALAMONI-LECCO		70		70				43	100%
CASA DI CURA G.B. MANGIONI - LECCO		100		100				49	100%
ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.		96		96				49	100%
C.TRO BRONCOPNEUMOPATIE INRCA-CASATENOV		57		57				37	100%
PRESIDIO DI RIABILITAZIONE-VILLA BERETTA	1	31		32	5.200		5.200	32	100%
OSPEDALE DI CIRCOLO "A. MANZONI" - LECCO		665		665			-	85	100%
OSPEDALE DI CIRCOLO UMBERTO I - BELLANO		15		15				15	100%
OSPEDALE DI CIRCOLO "S.L.MANDIC" - MERATE		320		320				76	100%
<b>Totale Azienda Ospedaliera Provinciale</b>	-	1.000	-	1.000	-	-	-	176	100%
<b>Totale Strutture provinciali</b>	<b>1</b>	<b>1.354</b>	<b>-</b>	<b>1.355</b>	<b>5.200</b>	<b>-</b>	<b>5.200</b>	<b>386</b>	<b>100%</b>

Legenda: esito 0 = documentazione insufficiente, esito 1 = documentazione completa, esito 2 = documentazione incompleta in percentuale variabile

### 2.1.3 AUTOCONTROLLO DI CONGRUENZA

Sulla scorta delle indicazioni fornite dalla prima Circolare esplicativa del 17/12/2012, dalla successiva nota del 02/08/2013 prot. n. H1.2013.22981 relativamente alla trasmissione degli esiti, in base a quanto previsto dall'Allegato B – capitolo 3.2.3 “Controlli, Appropriatelyzza e Monitoraggio” alla DGR n. X/2989/2014 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 31/01/2015:

- 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 pari al 4% della produzione posta a carico del SSR nel 2014 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.

Come da nota regionale del 29/12/2015 prot. n. G1.2015.0022532 entro il termine previsto del 31/01/2016 si provvederà a restituire il file riportante la rendicontazione dell'attività di autocontrollo effettuata dalle strutture erogatrici insistenti nell'ambito provinciale.

La Tabella di seguito mostra la sintesi dell'attività svolta. Nel loro complesso le strutture hanno sottoposto a verifica interna n. 1.893 cartelle, circa 128 cartelle in più rispetto all'atteso e il numero totale delle cartelle sottoposte a modifica di codifica, con conseguente minore valorizzazione, sono state 81 pari ad una percentuale del 4,3%.

<b>Autocontrollo di congruenza - Anno 2015</b>					
<b>Strutture</b>		<b>Atteso</b>	<b>Campionato</b>	<b>N. non confermate</b>	<b>%</b>
AO Lecco	Presidio di Lecco	873	884	60	6,8
	Presidio di Merate	418	503	1	0,2
	Presidio di Bellano	18	24	4	16,7
	<b>Totali AO</b>	<b>1309</b>	<b>1411</b>	<b>65</b>	<b>4,6</b>
Villa Beretta		39	42	0	-
INRCA - Casatenovo		74	80	11	13,8
IRCCS Medea		125	130	2	1,5
C.d.C. Talamoni		89	93	2	2,2
C.d.C. Mangioni		129	137	1	0,7
<b>Totali</b>		<b>1765</b>	<b>1893</b>	<b>81</b>	<b>4,3</b>

L'effetto economico dell'autocontrollo di congruenza è stato pari ad Euro 33.681. L'esito del controllo di concordanza da parte del NOC ha sempre avuto esito positivo con conseguente rendicontazione alla Regione di tutte le pratiche sottoposte a campionamento.

## **2.2 ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA**

L'atteso regionale relativamente alla numerosità prevedeva la verifica di n.14.280 cartelle cliniche corrispondente al 14% della produzione finanziata, pari a 101.999 ricoveri, posta a carico del Servizio Sanitario Regionale nel corso dell'anno 2014 così rappresentato:

<b>TOT. Atteso Controlli (14%)</b>	<b>7% Congruenza Atteso</b>	<b>4% Autocontrollo Congruenza Atteso</b>	<b>3% Qualità Documentale Atteso</b>
14.280	7.140	4.080	3.060

Relativamente al controllo di Congruenza (7%), il campionamento delle tipologie di cartelle cliniche sottoposte al controllo NOC sono state definite in base a risultati di analisi condotte sulla produzione di ricoveri, sulla tipologia di interesse locale, all'interno della quale confluiscono le ipotesi di lavoro derivanti dall'analisi degli indicatori regionali, agli esiti dei controlli degli esercizi precedenti, e ad indicazioni emanate dagli uffici competenti regionali.

In quest'ottica, sono state identificate le categorie per le pratiche sottoposte a controllo:

- Controllo delle prestazioni di ricovero selezionate con criterio mirato;
- Controllo delle prestazioni di ricovero segnalate dagli indicatori regionali;

- Controllo dell'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione neuro-motoria;
- Autocontrollo Qualità documentale selezionate con criterio casuale;
- Autocontrollo di Congruenza di codifica e di appropriatezza generica.

### **Numerosità dei controlli**

L'attività di controllo per l'esercizio 2015 è iniziata nel mese di marzo ed è tuttora in corso, la chiusura è prevista, come da normativa regionale, entro il 29/02/2016. Essa ha riguardato tutte le Strutture di Ricovero e Cura insistenti nel territorio dell'ASL della Provincia di Monza e Brianza riferita alla produzione dell'anno precedente (2014) validata dalla Regione. Come riportato nella tabella seguente, il NOC ha raggiunto compiutamente gli obiettivi annuali di competenza istituzionale anche se l'attività di controllo continuerà fino alla conclusione dell'esercizio 2015 previsto per il 29/02/2015. Sono state controllate n. 14.323 cartelle cliniche pari al 100,3% del totale da controllare, la distribuzione numerica e percentuale delle tre tipologie è rappresentata nella tabella seguente:

<b>N. Controlli (14%)</b>	<b>7% Congruenza</b>	<b>4% Autocontrollo Congruenza</b>	<b>3% Qualità Documentale</b>
14.323 (100,3%)	7.418 (103,9%)	3948 (96,8%)	2957 (96,8%)

### **Controlli effettuati – Tipologie**

L'attività di controllo ha subito negli anni una costante evoluzione sia nella tipologia che nelle modalità di effettuazione degli stessi, in accordo con l'aggiornamento delle normative, per ultimo l'introduzione di nuovi campi in relazione agli indicatori regionali e l'incremento della quota percentuale, dal 10% al 14%, dei controlli come da indicazioni contenute nella DGR 4334/2012 e sua circolare attuativa H1.2012.0036178 del 17/12/2012. La suddetta percentuale è stata suddivisa come previsto dalla normativa nel 7% da ricercarsi con modalità di estrazione mirata, nel 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità documentale selezionata con modalità di campionamento casuale e nel 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza sulle prestazioni di ricovero effettuato dagli erogatori.

Come conseguenza del controllo effettuato, si ritiene opportuno specificare le varie tipologie verificate nell'ambito della quota del 7% "Congruenza", la loro numerosità, la percentuale sull'intero campione e numerosità di quelle controllate e non confermate.



<b>TIPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONTROLLATE</b>	<b>% SUL CAMP</b>	<b>CONFERMATE</b>	<b>NON_CONF</b>	<b>% NOCONF</b>
<b>\$\$\$</b>	DRG costosi	191	2,57%	186	5	2,62%
<b>8/A</b>	DRG Anomali	10	0,13%	7	3	30,00%
<b>8/C</b>	DRG Complicati	1320	17,79%	1215	103	7,80%
<b>8/N</b>	DRG C. DP di neopl	1000	13,48%	956	24	2,40%
<b>8/U</b>	DP urgenza	375	5,06%	359	16	4,27%
<b>BIC</b>	Chirurgia a bassa intensità	119	1,60%	107	1	0,84%
<b>BRE</b>	Ricoveri brevi (108 DRG)	676	9,11%	588	88	13,02%
<b>CHI</b>	Mirato chirurgia	582	7,85%	548	34	5,84%
<b>D/D</b>	Chirurgia dermatologica	258	3,48%	218	40	15,50%
<b>DHD</b>	Day Hospital	661	8,91%	599	62	9,38%
<b>I/3</b>	Indicatore Regionale	430	5,80%	379	39	9,07%
<b>NEO</b>	Neonati patologici	259	3,49%	251	8	3,09%
<b>RIP</b>	Ripetuti	538	7,25%	511	27	5,02%
<b>RNV</b>	Ricoveri rinviati	32	0,43%	15	17	53,13%
<b>SET</b>	Setticemia in DP	300	4,04%	234	66	22,00%
<b>TMM</b>	DRG medici con DP di neoplasia maligna	103	1,39%	93	10	9,71%
<b>SUB</b>	Cure sub-acute	125	1,69%	124	1	0,80%
<b>I/7</b>	Indicatore regionale ambulatoriali	24	0,32%	23,00	1	4,17%
<b>8/R</b>	Riabilitazione	283	3,82%	281	2	0,71%
<b>OBE</b>	Ricoveri per obesità	20	0,27%	17	3	15,00%
<b>STP</b>	Stranieri	29	0,39%	28,00	1	3,45%
<b>CAR</b>	Cardiologici	83	1,12%	78,00	5	6,02%

### 2.2.1 CONTROLLI DI CONGRUENZA MIRATA

I controlli effettuati alla data della redazione della presente relazione hanno riguardato in totale 7.418 SDO e relative cartelle cliniche pari 103,9% dell'obiettivo ASL.

L'estrazione del campione mirato è stata effettuata in conformità alla normativa vigente. Sono stati campionati oltre ai DRG per i quali la produzione della struttura si discostava dalla media regionale (indicatori NOC) anche i DRG comportanti maggior remunerazione e talvolta anche con degenza breve, questi sono stati controllati in maniera metodica. Sono stati inoltre campionate cartelle cliniche afferenti a più DRG per i quali, negli anni precedenti, si è riscontrata una inappropriata di codifica.

E' stata posta particolare attenzione:

1. ai ricoveri diurni con una o nessuna procedura;



2. ai ricoveri chirurgici con degenza di due giorni e con codici di procedura in elenco tra le prestazioni definite “BIC” come da DGR 1185/2013 All.3
3. ai ricoveri medici con degenza breve con DRG in elenco tra i 108 ad alto rischio di inappropriatazza.

Nel primo caso, oltre a valutare l’appropriatezza del livello assistenziale del ricovero, soprattutto nei casi in cui la diagnosi principale risulta essere nel Nomenclatore Tariffario per le prestazioni ambulatoriali, si è voluto valutare l’adesione delle indicazioni regionali in merito alla implementazione dell’attività ambulatoriale ad alta complessità (MAC).

In taluni casi si è proceduto alla trasformazione in prestazione ambulatoriale secondo la valorizzazione del nomenclatore tariffario attualmente vigente, in altri il regime di ricovero è stato modificato verso l’attività MAC (Macroattività Complessa Ambulatoriale) e se non presenti giustificati motivi in cartella clinica, si è provveduto a variare il regime assistenziale. Rientrano in questo gruppo i ricoveri diurni per Interventi Dermatologici e Odontoiatrici.

Le attività di Dermatologia effettuate in Day-Surgery con i codici di procedura 86.3 (altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo) e 86.4 (asportazione radicale di lesione della cute), sono state valutate relativamente all’appropriatezza del regime di degenza oltre che alla correttezza della codifica.

A seguito dei controlli effettuati in alcuni casi si è proceduto a modificare il codice di procedura che ha comportato l’assegnazione ad un DRG di minore valorizzazione e in altri alla trasformazione del ricovero in prestazione ambulatoriale.

Le attività di Odontoiatria con i codici di procedura 23.01-23.19 “Estrazione di dente...” effettuate in Day Surgery sono state trasformate in regime ambulatoriale puro altri casi sono stati confermati per le condizioni del Paziente e/o la complessità della prestazione.

Per quanto riguarda i ricoveri con DRG chirurgico e con durata della degenza breve, avvenuti per esecuzione di interventi chirurgici o procedure invasive in elezione, a seguito della verifica puntuale della cartella clinica, si è proceduto in alcuni casi ad annullare la giornata di ammissione in Ospedale. Di contro si è ritenuta appropriata la giornata antecedente l’intervento chirurgico solamente quando le condizioni cliniche dei pazienti hanno comportato un carico terapeutico - assistenziale che ne giustificava il regime di ricovero.

In riferimento a quanto stabilito nella DGR 1185/2014 in merito ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza ed in particolare all’individuazione della soglia di appropriatezza, anche quest’anno si è provveduto a controllare tali DRG, escludendo dal campionamento i ricoveri avvenuti in regime d’Urgenza. Sono state verificate puntualmente tutte giornate di degenza e ove queste non sono risultate appropriate, le degenze sono state ricondotte in soglia. Nella maggior parte dei casi si è riscontrato una buona aderenza alla DGR.

A seguito delle linee guida di codifica emanate nel 2011 con la DGR 2057, come per gli anni passati, si è posta particolare attenzione alle SDO afferenti al DRG 576 "Setticemia senza ventilazione meccanica per 96 ore o più, età >17 anni". Tale DRG, per alcune Strutture, era presente nell’elenco nell’Indicatore Regionale “ I/3”. I controlli effettuati hanno permesso di modificare, nel 22% dei casi (controllate n° 300 SDO, modificate n°66) la codifica della diagnosi principale così come indicato nella su citata DGR (Allegato A – cap. I pag 15).

Altra tipologia, meritevole di attenzione, ha riguardato i *Ricoveri Rinviati* che ha inteso valutare le motivazioni che hanno portato al rinvio della procedura/intervento. Questo gruppo di pratiche, trasversali pressoché a tutte le Unità Operative di branca chirurgica, comprende ricoveri

programmati per eseguire interventi/procedure in elezione che sono stati rinviati per motivi organizzativi. Tutta la produzione di tali SDO è stata oggetto di controllo, così come la tipologia dei *Cosiddetti DRG "Anomali"*. Nel periodo 2014-2015 di verifica sono stati rendicontati solamente n° 10 SDO.

Tali DRG saranno oggetto comunque di costante monitoraggio.

### **Modifiche tariffarie**

L'abbattimento percentuale di tutte le tipologie dei controlli effettuati è risultato pari a -1,5% rispetto alla valorizzazione iniziale. A consuntivo dell'attività NOC svolta fino al 31/12/2015, risultano abbattuti - **€891.164,50**.

Si allega, di seguito, la tabella che riporta in sintesi gli esiti dei controlli con corrispettive decurtazioni tariffarie e relativa percentuale di scostamento tra le valorizzazioni regionali in origine e quelle dopo verifica NOC, per ogni singola struttura.

Nel corso dell'anno 2015 nessuna struttura ha superato la soglia del 5% di decurtazione economica, evitando quindi la sanzione amministrativa.

**Anno di competenza pratiche controllate 2014-2015**

<b>Codice struttura</b>	<b>Denominazione</b>	<b>N° pratiche controllate</b>	<b>Valorizzazione originale pratiche controllate (in euro)</b>	<b>N° pratiche confermate</b>	<b>N° pratiche non confermate</b>	<b>% pratiche non confermate</b>	<b>Valorizzazione pratiche non confermate concordate (in euro)</b>	<b>N° pratiche concordate</b>	<b>N° pratiche non concordate</b>	<b>Valorizzazione assegnata (in euro)</b>	<b>Variazione della valorizzazione (in euro)</b>	<b>Variazione % rispetto al valore iniziale</b>
030068	DESIO OSP. CIRCOLO	2.351	9.066.679	1.684	101	4%	- 156.482,1	101	-	8.910.196,9	-156.482,1	<b>-1,7%</b>
030070	CARATE B. OSP. V. EMANUELE	1.354	3.465.674	1.012	38	3%	- 85.445,5	38	-	3.380.228,5	-85.445,5	<b>-2,5%</b>
030078	VIMERCATE OSP. CIVILE	2.575	9.516.724	1.778	165	6%	- 189.443,8	165	-	9.327.280,2	- 189.443,8	<b>-2,0%</b>
030082	SEREGNO OSP. RIUNITI	182	1.413.879	134	1	1%	- 7.175,0	1	-	1.406.704,00	- 7.175,0	<b>-0,5%</b>
030106	MONZA CC POLICLINICO	1.315	5.510.590	953	84	6%	- 111.793,2	84	-	5.398.796,80	- 111.793,2	<b>-2,0%</b>
030107	MONZA I.C. ZUCCHI	1.246	3.499.058	946	33	3%	- 65.214,1	33	-	3.433.843,90	- 65.214,1	<b>-1,9%</b>
030108	CARATE B.za I. C. ZUCCHI	208	2.508.747	188	1	0%	- 158,6	1	-	2.508.588,40	- 158,6	<b>0,0%</b>
030381	FONDAZIONE MBBM - MONZA	1.280	6.036.674	979	30	2%	- 46.504,0	30	-	5.990.170,00	- 46.504,0	<b>-0,8%</b>
030909	MONZA OSP. S.GERARDO	3.753	17.366.539	2.651	155	4%	- 228.948,20	155	-	17.137.590,80	- 228.948,2	<b>-1,3%</b>
030944	CENTRO MEDICO MAUGERI	45	662.515	22	-	0%	0,0	0	-	662.515,00	0,0	<b>0,0%</b>
<b>Esiti controlli NOC</b>		<b>14.325</b>	<b>59.673.084,00</b>	<b>10.347</b>	<b>608</b>	<b>4,2%</b>	<b>-891.164,50</b>	<b>608</b>	<b>0</b>	<b>58.781.919,50</b>	<b>-891.164,50</b>	<b>-1,5%</b>

## 2.2.2 CONTROLLO DELLA QUALITA' DOCUMENTALE "CHECK"

L'attività di controllo sulla qualità della documentazione sanitaria ha riguardato il 3% dei controlli ed è stata effettuata su campione selezionato dalla ASL secondo le modalità espresse nella normativa di riferimento (DGR VIII/10077 2009 - DGR 621/2010 e s.m.i) e successiva verifica ASL, conferma anche quest'anno il trend positivo registrato negli anni precedenti.

Per l'anno 2015 si è registrato un ulteriore miglioramento nelle modalità di gestione della cartella clinica da parte delle Strutture e una buona aderenza alle indicazioni regionali. Ciò è dimostrato dalla bassa percentuale, quasi nulla, del livello di NON Concordezza: 0,2% .

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	CONTROLLATE	NON CONFORMI	% NON CONCORDANZA
CHK	Autocontrollo Qualità documentale	2.957	7	0,2

## 2.2.3 AUTOCONTROLLO DI CONGRUENZA "AUTO"

Per questa tipologia di controllo la normativa ha introdotto il concetto di ravvedimento operoso che permette ad ogni struttura di poter correggere eventuali errori di sovracodifica senza incorrere in sanzioni amministrative.

Nel caso specifico le verifiche, tuttora in corso, non hanno fatto emergere particolari criticità. Si è riscontrata una buona adesione alla codifica ed è comprovata dalla numerosità della percentuale di pratiche non concordanti, come si evidenzia nella tabella di seguito riportata con gli esiti del controllo.

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	CONTROLLATE	NON CONFORMI	% NON CONCORDANZA
AUTO	Autocontrollo di Congruenza	3.949	13	0,3

## 2.2.4 CONTROLLI SUI RICOVERI RIABILITATIVI

I controlli sulle prestazioni di riabilitazione effettuati nel corrente esercizio mostrano una buona aderenza ai criteri delle norme attualmente vigenti. Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche sul totale delle prestazioni controllate nelle strutture di Seregno, Zucchi Carate e Maugeri di Lissone.

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	CONTROLLATE	CONFERMATE	NON CONFORMI	% NON CONFERMATE
8/R	Riabilitazione	283	281	2	0,7%

## 2.2.5 CONTROLLI SULLE CURE SUBACUTE

Anche nel corso del 2015 sono stati effettuati controlli rivolti ai ricoveri Cure Subacute.

La valutazione complessiva ha dimostrato una buona aderenza ai criteri individuati dalla normativa. Solamente in un caso si è proceduto alla variazione di intensità assistenziale. Si riporta di seguito l'esito complessivo delle verifiche rivolte alle Cure subAcute.

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	CONTROLLATE	CONFERMATE	NON CONFERMATE	% NON CONF
SUB	Subacuti	125	124	1	0,8%

## 2.2.6 CONTROLLO MIRATO DI CONRUENZA E APPROPRIATEZZA NELLE SINGOLE STRUTTURE

Nelle tabelle di seguito riportate vengono rappresentati gli esiti dei controlli mirati, escludendo quindi quelli relativi all' autocontrollo di congruenza e qualità documentale, per ogni singola struttura.

030068 - PO Desio - TIPOLOGIE Mirato						
tipologia	DESCRIZIONE	CONTROLLATE	% SUL CAMP	CONFERMATE	NON CONF	% NONCONF
\$\$\$	DRG costosi	44	7,26%	41	3	6,82%
8/A	DRG Anomali	1	0,17%	1	0	0,00%
8/C	DRG complicati	193	31,65%	180	13	6,74%
8/N	DRG C con dp di neoplasia	181	29,75%	177	4	2,21%
8/U	DP urgenza	138	22,65%	133	5	3,62%
BIC	Chirurgia a bassa intensità	54	9,22%	54	0	0,00%
BRE	Ricoveri M con deg.breve	125	20,81%	113	12	9,60%
CHI	DRG C con deg breve	31	5,16%	28	3	9,68%
D/D	DRG dermatologici	20	3,37%	20	0	0,00%
DHD	Day Hospital	148	24,25%	138	10	6,76%
I/3	Indicatore Regionale	46	7,28%	38	8	17,39%
NEO	Neonati patologici	72	11,92%	71	1	1,39%
RIP	Ripetuti	51	8,07%	46	5	9,80%
RNV	Ricoveri rinviati	20	3,27%	7	13	65,00%
SET	Setticemia in DP	56	9,62%	49	7	12,50%
SUB	Cure sub-acute	33	5,37%	33	0	0,00%

**030070 – PO CARATE B.za Tipologie Mirato**

<b>tipologia</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONTROLLATE</b>	<b>% SUL CAMP</b>	<b>CONFERMATE</b>	<b>NON_CONF</b>	<b>% NONCONF</b>
8/C	DRG complicati	144	20,93%	139	5	3,47%
8/N	DRG C con dp di neoplasia	118	17,15%	115	3	2,54%
RIP	Ripetuti	80	11,63%	76	4	5,00%
NEO	Neonati patologici	74	10,76%	70	4	5,41%
BRE	Ricoveri M con deg breve	57	8,28%	54	3	5,26%
8/U	DP urgenza	56	8,14%	56	0	0,00%
DHD	Day Hospital	55	7,99%	51	4	7,27%
D/D	DRG dermatologici	29	4,22%	29	0	0,00%
I/3	Indicatore Regionale	28	4,07%	28	0	0,00%
SET	Setticemia in DP	24	3,49%	15	9	37,50%
CHI	DRG C con deg breve	22	3,20%	22	0	0,00%
8/A	DRG Anomali	1	0,15%	1	0	0,00%

**030078 - PO Vimercate TIPOLOGIE Mirato**

<b>tipologia</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONTROLLATE</b>	<b>% SUL CAMP</b>	<b>CONFERMATE</b>	<b>NON_CONF</b>	<b>% NONCONF</b>
\$\$\$	DRG costosi	28	4,27%	28	0	0,00%
8/A	DRG Anomali	2	0,29%	1	1	50,00%
8/C	DRG complicati	249	37,75%	220	29	11,65%
8/N	DRG C con dp di neoplasia	208	31,03%	200	8	3,85%
8/U	DP urgenza	57	8,19%	55	2	3,51%
BIC	Chirurgia a bassa intensità	54	8,65%	53	1	1,85%
BRE	Ricoveri M con deg. breve	118	18,10%	99	19	16,10%
CHI	DRG C con deg. breve	124	18,68%	115	9	7,26%
D/D	DRG dermatologici	47	7,22%	25	22	46,81%
DHD	Day Hospital	96	14,51%	74	22	22,92%
I/3	Indicatore Regionale	69	10,53%	58	11	15,94%
RIP	Ripetuti	68	10,90%	64	4	5,88%
SET	Setticemia in DP	102	15,27%	76	26	25,49%
STP	Stranieri	29	4,17%	28	1	3,45%
SUB	Cure sub-acute	69	10,46%	68	1	1,45%

**030106 - CdC Policlinico di Monza Tipologia Mirato**

<b>tipologia</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONTROLLATE</b>	<b>% SUL CAMP</b>	<b>CONFERMATE</b>	<b>NON_CONF</b>	<b>% NONCONF</b>
8/C	DRG complicati	144	20,72%	126	18	12,50%
8/N	DRG C con dp di neopl.	86	12,37%	85	1	1,16%
DHD	Day Hospital	82	11,80%	80	2	2,44%
I/3	Indicatore Regionale	76	10,94%	73	3	3,95%
RIP	Ripetuti	66	9,50%	60	6	9,09%
CHI	DRG C con deg.. breve	53	7,63%	49	4	7,55%
BRE	Ricoveri M con deg.breve	51	7,34%	24	27	52,94%
8/R	Riabilitazione	50	7,19%	50	0	0,00%
D/D	DRG dermatologici	34	4,89%	29	5	14,71%
OBE	Ricoveri per obesità	20	2,88%	17	3	15,00%
TMM	DRG M con dp di neopl.	14	2,01%	7	7	50,00%
RNV	Ricoveri rinviati	11	1,58%	7	4	36,36%
\$\$\$	DRG costosi	7	1,01%	7	0	0,00%
8/A	DRG Anomali	1	0,14%	0	1	100,00%

**030107 - Istituti Clinici Zucchi – Monza Tipologia Mirato**

<b>tipologia</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONTROLLATE</b>	<b>% SUL CAMP</b>	<b>CONFERMATE</b>	<b>NON_CONF</b>	<b>% NONCONF</b>
CHI	DRG C con deg. breve	160	24,77%	153,00	7	4,38%
8/N	DRG C con dp di neopl	100	15,48%	95,00	5	5,00%
I/3	Indicatore Regionale	78	12,07%	78,00	0	0,00%
RIP	Ripetuti	72	11,15%	72,00	0	0,00%
8/R	Riabilitazione	61	9,44%	60,00	1	1,64%
8/C	DRG complicati	58	8,98%	54,00	4	6,90%
D/D	DRG dermatologici	30	4,64%	27,00	3	10,00%
I/7	Indicatore regionale	24	3,72%	23,00	1	4,17%
8/U	DP urgenza	24	3,72%	18,00	6	25,00%
TMM	DRG M con dp di neopl	12	1,86%	12,00	0	0,00%
BRE	Ricoveri M con deg.breve	11	1,70%	10,00	1	9,09%
DHD	Day Hospital	11	1,70%	10,00	1	9,09%
SET	Setticemia in DP	4	0,62%	1,00	3	75,00%
RNV	Ricoveri rinviati	1	0,15%	1,00	0	0,00%

**030381 - Fondazione MBBM – Monza Tipologia Mirato**

<b>tipologia</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONTROLLATE</b>	<b>% SUL CAMP</b>	<b>CONFERMATE</b>	<b>NON_CONF</b>	<b>% NONCONF</b>
8/C	DRG complicati	143	21,25%	135,00	8	5,59%
NEO	Neonati patologici	113	16,79%	110,00	3	2,65%
RIP	Ripetuti	102	15,16%	97,00	5	4,90%
DHD	Day Hospital	94	13,97%	92,00	2	2,13%
TMM	DRG M con dp di neopl	77	11,44%	74,00	3	3,90%
BRE	Ricoveri M con deg.breve	76	11,29%	72,00	4	5,26%
8/N	DRG C con dp di neopl	27	4,01%	27,00	0	0,00%
I/3	Indicatore Regionale	22	3,27%	22,00	0	0,00%
\$\$\$	DRG costosi	14	2,08%	13,00	1	7,14%
8/A	DRG Anomali	5	0,74%	4,00	1	20,00%

**030909 - AO S.Gerardo TIPOLOGIE Mirato**

<b>tipologia</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>CONTROLLATE</b>	<b>% SUL CAMP</b>	<b>CONFERMATE</b>	<b>NON_CONF</b>	<b>% NONCONF</b>
\$\$\$	DRG costosi	98	10,15%	97,00	1	1,02%
8/C	DRG complicati	387	40,35%	361,00	26	6,72%
8/N	DRG con dp di neopl	260	26,30%	257,00	3	1,15%
8/U	DP urgenza	100	10,92%	97,00	3	3,00%
BRE	Ricoveri M con deg.breve	238	24,10%	216,00	22	9,24%
CAR	DRG Cardiologici	83	8,90%	78,00	5	6,02%
CHI	DRG C con deg breve	192	19,56%	181,00	11	5,73%
D/D	DRG dermatologici	98	10,24%	88,00	10	10,20%
DHD	Day Hospital	175	18,08%	154,00	21	12,00%
I/3	Indicatore Regionale	99	9,57%	82,00	17	17,17%
RIP	Ripetuti	99	9,57%	96,00	3	3,03%
SET	Setticemia in DP	114	12,15%	93,00	21	18,42%



## 2.2.7 ASPETTI ECONOMICI DEI CONTROLLI

Le variazioni della valorizzazione che vengono effettuate sulle SDO non confermate in sede di controllo scaturiscono dall'attribuzione a DRG differenti da quelli originali, da modifiche apportate alla durata della degenza, dall'attribuzione di un regime assistenziale differente (ricoveri vs ambulatoriale).

L'attività NOC alla data del 31/12/2015, ha determinato un abbattimento pari a € 891.164,5 (-1,5%) del fatturato originario. Infine, l'andamento complessivo delle SDO non confermate ed il relativo confronto con gli anni di attività precedenti è illustrato nella tabella successiva

ANNO	VISTE	CONFERMATE	NON CONFERMATE	% NON CONF
2010	13.862	12.177	1.685	12,20%
2011	13.333	11.704	1.629	12,20%
2012	12.871	11.438	1.433	11,10%
2013	14.924	13.953	971	6,50%
2014	14.847	14.306	541	3,60%
2015	14.325	13.617	608	4,20%

Dal confronto con gli anni precedenti si osserva un lieve incremento (+0,6%) delle SDO non confermate passando dal 3,6% al 4,2% ciò dimostra come l'attenzione del gruppo NOC deve essere sempre più alta e rivolta non solo alle tipologie di controlli consolidate nel tempo, ma anche a tipologie sempre più mirate a seguito di monitoraggio e suggerimenti derivanti dagli Indicatori Regionali.

Le criticità più rilevanti, dimostrata dalla % di modifiche messe in atto dal NOC si registrano nell'ambito:

- dei ricoveri ordinari afferenti al DRG 467 definiti rinviati (RNV),
- ricoveri medici afferenti al DRG 576 "Setticemia",
- ricoveri chirurgici rivolti alla Chirurgia bariatrica e/o rimodellamento corporeo per obesità (DRG 288),
- ricoveri medici nell'area Medica dei 108 DRG potenzialmente inappropriati,
- DRG Chirurgici di area dermatologica,
- DRG Anomali.

L'azione del NOC si è concretizzata rispettivamente nell'annullamento della valorizzazione del ricovero, nelle trasformazioni del setting assistenziale in tipologia ambulatoriale, e nelle modifiche delle codifiche della d.p. e/o delle procedure e nella eliminazione delle giornate inappropriate.

## 2.3 OBIETTIVI DI VERIFICA PER L'ANNO 2016 NELL'ATS DELLA BRIANZA

La Deliberazione n. X/4702 del 29 dicembre 2015 – Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2016 – ha previsto un apposito capitolo per fornire "Indirizzi per i controlli nella fase di avvio dell'agenzia dei controlli".

Di fatto vengono ribadite integralmente le linee di attività già previste per il 2015 con una quota complessiva di controlli SDO pari al **14% dell'attività** posta in carico al SSSR dalle strutture nell'anno 2015. Vengono anche riproposte in capo alle strutture le quote del 3% e del 4% rispettivamente di autocontrollo della qualità documentale e di congruenza, secondo le medesime

modalità già attuate l'anno scorso e con la medesima tempistica di invio. L'attività di verifica per l'anno 2016 verrà pertanto impostata secondo le seguenti linee essenziali:

1. Controllo complessivo di almeno il 14% degli episodi di ricovero, calcolati sulla produzione posta a carico del SSR dai soggetti erogatori nell'anno 2015, secondo la numerosità dell'atteso controlli trasmessa dalla competente U.O. regionale.
2. Quota di almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica, selezionata con modalità di campionamento mirato sulla produzione 2015 e 2016; mantenimento all'interno di questo 7% di una piccola quota percentuale di congruenza casuale.
3. 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 aziendale.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Verifiche puntuali su problemi emergenti a seguito dell'attività di monitoraggio/controllo delle prestazioni prodotte nel corso dell'anno.
9. 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.
10. Condivisione con le strutture erogatrici provinciali delle risultanze dell'attività del Gruppo di lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo, come ribadito dalla Direzione Generale Welfare regionale.

Nelle more di 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.

### **3. SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

#### **3.1 ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO**

La DGR n.X/2989/2014 ha ribadito anche per il 2015 il mantenimento del controllo sull'attività di specialistica ambulatoriale nella misura del 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.

### 3.1.1 ATTIVITA' DI CONTROLLO NEL 2015

Per l'anno 2015 in termini quantitativi il numero di record da sottoporre a verifica per l'ex ASL di Lecco è risultato pari a n. 39.957 record, estratti con le seguenti condizioni indicate dalla Regione: regime di erogazione 1, 7, 8, 9, C – tipo di prestazione O, U, Z.

Entro il 31/12/2015 sono stati controllati n. 28.975 record mentre la verifica dei restanti circa 12.000 record verrà effettuata entro la scadenza prevista del 29 febbraio 2016. I controlli sono stati condotti in conformità alle linee di indirizzo previste nel Piano 2015 secondo le tipologie di cui alla DGR n. 12692/2003, come implementate dalla DGR n. IX/10804/2009 e s.m.i. e conducendo analisi informatiche sul flusso di rendicontazione delle strutture.

In particolare si devono segnalare le verifiche effettuate in merito all'appropriatezza prescrittiva nell'ambito della **Genetica medica**, secondo le indicazioni di cui alla DGR n. IX/4716 del 23 gennaio 2013 e s.m.i. Le indicazioni alla verifica delle suddette prestazioni sono state inoltre declinate negli obiettivi in capo ai Direttori Generali delle ex ASL e Aziende Ospedaliere di cui alle DGR n. X/3554/2015 e n. X/3226/2015.

In ottemperanza alle previsioni delle sopra citate Deliberazioni regionali sono state selezionate le prestazioni di "Genetica Medica" e di "Oncoematologia e Oncologia molecolare" erogate presso le strutture interessate nel periodo 01 gennaio – 31 dicembre 2014 e nello specifico, per soddisfare il controllo di almeno il 90% delle prestazioni di cui trattasi, sono state sottoposte a verifica n. 889 prestazioni su n. 890 complessive corrispondenti quindi alla totalità delle produzioni 2014.

Inoltre, in relazione agli obiettivi previsti dalla già citata DGR n. X/3226/2015, sono state verificate n. 204 prestazioni relative alla produzione maggio - luglio 2015 dei due Presidi dell'Azienda Ospedaliera di Lecco, di cui 196 confermati con una percentuale pari al 96%, superiore all'atteso 95%.

Il controllo ha riguardato i seguenti aspetti:

- appropriatezza prescrittiva rispetto alla condizione clinica da accertare;
- coerenza della qualifica del medico prescrittore con il quesito diagnostico formulato e con le indicazioni di cui alla già citata DGR n. 4716/2013;
- presenza del consenso informato come da indicazioni della DGR sopra citata e della successiva Circolare n. 13 del 28/05/2013,
- presenza del referto;
- corretta rendicontazione nel flusso 28/SAN e s.m.i.

Nella Tabella successiva viene riportata la casistica delle prestazioni richieste e sottoposte a controllo con gli esiti dell'indagine di genetica medica risultati positivi, indicazione del numero delle prestazioni non confermate e relativo abbattimento economico; si evidenzia che le 4 tipologie riportate in Tabella rappresentano da sole l'88% delle prestazioni richieste (961 su 1093) e che gli esiti risultati positivi rappresentano il 10% del totale delle prestazioni richieste. Relativamente all'esito complessivo del controllo, intera produzione 2014 e campione 2015, sono state non confermate n. 125 prestazioni su 1093 verificate, pari al 11%, con un abbattimento economico di Euro 32.444 pari al 11% della valorizzazione iniziale.

<b>Controlli prestazioni di Genetica Medica - anno 2015</b>						
<b>Codice</b>	<b>Descrizione prestazione</b>	<b>N°</b>	<b>Esito positivo</b>	<b>%</b>	<b>N° non confermate</b>	<b>Delta valorizzazione - Euro</b>
91.29.D	MUTAZIONI DEL FATTORE V LEIDEN	345	33	10%	42	9.363
91.29.E	MUTAZIONI DEL FATTORE II	327	18	6%	40	8.732
91.29.A	MUTAZIONE JAK2 V617F TEST QUALITATIVO	184	34	18%	20	4.298
91.2F.7	MUTAZIONI DELLA FIBROSI CISTICA. TEST DI PRIMO LIVELLO	105	4	4%	8	5.656
Vari	Altre	132	19	14%	15	4.395
<b>Totale</b>		<b>1093</b>	<b>108</b>	<b>10%</b>	<b>125</b>	<b>32.444</b>

Si ritiene di segnalare che a fine 2015, al termine dell'attività di controllo, è stato predisposto un **“Protocollo per il corretto accesso alle prestazioni di genetica medica”** poi stato trasmesso alle strutture interessate, per le loro eventuali osservazioni e/o integrazioni, prima della condivisione definitiva prevista entro la fine del corrente mese di gennaio.

Nella successiva Tabella viene riportata la sintesi dell'attività di controllo effettuata nel periodo marzo – dicembre 2015 con il numero complessivo dei record sottoposti a controllo e il numero dei record confermati/non confermati, distinti per tipologia di campione.

<b>Controlli specialistica ambulatoriale anno 2015 - Periodo Marzo - Dicembre 2015</b>								
		<b>n° record controllati per tipologia di campione</b>						
		<b>B</b>	<b>D</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>X</b>	<b>Y</b>	<b>Z</b>
Tutte le strutture	n° record controllati per tipologia di campione					3.346	1	25.628
	n° record non confermati per tipologia di campione					0	1	760

La successiva Tabella riporta infine i dati di valorizzazione iniziale e finale con il relativo delta pari ad Euro 108.735, corrispondente ad una variazione percentuale del 3,3%.

<b>Effetto economico controlli specialistica ambulatoriale - Periodo marzo 2015 - dicembre 2015</b>				
<b>Tipologia campione ex DGR 12962/2003 DGR 10804/2009 e s.m.i.</b>	<b>N. record controllati</b>	<b>Valorizzazione iniziale</b>	<b>Valorizzazione finale</b>	<b>Delta</b>
<b>X</b>	3.346	162.182	162.182	-
<b>Y</b>	1	28	-	28
<b>Z</b>	25.628	3.055.170	2.946.463	108.706
<b>Totali</b>	<b>28.975</b>	<b>3.217.380</b>	<b>3.108.645</b>	<b>108.735</b>

Le verifiche fino ad ora condotte hanno riguardato: *tipologia campione "X"*: prestazioni erogate in PS e seguite da ricovero presso lo stesso presidio nel medesimo giorno o nel giorno successivo; *tipologia campione "Z"*: prestazioni con campo "codice esenzione" per patologia con verifica della corrispondenza con l'elenco delle prestazioni previste per la specifica esenzione per patologia – prima visita/controllo – prestazioni BIC e prestazioni di Genetica medica. I controlli sono stati condotti principalmente in modo statistico formale anche in relazione al vincolo della disponibilità di risorse di personale; sono state sottoposte a verifica con controllo in loco tutte le prestazioni di Genetica medica e le BIC.

### **3.2 ATTIVITÀ DI CONTROLLO NELL' EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA**

Per l'anno 2015 l'attività di controllo ha trovato fondamento nella DGR 10804/2009, nella DGR 937/2010, nella DGR 1185/2013 e nella DGR 2989/2014; ha riguardato tutte le Strutture afferenti all'ASL di Monza e Brianza.

Le verifiche rivolte alle prestazioni ambulatoriali sono state in misura non inferiore al 3,5% della produzione, come da obiettivo regionale stabilito all'interno delle regole di sistema.

Essendo questa attività caratterizzata da un elevato numero di prescrizioni, è stata privilegiata la verifica di tipo statistico formale della rendicontazione oltre che sulle casistiche previste dalla normativa vigente. La parte dei controlli svolti presso gli erogatori è stata rivolta oltre che alla corretta rendicontazione delle prestazioni alla verifica della qualità documentale, stimolando gli erogatori al miglioramento qualitativo dei referti e documenti ambulatoriali, facendo partecipi gli specialisti e gli operatori responsabili dei settori interessati.

I record controllati sono, al momento della redazione della presente relazione, **141.984** (consolidato regionale al 31/12/2015) pari a circa il **103,0 %** dell'atteso Regionale (totale atteso regionale: **137.761**).

Si sottolinea che le attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali, al momento della stesura del presente documento, sono ancora in corso e continueranno fino al 29 febbraio 2016, conclusione dell'esercizio 2015.

Nel corso del 2015 è stata condotta una attività di verifica in loco, già intrapresa nell'anno precedente, che ha riguardato le seguenti tipologie:

#### **Verifiche sulle prestazioni di pronto soccorso seguite da ricovero lo stesso giorno della data contatto (anno erogazione 2014)**

Con riferimento ai controlli previsti nell'allegato 3 della DGR VII/8078 del 18 febbraio 2002 e nella DGR 10804/2009, è stata controllata tutta la produzione ove un accesso di Pronto Soccorso si correlava a un ricovero nelle 24 ore successive. La produzione di una consistente casistica ha generato un controllo in loco. Tale anomalia ha interessato prevalentemente gli interventi ortopedici o ginecologici programmati, tali accessi sono stati annullati in quanto ricompreso nel DRG di ricovero.

Per quanto attiene agli episodi confermati, gli stessi erano ascrivibili a partorienti o a pazienti poi ricoverati presso altri non in relazione all'accesso in PS.

### **Verifiche sull'appropriatezza prescrittiva di prestazioni di genetica medica (anno erogazione 2014)**

Come da DGR 4716/2013 allegato B-C sono stati verificati complessivamente 4.929 records corrispondenti al 96,5% della rendicontazione delle prestazioni di genetica medica rendicontate nell'anno 2014 di questi n° 848 non confermati (17,2%) con una variazione economica pari a - € 235.863,39 (- 11,89%).

La mancata conferma delle prestazioni verificate è da ascrivere alle seguenti tipologie di errori:

- redazione delle prescrizioni da parte di un prescrittore non contemplato nella normativa regionale vigente;
- mancanza di consenso informato,
- mancata aderenza dei criteri di appropriatezza prescrittiva come riportato nella DGR 4716/2013;
- prescrizioni con quesito diagnostico assente o non appropriato.

Tutti i suddetti episodi non sono stati riconosciuti a carico del SSR (esito F) poiché non appropriati ai disposti della DGR 4716 del 23/01/2013.

Ogni criticità è stato oggetto di confronto con i Direttori Sanitari della Struttura e con gli Specialisti di settore.

Nel corso del 2015 l'attività di controlli ambulatoriali di tipo statistico formali ha riguardato le seguenti tipologie:

- Controllo formale di congruenza (DGR VII/ 12692 del 10/04/2003 e DGR VIII/10804 del 16/12/2009);
- Verifiche sui codici di prestazioni ambulatoriali che non possono essere contemporaneamente presenti sulle prescrizioni secondo la DGR10804/2009 e successive-INCROCI\_PROIBITI (anno erogazione 2014);

### **Verifiche di congruenza tra codice esenzione e prestazioni contenute nella ricetta e correttezza del valore del campo ticket – cong ticket (anno erogazione 2013-2014)**

In occasione della verifica di congruenza sul diritto di esenzione è emersa poca attenzione dei prescrittori soprattutto degli specialisti nell'indicare sulla ricetta il corretto codice di esenzione per patologia: possono essere infatti erogate in esenzione solamente le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e, solamente per alcune esenzioni, anche per gli aggravamenti.

### **Verifiche sulle prestazioni rendicontate in costanza di ricovero ordinario o day hospital- amb ric (anno erogazione 2014)**

### **Verifiche sulle prestazioni erogate 15 giorni prima e 10 giorno dopo un ricovero ospedaliero-pre/post ricovero (anno erogazione 2014).**

Con riferimento ai controlli **criterio W**, a quanto previsto nell'allegato 3 della DGR VII/8078 del 18 febbraio 2002 e dalla DGR 10804/2009, sono stati monitorati e verificati i casi di

rendicontazione in 28/SAN di prestazioni erogate nei giorni precedenti e/o successivi ad un ricovero a completamento dell'iter diagnostico/terapeutico. Ciò al fine di verificare che non vengano valorizzate e trasmesse tramite modalità 28/san prestazioni ambulatoriali il cui costo è ricompreso nella valorizzazione del DRG di ricovero. Le prestazioni, rappresentate principalmente da visite nella disciplina corrispondente al reparto di dimissione, rimozioni punti di sutura e medicazioni di ferita sono state annullate poiché ricomprese nel DRG di ricovero.

Nella tabella di seguito riportata si specifica la numerosità dei controlli, distinti per tipologia, e le relative variazioni economiche.

**Controlli di specialistica ambulatoriale 2015**

	<b>TIPOLOGIA</b>	<b>CONTR</b>	<b>NCONF</b>	<b>VAL Origine</b>	<b>VAL ASS</b>	<b>VAR TICKET</b>	<b>Q.F.</b>	<b>VAR_PRES</b>	<b>VAR %</b>
<b>AO SAN GERARDO</b>	PRE/POST ricovero	16550	0	1.126.380,19	1.126.380,19	0,00		0,00	0,00%
	PRE/POST ricovero non OK	636	12	14.627,86	655,24			-13.972,62	-95,52%
	incroci proibiti								
	AMB-RIC	3694	1634	405.747,81	196.523,42	0,00		-	
	CongrTICKET OK 2015	23329	0	1.126.380,19	1.126.380,19	0,00		209.224,39	-51,57%
	<b>TOT</b>		<b>44209</b>	<b>1646</b>	<b>2.673.136,05</b>	<b>2.449.939,04</b>	<b>0,00</b>		<b>223.197,01</b>
	<b>TIPOLOGIA</b>	<b>CONTR</b>	<b>NCONF</b>	<b>VAL Origine</b>	<b>VAL ASS</b>	<b>VAR TICKET</b>	<b>Q.F.</b>	<b>VAR_PRES</b>	<b>VAR %</b>
<b>AO DESIO VIMERCATE</b>	MAC-CongrTICKET 2014	578	0	1.018.036,86	1.018.036,86	0,00		0,00	0,00%
	CongrTICKET grav. OK 2014	6441	0	202.656,56	202.656,56	0,00		0,00	0,00%
	CongrTICKET grav. 2 2014	19862							
	CongrTICKET 2014 NON OK		19862	593058,8	593058,8	251772,9	73255,5	-325028,4	
	CongrTICKET 2014 NON OK RESIDUO	1824	manca dato						
	PRE/POST OK (RB)	27053	0	2.168.430,04	2.168.430,0			0,00	0,00%
	PRE/POST non OK	659	659	9.938,34	0,00			-9.938,34	-100,0%
	incroci proibiti	5521							
	AMB-RIC		1001	578.762,80	565.602,76			-13.160,04	-2,27%
	<b>TOT</b>		<b>61938</b>	<b>21522</b>	<b>4.570.883,4</b>	<b>4.547.785,0</b>	<b>251.772,9</b>	<b>73.255,5</b>	<b>- 348.126,8</b>
	<b>TIPOLOGIA</b>	<b>CONTR</b>	<b>NCONF</b>	<b>VAL Origine</b>	<b>VAL ASS</b>	<b>VAR TICKET</b>	<b>Q.F.</b>	<b>VAR_PRES</b>	<b>VAR %</b>
<b>IC ZUCCHI</b>	PS/RIC Zucchi monza	48	23	2.191,10	1.274,96			-916,14	-41,81%
	genetica	850	31	718.524,62	698.532,48			-19.992,14	-2,78%
	AMB-RIC	86	45	7.439,09	4.409,76			-3.029,33	-40,72%
	<b>TOT</b>		<b>984</b>	<b>99</b>	<b>728.154,81</b>	<b>704.217,20</b>			<b>- 23.937,61</b>



	TIPOLOGIA	CONTR	NCONF	VAL Origine	VAL ASS	VAR TICKET	Q.F.	VAR_ PRES	VAR %
POLICLINI CO	incroci proibiti	374	73	58.075,88	48.330,25			-9.745,63	-16,78%
	AMB-RIC								
	PS/RIC	86	7	60.290,58	58.650,98			-1.639,60	-2,72%
	genetica								
	<b>TOT</b>	<b>460</b>	<b>80</b>	<b>118.366,46</b>	<b>106.981,23</b>			<b>-11.385,23</b>	<b>-9,62%</b>
	TIPOLOGIA	CONTR	NCONF	VAL Origine	VAL ASS	VAR TICKET	Q.F.	VAR_ PRES	VAR %
FMBBM	genetica	30	5	31.823,46	30.702,63			-1.120,83	-3,52%
	PS/RIC	765	150	67.532,81	62.183,42			-5.349,39	-7,92%
	AMB-RIC	1217	1065	48.149,89	7.358,92			-40.790,97	-84,72%
		<b>TOT</b>	<b>2012</b>	<b>1220</b>	<b>147.506,16</b>	<b>100.244,97</b>			<b>-47.261,19</b>
LABORATORI PRIVATI									
	TIPOLOGIA	CONTR	NCONF	VAL Origine	VAL ASS	VAR TICKET	Q.F.	VAR_ PRES	VAR %
CAM	genetica \$6	662	104	385.390,79	335.052,19			-50.338,60	-13,06%
		<b>662</b>	<b>104</b>	<b>385.390,79</b>	<b>335.052,19</b>			<b>-50.338,60</b>	<b>-13,06%</b>
	TIPOLOGIA	CONTR	NCONF	VAL Origine	VAL ASS	VAR TICKET	Q.F.	VAR_ PRES	VAR %
BIOAN ALISI	genetica	219	41	130.124,40	112.125,53			-17.998,87	-13,83%
		<b>219</b>	<b>41</b>	<b>130.124,40</b>	<b>112.125,53</b>			<b>- 17.998,87</b>	<b>-13,83%</b>
	TIPOLOGIA	CONTR	NCONF	VAL Origine	VAL ASS	VAR TICKET	Q.F.	VAR_ PRES	VAR %
ALTRI LAB	ticket OK	30672	0	850.182,90	850.182,90	0,00		0,00	0,00%
		<b>30672</b>	<b>0</b>	<b>850.182,90</b>	<b>850.182,90</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>

### 3.2.1 ASPETTI ECONOMICI DEI CONTROLLI EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA

Le variazioni della valorizzazione effettuate sulle prestazioni ambulatoriali non confermate sono riportate nella tabella seguente (dati soggetti a verifica a seguito del consolidato regionale):

Totale	CONTR	NCONF	VAL Origine	VAL ASS	VAR_PRES	VAR %
TOTALE	142.965	24.964	€ 11.242.016,0	10.664.535,0	-577.418,0	-5,13%

Nel corso dell'anno 2015 n° 4 Strutture hanno superato la soglia del 5% di decurtazione economica, ciò ha obbligato a comminare sanzioni amministrative.

Al momento della redazione della presente relazione, sono in corso i controlli di CONG\_TICKET delle due aziende ospedaliere pubbliche insistenti sul territorio provinciale; la sintesi delle risultanze dei suddetti controlli sarà oggetto di una relazione integrativa al presente documento.

### 3.3 OBIETTIVI DI VERIFICA ATS DELLA BRIANZA PER L'ANNO 2016

Anche per il 2016 le indicazioni regionali prevedono il mantenimento del controllo sull'attività di specialistica ambulatoriale nella misura del 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:

- la prosecuzione del monitoraggio informatico di volumi e valorizzazione delle prestazioni erogate con riferimento alle branche prevalenti;
- 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 s.m.i. nonché alla Delibera delle Regole per l'esercizio 2016 ed alle eventuali indicazioni intercorrenti in corso d'anno;
- il monitoraggio e la verifica degli obiettivi contrattuali eventualmente posti in capo agli Enti erogatori.

## 4. AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Preliminarmente alla descrizione dell'attività effettuata nel corso del 2015 si ritiene opportuno riportare nella pagina seguente il quadro dell'offerta delle ex ASL di Lecco e Monza e Brianza, oggi confluite nell'ATS Brianza.

**ATS della Brianza - Quadro d'offerta strutture sanitarie**

	Lecco		Monza e Brianza	
	n. Enti	n. Presidi	n. Enti	n. Presidi
Aziende Ospedaliere pubbliche accreditate, ora ASST	1	3	2	6
IRCCS pubblico accreditato	1	1		
IRCCS privato accreditato	1	1		
Ospedale classificato accreditato	1	1		
Strutture di ricovero e cura private accreditate	2	2	5	6
Poliambulatori specialistici accreditati pubblici extraospedalieri - ASST - IRCCS	2	8	2	17
Poliambulatori specialistici accreditati privati extraospedalieri	4	4	3	4
Poliambulatori specialistici privati accreditati	6	6		19
Centri di Medicina dello Sport privati accreditati	2	2		3
Laboratori di Analisi privati accreditati	4	4		6
Punti Prelievo pubblici accreditati delle ASST - IRCCS	2	13		19
Punti Prelievo privati accreditati	4	5		44
Centri diurni pubblici psichiatrici	1	2		8
Centri diurni psichiatrici privati accreditati				3
Strutture di Residenzialità Leggera psichiatrica pubbliche	5	21		2
Strutture di Residenzialità Leggera psichiatrica private	4	12		5
Comunità Psichiatriche private	3	3		7
Poli territoriali UONPIA pubblici - ASST	1	2		3
Strutture residenziali terapeutico riabilitative Uonpia pubbliche - ASST				2
Centri diurni Uonpia pubblici - ASST				3
Ambulatori Uonpia pubblici extraospedalieri - ASST				7
Comunità Assistenziali Psichiatriche pubbliche - ASST				12
CPS - ASST	1	2		5
CAL extraospedalieri - ASST	1	4		5

#### 4.1 DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2015 EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO

Nel corso dell'anno sono state presentate e processate le seguenti istanze di accreditamento/comunicazioni di trasferimento/riorganizzazioni dell'assetto accreditato:

- **Ente Casa di Cura “G.B. Mangioni Hospital”:** la DGR n. X/2452/2014 - “Riordino della rete dei punti nascita della Regione Lombardia finalizzato al miglioramento del livello di sicurezza” -, ha stabilito la cessazione delle attività del punto nascita della struttura a decorrere dal 31 dicembre 2014 con il mantenimento delle attività di specialistica ambulatoriale in ambito ostetrico ginecologico. A seguito di tale provvedimento la Struttura ha rimodulato la propria offerta con attivazione di una U.O. di Attività Subacuta, dotata di 07 posti tecnici, per trasformazione nel rapporto 1:1 di n. 7 posti letto ordinari autorizzati accreditati ed a contratto già afferenti ad altre UU.OO. con conseguente riduzione del numero complessivo di posti letto ordinari, scesi da 85 a 78. Nella medesima struttura vi è stata inoltre una ridefinizione dell'assetto accreditato per redistribuzione nel rapporto 1:1 dei posti letto tra le varie UU.OO. esistenti (con aumento dei posti afferenti alle UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia e Urologia) senza ulteriore modifica del numero complessivo dei posti letto autorizzati, accreditati ed a contratto.
- **Ente “Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco” – Presidio “A. Manzoni” di Lecco:** attivazione di un posto letto di DH afferente alla U.O. Dermatologia per trasformazione di analogo posto letto di DH afferente alla U.O. Medicina Generale, senza variazione del numero complessivo dei posti letto.
- **Ente “Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco” – Presidio “San L. Mandic” di Merate:** nel corso del 2015, a seguito del completamento dei lavori di ristrutturazione ed adeguamento del Presidio Ospedaliero - II° lotto si è proceduto al trasferimento di alcune attività nei nuovi spazi. In particolare il trasferimento ha riguardato l'Attività di dialisi ad assistenza limitata (CAL) con incremento del numero di posti tecnici, aumentati da 10 a 14 e la U.O. di Psichiatria - SPDC con incremento del numero di posti letto ordinari, da 8 a 10. L'incremento dei posti di tali macroattività è avvenuto per trasformazione secondo il rapporto 1:1 di n. 4 posti letto ordinari afferenti alla U.O. di Medicina Generale e di due posti letto ordinari afferenti alla U.O. di Pediatria del medesimo Presidio già autorizzati, accreditati e a contratto, come da determinazioni regionali. Complessivamente in questo Presidio si è avuto un decremento di 8 posti letto di degenza.
- **Ente “Società Cooperativa Sociale Varietà ” - CPM Casa Speranza** – nel comune di Barzanò: istanza di autorizzazione ed accreditamento senza contratto di una struttura residenziale psichiatrica CPM (Comunità Protetta – media assistenza) con n. 10 posti tecnici.
- **Ente Società Cooperativa Sociale “L'arcobaleno”:** istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di una nuova Comunità Terapeutica di Neuropsichiatria Infantile con n. 8 posti presso la Struttura residenziale “Comunità Kairos” sita nel comune di Nibionno in attuazione alle previsioni di cui alla DGR n. 2189/2014 e successivo Decreto 2647/2015. Per questa istanza è ancora in corso l'iter procedurale a seguito di richiesta di integrazione documentale.

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 della provincia di Lecco.

<b>Strutture di ricovero e cura accreditate a contratto</b>					
<b>Anno 2015 - Posti letto</b>					
<b>Strutture</b>	<b>Acuti</b>		<b>Riabilitativi</b>		<b>Totale</b>
	Ordinari	DH	Ordinari	DH	
A.O. Presidio di Lecco	552	51	25		<b>628</b>
A.O. Presidio di Merate	290	28			<b>318</b>
A.O. Presidio di Bellano			55	1	<b>56</b>
IRCCS "INRCA"	48		32		<b>80</b>
IRCCS "E. Medea"			112	13	<b>125</b>
Casa di Cura "G.B. Mangioni"	76	2			<b>78</b>
Casa di Cura Lecco "B.L. Talamoni"	58	8	20		<b>86</b>
Villa Beretta			87	2	<b>89</b>
<b>Totale</b>	<b>1024</b>	<b>89</b>	<b>331</b>	<b>16</b>	<b>1460</b>
<b>Strutture residenziali psichiatriche</b>					
Comunità Protetta "Il Poggio"					<b>10</b>
Casa Sara					<b>2</b>
Comunità Protetta "Villa Ratti"					<b>20</b>

In sintesi per quanto riguarda il numero di posti letto di degenza per acuti nel 2015 si è avuto un decremento di 12 posti letto di degenza ordinaria e di 3 posti letto di DH.

Relativamente alla **specialistica ambulatoriale**, in conformità alle disposizioni normative regionali che anche per l'anno 2015 hanno previsto il blocco dell'accreditamento e della messa a contratto di nuove attività, si segnala quanto segue:

- **Ente "San Martino Surgery Services srl"**: "San Martino Surgery Services srl – Poliambulatorio San Martino" – Malgrate: istanza di autorizzazione all'esercizio per ampliamento di una nuova U.O. di Diagnostica per immagini in regime esclusivamente privatistico.
- **Ente "Studio di Radiologia Ellisse SRL" di Cernusco Lombardone**: istanza per ampliamento strutturale dell'edificio dedicato alle attività sanitarie in regime ambulatoriale già autorizzate, accreditate ed a contratto.
- **Ente "Al Centro della Salute s.r.l."**: istanza di ampliamento di una branca specialistica in regime autorizzativo nell'ambito della U.O. Poliambulatorio della struttura ambulatoriale sita in Olgiate Molgora, accreditata senza contratto.
- **Ente Casa di Cura Lecco "B. Luigi Talamoni"**: istanza di autorizzazione all'esercizio per ampliamento strutturale degli spazi adiacenti alla U.O. Poliambulatorio esistente con realizzazione di nuovi spazi dedicati prevalentemente all'attività ambulatoriale di oculistica.

Relativamente all'attività **di vigilanza e monitoraggio** sul mantenimento dei requisiti di accreditamento nel 2015 sono proseguite le verifiche in merito al consolidamento del possesso dei requisiti delle attività sanitarie di **Medicina Trasfusionale** previsti dalla DGR n. IX/3465/2012 in recepimento dell'accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010. Tali verifiche si inseriscono nel quadro di riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali di cui alla DGR n. X/611/2013 ed alla successiva DGR n. X/1632 del 04 aprile 2014 che ha confermato, tra gli altri, l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco, oggi ASST di Lecco, quale sede di Centro Lavorazione e Validazione per la Macroarea di Lecco – Sondrio – Monza.

A seguito della nota della DGS regionale del 02/02/2015 prot. n. H1.2015.0003640, relativa al riordino della rete delle emodinamiche, con la quale si chiedeva di relazionare nuovamente in merito all'assolvimento di tutti i requisiti previsti dalla vigente normativa per l'espletamento **dell'attività di emodinamica per i Presidi di Lecco e di Merate**, si è provveduto ad effettuare le

opportune verifiche ed a trasmettere apposita relazione. Sulla scorta di tali relazioni la DGS ha provveduto ad aggiornare l'assetto dell'Azienda Ospedaliera, assegnando un'unica macroattività di emodinamica alla U.O. di Cardiologia del Presidio di Lecco con l'indicazione del doppio edificio di riferimento per l'attività espletata a Lecco e a Merate.

Come già effettuato nel corso del 2014 anche nel 2015, in relazione alla prevista riclassificazione delle attività di **Riabilitazione** ad alta complessità di cui alla DGR n. X/1520/2014, è stato verificato il "minutaggio minimo" previsto presso le seguenti UU.OO. di Riabilitazione Specialistica: Presidio Ospedaliero di Bellano dell'Azienda Ospedaliera di Lecco, Presidio INRCA di Casatenovo, IRCCS "E. Medea" di Bosisio Parini e Presidio Riabilitativo "Villa Beretta" di Costamasnaga.

Sono inoltre state effettuate verifiche sul mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento relativi a specifiche macroattività presso le seguenti Strutture:

IRCCS "E. Medea", Casa di Cura "G.B. Mangioni Hospital", Presidio Ospedaliero di Bellano e di Lecco dell'Azienda Ospedaliera, struttura ambulatoriale "Synlab".

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" - e secondo le indicazioni di cui alla nota del 12/06/2015 prot. n. H1.2015.0017617, è proseguito il monitoraggio relativo alle **istanze di proroga** presentate dalle strutture interessate: Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco, I.R.C.C.S. "I.N.R.C.A." Presidio di Casatenovo, I.R.C.C.S. "E. Medea" e Casa di Cura Lecco "Beato L. Talamoni". Secondo la procedura ormai consolidata l'équipe multidisciplinare della nostra ASL ha svolto le opportune verifiche documentali ed ha relazionato alla Regione nei tempi previsti con comunicazione del 29/06/2015 prot. n. 25781.

Inoltre, come previsto dalla DGR 4702 del 29/12/2015 e successiva nota esplicativa le strutture di ricovero e cura ubicate nel territorio di competenza della provincia di Lecco hanno presentato nel termine previsto del 31/12/2015 ulteriore istanza di proroga, la cui istruttoria verrà espletata nel corso del 2016, secondo la tempistica definita dalle sopra citate indicazioni regionali.

Per tutte le istanze/comunicazioni presentate il Servizio Accreditamento e Controllo delle Strutture e Prestazioni Sanitarie del dipartimento PAC, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medica attraverso l'équipe multidisciplinare istituita a livello aziendale, ha 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'ASL, come previsto dalla L.R. n. 33/2009 e s.m.i.

Già a partire della fine del 2014 e nel corso del 2015 si è provveduto a gestire ed a processare le istanze tramite il nuovo applicativo Regionale "**ASAN**" predisposto dalla Regione per la gestione delle istanze di autorizzazione ed accreditamento di tutte le strutture sanitarie. Gli operatori dedicati hanno partecipato ad incontri di formazione organizzati ad hoc per il corretto utilizzo dello stesso e si sono resi disponibili a supportare gli Enti erogatori per la compilazione delle istanze tramite il suddetto applicativo.

In  **sintesi** nel corso del 2015 il Servizio ACSS 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;
- attività di vigilanza programmata all'interno del Piano Integrato dei Controlli, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medica; nell'ambito di tale attività sono stati effettuati n. 12 sopralluoghi ispettivi, in particolare è stata effettuata almeno una

verifica presso tutte le strutture/presidi di ricovero e cura, ed è stata espletata l'attività di monitoraggio sulle istanze di proroga ai sensi della DGR. n. IX/898/2010.

- 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.

## **4.2 DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2015 NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA**

Il Settore Accreditamento delle Strutture Sanitarie dell' ex- Asl della Provincia di Monza e Brianza, ora Agenzia Tutela della Salute della Brianza (ATS Brianza), ha iniziato la sua attività di controllo del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento nel 1999.

L' U.O. Autorizzazione Accreditamento si è fatta anche carico 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. Queste strutture vanno inserite nei piani annuali di controllo della nostra U.O.

In questi 16 anni gli operatori dell'accREDITAMENTO hanno effettuato circa 865 sopralluoghi nelle strutture sanitarie, sviluppando un approfondimento sui criteri di verifica dei requisiti ritenuti più significativi nei vari settori (laboratori di analisi mediche, compresa la ricerca di sostanze stupefacenti con valenza medico legale, servizi trasfusionali e unità di raccolta sangue, diagnostiche per immagini, Pronti Soccorso, poliambulatori, ambulatori odontoiatrici, centri di dialisi, servizi di emodinamica ed elettrofisiologia, stroke units, reparti di cure subacute, MAC, BIC, reparti di degenza ordinaria e diurna, Unità Operative di Farmacia ospedaliera, strutture psichiatriche e neuropsichiatriche infantili sia di degenza che residenziali o semiresidenziali, servizi di medicina dello sport, servizi di procreazione medicalmente assistita, Unità Operative di cure palliative ed altri).

Nel 2015 si è proceduto al completamento della riclassificazione dei Servizi Trasfusionali sia pubblici che associativi ad opera dei due Valutatori Nazionali certificati appartenenti al servizio (Dottor Fabrizio Treglia e Dottoressa Angela Montesanti), per adeguamento ai requisiti previsti dalla Comunità Europea. Queste ultime verifiche svolte prevalentemente nel 2014 vanno obbligatoriamente rinnovate con valenza biennale.

Di seguito presentiamo una tabella riassuntiva dei controlli degli ultimi 11 anni:

ANNO	VERIFICHE CON ESITO POSITIVO	VERIFICHE POSITIVE DOPO INTEGRAZIONE	IN ATTESA DI INTEGRAZIONE (ANNO SUCC.)	STRUTTURE CESSATE PER RINUNCIA	STRUTTURE REVOCATE	TOTALE STRUTTURE VERIFICATE
2005	25	46	1			72
2006	8	55				63
2007	33	33				66
2008	30	30				60
2009	33	13	2	1		49
2010	31	13 (di cui 2 con diffida e sanzione)				44
2011	22	18 (di cui 1 con diffida e sanzione)	1		1	42
2012	30	13				43
2013*	22	18 (di cui 1 con diffida e sanzione)				41 + 2 ospedali *
2014*	28	15		2		45 + 1 ospedale*
2015*	28	20 di cui 4 dopo diffida	1			48 + 1 ospedale*

\* Negli anni 2013, 2014 sono stati per la prima volta verificati anche i requisiti strutturali generali (SGTEC) di autorizzazione e accreditamento degli Ospedali accreditati, iniziando da quelli che hanno già conseguito l'accreditamento definitivo, e nel 2015 la Casa di Cura Villa Bianca di Limbiate dell'Ente Multimedita, che invece si trova ancora in regime di proroga per alcuni requisiti strutturali. Quindi nel corso del 2015 l'UO Autorizzazioni e Accreditamento ha programmato la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento in 40 strutture erogatrici più una Casa di Cura. A consuntivo la verifica ha riguardato 48 strutture accreditate più una Casa di Cura.

### Commento

Si rileva che più della metà delle strutture risultavano già adeguate in prima istanza e ciò indica un buon livello complessivo di aggiornamento dei requisiti. L'altra parte di strutture ha sostanzialmente raggiunto lo stesso livello in seconda battuta, cioè con un lavoro di integrazione successivo alle prescrizioni fatte dai nostri operatori.

In 4 casi si è proceduto con una diffida per mancato possesso di alcuni requisiti di accreditamento, con conseguente sanzione amministrativa. Le verifiche post diffida hanno dato esito positivo.

Una struttura di Laboratorio è stata diffidata e sanzionata a seguito di una segnalazione pervenuta dall'ASL di Como per un Punto Prelievi sito nel loro territorio ed afferente al laboratorio di nostra competenza. La verifica post diffida effettuata dall'ASL di Como è risultata positiva.

### Punti forti

L'attività di controllo continuativa nell'arco di 16 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.

### **Criticità**

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 dei 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 delle resistenze culturali ad una gestione meno "artigianale" e veramente aziendale dell'attività sanitaria.

Si precisa inoltre che l'**attività cosiddetta "istituzionale"** dell'U.O. Autorizzazione e Accredimento dell'ex ASL di Monza e Brianza, cioè derivante da istanze, SCIA e richieste varie da evadere per compiti di ufficio, ma non incluse nel Piano Controlli, ha portato nel 2015 a produrre:

- 20 delibere per istanze di accreditamento per trasferimenti di strutture, ampliamenti, e trasformazioni consentite dalle regole di sistema, nonostante il blocco dei nuovi accreditamenti;
- 10 pareri preventivi relativi a nuove pratiche di accreditamento;
- 2 prese d'atto di declassamenti di Servizi di Medicina di Laboratorio;
- 4 prese d'atto di riorganizzazioni di Unità Operative Ospedaliere previste dai POA delle relative Aziende;
- 8 Volture o subentri nella titolarità dell'accreditamento sanitario;
- 50 comunicazioni di attivazione di "Attività di Prelievo" su richiesta delle amministrazioni comunali, presentate da Laboratori di Analisi del nostro territorio, ma dislocate in varie ex ASL della Lombardia;
- 10 SCIA per introduzione di nuove attività o branche specialistiche solo autorizzate in strutture accreditate, con conseguente presa d'atto a firma del Direttore generale;
- 3 pratiche di riclassificazione delle "Attività di Emodinamica" presso strutture di ricovero e cura del nostro territorio;
- 1 pratica di cessazione dell'accreditamento con cancellazione dal Registro Regionale;
- 5 pratiche di diffida e relative sanzioni amministrative per non possesso di requisiti di accreditamento.

### **4.3 OBIETTIVI DI VERIFICA ATS DELLA BRIANZA PER L'ANNO 2016**

I criteri di scelta individuati per la programmazione dell'attività 2016 sono i seguenti:

- Applicazione puntuale di quanto richiesto nell'allegato A della DGR n. X/4702 del 29/12/2015 e successive indicazioni operative, in materia di Servizi Trasfusionali ed Unità di Raccolta Sangue, di Cure Palliative, di Procreazione Medicalmente Assistita, di 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 ospedaliere 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 delle strutture di ricovero e cura che hanno fatto istanza entro il 31/12/2015 (proroga SGTEC);
- Strutture sanitarie che nel corso del 2016 utilizzino nel percorso di accreditamento la metodica della perizia asseverata prevista dalla DGR 3312/2001;
- Sedi di “Attività di prelievo”, ubicate nel territorio di competenza ed afferenti a Laboratori di Analisi, situate in locali comunali, su richiesta delle Amministrazioni Locali, che aprono od estendono l’accesso a tutti i cittadini, come consentito dalla DGR 2989/14;
- Strutture che modifichino il loro assetto organizzativo in modo significativo (ad es. introduzione di nuove branche ambulatoriali specialistiche come l’odontoiatria);
- Strutture che modifichino il loro assetto societario in modo significativo ed autocertifichino il mantenimento dei requisiti di accreditamento;
- Controlli richiesti da altri Enti od Istituzioni (altre ATS, NAS, Guardia di Finanza, Camera dei Deputati ecc.) o su segnalazione;
- Controlli richiesti da altri Servizi od Unità Operative dell’ATS Brianza.

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 Prevenzione Medica per la verifica congiunta dei requisiti strutturali e tecnologici autorizzativi e di accreditamento di U.O. o macroattività presso le strutture di ricovero e cura, pubbliche e private.

Per la sede territoriale di Monza si programmano n. 40 sopralluoghi di vigilanza di cui almeno 15 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 di ricovero e cura, pubbliche e private.

## **5. CURE PRIMARIE**

### **5.1 MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI FAMIGLIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

#### **5.1.1 VERIFICHE EFFETTUATE NELL’ANNO 2015 NELL’EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO**

Le attività condotte nel 2015 dal Servizio di Assistenza Sanitaria Primaria 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 una valutazione generale sulle misure di appropriatezza rispetto al ricorso ai programmi di APD (Assistenza Programmata Domiciliare)
2. **Area dell’appropriatezza - 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, utilizzando una *check list* desunta dagli impegni contrattuali a suo tempo concordati. A questo

si è aggiunta una valutazione di congruità sulla composizione dei PAI in relazione agli EPA forniti da Regione.

Inoltre nel 2015 è stato avviato e concluso un confronto diretto con i singoli medici sulla scorta delle indicazioni/obiettivi regionali, in merito ai criteri di appropriatezza nella prescrizione delle statine (ex nota 13). A fronte di una valutazione dei consumi sono stati contattati circa il 20% dei MMG che avevano una prescrizione di ezetimibe di molto superiore alla media Aziendale che era in contrasto con l'atteso rispetto all'uso di questo principio attivo (da solo o in associazione). Con i medici convocati è stato redatto un verbale che ha evidenziato tra l'altro il peso delle "prescrizioni suggerite".

3. **Area della verifica e controllo dei comportamenti prescrittivi.** L'attività si è focalizzata nell'area della farmaceutica su

- prescrizione di farmaci a brevetto scaduto atteso l'obiettivo posto del rapporto tra spesa per farmaci a brevetto scaduto sulla spesa totale.
- Composizione del mix prescrittivo per i gruppi terapeutici identificati dalla Regione
- Prescrizione di ausili per incontinenti e diabetici

In qualche situazione il confronto è stato anche diretto con il medico.

Sempre per questa area si è valutato il ruolo del medico specialista e si è coinvolta per tramite di specifici report dove la media regionale è inferiore per DDD e/o spesa a quella provinciale. Successivamente all'invio dei report si sono tenuti incontri specifici con gli specialisti interessati l'Azienda Ospedaliera e le altre strutture a contratto. L'impossibilità di determinare il proscrittore specialista ha limitato l'impatto delle azioni confinandolo ai soli aspetti "scientifici".

4. **Area dell'accuratezza prescrittiva:** E' proseguita l'attività rispetto 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.

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

Infine si sono attivate delle 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 Pronto Soccorso.

5. **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 stato avviato il controllo di congruità del registro degli accessi di continuità assistenziale (ex allegato M) secondo un procedure approvate dalla direzione aziendale ed oggetto di un protocollo specifico. E' continuata infine la sorveglianza degli studi medici avviata nel 2012 a seguito della formalizzazione di specifico protocollo.

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, da altri Enti e/o ricevuti direttamente.

### **5.1.2 OBIETTIVI DI VERIFICA 2016**

Le attività di controllo (routinario e/o conseguenti a progetti specifici) previste per il 2016 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);
- 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 dei programmi di sorveglianza dei pazienti cronici all'interno dei programmi previsti dall'A.C.N. (APD); l'attività avviene con il contributo delle ASST alle quali viene affidato un budget complessivo e delle linee guida per l'attivazione;
- Monitoraggio della percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e in particolare sul mix prescrittivo per i gruppi terapeutici individuati dalla Regione.; la verifica avviene con l'ASST secondo linee guida da definire concordate con la medicina generale
- 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
- 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

### **5.2 ASSISTENZA PROTESICA**

Nella generica definizione di "assistenza protesica" sono in realtà comprese tre specifiche aree di attività:

- 1) Protesica Maggiore ovvero dispositivi su misura o personalizzati, beni durevoli;
- 2) Protesica Minore ovvero ausili monouso a consumi ripetuti (ad es. ausili per l'incontinenza);
- 3) Assistenza Integrativa ovvero ausili e presidi per il diabete.

Tale distinzione si rende necessaria e opportuna considerati i distinti processi di gestione, definiti anche alla luce di dedicate indicazioni regionali, che vedono coinvolti diversi attori, sia interni che esterni all'Ente, sia nella fase di erogazione che nella fase di controllo.

Nell'ambito della cosiddetta **PROTESICA MAGGIORE** occorre necessariamente distinguere la casistica relativa ai dispositivi su misura o personalizzati di cui all'elenco 1 del DM dai restanti dispositivi di serie (elenchi 2 e 3) erogati tramite procedure pubbliche di acquisto.

### ***Dispositivi Elenco 1 DM 332/99***

In esito alla revisione regionale di cui alla DGR 8730/08 il processo erogativo avviene nella modalità on line con accesso diretto alla prestazione da parte del cittadino (dal prescrittore al fornitore) senza alcun preventivo procedimento autorizzativo da parte della ASST/ATS.

Alle ex ASL la sopra richiamata DGR demanda l'attuazione di controlli successivamente all'erogazione posto che l'ottenimento delle prestazioni protesiche è da attuare "...secondo le medesime modalità previste per tutte le altre prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e in modo integrato fra esse".

Tale evenienza ha reindirizzato l'attività di controllo verso una più incisiva verifica dell'appropriatezza prescrittiva e sull'appropriatezza erogativa (ovvero della rispondenza di quanto erogato rispetto ai termini della prescrizione) ma, contestualmente, ha assunto significativa rilevanza anche la preliminare e preventiva attività di contrattazione/contrattualizzazione con i soggetti coinvolti circa l'appropriatezza prescrittiva e di collaudo (centro di prescrizione) ed erogativa (ditta fornitrice) ovvero:

- Strutture Sanitarie pubbliche;
- Strutture Sanitarie private accreditate;
- RSA e RSA;
- Istituti di riabilitazione ex art 26;
- Esercizi commerciali autorizzati con tecnico audioprotesista;
- Esercizi commerciali autorizzati con tecnico ortopedico;
- Esercizi commerciali autorizzati con tecnico ottico.

A tale evenienza si è operato in assoluta coerenza e in adempimento alle indicazioni regionali dapprima declinate nei documenti dei sottogruppi tecnici (in particolare GAT "Livelli Prescrittivi", "Centri di Prescrizione" e "Fornitori") e successivamente negli obiettivi dati alle direzioni generali delle ASL (Controllo del 50% delle prescrizioni on-line e obiettivo 70% prescrizioni on line).

### ***Dispositivi Elenchi 2 e 3 DM 332/99***

Trattasi di dispositivi per i quali è prevista l'erogazione per tramite di procedure pubbliche di acquisto. L'attività di controllo è tesa alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva da effettuarsi preliminarmente all'acquisto. In tale contesto rientrano anche i dispositivi extra gara d'appalto o extra nomenclatore (dispositivi non inclusi nei vigenti LEA).

Per quanto concerne la **PROTESICA MINORE** si evidenzia una macro distinzione tra dispositivi direttamente erogati per tramite di gara ARCA (ausili per incontinenza ad assorbenza) e i restanti dispositivi erogati per tramite di convenzione con le farmacie territoriali (forniture WEBCARE).

Nel contesto della **ASSISTENZA INTEGRATIVA**, infine, sono comprese le forniture di presidi per il diabete (automonitoraggio della glicemia, aghi, siringhe, ecc) erogati per tramite di convenzione con le farmacie territoriali (forniture WEBCARE) e le forniture di apparecchi per la somministrazione di insulina e il relativo materiale d'uso (microinfusori, sensori, ecc).

## 5.2.1 ASSISTENZA PROTESICA NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO

Nel 2015 il settore ha intensificato le attività volte a verificare l'appropriatezza delle prescrizioni. In questo senso vanno letti:

- 1) Le nuove regole rispetto alla prescrizione di presidi per diabetici a fronte di un rilievo di un uso per certi versi inappropriato per quantità in alcuni segmenti della popolazione diabetica. Sono stati redatti dei report inviati ai medici di medicina generale con l'indicazione delle discordanze.
- 2) I controlli sul ciclo prescrittivo (prescrizione erogazione e collaudo) con particolare riferimento alla concordanza tra autorizzato ed erogato e al collaudo dei presidi
- 3) Gli incontri con l'Azienda Ospedaliera e le successive indicazioni formative originatesi da un esame del profilo prescrittivo dei singoli professionisti che è stato inviato preventivamente alle Aziende Sanitarie
- 4) Gli ulteriori controlli a seguito delle indicazioni regionali.

## 5.2.2 ASSISTENZA PROTESICA NELL'EX ASL DI MONZA E DELLA BRIANZA

### *Protesica maggiore*

Al fine di dare maggiore incisività delle azioni di governo e di controllo - verso i soggetti esterni a vario titolo coinvolti (Strutture Sanitarie Pubbliche e Private, Fornitori autorizzati e contrattualizzati, Fornitori ARCA) - la direzione della ex ASL MB ha ritenuto, con l'adozione del nuovo POA, di collocare la gestione della PROTESICA MAGGIORE (unitamente alle forniture di ausili per l'incontinenza ad assorbenza) all'interno del Dipartimento PAC. Ciò anche al fine di meglio presidiare la preliminare e preventiva attività di **contrattazione/contrattualizzazione** con i soggetti coinvolti circa l'appropriatezza prescrittiva e di collaudo (centro di prescrizione) ed erogativa (ditta fornitrice).

Nell'attuazione dell'attività si è riscontrato il permanere delle croniche criticità generate dall'attuale contesto normativo che determina:

- 1) una normativa nazionale di riferimento particolarmente obsoleta per le tecnologie nella stessa rappresentate;
- 1) forti aspettative da parte dell'utenza che richiede l'erogazione di nuove tecnologie non sempre ascrivibili e riconducibili ai dispositivi rappresentati nel vigente nomenclatore tariffario;
- 2) un contesto di crisi economica che impone un sempre maggiore contrasto a sprechi e inapproprietezze (prescrittive ed erogative). Va precisato, inoltre, che l'applicazione della cosiddetta spending review è attuabile ai soli dispositivi per i quali è previsto l'acquisto diretto mentre per tutti i dispositivi su misura o personalizzati (Elenco 1) la norma prevede la scelta del fornitore da parte del cittadino a fronte di tariffe predefinite dal Ministero della Salute.

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) sia alla appropriatezza erogativa (attività del fornitore e collaudo del medico specialista prescrittore).

Con particolare riferimento all'obiettivo regionale, di cui alla DGR X / 3554 del 08.05.2015, CONTROLLI PROTESICA ANNO 2015 "Controllo del 50% delle prescrizioni on-line" l'attività

di controllo è stata espletata contestualmente ai controlli contabili per la liquidazione delle fatture pervenute.

Va evidenziato che l'abbinamento della fase di controllo al processo di liquidazione della fattura è effettuato per due sostanziali motivi:

- 1) ottimizzazione dei tempi di trattazione esaminando la pratica in un'unica soluzione accorpando due fasi (controllo sostanziale e controllo contabile) in un unico processo;
- 2) nella documentazione contabile (fattura e allegati) possono essere compresi aggiornamenti di informazioni in prima istanza omessi (ad es. marca e modello del prodotto, collaudo, ecc.).

Detto controllo è effettuato per il 100% di tutte le prescrizioni di dispositivi erogati direttamente senza autorizzazione (Elenco 1).

Tra le principali casistiche sulle anomalie riscontrate ricorrono le seguenti:

- 1) mancata registrazione in AssistantRL, da parte del fornitore, di marca e modello del prodotto erogato;
- 2) incoerenza tra prodotto commerciale erogato e codifiche ISO utilizzate nella prescrizione;
- 3) discrepanza tra prodotto commerciale erogato rispetto alla classificazione CND con cui è stato registrato nel repertorio dei dispositivi medici e codifiche ISO utilizzate nella prescrizione;
- 4) assenza del collaudo.

Le principali azioni adottate in presenza di anomalie sono state le seguenti:

- a) Formali richieste al soggetto erogatore di perfezionamento della documentazione con contestuale sospensione dei termini di pagamento in assenza di dati essenziali;
- b) Richieste di note di credito ai fornitori in presenza di anomalie accertate;
- c) Attivazione di accertamenti in ordine alla mancata registrazione del collaudo con formale invito all'utente all'effettuazione.

Quale mero indicatore dell'attività di cui sopra si annotano i seguenti dati per l'anno 2015:

- n. **141** comunicazioni inoltrate ai fornitori o ai Centri di Prescrizione con richiesta di perfezionamento della pratica, chiarimenti o formali contestazioni;
- note di accredito emesse dai fornitori, pari a Euro **70.528,61**, in seguito ad attività di verifica e controllo della ASL.

In ordine alla attività di controllo sui fornitori (ortopedie, audioprotesiche, ottici) sono stati effettuati n. **4** sopralluoghi presso sedi di nuova autorizzazione. In esito a tale attività sono state effettuate n. **2** prescrizioni/rilievi con richiesta di adempimenti in sanatoria e con rinvio dell'autorizzazione all'avvio (difficoltà non riscontrabili nell'istanza documentale).

Per tutti i restanti soggetti, n. **45** esercizi al 31.12.2014, sono stati effettuati n. **6** sopralluoghi a campione in occasione dei quali per n. **3** esercizi sono state effettuate prescrizioni/rilievi con richiesta di adempimenti in sanatoria per le difficoltà riscontrate.

### **Protesica minore**

Con l'affermamento dell'attività alla UO Governo Prestazioni Sanitarie e Assistenza Protesica, all'interno del Dip. PAC, sono state riproccedute ed ottimizzate tutte le procedure amministrative per la gestione dell'attività.

Particolare rilevanza ha assunto il ruolo di governo e di coordinamento, sia in ordine all'attività dei fornitori nonché delle postazioni distrettuali, anche al fine della corretta e compiuta attuazione delle condizioni contrattuali, così come definite dal capitolato ARCA.

Tra i processi ridefiniti vi è stata la gestione degli ausili dati in uso all'utenza e non più necessari alla stessa. Tale processo, sostanzialmente rivisto e strutturato e non più lasciato alla sola iniziativa dell'utente, ha richiesto tempi lunghi per la messa a regime ed ha visto un progressivo avvio da parte di tutti gli uffici distrettuali. Tutte le postazioni distrettuali si sono rese pienamente operative dal mese di giugno 2015.

L'attività, che verteva sul recupero da parte del fornitore dei pannoloni non più utilizzati dall'utenza con contestuale emissione di nota di credito, ha già registrato per il secondo semestre 2015 un recupero di circa 25.000 Euro.

### **5.2.3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ANNO 2016 NELL'ATS DELLA BRIANZA**

#### **Area territoriale di Monza e della Brianza**

##### **Protesica maggiore**

Le attività da porre in essere per il 2016 devono necessariamente tenere conto della nuova riorganizzazione in ASST e ATS nonché del periodo di transizione per la messa a regime.

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:

- 1) verifica del rispetto e del mantenimento dei requisiti dei Centri di Prescrizione territoriali, sulla base dei contenuti dei documenti licenziati dai GAT regionali;
- 2) 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). Al riguardo si ritiene auspicabile un incremento dei soggetti sottoposti a controllo a campione;
- 3) Autorizzazione all'avvio attività in regime di convenzione con il SSR per i fornitori (audioprotesisti, ortopedie, ottici) di nuova istanza;
- 4) monitoraggio e confronto della spesa per classi omogenee di dispositivi;
- 5) monitoraggio e confronto delle prescrizioni per classi omogenee di dispositivi;
- 6) monitoraggio attuazione procedure in capo alla ASST dei percorsi di riacquisizione dei dispositivi ed ausili che non sono più utilizzati dai cittadini;
- 7) Attuazione degli obiettivi in materia per il 2016 specificatamente definiti da Regione.

Nelle more di una più articolata ed estesa attuazione di procedure pubbliche di acquisto da parte di ARCA e al fine di dare continuità alla gestione dei dispositivi in acquisto diretto (elenchi 2 e 3) è garantita da parte della ATS ogni attività di supporto tecnico, anche di coordinamento, in ordine alla eventuale gestione di acquisti da parte delle ASST. Ciò anche al fine della omogenea attuazione e applicazione.



### Area territoriale di Lecco

- Prosecuzione delle attività di controllo secondo le indicazioni fornite dal sistema regionale
- Controlli puntuali in caso di reclamo con riferimento ASST
- Verifica a campione dei comportamenti prescrittivi dei medici specialisti in aree specifiche della protesica maggiore;
- Verifica dell'appropriatezza erogativa e del rispetto del budget (valore di bilancio) da parte ASST;
- Controlli sulla persistenza dei requisiti dei centri prescrittori e, a campione, dei fornitori.

## 5.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA

### 5.3.1 ATTIVITA' NEL 2015 NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI LECCO

#### Vigilanza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica sul territorio dell'area territoriale di Lecco dell'ATS della Brianza è attualmente garantita da 94 farmacie pubbliche o private, distribuite nei tre distretti.

Il coordinamento dei turni, degli orari e delle ferie, esercitato dal Servizio di Assistenza Farmaceutica consente generalmente 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.

Distretto	Turni	Rapporto 1 a
Bellano	794	24.691
Lecco	1.010	60.243
Merate	553	79.496

*Turni farmacie*

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. La vigilanza sulle strutture erogatrici di farmaci sul territorio dell'area territoriale di Lecco

Distretto	Ordinarie	Straordinarie	Preventive	Totale
Bellano	4	//	0	4
Lecco	11	1	0	12
Merate	7	1	2	10

*Vigilanza su strutture erogatrici di farmaci (farmacie, dispensari, parafarmacie e grossisti)*

dell'ATS della Brianza, viene attuato attraverso le ispezioni ordinarie (programmate), straordinarie (a seguito di segnalazioni) o preventive in caso di apertura di farmacie, parafarmacie e grossisti o di trasferimento locali. Nel 2015 sono state effettuate 26 visite ispettive tra farmacie, parafarmacie e dispensari, di cui 2 straordinarie e 2 preventive.

Infine sono stati effettuati controlli per la constatazione e l'affido dei farmaci stupefacenti scaduti, in 18 farmacie e ad una struttura sanitaria.

Durante le visite ispettive ordinarie alle farmacie, nel corso del 2015, sono state rilevate n.3 violazioni di natura amministrativa per le quale sono state conseguentemente irrogate le dovute sanzioni.

### **Farmacovigilanza**

Nel 2015 il Servizio ha ricevuto 46 segnalazioni di reazioni avverse da farmaci, superando l'obiettivo assegnato dalla Regione Lombardia. Di queste 7 sono reazioni avverse a vaccini, 4 segnalate da PDF e 1 da cittadino.

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

Si evidenzia che l'intervento di un borsista dedicato a Progetti di Farmacovigilanza ha permesso di sensibilizzare gli operatori riguardo alle segnalazioni di reazioni avverse consentendo il raggiungimento dell'obiettivo regionale.

<b>Segnalatori</b>	<b>N. ADRs</b>
Altre figure professionali	4
Azienda farmaceutica	1
Farmacista	3
Infermiere	0
Medico di Medicina Generale	10
Medico ospedaliero (cliniche acc.)	3
Paziente/cittadino	4
Pediatra	18
Specialista	3
<b>TOTALE</b>	<b>46</b>

### **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 ASL della Lombardia.

Dal 2009 è anche disponibile per l'area territoriale di Lecco dell'ATS della Brianza il servizio di archiviazione elettronica delle ricette Farmaimaging, che consente di visualizzare e stampare immediatamente le ricette.

L'attenzione, d'intesa con il Servizio di Assistenza Sanitaria Primaria, è stata posta in particolare sulla percentuale dei consumi, espressi in DDD, e della spesa per farmaci a brevetto scaduto sul totale dei consumi e della spesa farmaceutica. Si è puntualmente verificato il posizionamento dell'ex-ASL di Lecco sia in termini di consumi che di spesa per quanto riguarda la prescrizione di questi farmaci rispetto ad analoghi periodi precedenti sia rispetto al contesto regionale. Si è rilevata una costante crescita sia dei consumi espressi in DDD, dal 75,01% (novembre 2014) a 76,67% (novembre 2015), che della percentuale di spesa passata dal 46,15% (novembre 2014) al 48,44%, (novembre 2015). L'area territoriale di Lecco dell'ATS della Brianza si è costantemente mantenuta al di sopra delle medie regionali sia per quanto riguarda i consumi (media regionale: 74,39%) che la percentuale di spesa (media regionale: 46,05%).

In merito alla possibilità di utilizzo di farmaci ,sia di natura chimica che di natura biotecnologica, dopo la scadenza brevettuale, si è provveduto a coinvolgere con apposite iniziative oltre ai MMG e PDF anche gli specialisti ospedalieri, individuando quale strumento prevalente l'aggiornamento del Prontuario alle Dimissioni condiviso successivamente con tutte le strutture di ricovero e cura a contratto tramite incontri e comunicazioni ad hoc (a titolo esemplificativo: il "Progetto Farmagood"

realizzato in collaborazione con l'istituto "Mario Negri" in data 07/10/2015 e l'invio di report sui biosimilari a MMG e PDF in data 13/12/2015.)

Prosegue la gestione in rete dei piani terapeutici mediante un apposito software, acquisito dall'area territoriale di Lecco dell'ATS della Brianza e messo a disposizione dall'ASST di Lecco, che consente di redigere, stampare archiviare e trasmettere elettronicamente circa 34 tipologie di piani terapeutici per un totale di 128 prescrittori attivati.

Nell'ambito dei controlli sulla liquidazione della spesa farmaceutica convenzionata, nell'arco del 2015 sono state effettuate verifiche su 1.128 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 2015, tali controlli si sono fatti maggiormente complessi e peculiari a seguito dell'introduzione dello split-payment e della fatturazione elettronica obbligatoria per le Pubbliche Amministrazioni.

Relativamente alle verifiche posteriori alla liquidazione della spesa farmaceutica convenzionata, nel corso del 2015, sono stati portati a termine i controlli sulle differenze contabili relative all'anno 2005 su 88 farmacie con conseguenti addebiti/accrediti nella DCR di novembre 2015, permettendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo regionale. Tali verifiche hanno portato ad un recupero contabile a favore della ex ASL di Lecco attese che le differenze contabili per l'anno 2005 presentava un totale lordo di €+6.956,14 mentre il totale al netto dello sconto è stato di €7.418,83.

### **File F**

Si sono verificati i dati di spesa del tracciato record File-F del principale erogatore, l'ex A.O. Ospedale di Lecco, relativi sia al Presidio di Lecco che di Merate, e della struttura accreditata Casa di Cura G.B.Mangioni.

Le rilevazioni riguardano i farmaci ad alto costo impiegati in ambito oncologico, oftalmologico 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, oftalmologici 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 mese di dicembre 2015 sono stati controllati 257 record presso la Clinica "Mangioni" tutti relativi a farmaci oncologici. Presso l'A.O. Lecco sono stati controllati 345 record oftalmologici, 2578 record oncologici e 512 record relativi a farmaci anti-HCV.

Il controllo è stato rivolto anche alla verifica dei prezzi massimi d'acquisto dei farmaci con scheda AIFA rendicontati in File F. I prezzi non aggiornati sono stati tutti evidenziati e notificati della struttura per la rettifica.

### **Ossigenoterapia e ventiloterapia domiciliare**

Dall'anno 2011 sono state definite, con la collaborazione dei medici specialisti dell' INRCA, linee guida per l'appropriatezza prescrittiva dell'ossigenoterapia e ventiloterapia domiciliare. Sono stati utilizzati strumenti di controllo per queste tipologie di assistenza finalizzati sia alla verifica dell'aderenza alle linee guida, sia all'adesione delle terapie prescritte dagli specialisti pneumologi mediante l'acquisizione dei dati di registrazione del consumo domiciliare di ossigeno forniti mensilmente dalla società di gestione.

Nel corso del 2014 la media mensile dei pazienti in OTD a lungo termine si è mantenuta su valori analoghi a quelli degli anni precedenti (circa 450 pazienti/mese).

### 5.3.2 ATTIVITA' NEL 2015 NELL'EX ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA

L'obiettivo prioritario dell'anno 2015 del Servizio Assistenza Farmaceutica si è basato sulla promozione nel territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto inteso sia come farmaco EQUIVALENTE che come farmaco BIOSIMILARE.

Sulla base del Piano di Governo della spesa farmaceutica territoriale ed al fine di monitorare l'appropriato utilizzo dei farmaci, nonché l'adesione alla normativa vigente sulle prescrizioni farmaceutiche, per il 2015 le azioni di controllo sono state:

- Controllo della appropriatezza del file F con la verifica del 100% dei nuovi farmaci per HCV, del 75% dei farmaci oncologici e il 50% dei farmaci oftalmologici, con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione.
- Verifica della corretta rendicontazione in File F – tipologia 15 – della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing. (100%)
- Controllo trimestrale sul monitoraggio dei consumi ospedalieri presso l'A.O San Gerardo e l'A.O. Vimercate Desio relativi ai farmaci con brevetto scaduto e biosimilari.
- Vigilanza sulla convenzione farmaceutica mediante l'analisi di ricette spedite dalle farmacie con anomalie convenzionali
- Vigilanza sulle Farmacie, Parafarmacie, Depositi/Grossisti mediante ispezioni periodiche ordinarie, straordinarie e preventive
- Controlli sull'appropriatezza delle prescrizioni in base alla Convenzione Farmaceutica SSN
- Controllo delle differenze contabili rispetto alla farmaceutica convenzionata anno 2005 su tutte le farmacie ex ASL MI3 (n. 245 farmacie)
- Monitoraggio dell'applicazione e aggiornamento del Protocollo Malattie Rare sottoscritto e condiviso tra la ASL MB e le strutture ospedaliere del territorio

#### Vigilanza sulla normativa farmaceutica

Nel corso del 2015 gli interventi mirati alla vigilanza sulla Prescrizione appropriata dei farmaci e sulla normativa farmaceutica sono stati i seguenti:

Ambito di intervento	Attività svolta 2015
Verifica dell'appropriatezza dei farmaci rendicontati in File F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo di n. 10.743 (95,8%) di farmaci oncologici con verifica della scheda di monitoraggio AIFA presso le strutture sanitarie (n. 6 accessi)</li> <li>• Verifica di 3.004 record di farmaci oftalmologici ( pari al 99,99%)</li> <li>• Verifica di 1227/1227 record di nuovi farmaci</li> </ul>

	<p>HCV(tipologia 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica di 52 record di rimborsi di risk-sharing (tipologia 15) pari al 100%</li> <li>• Grado di targatura: verifica del 100% per i nuovi farmaci antivirali HCV (A.O. San Gerardo Monza); verifica del 55,02% totale sulle restanti strutture.</li> </ul>
Verifica consumi ospedalieri farmaci brevetto scaduto, biosimilari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposizione di 8 lettere e relativi report sui risultati del monitoraggio, consumo in DDD e spesa, per le prescrizioni relative alle seguenti categorie terapeutiche: C09CA (Sartani), C09DA (Sartani in associazione), C10AA (Statine), J01MA (Fluorochinoloni) e N06AX (altri antidepressivi), inviati alle Direzioni Sanitarie di A.O San Gerardo e A.O Vimercate</li> </ul>
Vigilanza sulla convenzione farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono state estratte ricette da sottoporre all'analisi della Commissione Farmaceutica Aziendale: le ricette errate sono state addebitate alle farmacie</li> </ul>
Vigilanza farmacie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 42 ispezioni a farmacie</li> </ul>
Vigilanza depositi-grossisti / parafarmacie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 ispezioni a parafarmacie</li> <li>• 1 ispezioni a depositi/grossisti</li> </ul>
Distruzioni Stupefacenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 41 affidamento in custodia di stupefacenti scaduti per la distruzione</li> <li>• n. 2 operazioni di distruzione stupefacenti in collaborazione con le forze dell'ordine</li> </ul>

### **Assistenza Integrativa**

Per l'assistenza protesica integrativa (diabetica) il monitoraggio della spesa si è realizzato 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.

Ambito di intervento	Attività svolta 2015
Integrativa : erogazione alimenti senza glutine per Utenti Celiaci o con Dermatite Erpetiforme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione della procedura (UP PG 09 Erogazione Alimenti senza Glutine)</li> <li>• Validazione procedura In data 13 Novembre 2015</li> <li>• Pubblicazione della procedura nel sito Intra-web Aziendale in data 13/11/2015</li> </ul>

### 5.3.3 ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELL'ATS DELLA BRIANZA

#### Obiettivi generali e specifici delle attività di controllo per l'anno 2016

Nell'anno 2016 sono previste le seguenti attività di controllo:

- 1) Rilevazione della quota di farmaci equivalenti-generici presenti nelle prescrizioni territoriali espressi come percentuale del totale delle DDD prescritte e come percentuale del totale della spesa progressiva.
- 2) Verifiche sull'appropriatezza prescrittiva con specifico riferimento alle note AIFA e ai Piani Terapeutici in collaborazione con ASST.
- 3) 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.
- 4) Controlli sulle Distinte Contabili Riepilogative presentate dalle Farmacie convenzionate prima della liquidazione della spesa farmaceutica ed in particolare, verifiche 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.
- 5) 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.
- 6) Controlli sulle fatture per la liquidazione delle forniture di dispositivi per incontinenza ad assorbenza.
- 7) Monitoraggio della trasmissione dei dati "FUR" da parte delle Farmacie convenzionate e valutazione della "presenza percentuale di Codice Fiscale".
- 8) Esame delle ricette SSR spedite dalle farmacie da parte della Commissione Farmaceutica Aziendale per il controllo delle formalità previste dal D.P.R. 371/1998.
- 9) Controllo dei moduli web per compensazione extraregionale.
- 10) Verifica delle differenze contabili posteriore alla liquidazione della spesa farmaceutica convenzionata.
- 11) Verifiche relative alla compilazione delle schede AIFA dei farmaci oncologici da parte degli specialisti delle strutture accreditate e delle ASST.
- 12) Controlli sul File F per gli erogatori (ASST Lecco e privati accreditati), ivi compresa la corretta rendicontazione della nota di credito alla struttura erogatrice dei rimborsi risk-sharing e le indicazioni sui farmaci per l'HCV.
- 13) Monitoraggio delle fasi di prescrizione, autorizzazione ed erogazione degli ausili/presidi dell'assistenza integrativa e rilevazione di eventuali situazioni di inappropriatezza ad adozione dei provvedimenti conseguenti.

- 14) Visite ispettive a soggetti dispensatori di farmaci sul territorio per garantire il rispetto della normativa vigente (es.:farmacie, parafarmacie e grossisti).
- 15) 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.
- 19) Monitoraggio dell'erogazione dei prodotti protesici e di assistenza integrativa in capo ASST.

#### **5.4 CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE A FAVORE DEI PAZIENTI IN TERAPIA DIALITICA, PRESSO I CENTRI DIALISI DEL TERRITORIO DELL'ASL PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA (DGR 893 del 1/12/2010 e DGR 3542 del 30/5/2012).**

##### **Monitoraggio attività di verifiche e sopralluoghi svolti**

<b>Area del controllo</b>	<b>Criticità</b>	<b>Obiettivo 2015</b>	<b>Indicatori</b>
Correttezza requisiti e modalità di trasporto, controllo condiviso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UO GMC</li> <li>• SISP</li> </ul>	Verifica della regolarità dei trasporti effettuati da Associazioni/Imprese/Coop/ Organizz. di Volontariato convenzionate con la ASL in base alla normativa vigente e alla convenzione sottoscritta per il trasporto dei pazienti nefropatici	Controlli congiunti SISP – UO GMC a campione e contestuale compilazione e sottoscrizione verbale di controllo	Report periodici con esito dei controlli e attuazione delle eventuali azioni correttive

Tra le competenze dell'UO Gestione Medicina Convenzionata del Servizio Assistenza Sanitaria Primarie è individuata anche la gestione dell'attività di trasporto sanitario a favore dei pazienti nefropatici residenti sul territorio della ASL soggetti a terapia dialitica che necessitano di accompagnamento protetto.

Il servizio di trasporto è svolto da Imprese/Associazioni/Enti/Cooperative/Organizzazioni di Volontariato che hanno stipulato convenzione con la ASL e garantiscono il trasporto a circa 400 pazienti. Dal mese di marzo al mese di Giugno 2015 sono state effettuate senza preavviso n. \_44\_ verifiche congiunte con i tecnici del Servizio Igiene e Sanità Pubblica presso i Centri Dialisi ospedalieri ubicati nel territorio della ASL Provincia di Monza e Brianza, per verificare la correttezza dei trasporti sia dal punto di vista del contenuto della Convenzione sottoscritta, sia per quanto concerne il rispetto dei requisiti relativi al trasporto sanitario semplice, (conformità del mezzo utilizzato, possesso delle autorizzazioni sanitarie e della documentazione obbligatoria) previsti dalla DGR 893 del 1/12/2010 e dalla DGR 3542 del 30/5/2012.

Ospedale	n. verifiche	Tecnico sisp
Desio	13	4 Colombini 9 Acquachiara
CAL Cesano	2	2 Demase/Acquachiara
Vimercate	14	6 Zangelmi 8 Volpini
H. San Gerardo Monza	7	Demase/Acquachiara
Policlinico di Monza	5	Penati/Scalise
H. Carate	3	Penati/Scalise
<b>Totale</b>	<b>44</b>	

Le Associazioni controllate sono state:

Associazioni	n. verifiche	Criticità rilevate
<b>AVIS Meda</b>	1	l'autorizz. sanit. va esposta in modo visibile sul mezzo
<b>CROCE BIANCA Cesano Maderno</b>	4	. va esposta la tabella delle tariffe reg. . il mezzo CY466DZ-Km e anni oltre il consentito
<b>Lesmo Soccorso</b>	6	. la tabella delle tariffe non è quella della dgr . i pz. si lamentano dei ritardi . gomme lisce . il soccorritore ha solo il corso di 16 ore . la tabella delle tariffe reg. va esposta sul mezzo
<b>Brianza Emergenza Muggiò</b>	4	. estintori scaduti sul mezzo CK485LB
<b>Orchidea Carate</b>	4	ok
<b>C.T.S. Ambulanze MI</b>	7	. DK265MT manca a bordo libretto circolazione . estintori scaduti sul mezzo DA539FV . l'autorizz. sanit. va esposta in modo visibile sul mezzo . la tabella delle tariffe reg. va esposta sul mezzo . il mezzo DG452LD- munito di sirena e lampeggiante non va usato per trasp. Dialisi . sull'Amb. EG854FZ mancava il soccorritore e l'autista non aveva corso aggiornamento
<b>Casirate Soccorso</b>	6	. tenere in ordine la documentazione in dotazione . l'autorizz sanit. va esposta in modo visibile . va esposta la tabella delle tariffe reg. . manca scritta "trasporto sanitario semplice" sul mezzo DS931RR
<b>Roby Viaggi Monza</b>	1	. manca scritta "trasporto sanitario semplice" sul mezzo EC848YZ
<b>SEA Socc. Cesano M.</b>	2	ok
<b>Croce D'Oro Brianza Monza</b>	2	ok
<b>Italenferm Brugherio</b>	1	. autista senza corso
<b>Seregno Soccorso</b>	3	. la tabella delle tariffe non è quella della dgr
<b>Varedo Soccorso</b>	3	. manca a bordo la scheda dei servizi

Le criticità rilevate sono state inserite nei verbali di controllo redatti presso i centri dialisi, approvati con la procedura condivisa con il Servizio Igiene e sanità pubblica, sottoscritti dai vettori, a cui è stata data copia al termine della verifica.



A fronte delle specifiche criticità riscontrate, è stata inviata in seguito, nota di contestazione alle Associazioni che effettuano i trasporti con la richiesta di controdeduzioni, o di adeguamento dei requisiti, di richiesta documentazione integrativa, di emissione note di credito per trasporti rilevati difformi a quanto comunicato.

### **Sopralluoghi effettuati dal Dipartimento Cure Primarie ASLMB**

Parallelamente ai controlli svolti in forma integrata con il Servizio Igiene Sanità Pubblica, il Dipartimento Cure Primarie ha altresì proceduto dai primi giorni del mese di luglio 2015 ad effettuare alcuni controlli direttamente presso i Centri Dialisi del territorio al fine di verificare l'attività di trasporto da parte dei vettori convenzionati con l'ASL MB.

Tali controlli, effettuati da funzionari del Dipartimento Cure Primarie e indicati nella tabella sottostante, sono stati compiuti presso le sedi individuate dei Centri Dialisi, verificando - all'atto dell'arrivo dei mezzi dei Vettori (ambulanze, auto, furgoni) – il numero dei soggetti trasportati, il personale incaricato del trasporto, il mezzo utilizzato e l'orario di arrivo. Nello specifico, sono stati effettuati dal dipartimento cure primarie n. 23 sopralluoghi così suddivisi:

<b>Ospedale</b>	<b>n. verifiche</b>
Desio	6
H. Seregno	1
Vimercate	2
H. San Gerardo Monza	10
Policlinico di Monza	4
<b>Totale</b>	<b>23</b>

Le Associazioni controllate sono state:

<b>Associazioni</b>	<b>n. verifiche</b>	<b>Associazioni</b>	<b>n. verifiche</b>
CROCE BIANCA Cesano Maderno	3	Roby Viaggi Monza	1
Lesmo Soccorso	3	SEA Socc.Cesano M.	2
Brianza Emergenza Muggiò	4	Croce D'Oro Brianza Monza	3
Orchidea Carate	2	Italenferm Brugherio	1
C.T.S. Ambulanze MI	2	Monza 2000	1
		Varedo Soccorso	1

Agli atti dell'U.O. Gestione Medicina Convenzionata sono presenti tutti i verbali dei sopralluoghi effettuati, peraltro regolarmente notificati alle diverse Associazioni/Vettori oggetto di verifica, così come le note di contestazione/richieste di regolarizzazione trasmesse ai soggetti per i quali erano state accertate irregolarità durante l'espletamento dei sopralluoghi.