



Piano annuale dei controlli anno 2019





Sommario

Contesto epidemiologico.....	6
Premessa	6
Le patologie croniche	6
La mortalità.....	12
L'ospedalizzazione	17
La patologia oncologica	22
Controlli NOC Anno 2018 ATS Val Padana	27
Prestazioni di ricovero	27
Verifiche sui ricoveri:.....	27
Autocontrollo di qualità (3%)	27
Autocontrollo di congruenza B (3,5%):	28
Controlli di congruenza (5%)	29
Verifiche sulle prestazioni ambulatoriali.....	31
Controlli sul campo.....	31
Controlli automatici.....	35
Linee di sviluppo per i controlli NOC – Prestazioni di Ricovero	37
Ricoveri	37
Prassi operativa comune ai controlli sui ricoveri e sulla specialistica ambulatoriale	38
Autocontrollo di congruenza	38
Autocontrollo della qualità documentale (3%)	39
Verifiche di concordanza	39
Controlli di Congruenza (7%).....	40
Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Cure Sub - acute.....	42
Tipologia, numerosità dei controlli SDO in relazione ai fattori di rischio	44
Linee di sviluppo per i controlli NOC – Prestazioni di Specialistica ambulatoriale	45
Prestazioni ambulatoriali.....	45
Tipologia, numerosità dei controlli ambulatoriali in relazione ai fattori di rischio.....	47
Verifiche di tipo statistico formale	47
Verifiche sui tempi d'attesa.....	49
Salute mentale.....	51
Cure palliative.....	52
Autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie	53



Attività anno 2018 ambito di Cremona	53
Rendicontazione dell'attività 2018.....	53
Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2018.....	54
Attività anno 2018 ambito di Mantova	57
Rendicontazione dell'attività 2018.....	57
Attività di vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie prevista per l'anno 2019. - Per entrambi gli ambiti territoriali -	62
Verifica assetti accreditati e loro allineamento con l'organizzazione delle Strutture di Ricovero e Cura in essere.....	62
Riclassificazione per l'attività di Laboratorio di Citogenetica e Genetica Molecolare ai sensi della DGR n....	62
Riclassificazione per l'attività di Anatomia Patologica ai sensi della DGR n. X/7540 del 18.12.2017.....	62
Servizi Trasfusionali e Unità Raccolta Sangue ed emocomponenti	62
Servizi di Medicina di Laboratorio	62
Attività contrattualizzate ed attività in regime di solvenza	62
Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili	62
Attività di vigilanza	62
Piano dei controlli e dei protocolli relativo all'attività di accreditamento e vigilanza sul mantenimento dei requisiti delle U.d.O. sociosanitarie e sociali.....	63
Premessa	63
Analisi di contesto	64
La rete delle strutture socio sanitarie	64
Esito dell'attività di accreditamento e vigilanza effettuata nel 2018	65
Esito controlli di vigilanza	65
Programmazione attività 2019	67
Verifica titoli	67
Accreditamento e vigilanza sul mantenimento dei requisiti:	67
Piano delle attività di controllo di appropriatezza relativo alle Unità d'offerta sociosanitarie anno 2019.....	70
Premessa	70
Articolazione organizzativa	71
Dotazione organica e strumenti operativi.....	71
Esito dei controlli effettuati nel 2018.....	72
Controlli di appropriatezza effettuati nel 2018.....	73
Controlli nelle UdO	74
Sanzioni e altre misure economiche	79



Altre tabelle riassuntive.....	80
Esito dei controlli di appropriatezza 2018 strutture ed erogatori area sociosanitaria.....	82
Controlli mirati.....	84
Attività di vigilanza e controllo su misure e sperimentazioni anno 2018	85
Misure applicative della DGR 116/2013 - DGR n. 7769 del 17.01.2018	85
Attività di controllo e vigilanza integrati sulle Misure.....	85
RSA Aperta.....	86
Residenzialità Assistita	87
Controlli sperimentazioni ed ex misura 6 anno 2018	87
Sperimentazioni: progetti area della riabilitazione ambulatoriale diurna extra ospedaliera per minori disabili	87
Misura 6 – “comunità per minori vittime di abuso, violenza e maltrattamento grave”	88
Programmazione attività anno 2019.....	89
Temi Innovativi	89
Numero Dei Controlli Previsti 2019 - Distribuzioni Per Tipologia Previsti 2019 Per Tipologia (V.A.)	91
Cure Palliative.....	92
Verifiche integrate con equipe mista sanitaria e sociosanitaria	92
Attività di controllo sull’appropriatezza delle prestazioni erogate.....	93
Gestione dei Flussi e accesso ai dati.....	93
Formazione.....	93
Area Farmaceutica.....	94
Farmaceutica ospedaliera	94
Rendicontazione attività 2018.....	94
Azioni programmate 2018.....	95
Verifica:.....	95
Azioni effettuate nel 2018.....	95
Programmazione azioni 2019.....	96
Farmaceutica territoriale.....	97
Rendicontazione attività 2018.....	97
Azioni programmate 2018.....	97
Azioni effettuate 2018.....	97
Programmazione azioni 2019.....	98
Piano dei Controlli dell’Area delle Cure Primarie - Anno 2019	99



Analisi del contesto	99
Sintetica rendicontazione dell'attività di controllo effettuata nel 2018.....	99
Programmazione dei controlli 2019	100

Contesto epidemiologico

Premessa

Il contesto epidemiologico che descrive lo stato di salute della popolazione residente in un territorio, analizzando bisogni ed offerta di Servizi, è regolato da variabili abbastanza stabili nel tempo, salvo il sopraggiungere di eventi acuti che rivestono tuttavia carattere di eccezionalità.

Ne consegue che la riproposizione annuale di questo contesto non può presentare importanti novità rispetto all'anno precedente (cui comunque si rimanda), nonostante l'aggiornamento degli indicatori di salute.

La descrizione che segue e che prova a tracciare il profilo di salute della popolazione ATS descrive i fenomeni morbosi non ponendo al centro la patologia, ma analizzando separatamente i momenti attraverso cui il fenomeno si esprime: prevalenza delle patologie croniche, ospedalizzazione per grandi cause, mortalità, patologia oncologica.

Altro elemento di novità è la decisione, laddove possibile, di <<scattare una fotografia>> limitata all'anno più recente disponibile, invece di estendere l'osservazione ad un intervallo temporale più allargato, con il vantaggio in quest'ultimo caso di avvalersi sì di frequenze più stabili, ma meno informative dell'attualità del fenomeno in esame.

La disaggregazione territoriale per distretti ATS è stata mantenuta come quella per genere.

Per ciascuna fonte informativa è stato inoltre incrementato il numero delle patologie (o loro aggregati omogenei) che sono state analizzate.

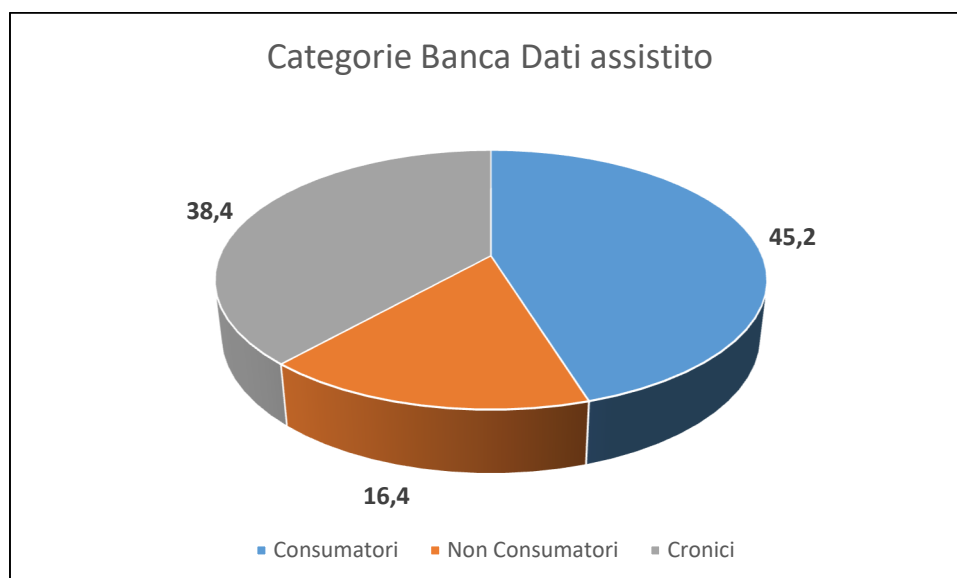
Le patologie croniche

La popolazione ATS viene categorizzata ogni anno nella Banca Dati Assistito a seconda di consumi sanitari specifici determinati da patologie croniche e/o acute.

Tale categorizzazione suddivide i soggetti dapprima in macro-categorie, consumatori aspecifici, cronici e non consumatori, mentre in un successivo tempo i cronici vengono a loro volta compresi in patologie croniche specifiche.

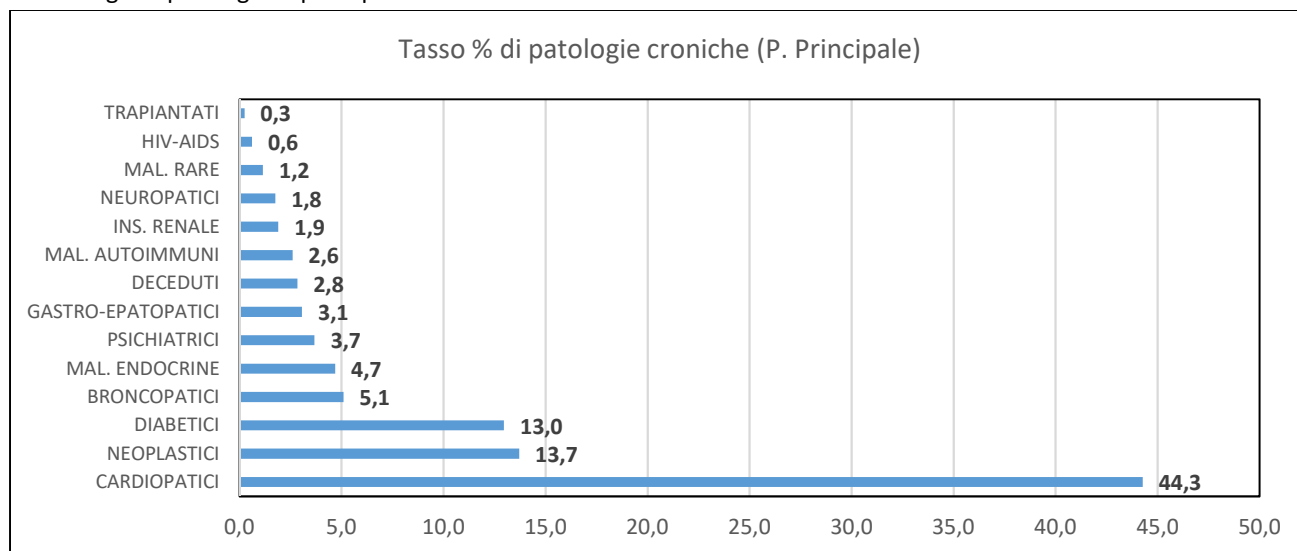
Si definiscono le diagnosi che concorrono a descrivere il profilo di salute dell'intera popolazione osservata, nonché dei singoli assistiti che vengono in questo modo assegnati a categorie patologiche ben definite, quali tumori, diabete, cardiopatie, insufficienza renale ecc.

Di seguito la rappresentazione quali - quantitativa delle varie fasi di categorizzazione della popolazione





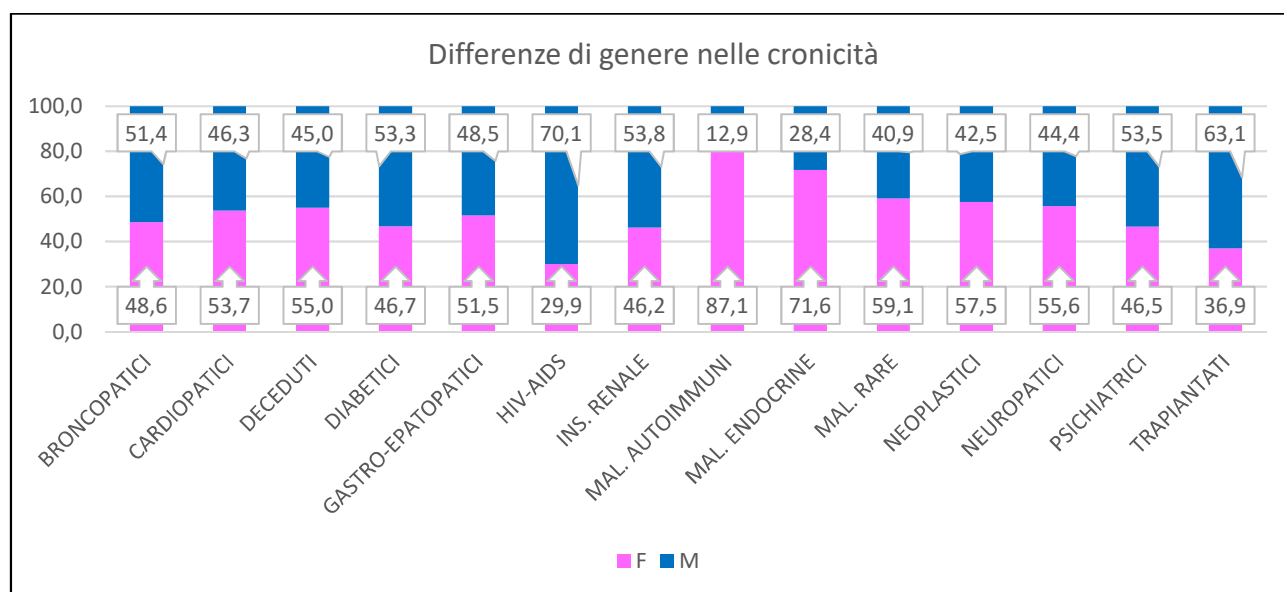
Le patologie croniche interessano quasi il 40% della popolazione ATS, cioè circa 300.000 persone suddivise come di seguito riportato nelle varie categorie patologiche principali



La grande maggioranza dei cronici sono affetti da patologie cardio-circolatorie ed è interessante rilevare che quasi tre quarti di tali cardiopatici (il 71,5%) sono in realtà affetti da ipertensione: ne deriva la grande importanza nella prevenzione di tale patologia anche per agire con forte impatto su un numero consistente di soggetti.

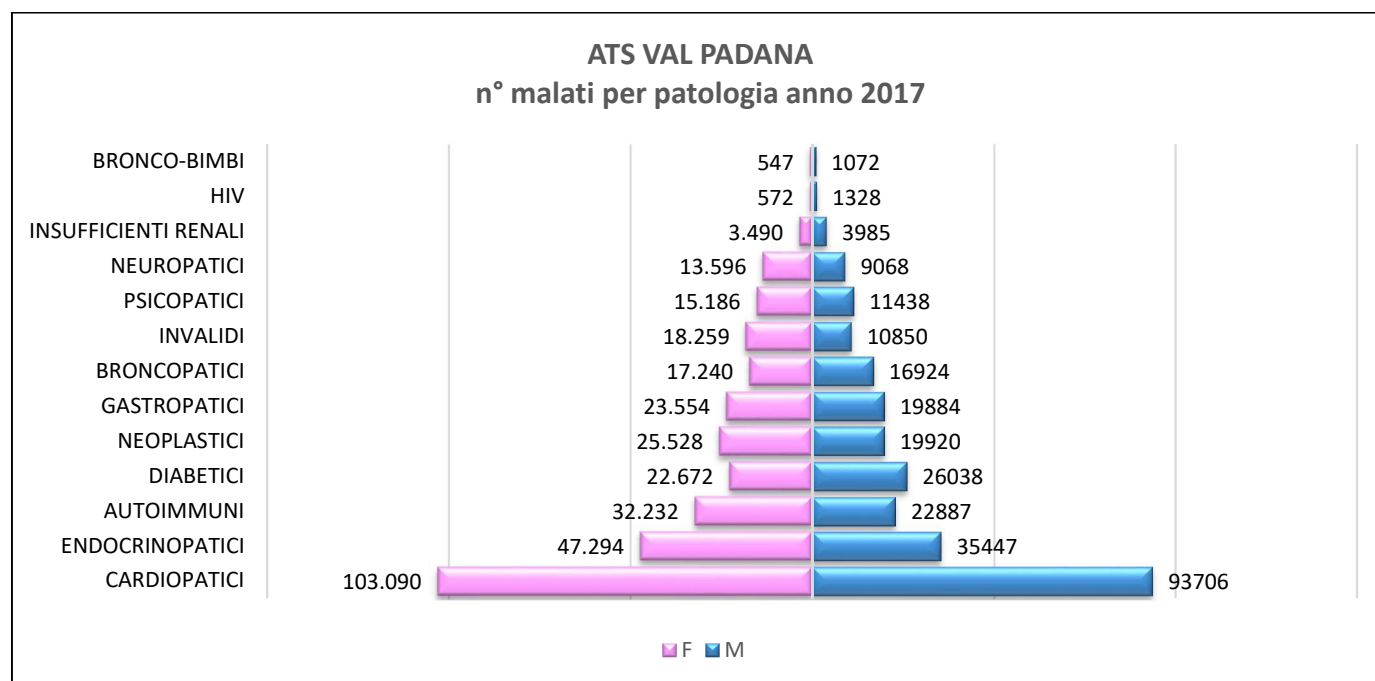
È utile rilevare inoltre che oltre la metà dei pazienti cronici, il 52% circa, è affetto in realtà da più di una patologia, creando quindi un quadro di comorbidità che complica l'aspetto assistenziale.

Alcune patologie croniche riconoscono poi una prevalenza di genere molto netta. Come si evince dal grafico che segue



Questo indicatore risente sia dell'effettiva presenza della patologia che del diverso utilizzo dei servizi sanitari, quali ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaci, assistenza domiciliare ecc.

La modalità di analisi, simile a quella che sarà impiegata per gli altri indicatori: vengono presentati i numeri assoluti dei malati per definire il carico assistenziale, mentre per capire l'effettiva rilevanza della patologia si presentano i tassi espressi x1000 residenti e standardizzati sulla popolazione italiana al 2011.



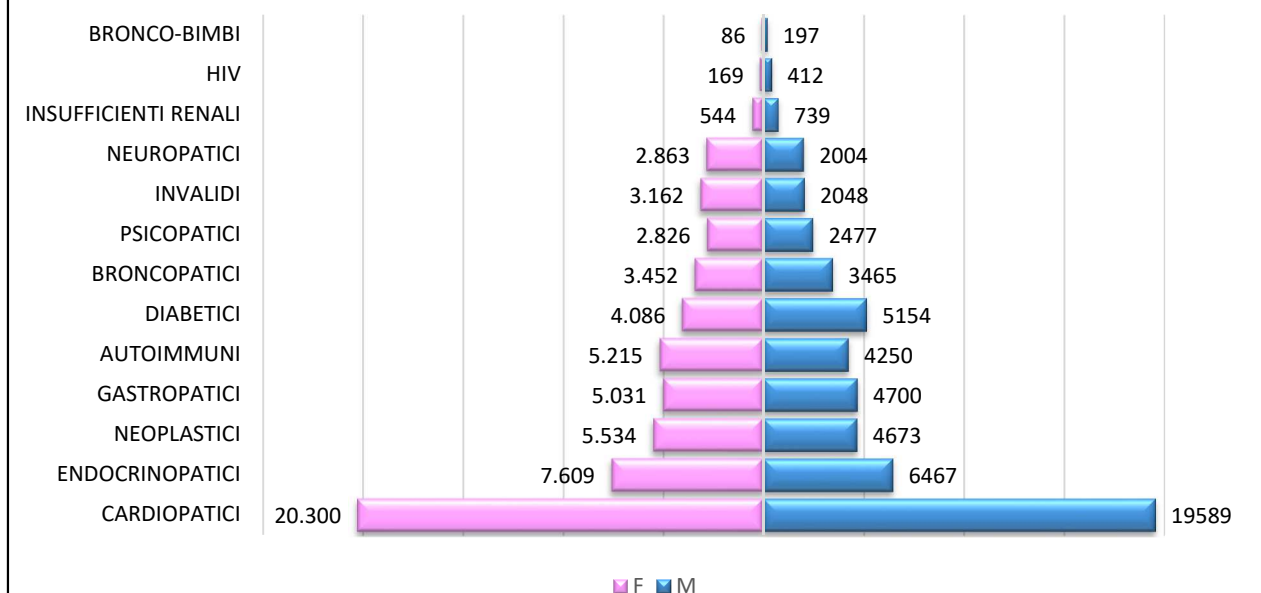
ATS VAL PADANA		F			M		
Grandi gruppi di cronicità	Tasso	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso	IC95% Inf	IC95% Sup	
	X1000			X1000			
AUTOIMMUNI	63.33	62.6	64.07	52.42	51.73	53.1	
BRONCOPATICI <15 ANNI	11.04	10.14	12.01	19.88	18.71	21.11	
BRONCOPATICI	36.05	35.47	36.63	41.6	40.97	42.24	
CARDIOPATICI	187.78	186.57	189	216.24	214.85	217.64	
DIABETICI	43.2	42.6	43.8	60.36	59.63	61.11	
ENDOCRINOPATICI	97.07	96.16	97.99	82.43	81.57	83.3	
GASTROPATICI	42.74	42.16	43.33	46.14	45.49	46.79	
INSUFFICIENTI RENALI	4.95	4.77	5.14	8.81	8.54	9.09	
INVALIDI	26.87	26.43	27.31	25	24.52	25.48	
NEOPLASTICI	52.38	51.71	53.05	46.05	45.41	46.7	
NEUROPATICI	22.14	21.73	22.56	20.89	20.46	21.33	
PSICOPATICI	30.63	30.1	31.17	28.76	28.23	29.3	

I numeri assoluti, ma soprattutto i tassi standardizzati indicano che: come già rilevato, le patologie autoimmuni sono prevalentemente femminili ed al genere femminile appartengono anche i tassi più alti di patologie endocrine, nervose e neoplastiche. Gli uomini sono più coinvolti dalle patologie respiratorie, diabete e insufficienza renale.

Distretto di Crema



Distretto di CREMA n° malati per patologia anno 2017

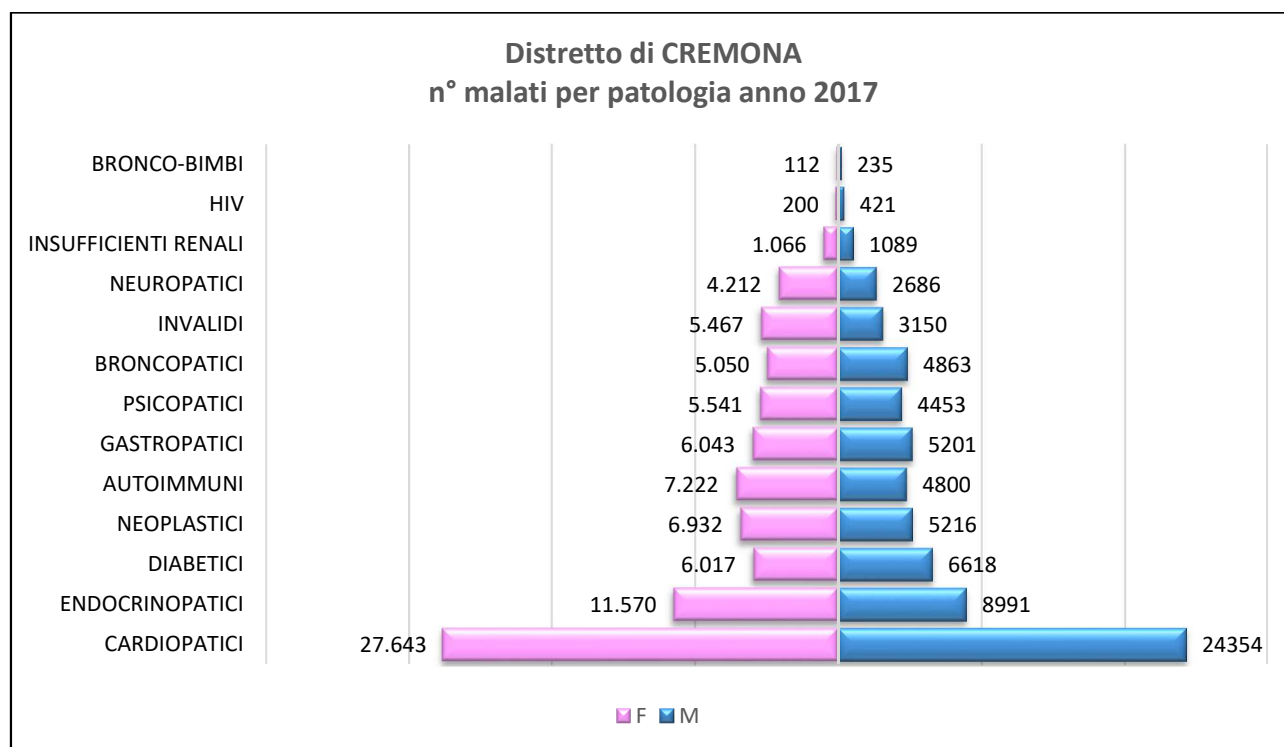


Distretto di CREMA		F			M		
Grandi gruppi di cronicità	Tasso	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso	IC95% Inf	IC95% Sup	
	X1000			X1000			
AUTOIMMUNI	49.55	48.15	50.98	47.11	45.69	48.55	
BRONCOPATICI <15 ANNI	8.03	6.42	9.92	16.79	14.52	19.32	
BRONCOPATICI	36.39	35.13	37.68	41.5	40.12	42.92	
CARDIOPATICI	189.06	186.37	191.78	217.57	214.52	220.66	
DIABETICI	39.47	38.23	40.75	57.22	55.66	58.81	
ENDOCRINOPATICI	78.61	76.8	80.45	72.15	70.39	73.94	
GASTROPATICI	46.78	45.45	48.15	52.71	51.2	54.24	
INSUFFICIENTI RENALI	4.23	3.86	4.63	8.19	7.61	8.81	
INVALIDI	25.02	24.08	25.98	23.5	22.49	24.55	
NEOPLASTICI	55.56	54.06	57.09	52.11	50.62	53.64	
NEUROPATICI	24.76	23.8	25.75	22.89	21.89	23.92	
PSICOPATICI	29.31	28.18	30.47	30.12	28.94	31.34	

Nel Distretto di Crema la prevalenza di neuropatie, gastropatie e neoplasie raggiunge valori statisticamente significativi in eccesso verso i confronti.



Distretto di Cremona

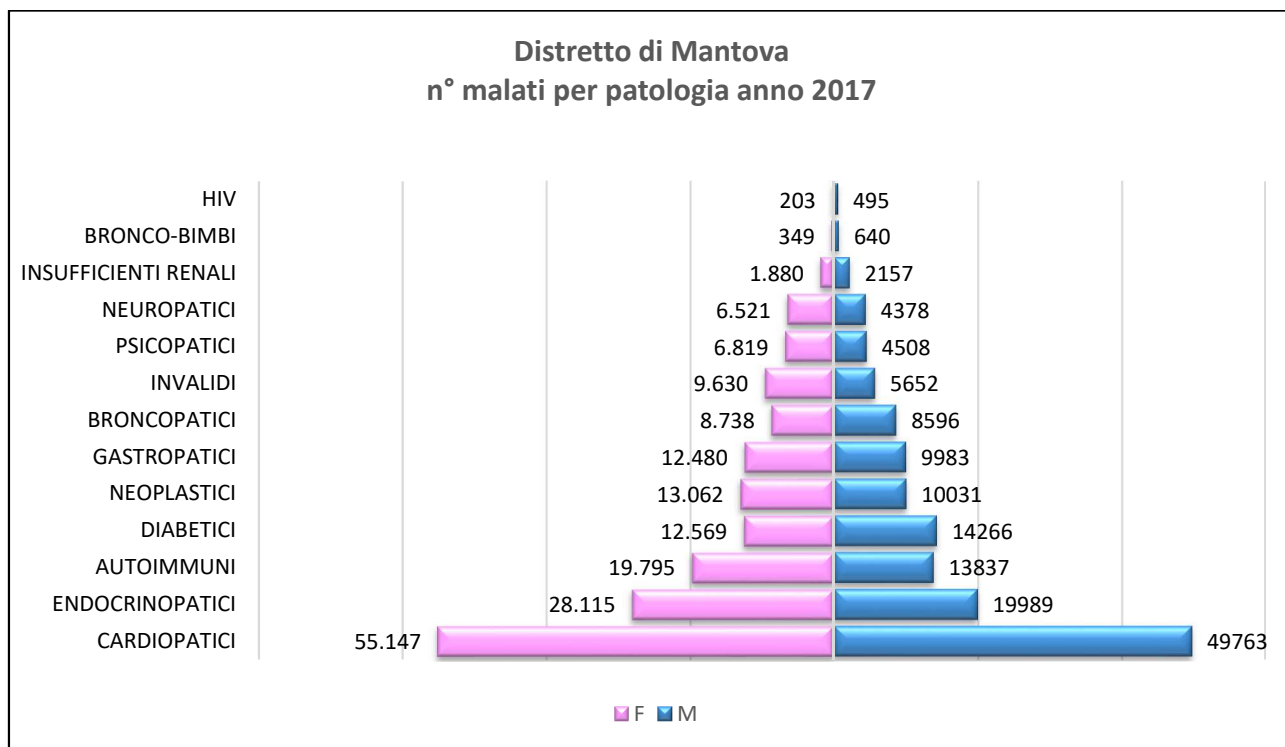


Distretto di CREMONA		F			M		
Grandi gruppi di cronicità	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup	
AUTOIMMUNI	50.47	49.21	51.77	40.88	39.72	42.07	
BRONCOPATICI <15 ANNI	9.3	7.65	11.19	17.66	15.47	20.07	
BRONCOPATICI	39.57	38.38	40.79	46	44.69	47.34	
CARDIOPATICI	183.51	181.18	185.87	212.78	210.08	215.5	
DIABETICI	43.05	41.88	44.25	58.27	56.86	59.71	
ENDOCRINOPATICI	89	87.28	90.74	79.2	77.55	80.87	
GASTROPATICI	40.45	39.34	41.58	45.78	44.53	47.06	
INSUFFICIENTI RENALI	5.22	4.87	5.6	8.93	8.4	9.49	
INVALIDI	28.91	28.03	29.82	27.58	26.61	28.58	
NEOPLASTICI	52.51	51.21	53.83	45.39	44.15	46.65	
NEUROPATICI	24.61	23.77	25.48	23.38	22.48	24.3	
PSICOPATICI	42.73	41.48	44	43.82	42.52	45.15	

Nel Distretto di Cremona entrambi i generi presentano valori statisticamente significativi in eccesso di broncopatie, patologie nervose e psichiatriche.



Distretto di Mantova



Distretto di MANTOVA	F			M		
Grandi gruppi di cronicità	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup
AUTOIMMUNI	75.08	73.99	76.19	60.38	59.37	61.4
BRONCOPATICI <15 ANNI	13	11.67	14.45	22.1	20.42	23.89
BRONCOPATICI	34.21	33.45	34.99	39.49	38.64	40.34
CARDIOPATICI	189.51	187.84	191.19	217.38	215.46	219.31
DIABETICI	44.78	43.96	45.62	62.66	61.63	63.71
ENDOCRINOPATICI	108.13	106.81	109.46	88.11	86.89	89.35
GASTROPATICI	42.41	41.62	43.21	43.7	42.84	44.57
INSUFFICIENTI RENALI	5.06	4.81	5.33	8.98	8.6	9.37
INVALIDI	26.53	25.94	27.14	24.32	23.68	24.97
NEOPLASTICI	51.11	50.21	52.03	44.06	43.2	44.94
NEUROPATICI	19.93	19.39	20.48	18.92	18.36	19.5
PSICOPATICI	25.35	24.7	26.02	21.1	20.48	21.73

Nel Distretto di Mantova, uomini e donne evidenziano valori in eccesso di patologie autoimmuni, broncopatie in età pediatrica, endocrinopatie e diabete; nelle sole femmine anche le cardiopatie

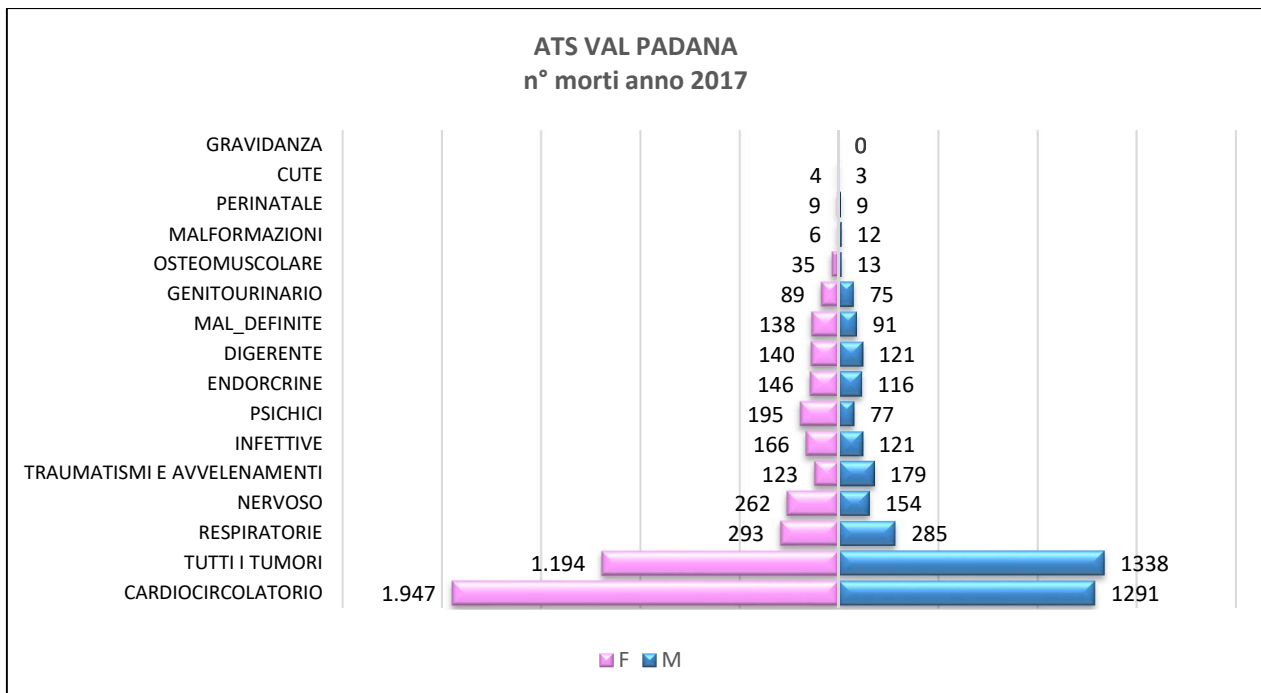


La mortalità

Il periodo esaminato è relativo all'anno 2017, la fonte è il Registro Mortalità ATS. Il Registro raccoglie le schede ISTAT di morte di tutti i residenti nei Comuni del territorio ATS, ovunque avvenga il decesso. Le schede ISTAT riportano le condizioni patologiche che hanno concorso alla morte e devono quindi essere adeguatamente processate attraverso un algoritmo decisionale standardizzato che porti ad individuare la causa della morte: solo in questo modo è possibile capire la vera causa dell'evento. La Mortalità rappresenta lo strumento epidemiologico più consolidato per la valutazione dello stato di salute della popolazione e fornisce informazioni non solo sulle patologie maggiormente rappresentate, ma anche dello stato dei servizi di diagnosi e cura, nonché dell'aspetto assistenziale.

Nel 2017 si sono verificati nell'intera ATS 8.636 decessi: 4.749 donne e 3.887 uomini.

Di seguito sono rappresentati sia il grafico, relativo al numero assoluto dei decessi nei due generi per grandi cause, che i tassi standardizzati disaggregati per genere e causa





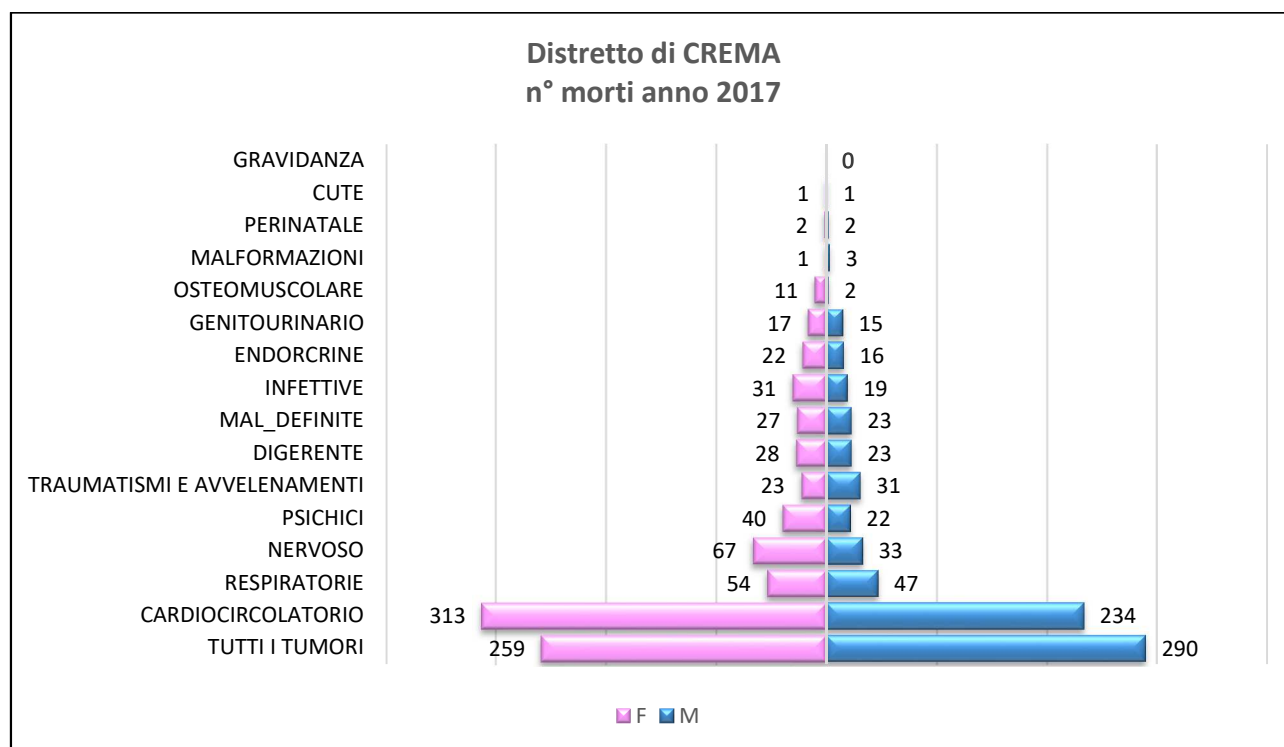
ATS VAL PADANA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
CARDIOCIRCOLATORIO	303.22	289.65	317.36	394.97	373.52	417.29
DIGERENTE	23.92	20.02	28.45	34.99	28.97	41.86
ENDOCRINE	23.88	20.08	28.29	33.64	27.74	40.41
GENITOURINARIO	14.3	11.43	17.79	23.59	18.52	29.57
GRAVIDANZA	0	0	0.96	0	0	1
INFETTIVE	28.27	24.03	33.12	35.77	29.62	42.79
MALFORMAZIONI	1.54	0.56	3.38	3.02	1.55	5.31
NERVOSO	43.8	38.55	49.67	45.93	38.9	53.84
OSTEOMUSCOLARE	6.1	4.2	8.66	3.97	2.11	6.75
PERINATALE	2.64	1.2	4.97	2.55	1.17	4.83
PSICHICI	29.01	25.03	33.56	24.33	19.16	30.39
RESPIRATORIE	47.16	41.8	53.12	89.65	79.48	100.71
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	21.49	17.73	25.9	50.75	43.51	58.83
TUTTI I TUMORI	231.37	218.11	245.28	377.64	357.49	398.62
TUTTE LE CAUSE	799.76	776.54	823.57	1148.94	1112.73	1186
TUTTE LE CAUSE <15 ANNI	36.9	21.49	58.89	33.31	19.39	53.24

La prima causa di morte sia per le donne che per gli uomini è la patologia cardio-circolatoria, questo primato è confermato non tanto nei numeri assoluti, quanto nei tassi standardizzati x100.000 sulla popolazione italiana (censimento 2011)

Nei diversi Distretti ATS si rilevano situazioni sostanzialmente omogenee, pur con alcune differenze in alcuni gruppi di cause. Per agevolare la lettura dei dati relativi ai 3 Distretti, si è utilizzato il carattere rosso quando i valori in eccesso raggiungono la significatività statistica rispetto ad ATS.



Distretto di Crema

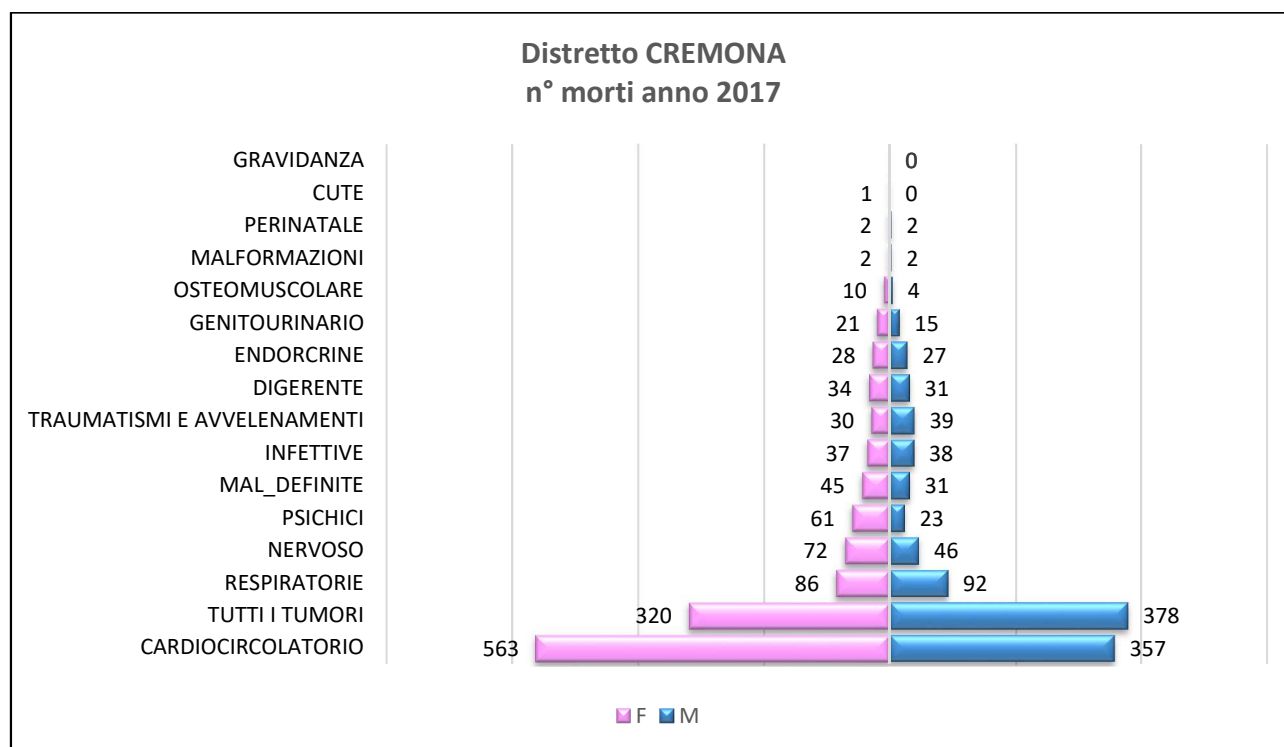


Distretto di CREMA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
CARDIOCIRCOLATORIO	288.65	257.34	323.03	392.34	342.28	447.13
DIGERENTE	27.91	18.48	40.76	36.37	22.64	54.81
ENDORCRINE	20.43	12.75	31.45	21.42	12.05	35.06
GENITOURINARIO	15.49	8.99	25.35	24.53	13.43	40.46
GRAVIDANZA	0	0	4.53	0	0	4.87
INFETTIVE	29.62	20.05	42.52	29.35	17.42	45.88
MALFORMAZIONI	1.44	0.04	7.43	3.07	0.63	9.65
NERVOSO	62.51	48.35	79.88	51.37	34.94	72.39
OSTEOMUSCOLARE	10.51	5.21	19.34	3.72	0.44	12.29
PERINATALE	2.46	0.29	8.94	2.68	0.32	9.61
PSICHICI	35.42	25.27	48.75	40.46	25.12	60.89
RESPIRATORIE	51.32	38.43	67.49	80.82	58.95	107.53
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	21.33	13.44	32.58	44.97	30.02	64.4
TUTTI I TUMORI	266.94	235.16	302.02	416.99	368.84	469.42
TUTTE LE CAUSE	860.1	804.18	919.14	1183.67	1098.29	1273.54
TUTTE LE CAUSE <15 ANNI	20.48	2.48	72.19	27.28	5.6	79.02

Per le donne, risultano eccessi di mortalità per tutte le cause, tumore maligno e malattie nervose, mentre per gli uomini le malattie psichiatriche.



Distretto di Cremona

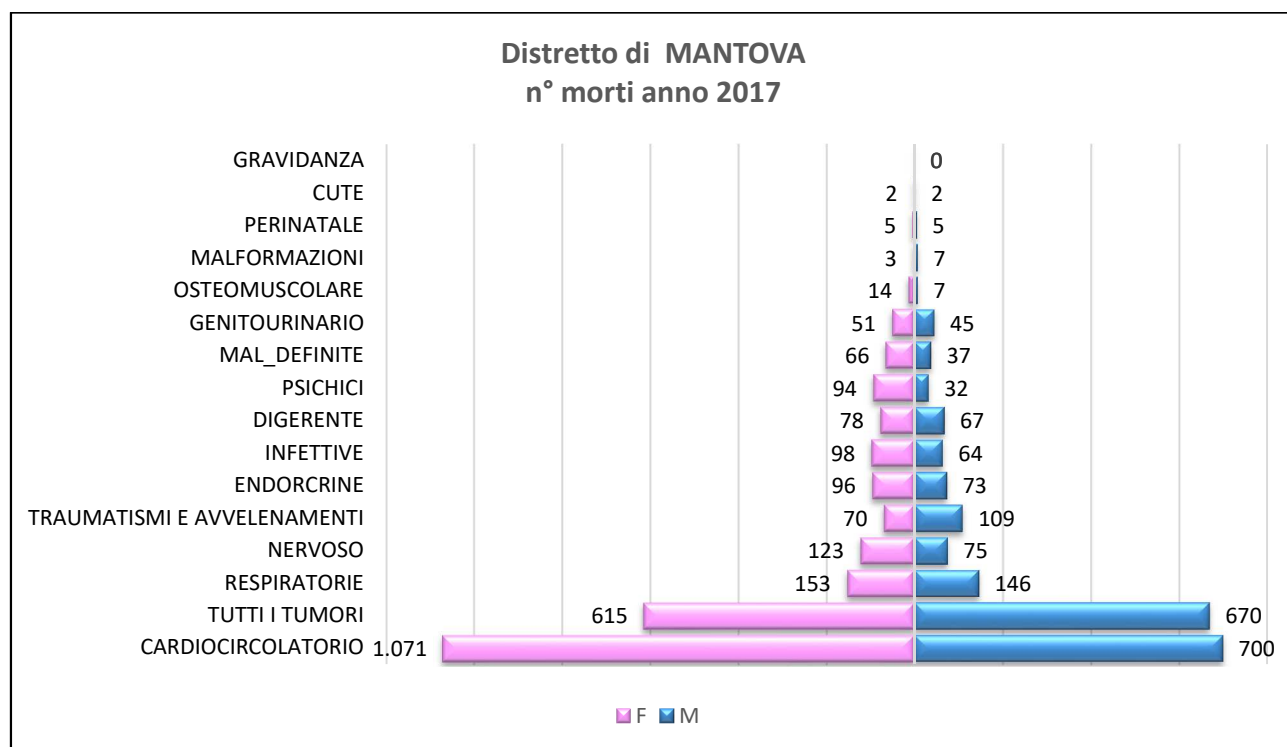


Distretto di CREMONA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
CARDIOCIRCOLATORIO	303.71	278.46	331.15	400.6	359.89	444.57
DIGERENTE	21.17	14.42	30.49	33.17	22.47	47.16
ENDOCRINE	16.4	10.74	24.6	28.5	18.71	41.59
GENITOURINARIO	10.92	6.71	17.61	16.85	9.39	27.76
GRAVIDANZA	0	0	3.81	0	0	3.93
INFETTIVE	21.75	15.18	30.78	41.19	29.07	56.62
MALFORMAZIONI	2.25	0.27	7.93	2.15	0.26	7.75
NERVOSO	42.81	33.17	54.88	51.63	37.7	68.91
OSTEOMUSCOLARE	5.45	2.51	11.12	4.54	1.23	11.51
PERINATALE	2.49	0.3	8.5	2.33	0.28	8.17
PSICHICI	31.28	23.82	41.04	25.68	16.22	38.53
RESPIRATORIE	47.79	37.98	59.93	103.87	83.63	127.42
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	18.45	12.22	27.28	41.96	29.76	57.45
TUTTI I TUMORI	222.92	198.33	250.02	395.8	356.66	438.08
TUTTE LE CAUSE	773.38	730.46	818.56	1183	1113.18	1256
TUTTE LE CAUSE <15 ANNI	35.55	9.69	90.21	24.89	5.13	71.56

Nessun valore in eccesso statisticamente significativo per il Distretto di Cremona.



Distretto di Mantova



ASST MANTOVA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
CARDIOCIRCOLATORIO	307.67	289.15	327.27	393.58	364.78	423.99
DIGERENTE	23.88	18.74	30.2	35.87	27.73	45.59
ENDOCRINE	29.12	23.45	35.94	40.13	31.39	50.47
GENITOURINARIO	15.73	11.61	21.05	26.43	19.25	35.29
GRAVIDANZA	0	0	1.79	0	0	1.87
INFETTIVE	31.31	25.25	38.56	35.17	27.03	44.92
MALFORMAZIONI	1.28	0.26	3.88	3.39	1.35	7.04
NERVOSO	38.7	32.01	46.56	41.01	32.2	51.42
OSTEOMUSCOLARE	4.91	2.65	8.51	3.89	1.56	7.93
PERINATALE	2.82	0.92	6.43	2.61	0.85	6.06
PSICHICI	25.79	20.77	31.92	18.74	12.79	26.39
RESPIRATORIE	45.18	38.16	53.34	85	71.73	99.93
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	23.35	18	29.95	57.56	47.18	69.51
TUTTI I TUMORI	222.9	205.15	241.87	355.25	328.69	383.36
TUTTE LE CAUSE	793.36	761.87	825.99	1120.29	1071.85	1170.3
TUTTE LE CAUSE <15 ANNI	43.96	21.94	78.25	39.49	19.69	70.53

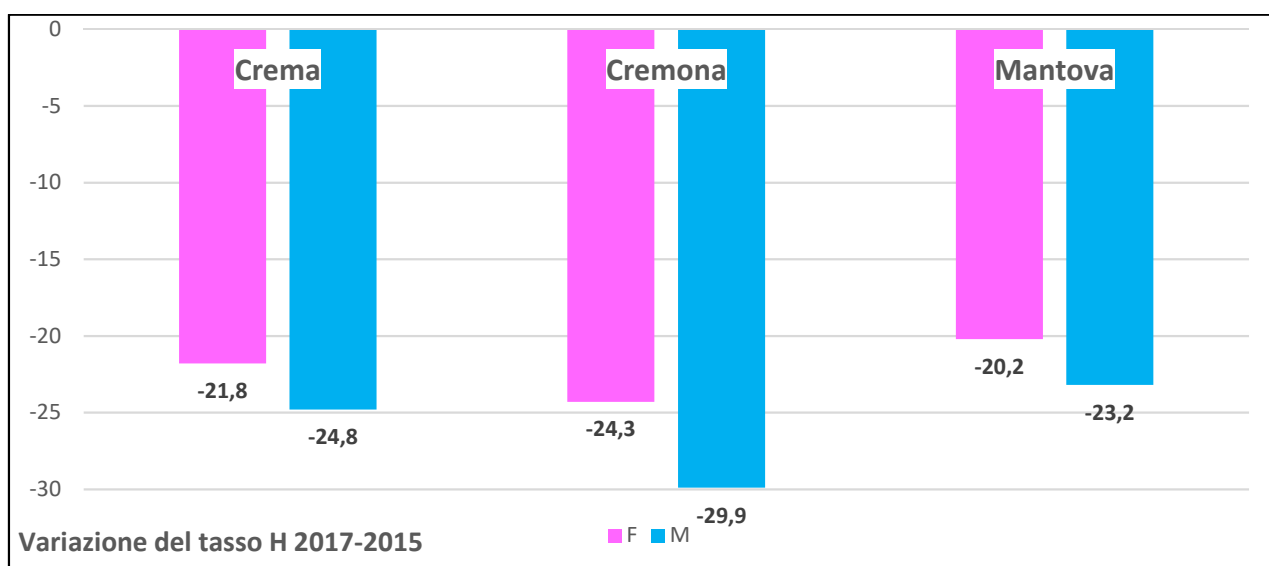
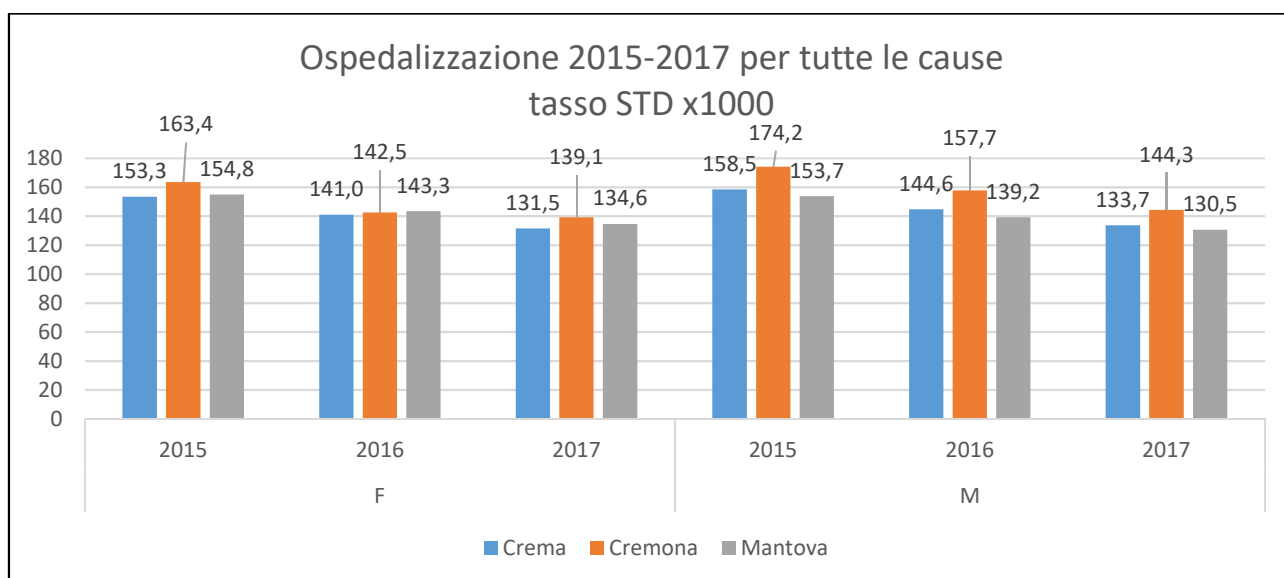
Anche per il Distretto di Mantova nessun valore in eccesso statisticamente significativo.



L'ospedalizzazione

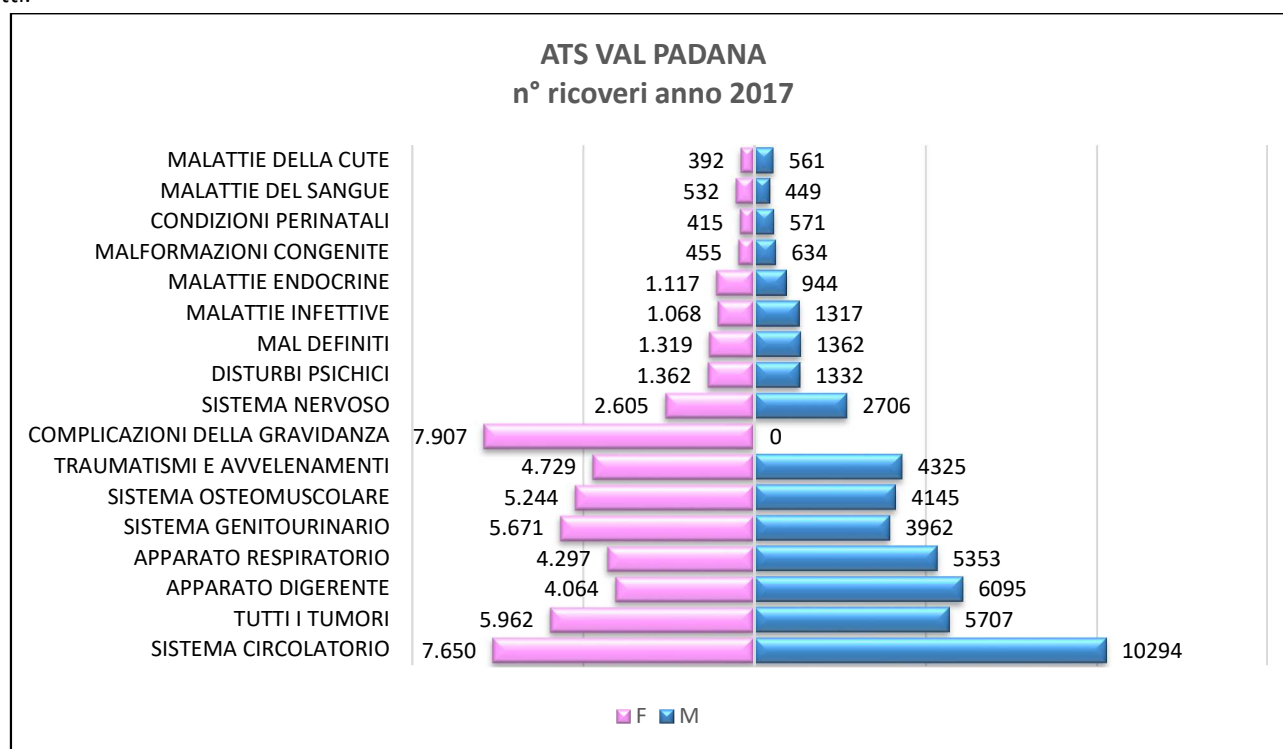
L'ospedalizzazione riguarda l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai ricoveri del 2017 occorsi nella popolazione residente, avvenuti sia nelle strutture pubbliche che private accreditate del territorio ATS nel territorio regionale e nazionale. Anche in questo caso, l'indicatore dà informazioni non solo sulla presenza più o meno accentuata di una patologia, ma anche della tendenza al ricorso ai servizi di diagnosi e cura.

Nel corso dell'ultimo triennio esaminato, 2015 - 2017, si è rilevata una riduzione totale dei ricoveri, sia ordinari che in Day-Hospital, come peraltro indicano i diversi provvedimenti normativi sia regionali che nazionali. Il ricovero è riservato alle acuzie non altrimenti trattabili, mentre le patologie croniche sono sempre più assistite e curate in luoghi alternativi alle strutture ospedaliere. Nei grafici che seguono sono illustrati i tassi standardizzati di ospedalizzazione per tutte le cause (eccetto il DRG 391: neonato sano) del periodo indicato e la variazione rilevata dal 2015 al 2017 nei tre Distretti ATS.





Come per l'indicatore della mortalità, vengono riportati i grafici relativi al numero assoluto dei ricoveri per grandi cause (classificazione ICD9 in prima diagnosi) e i tassi x1000 standardizzati sulla popolazione italiana (censimento 2011), prima per l'intera ATS, poi per i tre Distretti.

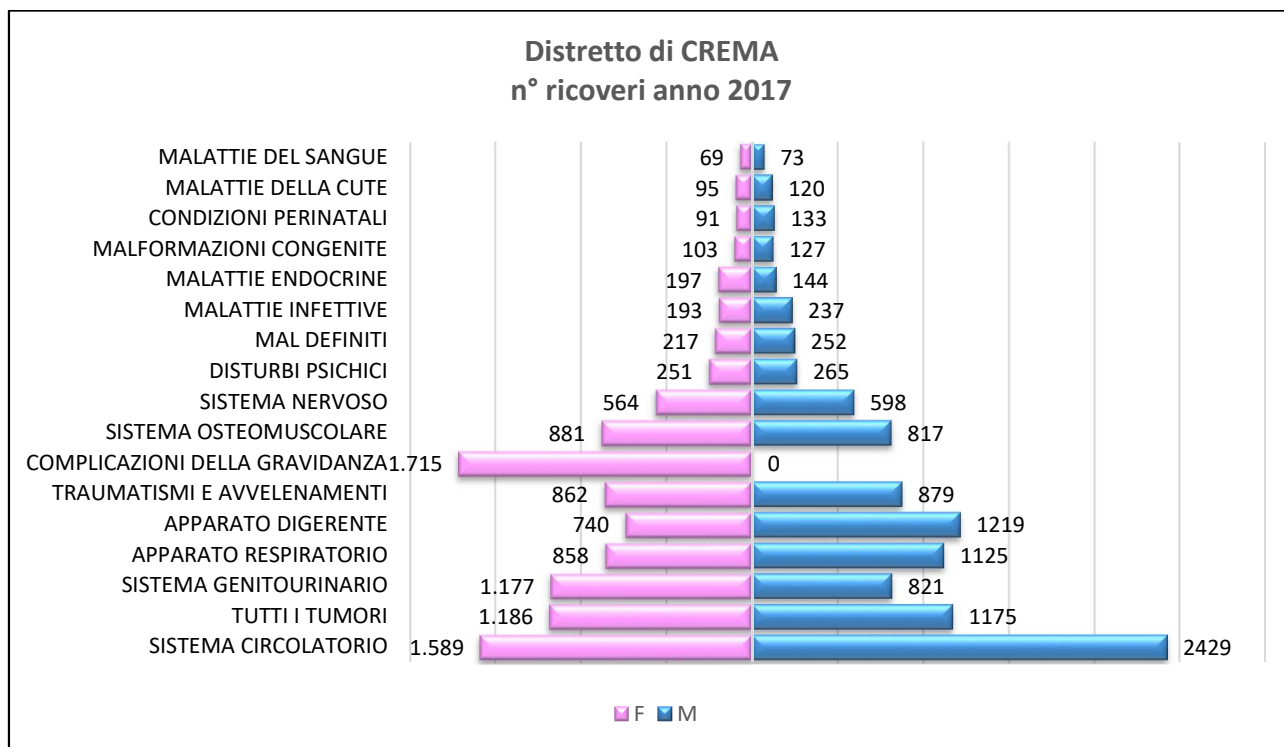


ATS VAL PADANA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup
APPARATO DIGERENTE	8.86	8.58	9.15	15.2	14.81	15.59
APPARATO RESPIRATORIO	8.87	8.59	9.16	13.54	13.18	13.91
GRAVIDANZA	24.63	24.09	25.18	//	//	//
CONDIZIONI PERINATALI	1.34	1.22	1.48	1.72	1.58	1.86
DISTURBI PSICHICI	3.52	3.33	3.72	3.52	3.33	3.72
MALATTIE DEL SANGUE	1.06	0.96	1.16	1.12	1.02	1.23
MALATTIE ENDOCRINE	2.52	2.37	2.68	2.37	2.22	2.53
MALATTIE INFETTIVE	2.35	2.2	2.5	3.43	3.25	3.63
MALFORMAZIONI CONGENITE	1.33	1.21	1.45	1.76	1.63	1.91
SISTEMA CIRCOLATORIO	12.82	12.51	13.13	24.76	24.28	25.24
SISTEMA GENITOURINARIO	14.08	13.7	14.46	9.75	9.45	10.07
SISTEMA NERVOSO	5.84	5.61	6.08	6.77	6.52	7.04
SISTEMA OSTEOMUSCOLARE	11.62	11.29	11.95	10.53	10.21	10.86
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	9	8.72	9.28	11.11	10.78	11.45
TUTTI I TUMORI	13.21	12.86	13.56	13.88	13.52	14.25
TUTTI I RICOVERI MENO DRG 391	135.27	134.12	136.42	134.75	133.6	135.9

Come per la mortalità, anche per l'ospedalizzazione il maggior numero dei ricoveri in entrambi i generi avviene per le cause di tipo cardio-circolatorio e per i tumori. Fanno eccezione la cause ostetriche per le donne maggiormente rappresentate, sia da punto di vista numerico che come tasso standardizzato.



Distretto di Crema

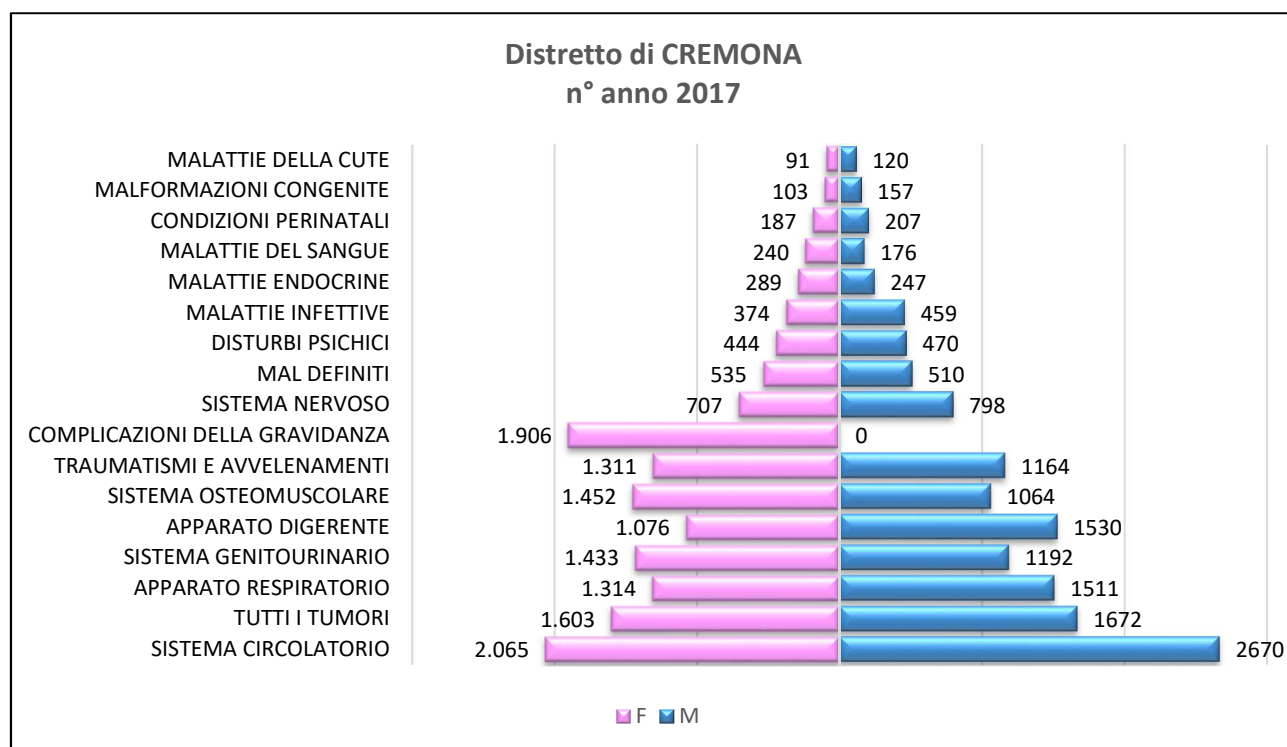


Distretto di CREMA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup
APPARATO DIGERENTE	8.18	7.59	8.81	14.49	13.68	15.33
APPARATO RESPIRATORIO	9.22	8.59	9.89	14.01	13.2	14.86
GRAVIDANZA	24.67	23.51	25.86	0	0	0.05
CONDIZIONI PERINATALI	1.39	1.12	1.7	1.89	1.58	2.23
DISTURBI PSICHICI	3.06	2.68	3.47	3.32	2.93	3.75
MALATTIE DEL SANGUE	0.71	0.55	0.91	0.9	0.71	1.13
MALATTIE ENDOCRINE	2.26	1.95	2.61	1.75	1.47	2.06
MALATTIE INFETTIVE	2.04	1.75	2.37	3	2.63	3.41
MALFORMAZIONI CONGENITE	1.38	1.13	1.68	1.65	1.37	1.96
SISTEMA CIRCOLATORIO	14.19	13.47	14.94	28.71	27.57	29.88
SISTEMA GENITOURINARIO	14.19	13.37	15.05	9.65	9	10.34
SISTEMA NERVOSO	6.28	5.77	6.84	7.21	6.64	7.82
SISTEMA OSTEO MUSCOLARE	9.81	9.16	10.49	9.84	9.17	10.54
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	8.3	7.73	8.9	10.92	10.2	11.67
TUTTI I TUMORI	13.07	12.32	13.85	13.89	13.1	14.71
TUTTI I RICOVERI MENO DRG 391	131.52	129.07	134.02	133.7	131.2	136.23

Si rilevano tassi statisticamente significativi in eccesso in entrambi i generi per le patologie cardiocircolatori.



Distretto di Cremona

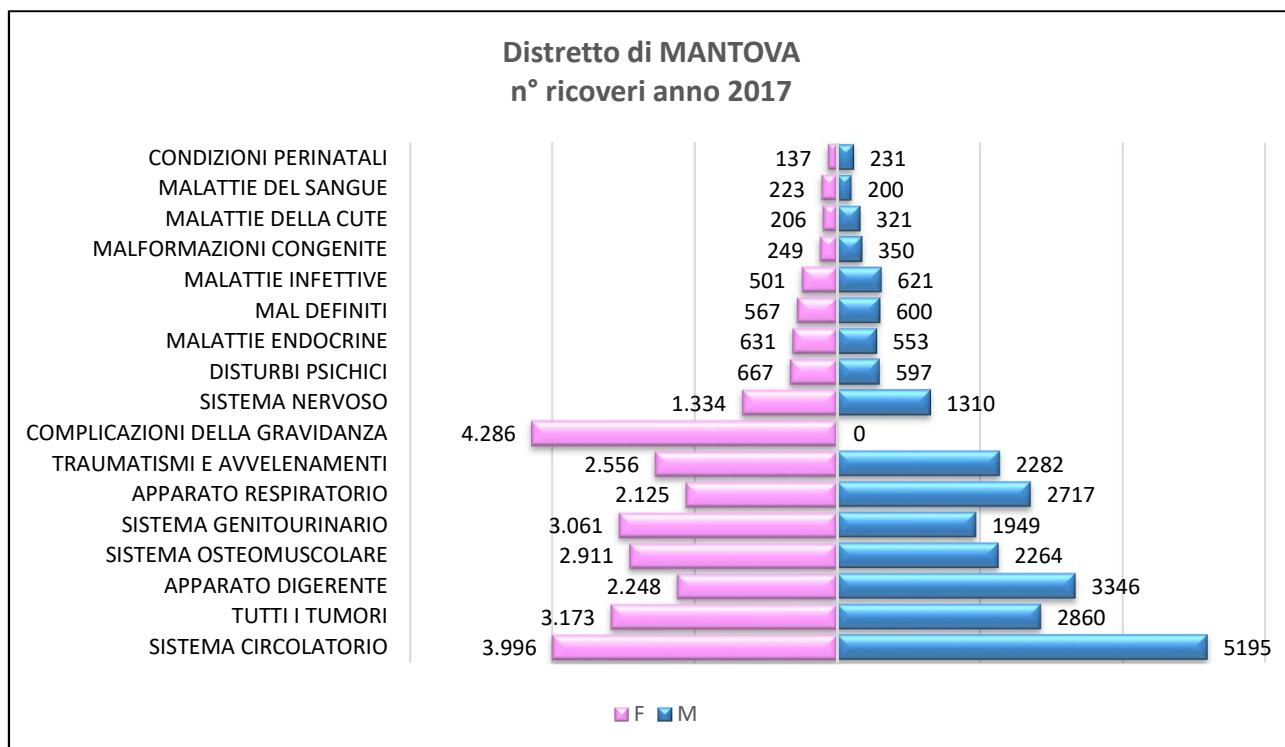


Distretto di CREMONA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup
APPARATO DIGERENTE	8.81	8.26	9.39	14.68	13.94	15.44
APPARATO RESPIRATORIO	10.09	9.5	10.72	14.62	13.88	15.38
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA	23.9	22.83	24.99	0	0	0.04
CONDIZIONI PERINATALI	2.47	2.13	2.85	2.55	2.22	2.92
DISTURBI PSICHICI	4.51	4.09	4.97	4.95	4.5	5.42
MALATTIE DEL SANGUE	1.6	1.38	1.84	1.62	1.38	1.88
MALATTIE DELLA CUTE	0.89	0.71	1.1	1.27	1.05	1.52
MALATTIE ENDOCRINE	2.38	2.09	2.7	2.29	2.01	2.6
MALATTIE INFETTIVE	3.02	2.69	3.38	4.59	4.17	5.03
MALFORMAZIONI CONGENITE	1.21	0.98	1.47	1.77	1.5	2.07
SISTEMA CIRCOLATORIO	12.15	11.58	12.74	24.33	23.41	25.28
SISTEMA GENITOURINARIO	13.57	12.84	14.33	11.25	10.61	11.91
SISTEMA NERVOSO	5.9	5.45	6.38	7.66	7.13	8.21
SISTEMA OSTEOMUSCOLARE	11.29	10.68	11.92	10.42	9.8	11.07
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	9.19	8.65	9.76	11.6	10.94	12.3
TUTTI I TUMORI	13.19	12.52	13.89	15.41	14.67	16.17
TUTTI I RICOVERI MENO DRG 391	139.12	136.84	141.44	144.32	141.99	146.67

Il Distretto di Cremona, come già rilevato in altre occasioni di analisi dati, presenta eccessi statisticamente significativi di ospedalizzazione per diversi gruppi di cause, specialmente per il genere maschile: patologie del sistema nervoso, dell'apparato respiratorio, tumori e per l'insieme di tutte le cause. Entrambi i generi sono invece interessati da un eccesso di ricoveri per problemi psichici, malattie infettive, malattie del sangue.



Distretto di Mantova



Distretto di MANTOVA	F			M		
Grandi gruppi di cause	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X1000	IC95% Inf	IC95% Sup
APPARATO DIGERENTE	9.13	8.74	9.54	15.71	15.18	16.25
APPARATO RESPIRATORIO	8.11	7.74	8.49	12.82	12.34	13.32
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA	24.94	24.2	25.7	0	0	0.02
CONDIZIONI PERINATALI	0.82	0.69	0.97	1.28	1.12	1.45
DISTURBI PSICHICI	3.24	2.99	3.5	2.93	2.69	3.17
MAL DEFINITI	2.26	2.06	2.46	2.84	2.62	3.08
MALATTIE DEL SANGUE	0.91	0.79	1.05	0.95	0.82	1.09
MALATTIE DELLA CUTE	0.95	0.82	1.1	1.62	1.45	1.81
MALATTIE ENDOCRINE	2.66	2.45	2.89	2.64	2.42	2.87
MALATTIE INFETTIVE	2.14	1.95	2.35	3.05	2.81	3.3
MALFORMAZIONI CONGENITE	1.35	1.19	1.53	1.81	1.62	2.01
SISTEMA CIRCOLATORIO	12.65	12.23	13.08	23.48	22.84	24.13
SISTEMA GENITOURINARIO	14.26	13.74	14.79	9.05	8.65	9.46
SISTEMA NERVOSO	5.63	5.32	5.95	6.16	5.83	6.51
SISTEMA OSTEOMUSCOLARE	12.41	11.95	12.88	10.83	10.38	11.28
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	9.18	8.8	9.57	10.94	10.5	11.41
TUTTI I TUMORI	13.24	12.77	13.72	13.14	12.66	13.64
TUTTI I RICOVERI MENO DRG 391	134.64	133.08	136.22	130.46	128.92	132.01

Il Distretto di Mantova presenta tassi di ospedalizzazione complessivamente contenuti rispetto ai confronti, eccetto per la patologia osteomuscolare nelle donne ed endocrina negli uomini.



La patologia oncologica

Il riallineamento tra il Registro Tumori dell'ex ASL di Cremona e quello di Mantova si è rivelato più difficoltoso del previsto per la diversità dei software che sottendono tali funzioni, nonché per taluni modi operandi che si ripercuotono sui tempi di risoluzione dei casi.

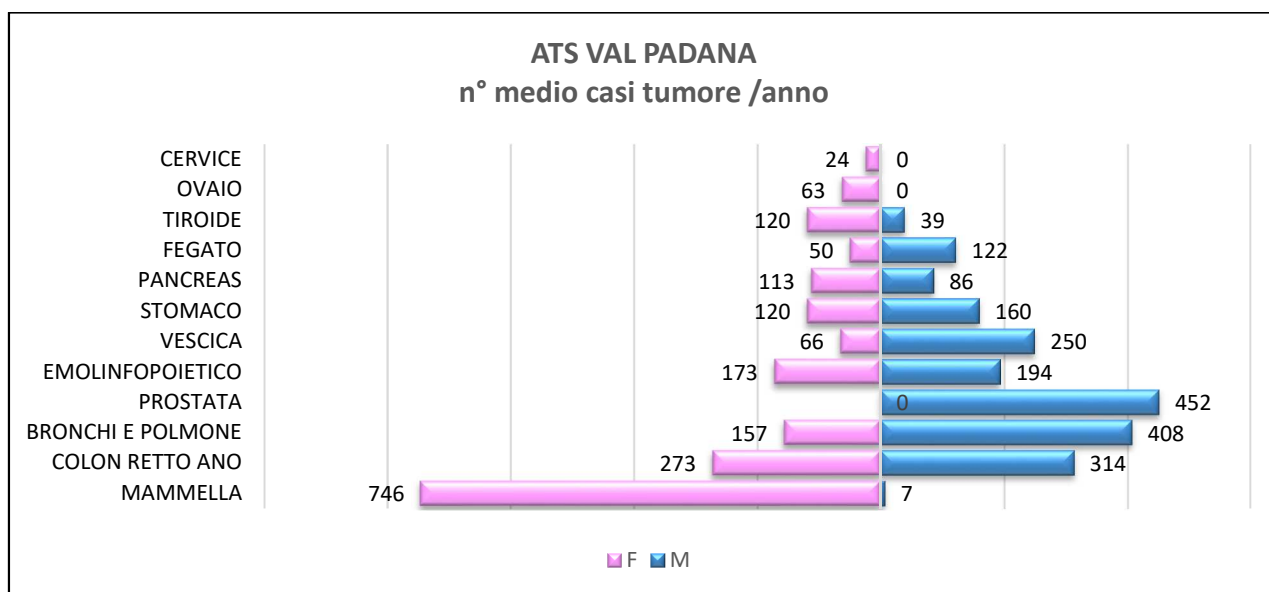
L'incidenza dei tumori maligni rilevata dal Registro Tumori misura la frequenza dei nuovi casi insorti nella popolazione osservata in un dato periodo, generalmente un anno di calendario.

Si è consolidato l'aggiornamento dell'incidenza al 2014 per la provincia di Mantova, mentre per la provincia di Cremona si è completato quello al 2012. L'incidenza dei tumori si esprime con andamenti territoriali molto stabili, all'opposto dei fenomeni epidemici delle patologie infettive. Si ricorda altresì che la costruzione dell'incidenza non è un'informazione disponibile dai flussi informativi correnti, ma costituisce l'esito di un complesso lavoro scientifico di analisi che coinvolge dati provenienti da diverse fonti - provinciali, regionali ed extra-regionali - spesso non perfettamente concordanti tra loro e portatrici di differenti dettagli analitici che concorrono a stabilire topografia, morfologia del caso e, per talune sedi, anche la stadiazione della malattia.

La descrizione che segue è condotta in analogia con quelle degli indicatori precedenti, cioè riporta il numero medio annuale di casi di tumore suddivisi per sede di insorgenza e genere.

Il numero assoluto di tumore nelle principali sedi fornisce un'indicazione dell'impatto della patologia tumorale sui Servizi di diagnosi e cura. È osservazione consolidata che l'anno di prima diagnosi (incidenza) risulti il più oneroso e impegnativo, sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico. Infatti ai plurimi accertamenti diagnostici, fanno seguito a breve tempo sia gli interventi chirurgici, quando previsti, che le chemio-radio-terapie.

In assoluto, il tumore della mammella risulta essere il più numeroso nel confronto tra le varie sedi anatomiche ed è senz'altro il tumore che interessa maggiormente il genere femminile. Altre sedi tumorali sono invece più frequenti negli uomini, come emerge dall'analisi a seguire dei tassi standardizzati.





ATS VAL PADANA	F			M		
Grandi gruppi di cronicità	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
BRONCHI E POLMONE	31.09	28.23	34.17	106.59	100.7	112.74
CERVICE	5.71	4.44	7.22	//	//	//
COLON RETTO ANO	52.63	48.93	56.54	82.18	77.01	87.6
EMOLINFOPOIETICO	35.88	32.74	39.25	50.74	46.7	55.04
FEGATO	8.69	7.29	10.3	31.86	28.68	35.3
MAMMELLA	166.01	159.01	173.25	1.85	1.14	2.83
OVAIO	13.76	11.81	15.94	//	//	//
PANCREAS	20.57	18.34	23.02	22.5	19.84	25.41
PROSTATA	//	//	//	117.56	111.38	123.99
STOMACO	21.43	19.17	23.9	41.97	38.3	45.89
TIROIDE	30.04	26.98	33.35	10.2	8.44	12.22
VESCICA	12.63	10.86	14.63	65.41	60.81	70.26
TUTTI I TUMORI MALIGNI	498.34	486.42	510.48	692	676.86	707.39

Per alcuni tumori tra i più frequenti si riporta di seguito la sopravvivenza dei nostri residenti a 5 anni dalla diagnosi.

Sopravvivenza relativa (%) con [95% IC] standardizzata per età		
	M	F
STOMACO	32 [26–38]	32 [25–39]
COLO-RETTO	55 [50–59]	61 [56–65]
POLMONE	15 [13–18]	21 [16–27]
MAMMELLA F		85 [83–87]
RENE	65 [57–72]	68 [59–76]
FEGATO	24 [18–29]	18 [10–29]

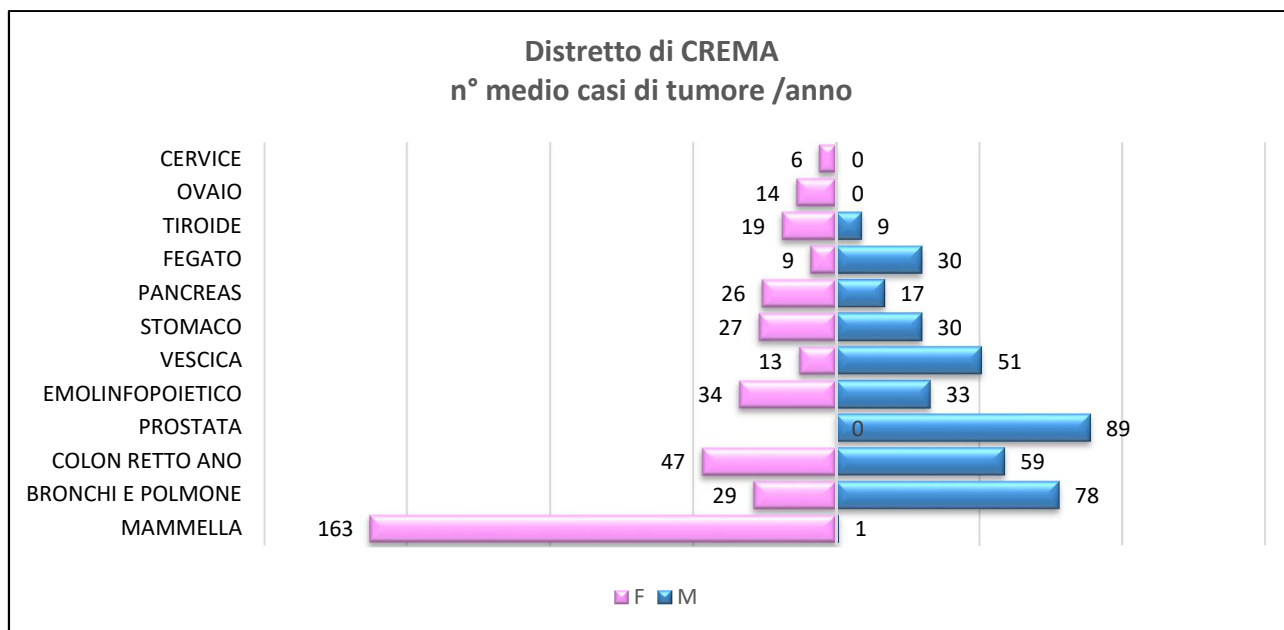
Il tumore più frequente in assoluto è anche quello con migliore sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, soprattutto perché risente della benefica attività dello screening che consente una diagnosi precoce con conseguenti interventi più efficaci, nonché meno demolitivi e con minori effetti collaterali. E' lo screening maggiormente performante sotto questo profilo, molto più di quello previsto per il tumore del colon-retto rivolto alla popolazione della fascia di età 50 - 74 anni.

Rimane bassa invece la sopravvivenza per tumore del polmone e del fegato, che quindi suggerisce di rinforzare al massimo l'azione preventiva verso i rispettivi fattori di rischio.



Distretto di Crema

Anche per il distretto di Crema si rappresenta prima il grafico relativo al numero medio pe ranno di casi di tumore per le sedi principali, mentre poi si riportano i tassi standardizzati dell'incidenza



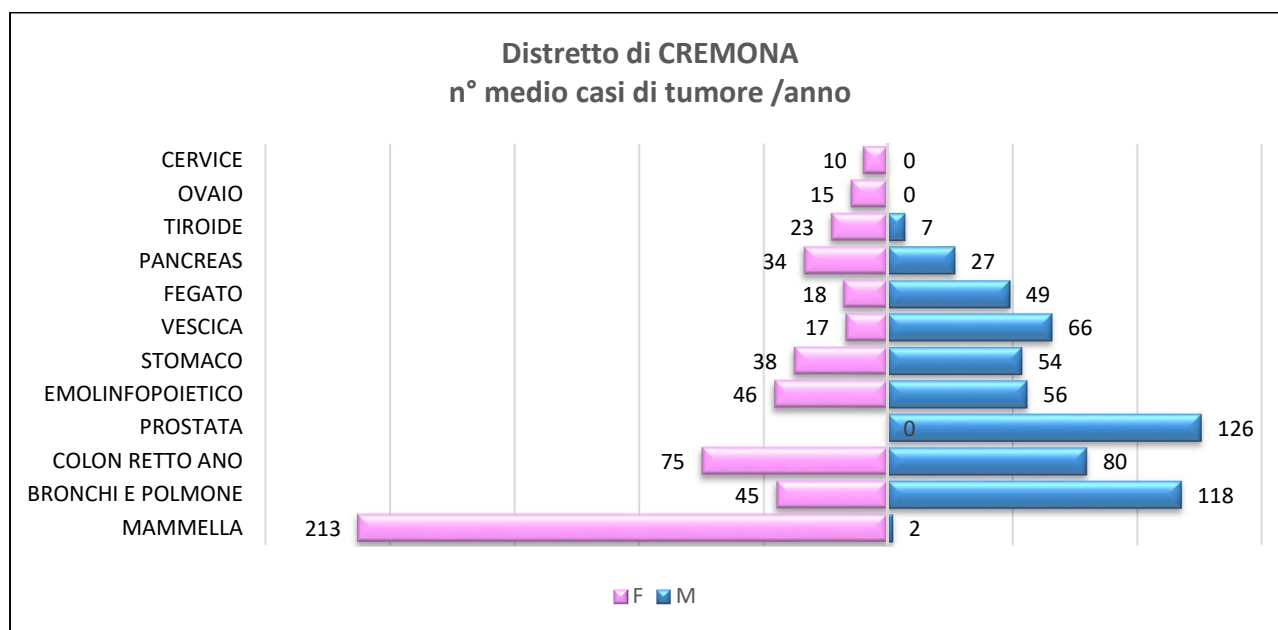
Distretto di CREMA		F			M	
Sedi tumorali	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
BRONCHI E POLMONE	30.52	24.3	37.88	105.11	91.92	119.63
CERVICE	7.64	4.59	11.95	//	//	//
COLON RETTO ANO	47.05	39.41	55.79	80.49	68.96	93.35
EMOLINFOPOIETICO	36.49	29.62	44.52	42.31	34.33	51.59
FEGATO	9.44	6.22	13.82	39.84	31.98	49.03
MAMMELLA	183.12	167.03	200.36	1.94	0.51	4.9
OVAIO	15.37	11.06	20.86	//	//	//
PANCREAS	25.67	20.14	32.31	22.82	17	29.97
PROSTATA	//	//	//	113.03	99.78	127.56
STOMACO	27.08	21.4	33.87	40.06	32.11	49.35
TIROIDE	23.3	17.67	30.15	10.52	6.86	15.46
VESCICA	13.88	9.82	19.12	69.26	58.63	81.24
TUTTI I TUMORI MALIGNI	523.2	496.13	551.4	693.62	659.55	728.98

Solo il tumore della mammella risulta in eccesso statisticamente significativo con il confronto ATS



Distretto di Cremona

Nel distretto di Cremona si rilevano due eccessi statisticamente significativi rispetto ai confronti: il tumore della cervice uterina e l'insieme di tutti i tumori per i due generi. Essendo il primo oggetto di screening, si raccomanda di favorire questa pratica preventiva, orientando l'azione verso i non-aderenti. Sia Crema che Cremona sono interessate da uno storico eccesso di tumore dello stomaco in entrambi i sessi



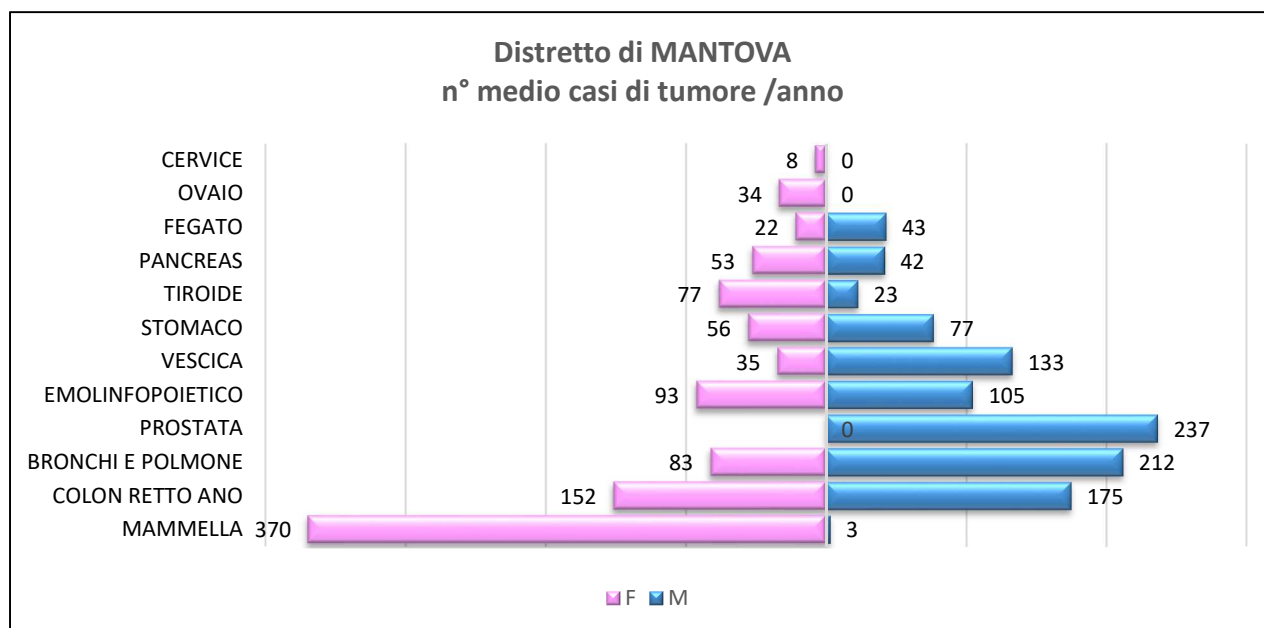
Distretto di CREMONA	F			M		
Sedi tumorali	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
BRONCHI E POLMONE	30.88	25.58	37.04	115.1	103.4	127.79
CERVICE	8.61	5.68	12.54	//	//	//
COLON RETTO ANO	53.33	46.22	61.3	78.32	68.72	88.91
EMOLINFOPOIETICO	33.26	27.63	39.77	55.17	47.11	64.23
FEGATO	10.66	7.9	14.25	48.5	41	57.01
MAMMELLA	174.45	160.6	189.21	2.26	0.91	4.71
OVAIO	11.15	7.95	15.28	//	//	//
PANCREAS	21.43	17.2	26.51	26.43	20.98	32.88
PROSTATA	//	//	//	123.6	111.44	136.74
STOMACO	22.9	18.62	28	52.49	44.69	61.28
TIROIDE	22.25	17.23	28.26	7.32	4.59	11.11
VESCICA	11.68	8.55	15.69	65.29	56.53	75.05
TUTTI I TUMORI MALIGNI	502.88	479.89	526.73	749.14	718.71	780.54

Cremona vede eccessi unicamente nel sesso maschile per il totale dei tumori, fegato e stomaco.



Distretto di Mantova

Il distretto di Mantova si caratterizza principalmente per un eccesso di casi di tumore della tiroide, sia negli uomini che nelle donne



Distretto di MANTOVA	F			M		
Sedi tumorali	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup	Tasso X100.000	IC95% Inf	IC95% Sup
BRONCHI E POLMONE	31.31	27.4	35.64	102.94	95.1	111.27
CERVICE	3.5	2.22	5.26	//	//	//
COLON RETTO ANO	54.65	49.52	60.2	84.66	77.56	92.24
EMOLINFOIETICO	37.01	32.64	41.82	51.12	45.63	57.1
FEGATO	7.3	5.57	9.46	20.7	17.27	24.62
MAMMELLA	155.6	146.34	165.31	1.63	0.78	3.01
OVAIO	14.55	11.81	17.76	//	//	//
PANCREAS	18.47	15.6	21.75	20.3	16.91	24.18
PROSTATA	//	//	//	116.08	107.7	124.95
STOMACO	18.57	15.72	21.84	37.22	32.57	42.35
TIROIDE	36.42	31.84	41.48	11.4	8.88	14.41
VESCICA	12.67	10.27	15.49	64.52	58.34	71.2
TUTTI I TUMORI MALIGNI	487.17	471	503.76	662.06	641.89	682.72

Conclusioni

Come ribadito in più occasioni, il contesto socio-sanitario di un territorio non può mutare sostanzialmente da un anno all'altro. Se comunque, si vuole ricercare la suggestione di una tendenza, è possibile osservare, con tutte le cautele del caso, che gli indicatori di salute di Mantova e Cremona, prima piuttosto divergenti a sfavore di Cremona, sembrano ora maggiormente allineati tra loro. La conferma di ciò richiedere però una verifica prospettica di più ampio respiro.



Controlli NOC Anno 2018 ATS Val Padana

Prestazioni di ricovero

In considerazione di quanto stabilito dalla D.G.R. X/7600 del 20/12/17, nell'anno 2018 doveva essere verificato un numero di cartelle cliniche pari ad almeno il 11,5% di quanto prodotto dalle Strutture erogatrici di prestazioni di ricovero dell'ATS Val Padana nel corso dell'anno 2017 pari ad almeno 12.318 cartelle.

La percentuale del 11,5% di cartelle cliniche da verificare era così composta:

- Una quota di almeno il 5% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- Fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010), selezionata con modalità di campionamento casuale;
- Una quota fino al 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori.

Verifiche sui ricoveri:

Autocontrollo di qualità (3%)

L'attività di autocontrollo di qualità documentale hanno riguardato 3.218 cartelle cliniche.

Complessivamente i risultati (0,40% di pratiche modificate) testimoniano l'elevato standard qualitativo raggiunto dalle strutture operanti nel territorio della ATS Val Padana.

La maggior parte delle non conformità sono relative all'area dei consensi informati.

CODICE OSP	Denominazione Struttura	PRATICHE CONTROLLATE	PRATICHE CONFERMATE	PRATICHE MODIFICATE	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
030227	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	23	23	0	€ 160.061,00	€ 160.061,00	€ 0,00
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	112	111	1	€ 241.305,00	€ 240.353,00	€ 952,00
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	193	193	0	€ 632.758,00	€ 632.758,00	€ 0,00
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	97	96	1	€ 291.980,00	€ 291.980,00	€ 0,00
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	102	101	1	€ 239.448,00	€ 239.448,00	€ 0,00
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	210	210	0	€ 642.322,00	€ 642.322,00	€ 0,00
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	150	150	0	€ 482.365,00	€ 482.365,00	€ 0,00
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	700	696	4	€ 2.613.827,00	€ 2.604.624,00	€ 9.203,00
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO-CASTEL G.	31	31	0	€ 238.909,00	€ 238.909,00	€ 0,00
030209	OSPEDALE DI CREMA	430	430	0	€ 1.280.410,00	€ 1.280.410,00	€ 0,00
030215	OSPEDALE DI RIVOLTA	40	40	0	€ 233.157,00	€ 233.157,00	€ 0,00
030217	CASA DI CURA ANCELLE CREMONA	30	30	0	€ 259.157,00	€ 259.157,00	€ 0,00
030218	CASA DI CURA SANCAMILLO CREMONA	85	85	0	€ 188.711,00	€ 188.711,00	€ 0,00
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI SAN CAMILLO CREMONA	153	153	0	€ 485.779,00	€ 485.779,00	€ 0,00
030273	OSPEDALE OGLIO PO	181	181	0	€ 548.774,00	€ 548.774,00	€ 0,00
030390	OSPEDALE SONCINO	7	7	0	€ 31.350,00	€ 31.350,00	€ 0,00
030395	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI SORESINA	10	9	1	€ 53.090,00	€ 52.610,00	€ 480,00
030908	OSPEDALE DI CREMONA	664	659	5	€ 2.441.110,00	€ 2.436.761,00	€ 4.349,00
TOTALE	ATS VALPADANA	3218	3205	13	€ 11.064.513,00	€ 11.049.529,00	€ 14.984,00

**Autocontrollo di congruenza B (3,5%):**

Anche per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza B (3,5%) hanno riguardato 3.775 cartelle cliniche. I risultati (1,45% di pratiche modificate) sono influenzati dalla scelta di tipologie di controllo a basso rischio di modifica da parte delle strutture erogatrici.

CODICE OSP	Denominazione Struttura	PRATICHE CONTROLLATE	PRATICHE CONFERMATE	PRATICHE MODIFICATE	VALORE ORIGINALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA	VALORE AMBULATORIALE
030227	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	27	26	1	€ 272.391,00	€ 272.391,00	€ 0,00	
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	134	132	2	€ 301.894,00	€ 299.901,00	€ 1.993,00	
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	226	218	8	€ 996.375,00	€ 972.304,00	€ 24.071,00	
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	97	96	1	€ 259.272,00	€ 259.272,00	€ 0,00	
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	155	148	7	€ 437.360,00	€ 429.664,00	€ 7.696,00	
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	252	252	0	€ 660.376,00	€ 660.376,00	€ 0,00	
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	177	177	0	€ 622.108,00	€ 622.108,00	€ 0,00	
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	806	806	0	€ 4.050.570,00	€ 4.050.570,00	€ 0,00	
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO-CASTEL G.	36	34	2	€ 254.172,00	€ 254.172,00	€ 0,00	
030209	OSPEDALE DI CREMA	502	501	1	€ 2.476.257,00	€ 2.471.643,00	€ 4.614,00	
030215	OSPEDALE DI RIVOLTA	46	46	0	€ 260.771,00	€ 260.771,00	€ -	
030217	CASA DI CURA ANCELLE CREMONA	35	34	1	€ 239.800,00	€ 239.800,00	€ -	
030218	CASA DI CURA SANCAMILLO CREMONA	99	98	1	€ 352.688,00	€ 352.543,00	€ 145,00	
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI SAN CAMILLO CREMONA	178	172	6	€ 694.863,00	€ 689.442,00	€ 5.421,00	
030273	OSPEDALE OGLIO PO	211	202	9	€ 964.100,00	€ 957.075,00	€ 7.025,00	€ 898,00
030390	OSPEDALE SONCINO	9	9	0	€ 44.270,00	€ 44.270,00	€ -	
030395	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI SORESINA	11	11	0	€ 37.540,00	€ 37.540,00	€ -	
030908	OSPEDALE DI CREMONA	774	758	16	€ 2.477.565,00	€ 2.471.549,00	€ 6.016,00	€ 1.590,00
TOTALE	ATS VALPADANA	3775	3720	55	€ 15.402.372,00	€ 15.345.391,00	€ 56.981,00	€ 2.488,00

Controlli di congruenza (5%)

La Deliberazione n. 7600 del 20/12/2017 ha stabilito che a partire dall'esercizio di controllo 2018, al fine di allineare l'esercizio di controllo stesso con l'esercizio di produzione, le annualità di controllo coincidano con l'annualità solare, prevedendo quindi, sin dal 2018, che le attività di controllo si concludessero entro il 31.12.2018.

Per quanto detto l'esercizio 2018, che ha avuto inizio comunque dal 1° marzo 2018 per consentire la regolare conclusione dell'esercizio 2017 (al 28.02.2018), ed è stato un esercizio di transizione che eccezionalmente ha avuto una durata di 10 mesi. Per tal motivo la percentuale minima di cartelle cliniche da controllare è stata ridotta dal 7% al 5%. L'obiettivo della ATS Val Padana prevedeva la verifica di almeno 5.356 cartelle cliniche.

Al termine delle operazioni di controllo sono state verificate 5.840 cartelle cliniche, le pratiche modificate sono state 225 pari al 3,85% dei campioni selezionati.

CODICE	Denominazione Struttura	PRATICHE	PRATICHE	PRATICHE	VALORE	VALORE	DIFFERENZA	VALORE
OSP		CONTROLLATE	CONFERMATE	MODIFICATE	INIZIALE	FINALE		AMB
030227	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	38	38	0	€ 260.648,00	€ 260.648,00	€ 0,00	
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	239	235	4	€ 466.067,00	€ 461.982,00	€ 4.085,00	
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	355	350	5	€ 1.310.719,00	€ 1.297.417,00	€ 13.302,00	
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	175	170	5	€ 592.708,00	€ 589.520,00	€ 3.188,00	
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	264	250	14	€ 626.656,00	€ 619.795,00	€ 6.861,00	
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	372	370	2	€ 1.114.358,00	€ 1.111.657,00	€ 2.701,00	
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	276	272	4	€ 1.008.680,00	€ 999.229,00	€ 9.451,00	
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	1231	1205	26	€ 6.556.750,00	€ 6.509.135,00	€ 47.615,00	
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO-CASTEL G.	52	48	4	€ 486.142,00	€ 476.426,00	€ 9.716,00	
030209	OSPEDALE DI CREMA	759	734	25	€ 2.970.031,00	€ 2.958.438,00	€ 11.593,00	
030215	OSPEDALE DI RIVOLTA	71	59	12	€ 599.462,00	€ 598.182,00	€ 1.280,00	
030217	CASA DI CURA ANCELLE CREMONA	53	47	6	€ 589.827,00	€ 589.827,00	€ 0,00	
030218	CASA DI CURA SANCAMILLO CREMONA	156	147	9	€ 484.278,00	€ 474.971,00	€ 9.307,00	€ 52,50
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI SAN CAMILLO CREMONA	268	258	10	€ 700.162,00	€ 693.710,00	€ 6.452,00	€ 372,33
030273	OSPEDALE OGILIO PO	325	315	10	€ 1.470.701,00	€ 1.467.072,00	€ 3.629,00	€ 12,83
030390	OSPEDALE SONCINO	25	19	6	€ 150.480,00	€ 147.110,00	€ 3.370,00	
030395	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI SORESINA	25	24	1	€ 99.500,00	€ 99.310,00	€ 190,00	
030908	OSPEDALE DI CREMONA	1156	1074	82	€ 6.590.055,00	€ 6.413.715,00	€ 176.340,00	
TOTALE	ATS VALPADANA	5840	5615	225	€ 26.077.224,00	€ 25.768.144,00	€ 309.080,00	€ 437,66

Nel complesso si è riscontrato un miglioramento della codifica della SDO rispetto a precedenti verifiche, mentre restano delle criticità nell'area della qualità documentale in particolare per quanto riguarda la compilazione e la somministrazione del consenso informato in apparente contrasto con i risultati relativi all'autocontrollo di qualità. Si ipotizza una minore attenzione agli aspetti formali nei trimestri successivi al primo in quanto non soggetti ad autocontrollo di qualità.

Non si sono riscontrate particolari criticità relativamente ai DRG 169, 359, 408, 576 per i quali la ACSS ha proposto l'incremento delle percentuali di controllo. Allo stesso modo l'incremento nella campionatura dei DRG ad alto peso non ha prodotto risultati significativi in termini di pratiche non confermate. **DRG di interesse legati alle reti di patologia.** Nel corso del 2018 sono stati controllati DGR che afferiscono alle Reti di patologia (Stroke, Stemi, ROL, REL, Rene, Trauma), in collaborazione con la UOC Programmazione Polo Ospedaliero e Rete Territoriale, al fine di comprendere al meglio, anche attraverso le SDO e l'analisi delle cartelle cliniche, il rispetto degli indicatori (PDTA, esito, appropriatezza). Si sono controllati quindi non solo qualità delle cartelle cliniche, setting e codifiche, ma anche adesione ai PDTA, così come pubblicati sul web regionale.



La tabella soprariportata mostra la numerosità delle SDO controllate e i DRG di interesse.

I dati complessivi di tutte le tipologie di controllo sono sintetizzati dalla seguente tabella:

tipologia	PRATICHE CONTROLLATE	PRATICHE CONFERMATE	PRATICHE MODIFICATE	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA	VALORE AMB
Congruenza NOC 5%	5.840	5.615	225	€ 26.077.224,00	€ 25.768.144,00	€ 309.080,00	€ 437,66
Autocontrollo congruenza 3,5%	3.775	3.720	55	€ 15.402.372,00	€ 15.345.391,00	€ 56.981,00	€ 2.488,00
autocontrollo qualità 3,0%	3.218	3.205	13	€ 11.064.513,00	€ 11.049.529,00	€ 14.984,00	€ 0,00
Totale ATS Valpadana	12.833	12.540	293	€ 52.544.109,00	€ 52.163.064,00	€ 381.045,00	€ 2.925,66

Verifiche sulle prestazioni ambulatoriali

Controlli sul campo

L'obiettivo da raggiungere per le attività di controllo delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per l'anno 2018 era la verifica di almeno il 3,5 % dei record ambulatoriali prodotti dalle strutture erogatrici.

Il numero minimo di record da verificare era pari a 111.305.

Al termine delle operazioni di controllo risultano verificati 144.524 record di prestazioni ambulatoriali pari al 4,54% della produzione delle strutture erogatrici.

Per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, risulta assolutamente necessario privilegiare i controlli di tipo statistico formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione/rendicontazione delle prestazioni.

I controlli sul campo presso gli erogatori sono stati improntati alla verifica puntuale della congruenza tra la prescrizione del medico, la refertazione delle prestazioni eseguite e la rendicontazione per assolvere al debito informativo ed alle valutazioni sull'appropriatezza delle prescrizioni.

Si è scelto in armonia con quanto stabilito dal Piano di controllo della A.C.S.S. di Regione Lombardia e dal Piano dei controlli valevole per l'anno 2018 della ATS Val Padana di approfondire le verifiche relative alle aree della Medicina Fisica e Riabilitazione, della Odontoiatria, della diagnostica strumentale ad alto costo, delle BIC e delle MAC, della Genetica Medica.

Medicina fisica e riabilitativa:

Le verifiche relative all'area della Medicina Fisica e Riabilitativa sono sintetizzate dalla seguente tabella

ENTE	CODICE	DENOMINAZIONE	PRATICHE	CONFERMATE	NON	VALORE	VALORE	DIFFERENZA
	PRESIDIO	STRUTTURA	CAMPIONATE		CONFERMATE	INIZIALE	ASSEGNATO	
327	001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	541	541	0	€ 20.733,65	€ 20.733,65	€ 0,00
327	001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE" - MANTOVA	511	508	3	€ 20.800,90	€ 20.763,70	€ 37,20
327	001887	CASA DI CURA "S.CAMILLO" - CREMONA	305	305	0	€ 25.473,35	€ 25.473,35	€ 0,00
327	001928	CASA DI CURA "FIGLIE DI SAN CAMILLO" - CREMONA	307	297	10	€ 41.409,55	€ 40.756,95	€ 652,60
327	001787	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI - SORESINA	188	166	22	€ 10.972,17	€ 10.435,37	€ 536,80
327	001936	FISIOKINESITERAPIA "RIABILITA" - CREMA	766	720	46	€ 38.073,75	€ 36.322,00	€ 1.751,75
327	001923	CENTRO MEDICO "SAN LORENZO" - CREMA	766	763	3	€ 45.344,35	€ 45.132,13	€ 212,22
327	005504	FONDAZIONE "VISMARA" SAN BASSANO	221	203	18	€ 12.150,05	€ 11.633,13	€ 516,92
327	001970	FISIOKINESITERAPIA "SANITAS" - SONCINO	1051	1049	2	€ 107.361,14	€ 107.313,44	€ 47,70
327	001893	FONDAZIONE "ARAGONA" - SAN GIOVANNI IN CROCE	157	153	4	€ 23.586,30	€ 23.447,70	€ 138,60
327	003384	POLIAMBULATORIO OSPEDALE OGILIO PO - ASST CREMONA	88	86	2	€ 11.556,85	€ 11.490,70	€ 66,15
327	001972	CASA DI CURA "ANCELLE DELLA CARITA'" - CREMONA (MAC-RIAB)	506	505	1	€ 109.967,80	€ 109.886,68	€ 81,12
327	001887	CASA DI CURA "SAN CAMILLO" - CREMONA (MAC-RIAB)	123	123	0	€ 162.666,00	€ 162.666,00	€ 0,00
724	003397	POLIAMBULATORIO OSPEDALE CREMONA - ASST CREMONA	761	757	4	€ 69.340,74	€ 69.262,24	€ 78,50
724	003482	OSPEDALE CREMA - ASST CREMA	713	707	4	€ 39.516,15	€ 39.253,95	€ 262,20
725	003425	POLIAMBUL. OSP.PIEVE CORIANO	219	219	0	€ 14.695,11	€ 14.695,11	€ 0,00
725	003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	773	739	34	€ 36.027,65	€ 33.344,25	€ 2.683,40
726	003485	OSPEDALE RIVOLTA - ASST CREMA	622	613	9	€ 36.297,05	€ 35.637,40	€ 659,65
933	001921	FONDAZIONE "S. MAUGERI"	342	322	20	€ 36.287,40	€ 35.808,60	€ 478,80
		TOTALE	8960	8776	182	€ 862.259,96	€ 854.056,35	€ 8.203,61

Si riscontra una riduzione della percentuale di record non confermati 2,03% rispetto al 2017 ma permangono le criticità evidenziate in precedenza così sintetizzabili.

- Rendicontazione a flusso di un numero di prestazioni superiore a quelle effettivamente erogate
- Mancanza dell'indicazione dell'orario di inizio e di termine della prestazione in particolare per quelle prestazioni per le quali è indicata nel nomenclatore una durata minima (30 minuti)
- Mancata sequenzialità ed univocità per tipologia, quantità ed arco temporale nella registrazione sulla cartella ambulatoriale dei casi con più cicli prescritti e ripetuti nel corso dell'anno.



- Assenza delle scale di valutazione del dolore o della disabilità quando previste dalle note vincolanti per l'erogazione della DGR 3111/2006.
- Assenza delle misurazioni del diametro ad inizio e fine ciclo per le prestazioni di massoterapia per drenaggio linfatico (DGR 3111/2006)
- Assenza del progetto riabilitativo (casi sporadici)
- Rara mancanza della data dell'evento indice richiesto per i codici con criteri di prescrivibilità "Fratture e protesi effettuabile non oltre 6 mesi dall'evento"
- Mancanza "nella rieducazione motoria di gruppo" del numero massimo di persone che fanno parte del gruppo

Odontoiatria

Le verifiche relative all'area della Odontoiatria sono sintetizzate dalla seguente tabella:

ENTE	CODICE	DENOMINAZIONE	PRATICHE	CONFERMATE	NON	VALORE	VALORE	DIFFERENZA
	PRESIDIO	STRUTTURA	CAMPIONATE		CONFERMATE	INIZIALE	ASSEGNATO	
327	001788	SANITAS DIAGNOSTICA - CREMA	407	406	1	€ 20.881,76	€ 20.872,81	€ 8,95
327	001787	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI	485	482	3	€ 14.619,06	€ 14.585,86	€ 33,20
327	001817	X RAY ONE	453	445	8	€ 13.828,47	€ 13.178,26	€ 650,21
327	001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	478	478	0	€ 16.054,11	€ 16.054,11	€ 0,00
724	003384	POLIAMBULATORIO OSPEDALE OGILIO PO - CASALMAGGIORE	192	192	0	€ 4.273,81	€ 4.273,81	€ 0,00
724	003397	OSPEDALE CREMONA - ASST CREMONA	448	442	6	€ 13.380,19	€ 13.078,09	€ 302,10
725	003432	POLIAMBULATORIO - MANTOVA - ASST MANTOVA	455	452	3	€ 11.020,71	€ 10.967,96	€ 52,75
725	003437	POLIAMBULATORIO - GOITO - ASST MANTOVA	506	505	1	€ 20.228,38	€ 20.212,03	€ 16,35
726	003482	OSPEDALE CREMA - ASST CREMA	230	216	14	€ 5.447,80	€ 5.219,25	€ 228,55
		TOTALE	3654	3618	36	€ 119.734,29	€ 118.442,18	€ 1.292,11

Si riscontra una notevole riduzione della percentuale di record non confermati 0,9% rispetto al 2017 ma permangono le criticità evidenziate in precedenza così sintetizzabili.

Criticità emerse nel corso dei controlli sul campo delle prestazioni di Odontoiatria

- Qualità della documentazione clinica e radiografica della cartella ambulatoriale odontoiatrica molto diversificata nelle varie strutture visitate.
- L'irrigazione di ferita (cod. 96.59) se usata in ambito odontoiatrico, è solitamente ricompresa nella procedura principale effettuata e quindi da non rendicontare singolarmente;
- La rimozione di punti di sutura (cod. 97.89), se usata in ambito odontoiatrico, e riferita prevalentemente ad un accesso dedicato post-procedura, può essere eventualmente rendicontata in quantità massima di 1 per seduta, a seguito della verifica della presenza nella documentazione clinica del riferimento circa l'avvenuta applicazione degli stessi punti di sutura, con indicazione del tipo e del calibro del filo di sutura utilizzato.
- Qualità della documentazione clinica e radiografica della cartella ambulatoriale odontoiatrica molto diversificata nelle varie strutture visitate.
- L'irrigazione di ferita (cod. 96.59) se usata in ambito odontoiatrico, è solitamente ricompresa nella procedura principale effettuata e quindi da non rendicontare singolarmente;
- La rimozione di punti di sutura (cod. 97.89), se usata in ambito odontoiatrico, e riferita prevalentemente ad un accesso dedicato post-procedura, può essere eventualmente rendicontata in quantità massima di 1 per seduta, a seguito della verifica della presenza nella documentazione clinica del riferimento circa l'avvenuta applicazione degli stessi punti di sutura, con indicazione del tipo e del calibro del filo di sutura utilizzato.



Risonanze Muscolo Scheletriche

Sono state condotte delle verifiche sulle Risonanze Muscolo - Scheletriche per valutare l'appropriatezza delle prescrizioni in soggetti con età uguale o superiore a 65 anni.

ENTE	CODICE	DENOMINAZIONE	PRATICHE	CONFERMATE	NON	VALORE	VALORE	DIFFERENZA
	PRESIDIO	STRUTTURA	CAMPIONATE		CONFERMATE	INIZIALE	ASSEGNATO	
327	001780	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	214	214	0	€ 44.243,97	€ 44.243,97	€ 0,00
327	001817	X RAY ONE	175	175	0	€ 38.354,89	€ 38.354,89	€ 0,00
327	001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	190	190	0	€ 35.199,98	€ 35.199,98	€ 0,00
327	001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	154	154	0	€ 31.811,12	€ 31.811,12	€ 0,00
327	001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	295	293	2	€ 61.895,66	€ 61.555,72	€ 339,94
327	002008	MEDICENTER	136	136	0	€ 29.368,01	€ 29.368,01	€ 0,00
327	001887	CASA DI CURA "S.CAMILLO" - CREMONA	192	192	0	€ 37.397,32	€ 37.397,32	€ 0,00
327	001928	CASA DI CURA "FIGLIE DI SAN CAMILLO" - CREMONA	270	270	0	€ 54.029,14	€ 54.029,14	€ 0,00
327	001787	POLO SANITARIO "NUOVO ROBBIANI" - SORESINA	153	152	1	€ 28.797,39	€ 28.627,42	€ 169,97
327	001972	CASA DI CURA "ANCELLE DELLA CARITA' - CREMONA	165	165	0	€ 33.799,36	€ 33.799,36	€ 0,00
327	001788	"SANITAS DIAGNOSTICA" - CREMA	214	214	0	€ 40.107,56	€ 40.107,56	€ 0,00
724	003384	POLIAMBULATORIO H. OGILIO PO - CASALMAGGIORE	148	147	1	€ 29.136,82	€ 28.966,52	€ 0,00
724	003397	POLIAMBULATORIO H. CREMONA	130	130	0	€ 27.879,46	€ 27.879,46	€ 0,00
725	003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	70	70	0	€ 16.028,10	€ 16.028,10	€ 0,00
726	003482	POLIAMBULATORIO H. CREMA	177	176	1	€ 44.230,49	€ 44.060,52	€ 169,97
		TOTALE	2683	2678	5	€ 552.279,27	€ 551.429,09	€ 679,88

Le verifiche non hanno evidenziato criticità di rilievo.

B.I.C./ M.A.C.

Le verifiche relative alle B.I.C. ed alle MAC sono sintetizzate dalla seguente tabella

CODICE	CODICE	DENOMINAZIONE	PRATICHE	CONFERMATE	NON	VALORE	VALORE	DIFFERENZA
ENTE	PRESIDIO	STRUTTURA	CAMPIONATE		CONFERMATE	INIZIALE	ASSEGNATO	
327	001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA	134	133	1	€ 193.216,00	€ 193.028,00	€ 188,00
327	001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	49	49	0	€ 43.798,00	€ 43.798,00	€ 0,00
327	001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	51	50	1	€ 70.683,00	€ 70.574,84	€ 108,16
327	001887	CASA DI CURA "S.CAMILLO" - CREMONA	500	500	0	€ 656.285,82	€ 656.285,82	€ 0,00
327	001928	CASA DI CURA "FIGLIE DI SAN CAMILLO" - CREMONA	500	497	3	€ 637.083,99	€ 635.337,28	€ 1.746,71
724	003426	POLIAMBUL. OSP.PIEVE CORIANO	297	292	5	€ 617.315,00	€ 567.117,00	€ 50.198,00
724	003431	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	513	481	32	€ 495.985,00	€ 487.219,00	€ 8.766,00
724	003472	POLIAMBULATORIO - OSP.ASOLA	46	46	0	€ 35.877,00	€ 35.877,00	€ 0,00
724	003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	233	233	0	€ 304.995,00	€ 304.995,00	€ 0,00
724	003384	POLIAMBULATORIO H. OGILIO PO - CASALMAGGIORE	500	495	5	€ 557.284,27	€ 553.440,59	€ 3.843,68
724	003397	POLIAMBULATORIO H. CREMONA	650	576	74	€ 659.383,57	€ 605.544,73	€ 53.838,84
726	003482	POLIAMBULATORIO H. CREMA	497	483	14	€ 571.152,03	€ 562.133,26	€ 9.018,77
933	001921	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	51	50	1	€ 212.963,00	€ 212.587,00	€ 376,00
		TOTALE	4021	3885	136	€ 5.056.021,68	€ 4.927.937,52	€ 128.084,16

La percentuale di record non confermati è stata pari al 3,38%, molto significativa è risultata la minor valorizzazione a seguito del controllo che è stata pari a 128.084,16 euro a causa di due significative criticità.



Criticità emerse nel corso dei controlli sul campo delle prestazioni B.I.C. e M.A.C.

Nel corso delle verifiche sulle prestazioni in regime di B.I.C. o M.A.C. si sono riscontrate due importanti criticità entrambe le situazioni hanno comportato l'irrogazione di **sanzione amministrativa** in quanto la minor valorizzazione al termine del controllo ha superato la soglia del 5% del valore complessivo del campione selezionato.

Prestazioni ambulatoriali di Neuropsichiatria.

Sono state condotte delle verifiche relative alle prestazioni ambulatoriali della branca di Neuropsichiatria infantile sintetizzate dalla seguente tabella.

ENTE	CODICE	DENOMINAZIONE	PRATICHE	CONFERMATE	NON	VALORE	VALORE	DIFFERENZA
	PRESIDIO	STRUTTURA	CAMPIONATE		CONFERMATE	INIZIALE	ASSEGNATO	
327	001830	NPI "GRUPPO GAMMA"	146	146	0	€ 29.925,64	€ 29.925,64	€ 0,00
726	003494	UONPIA H. CREMA	414	402	12	€ 75.266,50	€ 73.870,00	€ 1.396,50
724	003399	UONPIA POLO TERR. - CASALMAGGIORE	253	252	1	€ 46.238,00	€ 46.088,00	€ 150,00
		TOTALE	813	800	13	€ 151.430,14	€ 149.883,64	€ 1.546,50

Non sono state evidenziate aree di particolare criticità.

Prestazioni di Genetica Medica

Nel corso del 2018 si è proceduto alla verifica delle prestazioni di Genetica medica presso l'ambulatorio di Genetica medica dell'ospedale di Cremona. Il risultato della verifica è sintetizzato dalla seguente tabella.

ENTE	CODICE	DENOMINAZIONE	PRATICHE	CONFERMATE	NON	VALORE	VALORE	DIFFERENZA
	PRESIDIO	STRUTTURA	CAMPIONATE		CONFERMATE	INIZIALE	ASSEGNATO	
724	003397	POLIAMBULATORIO H. CREMONA	1059	1041	18	€ 370.881,51	€ 353.797,83	€ 17.083,68

Non si sono riscontrate criticità relative alla appropriatezza delle prescrizioni. I 18 record non confermati con relativa significativa minor valorizzazione evidenziano un errore informatico per cui sono state valorizzate prestazioni erogate a favore di soggetti solventi. Le 18 prestazioni rappresentano il 100% della casistica intercettata.



Controlli automatici

I controlli automatici sono stati condotti come di consueto sulle seguenti tipologie:

- ✓ Indicatori al controllo.
- ✓ Altre incongruenze su prestazioni contemporaneamente presenti nello stesso record.
- ✓ Congruenza esenzione / prestazione ambulatoriale
- ✓ Prestazioni correlate a ricoveri od a B.I.C.

ENTE	CODICE	DENOMINAZIONE	PRATICHE	CONFERMATE	NON	VALORE	VALORE	DIFFERENZA
	PRESIDIO	STRUTTURA	CAMPIONATE		CONFERMATE	INIZIALE	ASSEGNATO	
327	001780	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	919	831	88	€ 53.106,00	€ 50.252,85	€ 2.853,15
327	001817	X RAY ONE	298	297	1	€ 20.523,33	€ 20.457,33	€ 66,00
327	001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	1.765	1.678	87	€ 67.692,90	€ 66.071,45	€ 1.621,45
327	001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	2.251	1.787	464	€ 102.947,37	€ 88.745,38	€ 14.201,99
327	001921	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	142	140	2	€ 6.478,83	€ 6.444,03	€ 34,80
327	001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	682	655	27	€ 39.667,23	€ 38.763,54	€ 903,69
327	030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	745	742	3	€ 35.400,14	€ 35.358,63	€ 41,51
327	030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	194	0	194	€ 9.641,48	€ 0,00	€ 9.641,48
725	003425	POLIAMBUL. OSP.PIEVE CORIANO	4.542	4.226	316	€ 333.148,54	€ 325.733,02	€ 7.415,52
725	003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	16.087	14.819	1.268	€ 1.193.008,20	€ 1.158.740,49	€ 34.267,71
725	003472	POLIAMBULATORIO - OSP.ASOLA	3.483	3.090	393	€ 173.600,99	€ 165.112,94	€ 8.488,05
725	003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	688	627	61	€ 58.127,02	€ 57.033,90	€ 1.093,12
725	030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	337	35	302	€ 14.522,09	€ 1.546,83	€ 12.975,26
725	030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	846	121	725	€ 35.820,12	€ 4.477,32	€ 31.342,80
933	001921	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	354	344	10	€ 18.535,07	€ 18.364,52	€ 170,55
327	001972	CASA DI CURA "ANCELLE DELLA CARITA'" - CREMONA	1.672	1.671	1	€ 83.939,05	€ 83.931,75	€ 7,30
327	001893	FONDAZIONE "ARAGONA" - SAN GIOVANNI IN CROCE	259	258	1	€ 9.429,78	€ 9.397,73	€ 32,05
327	001937	FONDAZIONE OSPEDALE "CAIMI" - VAILATE	71	66	5	€ 3.214,88	€ 3.049,58	€ 165,30
327	001863	AMBULATORIO "CONTACT LASER" - CREMONA	17	15	2	€ 479,66	€ 428,76	€ 50,90
327	001928	CASA DI CURA "FIGUE DI SAN CAMILLO" - CREMONA	1.102	1.098	4	€ 133.381,95	€ 133.337,55	€ 44,40
327	001787	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI - SORESINA	504	499	5	€ 17.959,51	€ 17.869,31	€ 90,20
327	001887	CASA DI CURA "SAN CAMILLO" - CREMONA	644	627	17	€ 54.470,86	€ 54.089,17	€ 381,69
327	001923	CENTRO MEDICO SAN LORENZO - CREMA	416	361	55	€ 13.848,84	€ 13.121,34	€ 727,50
327	001788	"SANITAS DIAGNOSTICA" - CREMA	260	247	13	€ 14.775,73	€ 14.550,92	€ 224,81
724	724	ASST CREMONA	54.569	53.177	1.392	€ 1.513.729,90	€ 1.472.191,81	€ 41.538,09
726	726	ASST CREMA	26.316	25.734	582	€ 1.658.754,96	€ 1.647.062,32	€ 11.692,64
Totale ATS Val Padana			119.163	113.145	6.018	5.666.204	5.486.132	€ 180.071,96



I dati complessivi relativi a tutte le tipologie di controllo sono sintetizzati dalla seguente tabella:

tipologia	PRESCRIZIONI CONTROLLATE	PRESCRIZIONI CONFERMATE	PRESCRIZIONI MODIFICATE	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
Medicina Fisica e Riabilitativa	8.960	8.776	182	€ 862.259,96	€ 854.056,35	€ 8.203,61
Odontoiatria	3.654	3.618	36	€ 119.734,29	€ 118.442,18	€ 1.292,11
RMN Muscolo Scheletriche	2.683	2.678	5	€ 552.279,27	€ 551.429,09	€ 850,18
BIC/MAC	4.021	3.885	136	€ 5.056.021,68	€ 4.927.937,52	€ 128.084,16
Neuropsichiatria	813	800	13	€ 151.430,14	€ 149.883,64	€ 1.546,50
Genetica medica	1.059	1.041	18	€ 370.881,51	€ 353.797,83	€ 17.083,68
Totale sul campo	21.190	20.798	390	€ 7.112.606,85	€ 6.955.546,61	€ 157.060,24
Verifiche statistico-formali	119.163	113.145	6.018	€ 5.666.204,00	€ 5.486.132,00	€ 180.071,96
Totale ambulatoriale ATS Valpadana	140.353	133.943	6.408	€ 12.778.810,85	€ 12.441.678,61	€ 337.132,20

NB. Il riferimento numerico delle prime tre colonne è relativo alle prescrizioni e quindi risulta essere leggermente inferiore al numero complessivo dei record consolidati su cui sono calcolati gli obiettivi regionali.



Linee di sviluppo per i controlli NOC – Prestazioni di Ricovero

Ricoveri

La Deliberazione n. 1046 del 17/12/2018 ha stabilito che a partire dall'esercizio di controllo 2019, al fine di allineare l'esercizio di controllo stesso con l'esercizio di produzione, le annualità di controllo coincidano con l'annualità solare, prevedendo quindi, che le attività di controllo si concludano entro il 31.12.2019.

E' stato altresì disposto che la quota complessiva di controlli attesi per le attività di ricovero per il 2019 sia del 13,5%

A questo proposito si precisa che la quantità attesa di controlli sui ricoveri è calcolata considerando:

- Quota di almeno il 7% riferita ai controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica;
- Quota fino al 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte della ATS;
- Quota fino al 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte della ATS.

In merito ai controlli sulle prestazioni di ricovero si ricorda infine che:

- Il riferimento alla quota minima ("almeno") e alle quote massime ("fino al") sta ad indicare che l'obbligo per le ATS è relativo al raggiungimento della quota complessiva del 13,5%, alla quale può concorrere anche una quantità di controlli maggiori in riferimento alla quota del 7% ma non viceversa per quanto riguarda le quote del 3% e del 3,5%;
- La quota attesa di controlli deve risultare omogeneamente distribuita per singolo Erogatore controllato, dovendosi rilevare, come richiesto in sede di valutazione degli obiettivi LEA da parte degli organi ministeriali, il raggiungimento del 13,5% di pratiche esaminate in riferimento a ciascun codice HSP11.

Con mail del Dr. Marco Salmoiraghi della DG Welfare di Regione Lombardia del 20/03/2019 sono stati comunicati i volumi minimi di cartelle cliniche da sottoporre a controllo nel corso del 2019.

La tabella seguente declina la numerosità relativa alle strutture di ricovero insistenti sul territorio della ATS Val Padana

COSP	Descrizione COSP	Produzione 2018	Atteso controlli totale (13,5%)	Atteso Mirato Congruenza (7%)	Atteso Congruenza (3,5%)	Atteso Qualità doc. (3%)
030209	CREMA OSP. MAGGIORE	14.336	1.935	1.004	502	430
030215	RIVOLTA D'ADDA OSP. S.MARTA	1.292	174	90	45	39
030217	CREMONA C.C. ANCELLE CARITA'	993	134	70	35	30
030218	CREMONA C.C. S.CAMILLO	2.830	382	198	99	85
030219	CREMONA C.C. FIGLIE S.CAMILLO	4.788	646	335	168	144
030273	CASALMAGGIORE OSP. OGLIO PO	5.722	772	401	200	172
030390	SONCINO PRESIDIO OSPEDALIERO	269	36	19	9	8
030395	SORESINA OSP. NUOVO ROBBIANI	353	48	25	12	11
030908	CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	21.729	2.933	1.521	761	652
030227	ASOLA OSP. CIVILE	4.437	599	311	155	133
030239	PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	6.483	875	454	227	194
030259	MANTOVA C.C. S.CLEMENTE	3.320	448	232	116	100
030353	VOLTA MANTOVANA OSP CIVILE SRL	3.537	477	248	124	106
030355	SUZZARA OSP. DI SUZZARA SPA	6.935	936	485	243	208
030357	CASTIGLIONE STIVIERE OSP. SRL	4.958	669	347	174	149
030907	MANTOVA OSP. C.POMA	23.130	3.123	1.619	810	694
030933	CASTELGOFFREDO FOND. S.MAUGERI	962	130	67	34	29



Prassi operativa comune ai controlli sui ricoveri e sulla specialistica ambulatoriale

- Il preavviso della visita ispettiva e la trasmissione degli elenchi delle pratiche soggette a controllo non può essere inoltrato dalla ATS alla struttura prima delle 48 ore precedenti il controllo e che il preavviso non è più da considerarsi obbligatorio (DGR 4799/2007);
- L'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di errori che superano il 5% del valore complessivo del campione.
- Alla fine del controllo, qualora si ravvedano le condizioni per irrogare la sanzione amministrativa, la struttura deve essere informata formalmente;
- L'attuazione, come previsto dalla LR n. 8/2007, della sovra-territorialità della funzione di controllo prevedendo la possibilità che le ATS verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ATS, superando la previsione del DDG n. 1375/05 e della DGR n. VIII/3776/2006 in tema di controlli tra territori vicini.

Autocontrollo di congruenza

Oggetto dell'autocontrollo di congruenza saranno le cartelle cliniche prodotte nel primo quadrimestre dell'anno solare **2019 (gennaio - aprile)**, selezionate, anche per quest'esercizio, con criteri di campionamento definiti dagli stessi erogatori, potendosi inserire detta attività nel contesto dell'autocontrollo interno già organizzato dalle strutture erogatrici.

- Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al **3,5%** della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2018 fino al numero massimo di cartelle indicato nella tabella precedente.
- Le strutture di ricovero provvedono, entro il 28 febbraio 2019, ad inviare alla ATS un Piano di Controllo Aziendale in cui siano esplicitati in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate nel pieno rispetto del quadro normativo regionale. Si sottolinea che i Piani di controllo aziendali sono soggetti alla approvazione da parte dell'ATS e che le attività relative all'autocontrollo di congruenza non possono esaurirsi con le verifiche implementate negli anni passati allo scopo di correggere gli errori più frequenti in sede di prima trasmissione della SDO col debito informativo.
- Si ritiene pertanto opportuno che una quota significativa delle verifiche sia condotta su fattispecie che hanno presentato criticità di codifica nel corso degli anni precedenti e relative a SDO che siano già state trasmesse in Regione cogliendo appieno le opportunità offerte da questa modalità di autocontrollo. A tal proposito si ricorda che, come già anticipato con la DGR n. IX/4334/2012, tutta l'attività svolta in autocontrollo da parte degli erogatori, seguita poi da verifica di concordanza da parte delle ATS, non sarà soggetta a possibilità di sanzione, in applicazione del principio del "ravvedimento operoso". Detto principio e da intendersi applicabile però solo nel caso in cui l'esito di concordanza ATS/Erogatore sia positivo.
- Si precisa che in caso di concordanza negativa, si procederà all'estensione della verifica all'intera produzione disponibile nell'ambito dello stesso episodio ispettivo, l'estensione riguarderà almeno le fattispecie di errore riscontrate nel mini-campione di concordanza; in questo caso, se ne incorrono gli estremi, si procederà quindi anche alla sanzione amministrativa. In caso di concordanza positiva, sarà invece cura della struttura di ricovero operare le correzioni per l'anno solare in corso, nei tempi previsti (fino al 15 febbraio 2020), esclusivamente per la quota che eccede il 3,5% autocontrollato.
- L'elenco delle cartelle selezionate dall'Erogatore sarà inviato mensilmente alla ATS di appartenenza, in considerazione del fatto che le stesse saranno individuate man mano con il procedere della produzione. I suddetti elenchi non potranno comprendere cartelle già controllate dalle ASL o oggetto di futuri controlli già ufficialmente comunicati. Nel caso in cui si verificassero sovrapposizioni tra le pratiche selezionate dall'Erogatore e quelle campionate dalle ATS nel corso delle consuete verifiche di congruenza, sarà facoltà delle stesse ATS disporre eventualmente la sostituzione, ad opera della struttura di ricovero, di parte del campione selezionato. Si sottolinea che non sono ammesse correzioni in Regione (tramite il consueto flusso SDO) da parte degli Erogatori, a fronte degli esiti di autocontrollo (congruenza e qualità documentale), si chiarisce che il suddetto divieto si rifà ad un principio generale secondo cui le correzioni/cancellazioni operate dalle Strutture sanitarie sulla propria produzione nei termini previsti, non sono ammesse sulla quota parte di prestazioni sanitarie (di ricovero e di specialistica ambulatoriale) oggetto di verifica da parte delle ATS, entrando le stesse nell'esclusiva disponibilità dei NOC per quanto attiene modifiche e correzioni; ciò sin dal momento stesso dell'invio agli Erogatori dell'elenco di prestazioni campionate e fino alla conclusione degli episodi ispettivi, i cui esiti (con le relative modifiche) devono essere trasmessi in Regione



esclusivamente ad opera della ATS. Gli esiti della descritta attività, dovranno pervenire alla ATS di appartenenza entro il 30 giugno 2019, la quale procederà quindi alla verifica di concordanza sugli esiti prodotti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (10 gennaio 2020).

- In merito ai suddetti esiti, si rammenta inoltre che non è ammessa ricodifica che comporti un aumento del rimborso previsto. Per questi motivi, le pratiche che risultassero sopra valorizzate a seguito delle ipotesi di ricodifica degli erogatori, andranno trasmesse dagli stessi alla ATS come confermate (codici originali) e quindi classificate con esito A.
- La struttura erogatrice, per le pratiche soggette ad autocontrollo, non procede quindi ad alcuna segnalazione in Regione rispetto all'esito.
- La trasmissione degli esiti dell'autocontrollo di congruenza tra Erogatori ed ATS nei tempi previsti (30 giugno 2019), avverrà invece secondo quanto indicato alla Circolare prot. n. H1.2013.0022981 del 02.08.2013 tenendo conto di quanto indicato nell'allegato A della DGR 2313 del 01/08/2014.
- Si richiamano quindi tutte le Strutture di Ricovero e Cura coinvolte nella suddetta attività ad un puntuale e scrupoloso rispetto delle indicazioni tecniche fornite dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia attivandosi per le necessarie verifiche sui protocolli impiegati dai propri supporti informativi, se esistenti, o per la loro necessaria implementazione.

Autocontrollo della qualità documentale (3%)

L'attività di autocontrollo è rivolta al soddisfacimento del requisito di completezza della compilazione della cartella clinica come previsto dal Manuale della Cartella clinica (II ed. 2007) e dalle DGR n. 1007/2009 e 621/2010. Per il campionamento delle pratiche oggetto di autocontrollo della qualità documentale permarrà anche per quest'anno la modalità di campionamento casuale da operarsi da parte della ATS, che utilizzerà come riferimento per detto campionamento la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare (**gennaio - marzo 2019**).

- Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2018 fino al numero massimo di cartelle indicato nella tabella precedente.
- L'Erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente, entro il 30 giugno 2019.
- La ATS procederà alle proprie verifiche di concordanza sui suddetti esiti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la consueta scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (10 gennaio 2020).
- Relativamente alla valutazione di alcuni item si riportano i seguenti approfondimenti necessari per la corretta valutazione della check list a disposizione degli operatori.

Verifiche di concordanza

Per entrambe le tipologie di autocontrollo, in merito alle modalità con cui determinare la numerosità del campione da sottoporre a verifica di concordanza da parte della ATS nonché alle modalità di calcolo del livello di concordanza stesso, si utilizzerà anche per quest'anno la metodologia introdotta con le Regole 2013 utilizzando la formula di Levi - Lemeshow.



Controlli di Congruenza (7%)

L'attività di controllo sarà effettuata sia sulla produzione dell'anno in corso (2019) sia su quella dell'anno precedente (2018) allo scopo di uniformare le modalità di campionamento, le singole pratiche saranno valutate sia con i criteri della appropriatezza che della congruenza.

Il Piano dei controlli quadro elaborato per l'anno 2017 da parte dell'Agenzia del Controllo del sistema sociosanitario lombardo precisa inoltre che a partire dalle attività di verifica dell'anno 2017 i NOC dovranno effettuare sempre la verifica sulla completezza della documentazione sanitaria in base a quanto previsto dalla DGR 1007/2009 e dalla DGR 621/2010 prima di procedere ai controlli di congruenza.

Le ATS sono tenute a trasmettere trimestralmente una relazione all'ACSS in cui vengano esplicitati i criteri utilizzati per la composizione del campione, con evidenza delle tipologie di interesse locale e delle motivazioni che hanno condotto alla loro individuazione.

Le ATS devono inoltre trasmettere mensilmente alla DGW ed alla ACSS le informazioni relative alle diffide ed alle sanzioni amministrative. I responsabili delle ATS dovranno comunque comunicare prontamente alla DGW ed alla ACSS ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.

Nel corso dell'anno di esercizio 2019 verrà dato rilievo ai controlli dei DRG afferenti alle reti di patologia (STROKE, STEMI, patologie nefrologiche, neoplasie della mammella e del sistema emolinfopoietico). Tra gli obiettivi prioritari si pone la valutazione della appropriatezza assistenziale dell'offerta anche secondo una logica basata sul benchmarking tra le strutture provinciali, da sviluppare e concretizzare nel tempo non solo in ambito di controllo, ma anche attraverso la contrattazione di obiettivi specifici di miglioramento con i singoli erogatori.

I criteri sui quali si intende svolgere l'attività di controllo del 2019 relativa alla produzione dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:

1. Analisi del case mix del singolo presidio ospedaliero. (Indicatori regionali)
2. Individuazione dei primi 20 DRG più frequenti valutata secondo la numerosità e la comparazione produttiva tra strutture, come già negli anni precedenti.
3. Individuazione dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza, con particolare riguardo per quelle strutture che supereranno il valore soglia del 18% nel rapporto tra ricoveri ordinari afferenti a tali DRG rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DRG. Si procederà alla verifica di quanto previsto dalla DGR 1185/2013, Allegato 3 - Sub Allegato A, "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatezza aggiornata dalla DGR 1046/2018 e dalla DGR n. XI/1444/2019.
4. Individuazione dei DRG appartenenti ai PDTA REL – ROL – STROKE – STEMI – RENE (si controlla la numerosità intera). Ciò al fine di verificare la corretta codifica, la qualità ed esaustività della cartella clinica, ricostruire il percorso di diagnosi e cura del paziente insieme agli specialisti.
5. Verifica della corretta rendicontazione dei DH afferenti al DRG 380
6. Controllo a campione dei DRG la cui MDC non sia congruente con il reparto di dimissione, relativamente ai ricoveri in cui non si siano verificati trasferimenti del paziente da altro reparto.
7. Verifica dei DRG chirurgici prodotti da reparti di Medicina.
8. Individuazione DRG ad alto peso, in particolare se fenomeni di nuova produzione ed emergenti per ogni struttura;
9. Verifiche su fattispecie di Interesse locale per criticità evidenziate in precedenti sessioni di controllo sulla base delle pratiche non confermate e delle eventuali prescrizioni verbalizzate nel corso dei controlli effettuati nell'anno 2018.
10. Individuazione dei DRG con diagnosi complicanti per verifica della evidenza in cartella del maggior assorbimento di risorse relativo alle stesse diagnosi secondarie complicanti. Nella estrazione del campione si terrà conto del documento scientifico elaborato da parte della "Agenzia del controllo Socio Sanitario" che prende in esame l'andamento, negli ultimi 6 anni, dei trend relativi alle coppie DRG complicato/DRG non complicato su tutto il territorio regionale, allo scopo di evidenziare le aree di disomogeneità meritevoli di approfondimento da parte dei NOC.
11. Monitoraggio di tutte le aree di applicazione delle regole di sistema e delle successive indicazioni regionali.
12. Verifiche di ambiti di interesse in relazione al nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario previsto dalla L.R. 23/2015, nell'ambito del processo di riqualificazione ed evoluzione dell'attività di controllo nella nuova ATS (neurochirurgia, cardiocirurgia, ecc.).



13. Verifiche dei ricoveri con modalità di dimissione “trasferimento ad altra struttura per acuti” in particolare per quei casi in cui la struttura accettante appartiene alla stessa ASST che trasferisce.
14. Attività di verifica delle prestazioni di ricovero in DH, in particolare nella disciplina di “Dermatologia” Le valutazioni propedeutiche al Piano dei Controlli Quadro della ACSS della Regione Lombardia hanno evidenziato che, nel corso degli anni, si è assistito ad un utilizzo dei Day Hospital (DH) da parte degli erogatori talvolta improprio, limitandosi ad una visione parcellare della normativa attualmente vigente (DGR 2645/2006 e DGR 3111/2006). Ciò ha condotto ad un ricorso inappropriato del DH che non sempre ha soddisfatto i requisiti minimi previsti dalle DGR su citate. Nell’attività di controllo 2019, pertanto, si provvederà alla verifica della contestuale applicazione della normativa in riferimento ai DH, in particolare a quelli dermatologici, al fine di valutarne i criteri di appropriatezza.”
15. Nel corso del 2019 continueranno le azioni finalizzate ad un sempre maggiore controllo del corretto utilizzo delle risorse assegnate alla rete materno-infantile (DGR 3993/2015) con particolare attenzione ai criteri ed utilizzo delle U.O. ad alto livello di intensità di cure, come Unità di Medicina Materno Fetale e Terapia Intensiva Neonatale ed alla programmazione della rete di offerta .Il Nucleo Operativo di Controllo della ATS Val Padana intende in proposito sottoporre a Verifica il 30% delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in Patologia neonatale, tenendo conto anche del contenuto dei corrispondenti CEDAP, ove possibile. Verranno verificate circa **400 cartelle cliniche** presso tutti gli erogatori interessati
16. Nell’ambito della casistica evidenziata dal network delle regioni il NOC della ATS Val Padana intende procedere alla verifica di appropriatezza di campioni significativi di cartelle afferenti ai DRG per i quali il Network delle regioni e/o il Piano Nazionale Esiti abbiano messo in evidenza un tasso di ospedalizzazione per l’ATS della Val Padana superiore alle medie regionali e/o nazionali presso tutti gli erogatori interessati al fenomeno. In particolare si procederà alla verifica di **almeno 500 pratiche relative a ricoveri come da indicatore C16T.4 presso tutti gli erogatori interessati**
17. Cartelle con flusso SDO 4: Dall’esercizio 2019 verrà avviata una nuova tipologia di controllo denominata “controllo endoprotesi”; tale attività, in capo ai NOC delle ATS, andrà svolta all’interno del controllo mirato di congruenza delle prestazioni di ricovero, in riferimento al quale verrà individuato un nuovo esito per il debito informativo, denominato “Esito P”. Per consentire lo svolgimento della suddetta attività verrà fornito alle ATS il flusso SDO4 di rendicontazione delle endoprotesi, in riferimento al quale la Direzione Generale Welfare attuerà una formazione specifica in merito Le strutture erogatrici di prestazioni di ricovero di conseguenza non potranno inserire nei loro campioni cartelle cliniche
18. Estrazione di Campioni predittivi nell’ottica di incrementare l’efficienza del controllo, l’ACSS di Regione Lombardia ha sviluppato un modello predittivo in grado di selezionare le SDO a maggior rischio di essere modificate durante il controllo di congruenza mirata.
L’assunzione di base, suffragata dalle analisi effettuate sui controlli NOC degli anni scorsi, è che la probabilità che la SDO venga modificata dipenda non solo dall’operatore chiamato a valutarla ma anche, se non soprattutto, da alcune caratteristiche della SDO stessa. Le caratteristiche prese in considerazione dal modello sono le seguenti: DRG, Regime, Diagnosi principale di dimissione, Numero di diagnosi riportate sulla SDO, Numero di interventi riportati sulla SDO, Reparto di Dimissione, Numero di trasferimenti interni, Provenienza, Modalità di dimissione, Giorno della settimana della dimissione, Durata della degenza (classificata in funzione del tipo di DRG), Tipo struttura (Presidio ASST, IRCSS pubblico, ...). Per la stima dei parametri del modello è stato utilizzato il database degli esiti dei controlli NOC degli ultimi due anni, i cui record sono stati pesati in funzione della loro “anzianità” (controlli più recenti hanno un impatto maggiore sulle stime rispetto a quelli più vecchi). L’obiettivo finale è quello di variare la composizione del controllo a seconda dell’erogatore. L’ATS Val Padana utilizzerà sperimentalmente il modello matematico messo a punto dalla ACSS per la selezione di campioni di congruenza sino ad un massimo del 2% della produzione dei soggetti erogatori territoriali. Verranno verificate fino ad un massimo di **2.120 cartelle cliniche** presso gli erogatori a cui è applicabile il modello predittivo
19. Verifica sulle prestazioni di ricovero di chirurgia vertebrale in base alle regole di codifica fornite dal DGW di Regione Lombardia in data 29/01/2019. Verranno verificate **100 cartelle cliniche** presso tutti gli erogatori interessati.
20. DRG per i quali il Piano dei controlli quadro delle attività di controllo elaborato dalla ACSS di Regione Lombardia prevede un incremento delle percentuali di controllo (DRG 169, 359, 408, 576)

**Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Cure Sub - acute**

La Deliberazione 1185 del 20/12/2013 dispone di modificare in parte i criteri di accesso del paziente alle cure sub-acute individuati dalla DGR n. IX/1479/2011, rivedendo al contempo gli item (e i relativi punteggi) utili alla determinazione dell'Indice di Intensità Assistenziale. Le verifiche condotte sui ricoveri prodotti nel corso del 2019, tenendo presenti le modifiche introdotte, verteranno principalmente su:

a. Appropriatezza dei ricoveri:

- Rispetto dei criteri di arruolamento
- Rispetto dei criteri di accesso
- Rispetto dei criteri di esclusione
- Verifica della corretta rappresentazione dei bisogni assistenziali del paziente

b. Qualità documentale della cartella clinica:

- Con particolare riguardo alla presenza ed alla consistenza del Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti di Riabilitazione

La Deliberazione 1185/2013 ha definito le nuove caratteristiche clinico - organizzative e proposti i requisiti autorizzativi e di accreditamento delle degenze di Riabilitazione con articolazione su tre diversi livelli di accreditamento così identificati:

1. Alta Complessità riabilitativa,
2. Riabilitazione Intensiva,
3. Riabilitazione Estensiva.

Le attività di verifica condotte nel corso del 2018 dovranno tener conto del processo di riorganizzazione e verteranno sui seguenti punti:

1. Valutazione della appropriatezza del ricovero, alla luce del nuovo assetto organizzativo, e della congrua rappresentazione delle prestazioni effettuate.
2. Verifica della corretta compilazione della SDO secondo i principi enunciati nell'allegato 3 Sub Allegato – C della DGR 1185/2013 e sotto riportati:
 - Evento Indice – Data che indica l'inizio della patologia disabilitante;
 - Data di prenotazione della prestazione di ricovero riabilitativo;
 - Data della valutazione specialistica dalla quale si evidenzia la limitazione di attività e di partecipazione oggetto del PRI.

Diagnosi principale

La diagnosi principale deve essere descrittiva del quadro clinico che ha determinato il maggior assorbimento di risorse e coerente con il progetto riabilitativo svolto durante il ricovero. Tale diagnosi può essere costituita da un codice di postumo o di patologia o di segno o sintomo o di fattori che influenzano lo stato di salute.

Per esempio le sostituzioni articolari maggiori genereranno codici V43. _.

Diagnosi secondarie

In queste posizioni devono essere riportati i codici che evidenziano le patologie / sintomi / segni interagenti con il progetto ed il / i programma/i riabilitativo/i (le procedure chirurgiche precedenti e determinanti il ricovero riabilitativo vanno qui riportate, mentre non devono essere riportate altre condizioni aventi valenza di mero dato anamnestico). L'ordine di elencazione dovrebbe essere rapportato al livello di condizionamento e di impatto clinico stimato sul tempo ed il livello di recupero e sul consumo di risorse complessivo (descrivono le patologie interagenti che modificano il grado di disabilità, le patologie concomitanti che interferiscono con il carico assistenziale del paziente).



Procedure

Devono consentire il riconoscimento delle figure professionali specificatamente coinvolte. Vanno citate in ordine decrescente di consumo di risorse, misurato sia in termini di tempo sia in termini di costo / procedura nel corso del ricovero, cioè ad esempio il ricorso a particolari strumentazioni diagnostiche o terapeutiche.

Dimissioni

Codici di dimissione (nella lettera di dimissione deve essere esplicitato il percorso riabilitativo susseguente al ricovero).

Verifica della presenza e consistenza Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

La DGR delle regole per l'esercizio 2014 stabilisce un utilizzo rigoroso dello strumento che, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisca la prognosi nel rispetto delle aspettative e delle priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente (quando possibile), con la famiglia ed i caregiver. Nel progetto riabilitativo si identificano il referente del caso (garante della continuità del percorso), le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti che intervengono sui bisogni del paziente, i setting assistenziali, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi.

La metodologia, propria della Medicina Riabilitativa, del lavoro in team interprofessionale disciplinare con la conseguente declinazione del Progetto in programmi riabilitativi individuali; il medico responsabile garantisce, attraverso il coinvolgimento dei professionisti appartenenti al team, un flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, ai Caregiver ed al medico di famiglia, tutti coinvolti nelle attività del PRI.

La procedura di verifica si articolerà nei seguenti punti:

- Valutazione della qualità documentale della cartella clinica secondo quanto previsto dall'allegato 3 della DGR 9014/2009.
- Verifica che l'inizio del trattamento riabilitativo avvenga al massimo entro il giorno successivo all'ingresso.
- Verifica che la dimissione del paziente avvenga entro il giorno successivo all'ultimo trattamento riabilitativo.
- Verifica della presenza nella cartella delle motivazioni cliniche e non (es. esecuzione di esami diagnostici) per cui il paziente non ha potuto sottoporsi al trattamento riabilitativo.
- Verifica del rispetto dei tempi di assistenza previsti per i 3 assetti dai requisiti di accreditamento elencati nell'allegato 3 sub C della DGR 1185/2013.



Tipologia, numerosità dei controlli SDO in relazione ai fattori di rischio

La tabella seguente sintetizza le tipologie e le numerosità dei controlli programmati in relazione ai fattori di rischio individuati. I controlli saranno effettuati presso tutte le Strutture erogatrici della ATS Val Padana che producono ricoveri associabili alle fattispecie individuate

Id	Ambito	Rischio	Dimensione del rischio	Volumi	Periodicità
1	Indicatori regionali	Selezione opportunistica della casistica	Economica	500	2 verifiche/anno
2	Selezione 20 DRG più frequenti	Selezione opportunistica della casistica	Economica	200	2 verifiche/anno
3	108 DRG a rischio inappropriata	Inappropriatezza setting assistenziale	Equità	200	2 verifiche/anno
4	DRG PDTA	Carenze organizzative	Organizzativa	200	2 verifiche/anno
5	DH afferenti al DRG 380	Codifica opportunistica	Economica	50	2 verifiche/anno
6	DRG con MDC incongruente rispetto al reparto	Carenze organizzative, errore di codifica	Organizzativa, economica	20	2 verifiche/anno
7	DRG chirurgici prodotti da reparti medici	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa	50	2 verifiche/anno
8	DRG alto peso (indicazioni ACSS)	Codifica opportunistica	Economica	500	2 verifiche/anno
9	DRG interesse locale	Mancata osservanza prescrizioni	Organizzativa, economica	100	2 verifiche/anno
10	Applicazione regole	Mancata applicazione delle Regole regionali	Organizzativa, economica	100	2 verifiche/anno
11	DRG complicati	Codifica opportunistica	Economica	1.100	2 verifiche/anno
12	DRG Alta Specialità (neuro e cardiocirurgia)	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa	300	2 verifiche/anno
13	DRG con trasferimento ad altro Istituto per acuti stessa Azienda	Carenze organizzative	Organizzativa	30	2 verifiche/anno
14	DRG Chirurgia dermatologica	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	250	2 verifiche/anno
15	DRG Patologia Neonatale	Codifica opportunistica	Economica	400	2 verifiche/anno
16	Indicatore C16T.4	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa	500	2 verifiche/anno
17	Controlli protesi Flusso SDO 4	Codifica opportunistica	Economica	300	2 verifiche/anno
18	Campione predittivo	Inappropriatezza setting assistenziale, codifica opportunistica	Organizzativa, economica	2.120	2 verifiche/anno
19	DRG Chirurgia vertebrale (artrodesi)	Codifica opportunistica	Economica	100	2 verifiche/anno
20	DRG da Piano Quadro ACSS 2017	Codifica opportunistica	Economica	300	2 verifiche/anno
21	Cure Subacute	Codifica opportunistica, inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	100	2 verifiche/anno
22	Riabilitazione	Inappropriatezza setting assistenziale	Organizzativa, economica	630	2 verifiche/anno



Linee di sviluppo per i controlli NOC – Prestazioni di Specialistica ambulatoriale

Prestazioni ambulatoriali

Per le attività di specialistica ambulatoriale è prevista, per il 2019, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche. La quota attesa di controlli sulle prestazioni ambulatoriali è calcolata considerando il 3,5% del totale delle prescrizioni a carico del SSR dell'anno precedente all'esercizio in corso.

La percentuale calcolata sui record caratterizzati dalla tipologia di prestazione O prestazioni ordinarie, U prestazioni urgenti e Z prestazioni di controllo corrisponde, per il 2019, ad un numero minimo di 111.612 record di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale da sottoporre a verifica.

Si evidenzia che per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, è assolutamente necessario privilegiare i controlli di tipo statistico formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e / o di errata modalità di erogazione / rendicontazione delle prestazioni.

I controlli presso gli erogatori saranno improntati alla verifica puntuale della congruenza tra la prescrizione del medico, la refertazione delle prestazioni eseguite e la rendicontazione per assolvere al debito informativo effettuata dalla struttura erogatrice. Ne deriva che non potranno essere ammesse al finanziamento del S.S.R. prestazioni la cui effettuazione non sia chiaramente documentata.

Il Piano dei controlli quadro stilato dalla Agenzia di controllo del Sistema sociosanitario lombardo valido per l'anno 2017 approvato con Deliberazione N.X/6502 del 21/04/2017 ha espresso le seguenti raccomandazioni relative ai controlli sulla specialistica ambulatoriale sulle seguenti aree di interesse regionale.

Area Odontostomatologia – Chirurgia Maxillo facciale

Al fine di uniformare i controlli, sia sugli erogatori pubblici sia sui privati accreditati a contratto, i NOC della ATS Val Padana utilizzeranno il protocollo tecnico emanato da parte della DGW con la Delibera 6006 del 19/12/2016.

Per questa area saranno sottoposti a verifica nel corso dell'anno 2019 almeno **3.500 record** di prestazioni prodotte nel corso dell'anno.

Area Medicina Fisica e Riabilitazione – Recupero e Riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi.

Si procederà alla verifica di almeno **5.000 record** di prestazioni di Medicina fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi e del 50% dei record di MAC riabilitative erogate dalle Strutture sanitarie pubbliche e private della ATS Val Padana al fine di verificare l'aderenza ai contenuti della DGR 3111/2006 e s.m.i. per le prestazioni ambulatoriali semplici, mentre per le Mac si procederà alla verifica del setting assistenziale e del rispetto dei protocolli concordati con l'ATS.

Area Diagnostica per Immagini ad alto impatto economico: (TC e RM rachide, spalla e ginocchio per patologie degenerative dell'apparato muscolo scheletrico) secondo i disposti della DGR 2313/2014

Si procederà alla verifica della appropriatezza prescrittiva di almeno **2.000 RM** in soggetti di età superiore a 65 anni, per patologia muscoloscheletrica presso tutti gli erogatori interessati

Area della Genetica Medica di laboratorio

Si procederà alla verifica degli aspetti di appropriatezza prescrittiva stabiliti dalla DGR 4716 del 23/01/2013, al fine di monitorare l'appropriatezza clinica e prescrittiva di prestazioni ad alto impatto economico ed in una logica di continuità delle azioni di collaborazione o di correzione rivolte ai soggetti prescrittori. Si procederà alla verifica di almeno **1.000 record** di prestazioni presso tutti gli erogatori interessati

Area di Gastroenterologia

Si procederà alla verifica della appropriatezza prescrittiva ed erogativa di EGDS, Colonscopia, rettoscopia secondo quanto previsto dalla DGR 4702 del 29/12/2015. Si procederà alla verifica di almeno **500 record** di prestazioni presso tutti gli erogatori interessati.



Area di Nefrologia

Si procederà alla verifica della prestazione 89031 “Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale” Vs prestazione di emodialisi o dialisi peritoneale. Si procederà alla verifica di almeno **1.000** record di prestazioni presso tutti gli erogatori interessati.

BIC e MAC:

Si procederà alle verifiche di appropriatezza e congruenza di almeno **4.000** record di prestazioni erogate con questi setting assistenziali presso tutti gli erogatori interessati

Visite ripetute in Pronto Soccorso

Verranno selezionati a campione record riportanti i codici di prima visita 89.7*, 95.02 e 89.13 rendicontati per più di una volta nel corso dello stesso accesso per lo stesso paziente al fine di verificare l'effettiva effettuazione delle prestazioni e l'eventuale utilizzo di codici di patologia apparentemente incongrui.

- **Paziente che abbandona il PS durante gli accertamenti:** verranno individuati nel flusso 6/San i pazienti per quali nel campo esito trattamento è stato indicato il codice 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica) per verificare l'effettiva effettuazione delle prestazioni rendicontate in circolare 28/san.
- **Corretta attribuzione del codice di prima visita specialistica:** anche in relazione alla recente procedura di presa in carico del paziente cronico, si ritiene opportuno verificare il corretto utilizzo del codice di prima visita specialistica relativa a tutta la produzione ambulatoriale.

Tale controllo contribuirà ad ottenere dati affidabili per il monitoraggio della procedura di presa in carico.

Verifica delle prestazioni erogate rispetto agli assetti accreditati ed a contratto delle strutture

I controlli delle prestazioni ambulatoriali saranno svolti tenendo in considerazione gli assetti accreditati ed a contratto, ovvero di quali prestazioni si possono erogare per conto del SSR.



Tipologia, numerosità dei controlli ambulatoriali in relazione ai fattori di rischio

La tabella seguente sintetizza le tipologie e le numerosità dei controlli programmati in relazione ai fattori di rischio individuati. I controlli saranno effettuati presso tutte le Strutture erogatrici della ATS Val Padana che producono ricoveri associabili alle fattispecie individuate

Area di interesse	Fattori di rischio	Dimensione del rischio	Volume	Periodicità
Odontoiatria	Mancata osservanza dei Livelli Essenziali di Assistenza	Equità	3.500 record	Almeno 1 verifica/anno
Gastroenterologia	Inappropriatezza prescrittiva, rendicontazione incoerente	Equità, efficacia	500 record	Almeno 1 verifica/anno
Diagnostica Per Immagini	Inappropriatezza prescrittiva	Equità, sicurezza	2.000 record	Almeno 1 verifica/anno
Genetica Medica	Inappropriatezza prescrittiva, inosservanza norme sui consensi informati	Equità, efficacia	1.000 record	Almeno 1 verifica/anno
Medicina Fisica e Riabilitativa	Inappropriatezza prescrittiva, rendicontazione incoerente dei volumi	Equità, economica	5.000 record	Almeno 1 verifica/anno
Nefrologia	Rendicontazione incoerente dei volumi	Economica	1000 record	Almeno 1 verifica/anno
MAC - BIC	Rendicontazione incoerente dei volumi.	Economica	4000 record	Almeno 1 verifica/anno
Prestazioni di Pronto Soccorso	Rendicontazione incoerente dei volumi	Economica	1000 record	Almeno 1 verifica/anno
Prime visite	Codifica inappropriata	Equità	2000 record	Almeno 1 verifica/anno

Verifiche di tipo statistico formale

Gli indicatori proposti nella DGR 12692/2003 che hanno guidato i controlli di tipo statistico formale nel corso degli ultimi anni sono stati incrementati con nuovi indicatori a partire dai controlli effettuati nell'anno 2010 e saranno utilizzati anche nel corso dell'anno 2019 per scansionare la produzione ambulatoriale.

In particolare si riportano gli indicatori di più recente introduzione che saranno oggetto di puntuali verifiche statistiche - formali.

Le seguenti condizioni, se presenti nel tracciato ambulatoriale prodotto dagli erogatori Pubblici/Privati, saranno oggetto di verifica:

1. Il codice 91.36.5 (estrazione DNA/RNA), ricompreso nelle prestazioni di Biologia molecolare.
2. Verranno inoltre verificate tutte le condizioni di non associabilità relative alle prestazioni di biologia molecolare
3. Dato un determinato "n° ricetta" verrà verificata la congruenza tra il "codice esenzione", le prestazioni contenute nella ricetta e la correttezza del valore del campo "Ticket".
4. Dato un determinato "n° ricetta" verrà verificato che il campo "contatore prescrizione", che identifica la prescrizione, non sia codificato per la stessa con valori diversi.



5. Data una determinata “data contatto” verrà verificato che l’assistito nella stessa data non risulti ricoverato in degenza ordinaria per acuti o riabilitazione.
6. Data una determinata “data contatto” verrà verificato che l’assistito non risulti deceduto precedentemente a tale data.
7. Dato un determinato “codice medico prescrittore”, data una determinata “data compilazione” verrà verificato che lo stesso medico non risulti cessato precedentemente a tale data.

Sarà effettuata la ricerca dei codici relativi alle prestazioni esposte nel tracciato relativo ad ogni singola ricetta per identificare la coesistenza non corretta delle seguenti prestazioni di diagnostica strumentale:

- a. 46.85.1 (Dilatazione dell’intestino) e 45.23 (Colonscopia con endoscopio flessibile)
- b. 46.85.1 (Dilatazione dell’intestino) e 45.24 (Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile)
- c. 44.22.1 (Dilatazione endoscopica dello stomaco) e 45.13 (Esofagogastroduodenoscopia)
- d. 88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo)
- e. 88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica)
- f. 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica)
- g. 88.72.4 (Ecocolordopplergrafia cardiaca trans esofagea)
8. Ricerca dei codici relativi alle prestazioni esposte nel tracciato relativo ad ogni singola ricetta per identificare la coesistenza non corretta delle seguenti prestazioni:
 - a. 95.05 (Prima visita oculistica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi)
 - b. 89.13 (Prima visita neurologica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi)
 - c. 89.7B.5 (Prima visita odontostomatologica) e 98.01 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla Bocca senza incisione)
 - d. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.11 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dall’orecchio senza incisione)
 - e. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.12 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla bocca senza incisione)
 - f. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 89.26.3 (Prima visita ostetrica)
 - g. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla vagina senza incisione)
 - h. 89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 91.48.4 (Prelievo citologico), 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 89.26.4 (Visita di controllo ostetrica)
 - i. 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intra luminale dalla vagina senza incisione)
 - j. 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.71 (Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino)

Macro attività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale B.I.C.

Selezione per la contestazione automatica di tutti i casi in cui con la medesima data di contatto risultano rendicontati più codici di prestazione in difformità alle indicazioni regionali che prevedono (DGR 621/2010)” nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche, deve essere scelta quella che il Grouper individua come principale (M.P.R.)

- Si procederà inoltre in analogia con quanto effettuato per i ricoveri per acuti chirurgici alla individuazione di quelle prestazioni rendicontate con il flusso 28/san ricomprese nella tariffa della BIC ed effettuate o nel pre o nel post procedura.
- Si procederà alla verifica di dati necessari al governo dei tempi di attesa

Verifiche sui tempi d'attesa

Accanto alla attività istituzionale del monitoraggio dei tempi d'attesa, secondo le indicazioni nazionali e regionali, è stata recepita l'esigenza del contenimento dei tempi di attesa come priorità, secondo quanto enunciato dalla DGR contenente le regole di gestione del SSR 2019.

Perseguendo questo obiettivo, sono state programmate le seguenti attività di controllo, di iniziativa ATS:

1. **Verifiche presso i C.U.P. dei Tempi di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale con metodica Ex-Ante ed Ex-Post.** Nell'ambito delle attività di monitoraggio dei Tempi di Attesa a partire dal 2019 verranno condotte verifiche trimestrali presso i C.U.P. delle aziende sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio della ATS Val Padana con una doppia modalità ex-ante ed ex post.
 - a. **Visita ispettiva presso il C.U.P. delle aziende erogatrici, con modalità ex ante:** verifica del tempo di attesa che, al momento della richiesta di una prestazione, viene prospettato all'utente. Questo sistema di ispezione riproduce la modalità del monitoraggio mensile regionale RL_MTA. Nel giorno indice previsto, per ogni prestazione con classe di priorità B e D oggetto di studio, gli operatori NOC richiederanno le prime tre date utili. Qualora il tempo di attesa superi il T.Max regionale, verrà verificata anche l'attività libero professionale per la prestazione corrispondente. Verranno inoltre verificati:
 - **Assenza di agende di prenotazione chiuse (L.226/2005 comma 282)**
 - **Presenza di agende separate fra prime visite e controlli**
 - **Numero di ambulatori istituzionali settimanali per le prestazioni oggetto di studio.**
 - b. **Visita ispettiva con modalità Ex - Post:** Tempo intercorso tra la richiesta di prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione. Nel pomeriggio del giorno indice dell'ispezione, al termine dell'attività ambulatoriale programmata, per le ciascuna delle prestazioni oggetto di studio, verrà effettuata la verifica considerando i seguenti criteri:
 - **Tempo di attesa sostenuto dall'utente: (gg indice - data prenotazione = T.A.).** Deve essere rispettoso del T.Max regionale previsto dalla normativa di riferimento (D.G.R. 1775 del 2011, DGR 3993/2015, DGR X/7766/2018 DGR 1046/2018, e dei contenuti del Piano aziendale attuativo del Piano Regionale di contenimento dei tempi d'attesa 2019 dell'ATS della Val Padana. Verrà richiesta alla struttura l'evidenza dell'attività ambulatoriale prevista per il giorno indice.
 - **Durata della singola prestazione:** La durata minima di una visita specialistica ambulatoriale, sia essa prima visita o visita di controllo, in analogia a quanto esplicitato all'art. 30 – commi 8 e 9 - dell'Accordo Collettivo Nazionale 2005 che disciplina l'assistenza specialistica ambulatoriale, non deve essere inferiore a quindici minuti.
 - **Assenza di agende di prenotazione chiuse (L.226/2005 comma 282):** N.B.: la sospensione delle attività di prenotazione è vietata dal comma 282 L.266/2005, che prevede sanzioni amministrative. Nelle more di ulteriori specifiche indicazioni da parte del Ministero della Salute l'interruzione delle attività di erogazione legate a motivi tecnici va segnalata nelle note corrispondenti alla prestazione di cui trattasi, altrimenti va comunque segnalata nella nota accompagnatoria dei flussi RL_MTA mensili, avendo cura di indicare le tipologie, i punti di erogazione, il periodo e le motivazioni plausibili.
2. **Rilevazione delle mancate presentazioni agli appuntamenti (Drop out):** In linea con le indicazioni contenute nelle regole 2019 DGR 1046/2018: "...l'utente che non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione. Qualora non sia possibile presentarsi a una visita o a un esame, diventa obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo. In questa logica, al fine di contenere i costi amministrativi connessi al recupero di quanto dovuto e ferma restando la necessità di adempiere alla normativa vigente, l'utente che non si presenta alla visita dopo aver fissato l'appuntamento, quando firmerà un nuovo appuntamento, al momento di pagare il ticket, sarà chiamato a saldare anche la prestazione che non aveva disdetto in tempo utile in precedenza", si procederà alla seguente attività di verifica in corso di visita ispettiva, si provvederà a rilevare, per le prestazioni in elenco, la mancata presentazione senza preavviso da parte del cittadino. In alternativa la tabella potrà essere compilata dalla struttura erogatrice in giorno successivo.



Struttura	Prestazione	Data	Prenotati	Confermati	Non Presen- tati	Indice Di Drop -Out
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Oculistica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Neurologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Cardiologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Urologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Ortopedica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Pneumologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Che. Vascolare					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Gastroenterologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Ginecologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Chirurgia Generale					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Dermatologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Endocrinologica					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Prima Visita Otorino					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Eco Addome Superiore					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Eco Bilaterale Mammella					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Mammografia Bilaterale					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Ecocolodoppler Cardiaca					
Casa Di Cura "S. Clemente"	Colonscopia End Flessibile					
Totale						

L'obiettivo di questa rilevazione, come già eseguito da RL negli scorsi anni, è indagare l'effettiva entità del fenomeno del territorio di ATS Val Padana. La lettura del dato che ne deriva, permetterà agli erogatori di valutare le possibili azioni da intraprendere, eventualmente concertate con ATS.

Salute mentale

Verifiche integrate in ambito psichiatrico

In relazione all'esigenza di integrare le competenze sanitarie con quelle socio sanitarie e sociali sui controlli in ambito psichiatrico, in modo da valutare la multidimensionalità dell'approccio al paziente psichiatrico superando la visione settoriale dell'attività di controllo, si è provveduto a istituire un apposito gruppo di studio.

Il gruppo ha convenuto sulla necessità di specializzare e allargare l'equipe di controllo, comprendendo varie figure professionali di provenienza multi dipartimentale (PAAPSS, PIPSS):

- Infermiere,
- Medico specialista,
- Educatore professionale,
- Assistente sociale.

L'equipe sarà operativa su tutto l'ambito della ATS, superando la frammentazione territoriale delle ex ASL di Cremona e Mantova.

- **Quantitativamente**, il campione delle pratiche da esaminare soggiace alle regole di sistema 2019, contribuendo al 13,5% dei controlli dei ricoveri per acuti e 3,5% sulla attività ambulatoriale.
- **Qualitativamente**, il campione sarà selezionato sulla base dei dati ottenibili dalla integrazione dei flussi informativi disponibili (46/SAN, 43/SAN, 28/SAN, SDO).

1. Relativamente ai ricoveri in SPDC rendicontati col flusso SDO si procederà alla verifica di:

- Corretta adozione e applicazione dei protocolli di contenzione fisica (SPDC)
- Corretta documentazione e registrazione su SDO dei casi sottoposti a TSO, sia come evento iniziale che come evento intervenuto nel corso di ricovero (SPDC)
- Documentazione della continuità ospedale – territorio attraverso riscontro di avvenuto contatto/prenotazione con CPS o MMG o altra unità di offerta sanitaria nel diario clinico e/o nella lettera di dimissione (SPDC)

2. Relativamente alle prestazioni ambulatoriali rendicontate nel flusso 46/San si procederà alla verifica di:

- Evidenza di congruenti criteri per la **presa in carico** (multidimensionale) rispetto al **passaggio in cura** (esclusivamente sanitario)
- Verifica che la prima visita di un percorso di presa in carico sia esclusivamente correttamente rendicontata in 28San, completa di richiesta e referto (ambulatoriale)
- Corretta documentazione di presa in carico: presenza di progetto e di coerente pianificazione (tempi, attività, professionalità previste), con riscontro in diario della attuazione delle prestazioni pianificate (CPS, Comunità alloggio, semiresidenzialità, Neuropsichiatria infantile)

3. Relativamente alle attività di residenzialità psichiatrica si procederà alle verifiche relative a:

- Qualità documentale delle cartelle cliniche,
- Presenza dei protocolli per l'accoglimento
- Presenza protocolli per la dimissione,
- Modalità di registrazione delle richieste di ricovero ricevute e non accolte con presenza delle precisazioni per ciascuna di esse del motivo del rifiuto.
- Presenza di valutazioni almeno semestrali circa la permanenza delle condizioni che hanno determinato il ricovero.

4. Relativamente alle prestazioni di psichiatria extra contrattuali

- Si proseguirà l'azione finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, in relazione all'utilizzo dei fondi relativi al flusso 43San, con una revisione puntuale dei pazienti, tesa alla individuazione dei corretti percorsi individualizzati ed alla eventuale graduale ricollocazione.
- Sarà prestata particolare cura nel valutare quanto l'appropriatezza clinica sia temperata con la necessità di garantire continuità della presa in carico senza generare turbativa nei percorsi assistenziali dei pazienti interessati, anche se già rivalutati o in corso di rivalutazione, e delle loro famiglie".



Cure palliative

Verifiche integrate con equipe mista sanitaria e sociosanitaria

In relazione all'esigenza di integrare le competenze sanitarie con quelle socio sanitarie, si è provveduto a istituire un apposito gruppo di studio composto da operatori abitualmente dedicati a controlli di appropriatezza in ambito socio sanitarie e altri appartenenti al NOC.

In considerazione dell'afferenza dei flussi informativi, l'argomento viene approfondito nei paragrafi dedicati ai controlli socio sanitari.



Autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie

Attività anno 2018 ambito di Cremona

L'attività di autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie svolta nell'anno 2018 si suddivide in 2 parti:

1. Sopralluoghi presso strutture per le quali sono state fatte nuove istanze di accreditamento
2. Verifica e controllo del mantenimento dei requisiti minimi in strutture già accreditate

Per quanto riguarda il punto 2 l'attività è stata distribuita uniformemente tra gli erogatori pubblici e privati accreditati. In tabella è evidenziata la tipologia di struttura oggetto di sopralluogo e la tipologia di ispezione (documentale, strutturale, impiantistica) e in particolare sono indicate quelle ispezioni che hanno generato delle prescrizioni. Le verifiche di dette prescrizioni sono state in parte già effettuate, negli altri casi saranno controllate nell'anno 2019.

Rendicontazione dell'attività 2018

1. **Riclassificazione per l'attività di Elettrofisiologia ai sensi della DGR n. X/7540 del 18.12.2017:** coerentemente al disposto deliberativo e alle indicazioni operative pervenute con Nota regionale prot. n. G1.2017.0038734 del 21.12.2017, nel corso dell'anno 2018 si è provveduto alla verifica del possesso dei nuovi requisiti necessari per l'attività di Elettrofisiologia secondo la tempistica indicata nella succitata DGR presso i tre erogatori che hanno presentato istanza di riclassificazione.
2. **Verifica S.I.M.T. e Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti:** verificate tutte le strutture trasfusionali che sono state oggetto di sopralluogo nell'anno solare 2017. Nella seconda metà del 2018 sono state oggetto di sopralluogo: 1) UdR di Rivolta d'Adda (ASST di Crema), 2) Articolazione presso il presidio ospedaliero Oglio Po dell'ASST Cremona (attività di raccolta, assegnazione e distribuzione).
3. **Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili:** nel corso dell'anno 2018, in occasione dei succitati sopralluoghi di vigilanza, sono stati verificati i titoli delle posizioni apicali dei responsabili di Unità Operativa e le posizioni di coordinamento (infermieristico, tecnico, etc.).
4. **Verifica del piano di monitoraggio degli SMEL nel territorio di competenza:** si è provveduto alla verifica documentale e/o sul campo delle Non Conformità VEQ nei SMEL dell'ambito di Cremona, per i quali il Centro Regionale Qualità SMEL ha segnalato Non Conformità nel periodo 4° Trimestre 2017 - 3° Bimestre 2018. Le Strutture interessate hanno risposto fornendo giustificazioni ed evidenze di verifica ed, in alcuni casi, hanno provveduto a perfezionare le procedure operative già in uso. In alcuni casi si sono effettuate verifiche sul campo.



Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2018

Tabella 1 – Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2018

Descrizione struttura	Sopralluoghi effettuati	Motivazione
Casa di cura Ancelle della Carità	2	Riclassificazione Cure Palliative
Medical Gamma, punto prelievo in Pizzighettone	1	Istanza di autorizzazione e accreditamento per trasferimento di PP esterno in struttura dedicata (richiesto da ATS Milano)
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	3	Riclassificazione Cure Palliative
ASST Crema, presidio ospedaliero di Crema	2	Riclassificazione Cure Palliative
Casa di Cura San Camillo	2	Riclassificazione Cure Palliative
Casa di Cura Figlie di San Camillo	1	Istanza di riclassificazione Attività di Elettrofisiologia
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	2	Istanza di riclassificazione Attività di Elettrofisiologia
ASST Crema, presidio ospedaliero di Crema	1	Istanza di riclassificazione Attività di Elettrofisiologia
ASST Crema, presidio ospedaliero di Crema	1	Nuova istanza di autorizzazione ed accreditamento UO Medicina d'urgenza e accettazione
ASST Cremona, presidio ospedaliero Oglio Po	1	Istanza di riclassificazione Attività di Elettrofisiologia
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	1	Nuova istanza di autorizzazione ed accreditamento UO Radiologia e Diagnostica per Immagini
Casa di Cura Figlie di San Camillo	1	Istanza di ampliamento UO Poliambulatorio
Casa di Cura San Camillo	1	Accreditamento nuova branca specialistica
Sanitas Diagnostica	1	Accreditamento nuove branche specialistiche
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	1	Nuova istanza di autorizzazione e accreditamento SMEL
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	1	Istanza di ampliamento UOC Patologia Mammaria
ASST Crema, presidio ospedaliero di Crema	1	Verifica post comunicazione
Fondazione Benefattori Cremaschi	1	Accreditamento nuovo ambulatorio
Centro Medico Residenziale San Lorenzo	1	Accreditamento nuove branche specialistiche
Fondazione Opera San Camillo: attività di Prelievo presso RSA di Isola Dovarese	1	Nuova istanza per attività di prelievo
ASST Cremona, presidio Oglio Po	1	Riallineamento POAS
ASST Cremona, Presidio di Soresina	1	Nuove istanze per posto tecnico BIC e ambulatorio psichiatria
Centro Medico Residenziale San Lorenzo	1	Accreditamento nuove branche specialistiche
Casa di cura Ancelle della Carità	1	Istanza di ampliamento UO Poliambulatorio
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	2	Riallineamento POAS
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	1	Punto prelievi presso Poliambulatorio accreditato Cremona Welfare
ASST Cremona, presidio ospedaliero cremonese	1	Nuova istanza di autorizzazione ed accreditamento di Poliambulatorio di medicina dello sport
Totale sopralluoghi	34	



Tabella 2 – Riepilogo attività di vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento anno 2018

Descrizione struttura/attività oggetto di controllo	Sopralluoghi effettuati	Verifiche documentali e strutturali	Verifiche impiantistiche	Prescrizioni	Verifica prescrizioni
ASST di Cremona	2	2	0	2	2
ASST di Crema	4	4	2	4	4
Strutture di ricovero e cura private accreditate	8	8	0	8	8
Poliambulatori privati accreditati	7	7	2	6	5
Totale sopralluoghi	21	21	4	20	19

In sintesi, nell'anno sono stati effettuati 55 sopralluoghi di cui 34 per verifica dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento (su istanza) e 21 per verifica del mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento (vigilanza).

Sono state comminate cinque diffide con relative sanzioni amministrative per mancato rispetto di requisiti di accreditamento. In 20 casi sono state impartite prescrizioni che hanno richiesto interventi di adeguamento da parte dell'Erogatore e successiva rivalutazione da parte di ATS.

Rete di offerta sanitaria ambito di Cremona

Numero	Tipologia	Denominazione Ente	Distretto	Comune
1	Struttura pubblica	ASST Cremona: OSPEDALE DI CREMONA	CREMONA	Cremona
2	Struttura pubblica	ASST Cremona: POLIAMBULATORI SPECIALISTICI	CREMONA	Cremona
3	Struttura pubblica	ASST Crema: PRESIDIO DI CREMA	CREMA	Crema
4	Struttura pubblica	ASST Crema: POLIAMBULATORIO DI CASTELLEONE	CREMA	Castelleone
5	Struttura pubblica	ASST Crema: POLIAMBULATORIO DI PANDINO	CREMA	Pandino
6	Struttura pubblica	ASST Crema: POLIAMBULATORIO DI SONCINO	CREMA	Soncino
7	Struttura pubblica	ASST Crema: PRESIDIO SANTA MARTA	CREMA	Rivolta d'Adda
8	Struttura pubblica	ASST Crema: PRESIDIO CURE SUBACUTE DI SONCINO	CREMA	Soncino
9	Struttura pubblica	ASST Cremona: OSPEDALE OGLIO PO	CREMONA	Vicomosciano
10	Struttura pubblica	ASST Cremona: POLIAMBULATORI SPECIALISTICO EXTRAOSPEDALIERO	CREMONA	Casalmaggiore
11	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Casa di Cura Ancelle della Carità	CREMONA	Cremona
12	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Figlie di San Camillo	CREMONA	Cremona
13	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Casa di Cura San Camillo	CREMONA	Cremona
14	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Nuovo Robbiani	CREMONA	Soresina
15	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Centro Diurno Gamma e Gamma 2	CREMONA	Cremona
16	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità psichiatrica residenziale "La Ginestra"	CREMONA	Pieve San Giacomo
17	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Soc. Coop. Varietà: Comunità di NPI Fiever e Fiever 2	CREMONA	Cremona
18	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità di psichiatria "Serenio Variabile"	CREMONA	Cremona
19	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità di psichiatria "Cristo Re"	CREMONA	Cremona
20	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità di psichiatria "S. Felice"	CREMONA	Cremona
21	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità psichiatrica e Centro Diurno Fondazione Vismara De' Petri	CREMONA	San Bassano
22	Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità psichiatrica Redancia Po s.r.l.	CREMA	Crema
23	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Poliambulatorio Contact	CREMONA	Cremona
24	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Ambulatorio Polispecialistico Vismara De' Petri	CREMONA	S. Bassano
25	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Ambulatorio di Medicina Sportiva S. Agostino	CREMONA	Cremona
26	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Centro Medicina Sportiva "Città di Crema"	CREMA	Crema
27	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	San Lorenzo	CREMA	Crema
28	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Sanitas Diagnostica	CREMA	Crema
29	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Fondazione Caimi	CREMA	Vailate
30	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Centro Medicina Sportiva "San Martino"	CREMA	Soncino
31	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Fisiokinesiterapia Sanitas	CREMA	Soncino
32	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Riabilita Fisiokinesiterapia Crema	CREMA	Crema
33	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Aragona	CREMONA	San Giovanni in Croce
34	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Interflumina Centro di Medicina dello Sport	CREMONA	Casalmaggiore

Strutture Accreditate NON A Contratto

Tipologia	Denominazione Ente	Distretto	Comune
Struttura Privata Accreditata non Contrattualizzata	Comunità di Neuropsichiatria Infantile La Tuga 3	Crema	Camisano
Struttura Privata Accreditata non Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale Cremona Welfare	Cremona	Cremona



Attività anno 2018 ambito di Mantova

L'attività di autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie svolta nell'anno 2018 si suddivide in due parti:

1. Sopralluoghi e/o verifiche documentali per strutture che hanno presentato nuove istanze di accreditamento (tabella 1)
2. Verifica del mantenimento dei requisiti minimi in strutture già accreditate (tabella 2).

Per quanto riguarda la tabella 1, la processazione delle istanze di autorizzazione/accreditamento è avvenuta entro i termini previsti dalle vigenti normative.

Per quanto riguarda il punto 2 l'attività è stata distribuita uniformemente tra erogatori pubblici e privati accreditati. In tabella è evidenziata la tipologia di struttura oggetto di sopralluogo, la tipologia di ispezione (documentale, strutturale, impiantistica), le ispezioni che hanno generato prescrizioni e le relative verifiche di adempimento (nella maggior parte già effettuate, negli altri casi da effettuarsi nel 2019).

Rendicontazione dell'attività 2018

1. **Riclassificazione per l'attività di Elettrofisiologia ai sensi della DGR n. X/7540 del 18.12.2017:** coerentemente al disposto deliberativo e alle indicazioni operative pervenute con Nota regionale prot. n. G1.2017.0038734 del 21.12.2017, nel corso dell'anno 2018 si è provveduto alla verifica del possesso dei nuovi requisiti necessari per l'attività di Elettrofisiologia secondo la tempistica indicata nella succitata DGR presso i tre erogatori che hanno presentato istanza di riclassificazione.
2. **Verifica post classificazione su tutte le Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti:** nei mesi di settembre e ottobre sono state effettuate le verifiche su tutte le strutture trasfusionali oggetto di sopralluogo nell'anno solare 2018 (Unità di Raccolta AVIS di Borgo Virgilio, Guidizzolo, Borgo Mantovano, Castel Goffredo, Campitello, Viadana, Canneto sull'Oglio, Sermide e Goito).
3. **Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili:** nel corso dell'anno 2018, in occasione dei succitati sopralluoghi di vigilanza, sono stati verificati i titoli delle posizioni apicali dei responsabili di Unità Operativa e le posizioni di coordinamento (infermieristico, tecnico, etc.).
4. **Verifica del piano di monitoraggio degli SMEL nel territorio di competenza:** si è provveduto alla verifica documentale delle Non Conformità VEQ nei sei SMEL per i quali il Centro Regionale Qualità SMEL ha segnalato Non Conformità nel periodo 4° Trimestre 2017 - 3° Bimestre 2018. Le Strutture interessate hanno risposto fornendo giustificazioni ed evidenze di verifica ed, in alcuni casi, hanno provveduto a perfezionare le procedure operative già in uso.



Tabella 1 – Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2018

Descrizione struttura	Sopralluoghi effettuati	Motivazione
SMeL Lamb - Castiglione delle Stiviere MN	1	Istanza di declassamento SMeL a PP esterno in struttura dedicata (richiesto da ATS BS)
XRay One Diagnostica e Poliambulatorio - Poggio Rusco MN	1	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accREDITamento per ampliamento di una nuova branca specialistica ambulatoriale
ASST di Mantova - Presidio di Mantova - UO Cure Palliative (Hospice)	1	Istanza di riclassificazione Cure Palliative
ASST di Mantova - Presidio di Mantova - UO Endoscopia Digestiva	1	Istanza di accREDITamento per trasferimento attività in nuovi locali
ASST di Mantova - Presidio di Mantova - UO Cardiologia	1	Istanza di riclassificazione Attività di Elettrofisiologia
SMeL STEM - Punto Prelievi - Poggio Rusco MN	1	Istanza di autorizzazione e accREDITamento per trasferimento di PP esterno in struttura dedicata (richiesto da ATS BS)
ASST di Mantova - Presidio di Borgo Mantovano - UO Cardiologia	1	Istanza di riclassificazione Attività di Elettrofisiologia
Ospedale San Pellegrino – Castiglione delle Stiviere MN - UO Cardiologia	1	Istanza di riclassificazione Attività di Elettrofisiologia
SMeL STEM - Attività Prelievo - Castel d'Ario MN	1	Comunicazione di apertura Attività di Prelievo (richiesto da ATS BS)
SMeL Poliambulanza BS - Punto Prelievi - Castiglione delle Stiviere MN	1	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accREDITamento per PP esterno in struttura dedicata (richiesto da ATS BS)
Bianalisi - SMeL Fleming di Mantova	1	Istanza di declassamento SMeL a PP esterno in struttura dedicata
ASST di Mantova - Presidio di Mantova - Amb Terapia Dolore, Dermatologia e Malattie Infettive	1	Istanza di accREDITamento per trasferimento attività in nuovi locali
Armonia Diagnostica - Poliambulatorio	2	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accREDITamento per sostituzione branche specialistiche ambulatoriali
ASST di Mantova - Presidio di Mantova - SMeL	1	Istanza di accREDITamento per ampliamento Droghe d'Abuso in sezione Biochimica Clinica/Tossicologia
BIANALISI – Punto Prelievi - Porto Mantovano MN	2	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accREDITamento per Punto Prelievi esterno in struttura sanitaria
ASST di Mantova - Presidio Borgo M.no - UO SMeL	1	Istanza di autorizzazione e accREDITamento per trasferimento di PP esterno in struttura sanitaria già precedentemente accREDITata
Casa di Cura San Clemente - UU.OO. Chirurgia Generale e Ortopedia	1	Istanza di accREDITamento in ampliamento per trasferimento di Posti Letto da UO Chirurgia Generale a UO Ortopedia
SMeL STEM – Punto Prelievi Buscoido di Curtatone MN	1	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accREDITamento per PP esterno in struttura dedicata (richiesto da ATS BS)
BIANALISI – Punto Prelievi - Mantova	1	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accREDITamento per Punto Prelievi esterno in struttura sanitaria
Totale sopralluoghi	21	



Tabella 2 – Riepilogo attività di vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento anno 2018

Descrizione struttura/attività oggetto di controllo	Sopralluoghi effettuati	Verifiche documentali e strutturali	Verifiche impiantistiche	Prescrizioni	Verifica prescrizioni
ASST di Mantova	7	1	4	2	2
Strutture di ricovero e cura private accreditate	5	1	1	0	0
Poliambulatori privati accreditati	8	0	0	3	2
SMeL privati accreditati	0	6	0	4	4
Unità di Raccolta AVIS	9	9	9	2	2
Totale sopralluoghi	29	17	14	11	10

In sintesi, nell'anno sono stati effettuati 50 sopralluoghi di cui 21 per verifica dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento (su istanza) e 29 per verifica del mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento (vigilanza).

Non sono state comminate diffide con sanzione amministrativa per mancato rispetto di requisiti di accreditamento. Per la maggior parte, le verifiche si sono concluse con esito positivo; in 11 casi sono state impartite prescrizioni che hanno richiesto interventi di adeguamento da parte dell'Erogatore e successiva rivalutazione da parte di ATS.

**Rete di offerta sanitaria**

Tipologia	Denominazione Ente	Distretto	Comune
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Presidio di Mantova	Mantova	Mantova
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Presidio di Asola e Bozzolo - stabilimento di Asola	Mantova	Asola
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Presidio di Asola e Bozzolo - stabilimento di Bozzolo	Mantova	Bozzolo
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Presidio "Destra Secchia" di Borgo Mantovano	Mantova	Borgo Mantovano
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Poliambulatorio extra ospedaliero	Mantova	Mantova
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Poliambulatorio extra ospedaliero	Mantova	Roncoferraro
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Poliambulatorio extra ospedaliero	Mantova	Castel Goffredo
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Poliambulatorio extra ospedaliero	Mantova	Viadana
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Poliambulatorio extra ospedaliero	Mantova	Goito
Struttura Pubblica	ASST di Mantova - Poliambulatorio extra ospedaliero	Mantova	Quistello
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Ospedale di Suzzara	Mantova	Suzzara
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Casa di Cura San Clemente	Mantova	Mantova
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Ospedale San Pellegrino	Mantova	Castiglione delle Stiviere
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Ospedale Civile di Volta Mantovana	Mantova	Volta Mantovana
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Istituti Clinici Scientifici Maugeri - Centro Medico	Mantova	Castel Goffredo
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale XRayOne	Mantova	Poggio Rusco
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale Medicenter di Ortorad	Mantova	Mantova
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale Eco-Rad Diagnostica	Mantova	Asola
Struttura Privata Accreditata e Contrattualizzata	SMeL Centro Diagnosi	Mantova	Suzzara

**Strutture accreditate NON a contratto**

Tipologia	Denominazione Ente	Distretto	Comune
Struttura Privata Accreditata non Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale Armonia Diagnostica	Mantova	Porto Mantovano
Struttura Privata Accreditata non Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale Centro Diagnosi - Poliambulatorio	Mantova	Suzzara
Struttura Privata Accreditata non Contrattualizzata	Ambulatorio Medicina dello Sport	Mantova	Mantova
Struttura Privata Accreditata non Contrattualizzata	Ambulatorio Medicina dello Sport	Mantova	Castiglione delle Stiviere
Struttura Privata Accreditata non Contrattualizzata	Ambulatorio Medicina dello Sport	Mantova	Suzzara

Attività di vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie prevista per l'anno 2019. - Per entrambi gli ambiti territoriali -

Verifica assetti accreditati e loro allineamento con l'organizzazione delle Strutture di Ricovero e Cura in essere

Nel 2019 saranno oggetto di monitoraggio le attività accreditate e a contratto che risultano in assetto ma temporaneamente sospese: rispetto alle motivazioni fornite per giustificare la sospensione, si procederà ad un riallineamento tra dati di attività/produzione ed assetti accreditati, al fine di renderli tra loro coerenti.

Riclassificazione per l'attività di Laboratorio di Citogenetica e Genetica Molecolare ai sensi della DGR n. X/7466 del 04.12.2017

Coerentemente al disposto deliberativo e alle indicazioni operative pervenute con Note regionali prot. n. G1.2017.0038853 e prot. n. G1.2017.0038855 del 22.12.2017, nel corso dell'anno 2019 si provvederà alla verifica del possesso dei nuovi requisiti necessari per l'attività di Citogenetica e Genetica Molecolare di cui alle istanze di riclassificazione pervenute.

Riclassificazione per l'attività di Anatomia Patologica ai sensi della DGR n. X/7540 del 18.12.2017

Coerentemente al disposto deliberativo e alle indicazioni operative pervenute con Nota regionale prot. n. G1.2017.0038734 del 21.12.2017, nel corso dell'anno 2019 si provvederà alla verifica del possesso dei nuovi requisiti necessari per l'attività di Anatomia Patologica secondo la tempistica indicata nella succitata DGR presso tutti gli erogatori che hanno presentato istanza di riclassificazione.

Servizi Trasfusionali e Unità Raccolta Sangue ed emocomponenti

Durante l'anno dovrà proseguire la verifica post-riclassificazione, prevista con frequenza bi-annuale, delle sedi controllate nel 2017, per il mantenimento dei requisiti previsti dall'Accordo Stato - Regioni del 16.12.2010 (recepito con DGR n. 3465/2012), allo scopo di garantire i massimi livelli possibili, qualità e sicurezza nell'uso del sangue e degli emocomponenti.

Servizi di Medicina di Laboratorio

Durante l'anno proseguiranno le verifiche dei programmi VEQ e CQI sui SMEL oggetto di sopralluogo e con criticità segnalate dal Centro di Riferimento regionale per la qualità dei Laboratori. Inoltre, saranno oggetto di verifica e monitoraggio i dati inseriti dai SMEL nell'applicativo predisposto dal Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio.

Attività contrattualizzate ed attività in regime di solvenza

Coerentemente con quanto disposto dalla DGR XI/1046 del 17.12.2018, nel corso del 2019 proseguirà il monitoraggio delle strutture che in assetto hanno attività mista (contrattualizzata e non), al fine di verificare che le indicazioni del disposto siano rispettate e mantenute.

Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili

Durante l'anno, in occasione dei sopralluoghi di vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento e sulle nuove istanze proseguirà la verifica dei titoli delle posizioni apicali dei responsabili di Unità Operativa e le posizioni di coordinamento (infermieristico, tecnico, etc.), con particolare attenzione alle dichiarazioni di non incompatibilità.

Attività di vigilanza

Per l'anno 2019 si conferma l'effettuazione delle verifiche periodiche sulle Unità di offerta condotte negli anni scorsi, con particolare attenzione alle strutture presso le quali sono state date prescrizioni non ancora verificate nel corso del 2018. Inoltre, è prevista la

verifica della permanenza dei requisiti minimi di accreditamento, con cadenza annuale e completamento della totalità dei requisiti nel quinquennio.

Piano dei controlli e dei protocolli relativo all'attività di accreditamento e vigilanza sul mantenimento dei requisiti delle U.d.O. sociosanitarie e sociali

Premessa

Il presente Piano, delineato per l'anno 2019 in ambito socio sanitario e sociale, è stato formulato in base alle indicazioni contenute nelle:

- DGR 2569/2014 "Revisione del sistema di esercizio ed accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";
- L. R. n. 23 del 11.08.2015 "Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo: modifiche al titolo I e al Titolo II della L. R. 30.12.2009 n. 33";
- DGR 1406 del 17.12.2018 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario Regionale per l'esercizio 2019"
- Nota DG ACSS prot. n. 596 del 6.6.2019.

Pur nel rispetto del POAS aziendale, che prevede due diverse UOC a capo dell'attività di accreditamento e vigilanza sul mantenimento dei requisiti e dell'attività di controllo di appropriatezza, si cercherà di conservare la forte sinergia tra le due attività, come richiamato anche al paragrafo 4.7.5 dell'Allegato alla DGR 7600/2017, al fine di garantire una assistenza orientata al principio della personalizzazione della risposta assistenziale, oltre che alla tutela dell'uso appropriato delle risorse e alla corretta competizione tra gli Erogatori. Allo stesso modo, la vigilanza e l'accreditamento sono sempre effettuate da équipe multidisciplinari con competenze che permettono di valutare, durante il sopralluogo, sia i requisiti gestionali/organizzativi che quelli tecnologico/strutturali. Solo in casi eccezionali, e per impedimenti non altrimenti sormontabili, i sopralluoghi vengono effettuati in modo disgiunto, ma comunque con tempistiche e modalità tali da poter ricomporre al più presto un quadro unitario della Unità d'Offerta vigilata.

A questo proposito sembra importante ribadire come l'attività di Vigilanza e controllo di Appropriatezza della ATS Val Padana si sia sempre mossa – e anche per il 2019 intenda muoversi- anche secondo le altre linee generali richiamate allo stesso paragrafo 4.7.5 del citato Allegato, realizzando controlli:

- Su tutte le UdO operanti sul proprio territorio, indipendentemente dal loro status erogativo (solo in esercizio, accreditate, a contratto) secondo le percentuali, i criteri e le modalità definiti da Regione nelle DGR delle Regole di sistema e nelle DGR specifiche (2569/14, 1765/14, ecc.);
- Mediante sopralluoghi in loco, onde verificare l'aderenza de facto alla documentazione visionata;
- Rispettando tempi e scadenze per le varie verifiche, sia in riferimento ai sopralluoghi che in riferimento all'invio della documentazione in Regione;
- Assicurando la verifica delle varie istanze (SCIA, SCIA Contestuale, volturazioni, Accreditamenti, ecc.) nei 60 giorni previsti;
- Non avvisando l'ente (se non in caso di verifica SCIA) in caso di verifica di vigilanza sul mantenimento dei requisiti;
- Effettuando le verifiche su Misure e Sperimentazioni secondo le indicazioni come da DGR specifiche e da DGR Regole.



Analisi di contesto

Il territorio della ATS Val Padana è costituito da quello delle ex ASL di Cremona e Mantova. Ha una superficie di 4.107 Km² (2341 MN, 1766 CR) e comprende 184 Comuni che contano circa 775.000 abitanti, di cui circa 414.000 nei 69 paesi mantovani e circa 361.000 nei 115 paesi cremonesi.

È importante sottolineare che, vista la conformazione del territorio e il traffico intenso della rete stradale, gli spostamenti tra i vari centri rilevanti non sono per nulla agevoli.

La distanza tra il confine nord-ovest e quello sud-est dell'ATS è di circa 180 km e va dalla province di Milano e Bergamo fino a quelle di Modena e Ferrara.

La rete delle strutture socio sanitarie

Le UdO sociosanitarie autorizzate nel territorio dell'ATS al 1.1.2019 sono 310, come sotto meglio specificato.

Come dà indicazioni regionali e come anticipato in Premessa, i controlli saranno effettuati su tutte le UdO che verranno campionate, indipendentemente dallo status erogativo.

Tabella 1: UdO sociosanitarie presenti sul territorio di ATS Val Padana al 01.1.2019

UDO	CR	MN	TOTALE
ADI	17	17	34
CP	7	7	14
CDD	11	13	24
CDI	24	25	49
COM TOX	11	8	19
CF	6	15	21
CSS	9	8	17
CURE INT	8	5	13
RIA	6	4	10
RSA	34	53	87
RSD	7	5	12
SERT/SMI	3	7	10
TOTALE	143	167	310



Esito dell'attività di accreditamento e vigilanza effettuata nel 2018

Analizziamo ora l'esito dei controlli di vigilanza effettuati nel corso del 2018, sottolineando che sono sempre state utilizzate le checklist regionali.

Per i controlli sono state sempre rispettate le modalità indicate nella DGR 2569/14 e successivamente specificate nella DGR 5954/16:

- Modalità di controllo in aderenza all'allegato 3 della DGR 2569/14;
- Controllo è sempre effettuato mediante sopralluogo presso la UdO da vigilare, onde verificare l'aderenza documentale alla situazione de facto;
- Controlli effettuati senza preavviso, tranne nei casi di verifica a seguito di SCIA/SCIA Contestuale o istanza di accreditamento;
- Integrazione della verifica dei requisiti gestionali/organizzativi e di quelli tecnologico/strutturali, mediante sopralluogo congiunto o – nei rarissimi casi in cui questo non sia stato possibile - il più ravvicinato possibile nel tempo;
- Vigilanza su almeno il 30% delle UdO autorizzate, così da realizzare in un triennio la totale copertura delle UdO del territorio;

Analizziamo ora più nel dettaglio gli esiti dei controlli effettuati nel corso dell'anno 2018

Esito controlli di vigilanza

I controlli di vigilanza consistono in monitoraggi sulle UdO per verificare il mantenimento nel tempo dei requisiti tecnologico/strutturali e gestionali/organizzativi di esercizio e di accreditamento.

Come di norma la programmazione è stata fatta sul 30% delle UdO a qualsiasi titolo in attività (esercizi, accreditamento, contratto). Come già esplicitato, la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici viene effettuata sul 100% delle UdO campionate, per cui il numero delle UdO in cui si sono effettuati questi controlli corrisponde al numero delle UdO vigilate. Per questi controlli ci si avvale della collaborazione di TdP dell'ATS messi a disposizione dalle UOC e UOS afferenti al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), col quale si concorda una programmazione di massima in sede di stesura del Piano dei Controlli, in quanto i TdP in organico al Dipartimento PAAPSS non sono sufficienti a garantire la copertura di tutta l'attività.

Le vigilanze sono sempre effettuate da almeno due operatori, un TdP ed un operatore del PAAPSS, proprio per permettere l'analisi congiunta sul possesso e mantenimento dei requisiti sia strutturali/tecnologici che organizzativo/gestionali.

Tabella 2: Vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento.

UDO	Da PdC	1° SEM	2° SEM	EFFETTUATI	%
ADI	12	5	8	13	108,3
CDD	6	5	3	8	133,3
CDI	13	9	6	15	115,4
CF	7	4	5	9	128,6
CSS	6	4	2	6	100,0
SERT	3	2	1	3	100,0
C. TOX	6	3	3	6	100,0
HOSPICE	1	1	0	1	100,0
C.I./RIA	11	7	6	13	118,2
RSA	30	15	21	36	120,0
RSD	5	3	2	5	100,0
TOTALE	100	58	57	115	115,0

In tabella 2 sono sintetizzati i dati dei controlli di vigilanza effettuati nel 2018.

In questa rendicontazione vengono indicate solo le UdO vigilate dietro campionamento (colonna "da PdC", Piano dei Controlli), cioè programmate all'inizio dell'anno, salvo modifiche intervenute in corso d'anno per motivi più o meno contingenti.



Come si può facilmente rilevare, nel complesso sono state vigilate 115 UDO anziché le 100 previste ad inizio d'anno. Ricordiamo che vengono riportate solo le UdO che sono state controllate in modo "globale", cioè verificando sia gli aspetti tecnologico/strutturali che quelli gestionali/organizzativi. Le UdO che – contrariamente alla nostra prassi - per motivi contingenti sono state viste solo per alcuni aspetti ma non per gli altri non sono state riportate.

I sopralluoghi complessivamente effettuati per verificare queste UDO sono stati 235.

Per sintetizzare le criticità ed i punti di debolezza più frequentemente riscontrati ricordiamo:

1. Necessità di ricondurre il Documento Organizzativo Gestionale e il Piano Annuale delle Attività ad un più puntuale rispetto di quanto richiesto dalla normativa;
2. Customer Satisfaction vista spesso solo come obbligo legislativo e non come uno strumento per una lettura critica del reale stato di soddisfazione dell'utenza: questionari uguali per ospiti e familiari, modalità di selezione del campione e di somministrazione del questionario non chiaramente definite, relazioni degli esiti che riportano solo le parti positive, poca attenzione alle osservazioni e criticità emerse, ecc.);
3. Scarsa evidenza, nella Carta dei Servizi, dei costi non compresi nella retta;
4. In presenza di operatori che agiscono su più UDO, mancata evidenza dell'erogazione del minutaggio dovuto per singola unità di offerta e delle modalità di rendicontazione delle presenze degli operatori per ogni singola unità d'offerta;
5. Indicazioni in merito all'implementazione dei vari Protocolli / procedure operative in uso presso le strutture. In particolare, in diverse strutture sono state fornite indicazioni sull'implementazione del protocollo/procedura relativo alla garanzia della continuità assistenziale in caso di dimissioni degli ospiti (es. relazione di dimissione agli atti ma priva di evidenza attestante la consegna all'utente o l'invio all'UDO di trasferimento).

In tabella 3 riportiamo le sanzioni irrogate (precisando che una è irrogata nel corrente anno su un controllo effettuato nel dicembre 2018).

Tabella 3: sanzioni irrogate

UDO	Numero sanzioni	Carenze sanzionate	Importo totale sanzioni
ADI	1	Requisiti di esercizio	2.000,00
UCP-Doma	1	Requisiti di esercizio	2.000,00
Resid. Assistita	1	Requisiti di esercizio	2.000,00
TOTALE	3		6.000,00

Le carenze rilevate e sanzionate hanno riguardato tutte la mancanza dei requisiti di esercizio; come di norma è stata prevista una cifra pari al doppio del minimo, più favorevole all'ente erogatore rispetto al terzo del massimo. I requisiti sono stati ripristinati tempestivamente.

Per il resto, dall'effettuazione dei controlli di vigilanza non si rilevano macroscopiche criticità connesse alla perdita momentanea dei requisiti di esercizio e/o di accreditamento.

In tabella 4 riportiamo le UdO vigilate extra campionamento per SCIA, SCIA Contestuale, richiesta di voltura, istanza di accreditamento da parte di UDO già in esercizio.

Ricordiamo che per le istanze sotto indicate il controllo va effettuato nel 100% dei casi, non su almeno il 30% come per i controlli da campionamento.



Tabella 4: Verifiche sul possesso dei requisiti in UdO non campionate nel PdC.

Modalità	Istanze Pervenute	Verifiche effettuate	Controllo a 90 giorni
SCIA	4	4	N.P.
SCIA Contestuale	16	16	16
Voltura	1	1	1
Rich. Accred.	2	2	2
Totale	23	23	19

Programmazione attività 2019

Verifica titoli

Così come sempre realizzato nella nostra attività le modalità di controllo avranno le seguenti caratteristiche:

Accreditamento e vigilanza sul mantenimento dei requisiti:

- Totale rispetto delle modalità indicate nella DGR 2569/14, in particolare all'allegato 3;
- Controlli effettuati sempre mediante sopralluogo presso la UdO da vigilare, onde verificare l'aderenza documentale alla situazione de facto, mediante utilizzo delle check list regionali;
- Effettuati senza preavviso, tranne nei casi di verifica a seguito di SCIA/SCIA Contestuale o istanza di accreditamento;
- Integrazione della verifica dei requisiti gestionali-organizzativi e di quelli tecnologico - strutturali, mediante sopralluogo congiunto o – nei rarissimi casi in cui questo non sia stato possibile - il più ravvicinato nel tempo possibile.
- Verifica nei tempi e nei modi previsti del 100% delle istanze sociosanitarie ricevute (SCIA, SCIA Contestuale o istanza di accreditamento) e delle CPE ricevute da Comuni/UdP (per il socioassistenziale);
- Programmazione di vigilanza di mantenimento su almeno il 30% delle UdO sociosanitarie;

I principi ispiratori dell'intervento, attorno ai quali si sono modellati la composizione dell'équipe e la metodologia di lavoro, sono sempre stati (e si cercherà di garantirne la continuità anche per il futuro):

- **Presenza di operatori dedicati**, così da aumentare la competenza e facilitare la gestione organizzativa dell'équipe;
- **Équipe multi professionale**;
- **Integrazione con operatori di altri Servizi e Dipartimenti** (TdP, informatici, ecc.);
- **Confronto / supporto con gli enti gestori** (vedi anche nel capitolo dedicato alla Formazione);
- **Eticità e correttezza nei controlli**: ai fini di garantire lo svolgimento etico e corretto dell'attività, si continuerà ad utilizzare le modalità previste dal Piano Triennale Anticorruzione che prevede - ove possibile - la modifica della composizione dell'équipe, parziale o totale e la rotazione delle UdO da controllare;
- **Utilizzo degli strumenti regionali**: l'attività di accreditamento e vigilanza sul mantenimento dei requisiti viene svolta mediante l'uso delle check list e dei verbali regionali (che, tra gli altri requisiti, prevedono anche la verifica dei titoli e delle iscrizioni agli Ordini professionali degli operatori delle UDO oggetto di controllo).



Le tabelle seguenti riportano, per ogni indicazione regionale, le declinazioni dei controlli che verranno adottate.

Tab. 5: Verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento

Requisiti	Indicazioni Regionali	Azioni ATS
Soggettivi	Verifiche delle autocertificazioni prodotte mediante richiesta alle P.A. competenti	Verifica del 100% delle autocertificazioni prodotte e previste dalla DGR 2569/14 in relazione all'esercizio e all'accREDITamento
Organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici	Verifica sul 100% delle SCIA e istanze di accREDITamento presentate, mediante analisi documentale e sopralluoghi in loco	- Verifica di tutti i requisiti gest/organ e strutt/tecnologici sul 100% delle istanze ricevute; - Sopralluoghi con integrazione costante con TdP. Per verifica dei requisiti strutturali e tecnologici; - Adozione di provvedimento di accREDITamento con richiesta alla Regione di iscrizione nell'elenco delle UdO sociosanitarie accREDITate.

Tab 6: Vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accREDITamento

Requisiti	Indicazioni Regionali	Azioni ATS
Soggettivi	Verifiche di legge delle autocertificazioni presentate entro il mese di gennaio e, in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina.	Verifica del 10% delle autocertificazioni prodotte in relazione all'esercizio e all'accREDITamento
Organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici	Verifica documentale e con sopralluoghi in loco, senza preavviso, il piú possibile congiunti	Verifica del 30% delle UdO con utilizzo degli strumenti regionali (verbali regionali)



Sulla base di queste indicazioni, le UdO da monitorare con controlli di vigilanza saranno perciò almeno le seguenti:

Tab. 7: Programmazione controlli UDOSociosanitarie 2019

UDO	N° UDO	Da Monitorare	%
ADI	34	13	38,24
CP	14	6	42,86
CDD	24	8	33,33
CDI	49	17	34,69
COM TOX	19	6	31,58
CF	21	7	33,33
CSS	17	6	35,29
CURE INT	13	4	30,77
RIA	10	3	30,00
RSA	87	27	31,03
RSD	12	4	33,33
SERT/SMI	10	3	30,00
TOTALE	310	104	33,55

A queste, come detto, se ne aggiungeranno altre in relazione alla rilevazione di carenze emerse nel corso dell'anno e in relazione ad eventuali segnalazioni particolari.

Una quota significativa dell'attività sarà dedicata alla verifica dei requisiti per la riclassificazione di nuclei di RSA in Nuclei Alzheimer e in Nuclei Dedicati agli SV, come previsto dalla DGR 1046/18 e dagli specifici Decreti della DG Welfare (rispettivamente n. 4059 del 26.3.2019 e 3762 del 21.3.2019).

Piano delle attività di controllo di appropriatezza relativo alle Unità d'offerta sociosanitarie anno 2019

Premessa

Il presente Piano, delineato per l'anno 2019 in ambito socio sanitario è stato formulato in base alle indicazioni contenute nelle:

- DGR n. 2569/2014 "Revisione del sistema di esercizio ed accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";
- DGR n. 1765/2014 "Il sistema dei controlli in ambito socio sanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR 1185/2013";
- L.R. n. 23 del 11.08.2015 "Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo: modifiche al titolo I e al Titolo II della L.R. 30.12.2009 n. 33" e s.m.i.;
- Nota DG Welfare prot. n. 6100 del 13.02.2018, di riconferma delle modalità di lavoro utilizzate nel 2017, ad eccezione di quanto già disposto con DGR n. 7600/17;
- Nota DG Welfare prot. n. 9936 del 14.03.2018, contenente ulteriori specificazioni per la redazione del piano di attività di controllo;
- DGR n. 1046 del 17.12.2018 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario Regionale per l'esercizio 2019".

Si è inoltre tenuto conto della normativa specifica per ciascuna unità d'offerta e del codice etico aziendale, assumendo come presupposto dell'attività di controllo la tutela dei cittadini - in particolare dei fruitori delle diverse unità d'offerta in condizioni di maggiore fragilità e dell'interesse primario della persona che fruisce del servizio - al fine di garantire una assistenza orientata al principio della personalizzazione della risposta assistenziale, oltre che alla tutela dell'uso appropriato delle risorse e alla corretta competizione tra gli Erogatori.

Si va progressivamente a stabilizzare l'evoluzione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale delineato dalla già citata L.R. 23/15, per quanto riguarda le attività di accreditamento, di vigilanza sul mantenimento dei requisiti e di controllo di appropriatezza, si proseguirà nel solco dell'azione già avviata, prevedendo azioni di controllo che - puntando sul rispetto degli standard assistenziali, di tutti i requisiti previsti e sull'appropriata erogazione delle prestazioni - mirino a migliorare il benessere degli ospiti/utenti delle UdO sociosanitarie e delle loro famiglie.

Ciò anche per ottemperare al preciso richiamo regionale alla centralità della persona, all'attenzione per la qualità delle prestazioni erogate e alla loro appropriatezza, temi che da sempre sono stati focali nella nostra attività di controllo.

Per questo l'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza sulle UdO sociosanitarie della ATS Val Padana prosegue prevedendo una forte integrazione e sinergia tra l'attività di vigilanza e quella di controllo dell'appropriatezza. In relazione alla evoluzione della normativa specifica per alcune materie, come le Cure Palliative, l'ambito della Riabilitazione e quello delle cure di transizione, così definite dalla Regole di sistema per il 2019, sono state programmate iniziative formative che consentano la messa in comune delle esperienze di controllo sulle strutture sanitarie e socio sanitarie. Tale modalità è pienamente rispondente allo spirito indicato dalle regole di sistema, al paragrafo 6.1, che tratta le linee di sviluppo dell'Area Sociosanitaria.

L'attività controllo di Appropriatezza della ATS Val Padana si muoverà anche per il 2019 anche secondo le altre linee generali richiamate allo stesso paragrafo 4.7.5 del citato Allegato, realizzando controlli:

- Su tutte le UdO operanti sul proprio territorio, indipendentemente dal loro status erogativo (solo in esercizio, accreditate, a contratto) secondo le percentuali, i criteri e le modalità definiti da Regione nelle DGR delle Regole di sistema e nelle DGR specifiche (2569/14, 1765/14, ecc.);
- Mediante sopralluoghi in loco, onde verificare l'appropriatezza delle prestazioni documentate dai FASAS;
- Rispettando tempi e scadenze per le varie verifiche, sia in riferimento ai sopralluoghi che in riferimento all'invio della documentazione in Regione;
- Avvisando l'UdO il giorno lavorativo precedente in caso di controllo di appropriatezza;
- Effettuando le verifiche su Misure e Sperimentazioni secondo le indicazioni come da DGR specifiche e da DGR Regole.



Articolazione organizzativa

Il POAS dell'ATS Val Padana, approvato da R.L. con DGR n. 6328 del 13.03.2017, prevede nel Dipartimento PAAPSS quattro UOC (e relative UOS):

- UOC Programmazione Polo Ospedaliero e Rete Territoriale;
- UOC Governo delle risorse ed acquisto delle prestazioni Polo Ospedaliero e Rete Territoriale;
- UOC Autorizzazioni ed Accreditamento Polo Ospedaliero e Rete Territoriale, con due UOS territoriali (una per il Distretto di Mantova e una per i Distretti di Crema e Cremona);
- UOC Controlli Produzione Attività Polo Ospedaliero e Rete Territoriale, con due UOS: Controlli appropriatezza prestazioni socio sanitarie e Nucleo Operativo controllo prestazioni sanitarie.

Come reso immediatamente evidente dalla nomenclatura utilizzata, le UOC sono fortemente caratterizzate dalla integrazione tra attività ospedaliere e attività territoriali, il che si traduce nella compresenza, in ogni UOC, sia della componente "sanitaria" che di quella "socio sanitaria". Vengono invece separate le attività di autorizzazione, accreditamento e vigilanza sul mantenimento dei requisiti dalle attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Questa separazione organizzativa non ostacolerà una proficua integrazione della attività di vigilanza e di controllo di appropriatezza, sul piano concreto, grazie al mantenimento delle collaborazioni operative, allo scopo di perseguire una maggiore efficacia del controllo, nonché di sfruttare le competenze già esistenti nel personale addetto.

Dotazione organica e strumenti operativi

Il personale adibito ai controlli sulle UdO sociosanitarie di appropriatezza è quello sotto riportato.

Durante il 2018 sono stati ricoperti molti degli incarichi dirigenziali previsti dal POAS in questo settore di attività e sono state acquisite ulteriori professionalità (un educatore e un altro Tecnico della Prevenzione, part time).

Gli operatori sotto elencati, definiti come agenti accertatore da apposito atto agenziale, indipendentemente dal loro ruolo, che compongono le equipe finalizzata ai controlli di appropriatezza, sono in parte dedicati al 100% e in parte condivisi con la UOC Autorizzazioni e Accreditamento, in modo da sfruttarne appieno competenze ed esperienza storica, nonché promuovere una virtuosa integrazione tra figure professionali.

Cognome Nome	Qualifica Professionale	Ore Settimanali
Monica Garatti	Assistente Sociale	36
Gardinazzi Maria	Assistente Sociale	36
Tognali Graziana	Assistente Sociale	36
Gavioli Cecilia	Assistente Sociale	30
Mizzotti Emiliana	Assistente Sanitaria	30
Rossi Roberta	Assistente Sanitaria	36
Barchi Silvia	Assistente Sanitaria	36
Raimondi Carla	Infermiera	24
Bettinazzi Cesarina	Infermiera	36
La Notte Grazia	Infermiera	36
Manganati Valentina	Infermiera	36
Izzi Annibale	Infermiere	36
Colombo Adorea	Educatrice	30
Pasqualini Michele	Educatore	36
Orio Bruno	Educatore	36
Gonella Clara	Dirigente Medico	38
Bentivoglio Marina	Direttore	38

I principi ispiratori dell'intervento, attorno ai quali si sono modellati la composizione dell'équipe e la metodologia di lavoro, sono:



- Presenza di operatori dedicati, così da aumentare la competenza e facilitare la gestione organizzativa dell'équipe;
- Équipe multi professionale;
- Integrazione con operatori di altri Servizi e Dipartimenti (TdP, informatici, ecc.);
- Confronto con gli enti gestori;
- Eticità e correttezza nei controlli: ai fini di garantire lo svolgimento etico e corretto dell'attività, si continuerà ad utilizzare le modalità previste dal Piano Triennale Anticorruzione, che prevede variabilità dei componenti della équipe e la rotazione degli operatori ove possibile.

Gli operatori fanno riferimento a territori abbastanza definiti, disegnati sulla suddivisione distrettuale della ATS che corrisponde anche alla distribuzione delle ASST territoriali: Mantova, Cremona e Crema.

La necessità di apporto di specifiche professionalità, le sostituzioni e la necessità di rispondere ai criteri del Piano Anticorruzione con la rotazione degli operatori comporta virtuose variazioni delle équipe.

Fanno parte della dotazione di mezzi e strumenti operativi:

- PC portatili;
- Stampanti;
- Telefoni cellulari;
- Auto aziendali, assegnate all'équipe o da prenotare nel pool aziendale.

Esito dei controlli effettuati nel 2018

Sono sempre state utilizzate le check list regionali per l'appropriatezza nel rispetto delle modalità indicate nella dgr n. 2569/14 e successivamente specificate nella dgr n. 5954/16:

- Modalità di controllo in aderenza all'allegato 3 della dgr 2669/14;
- Il controllo è sempre effettuato mediante sopralluogo presso la UdO da vigilare;
- I controlli di appropriatezza sono stati effettuati con preavviso il giorno precedente;
- Controlli di appropriatezza su almeno il 30 % delle strutture erogatrici, nel rispetto di quanto stabilito dalle DGR delle regole;
- Effettuazione di una percentuale di controlli mirati, utilizzando criteri predefiniti per stabilire quali FASAS campionare rispettando quantitativamente le percentuali previste dalle Regole di Sistema 2019 (13% dei FASAS nelle UdO residenziali, 3, 5 % nelle UdO non residenziali).



Controlli di appropriatezza effettuati nel 2018

Nel 2018 sono stati effettuati i controlli di appropriatezza sugli Erogatori/Strutture Sociosanitarie di cui alla tabella 1.

Tab.1: Pianificazione e controlli di appropriatezza effettuati in ambito sociosanitario nel 2018

TIP. UDO	TARGET ATS 2018 PIANIFICAZIONE	EFFETTUATI ATS	% EFFETTUATI ATS VS PIANIFICAZIONE	NUM. DI STRUTTURE/ EROGATORI CON CON- TROLLI
ADI ORD	141	178	126,2%	32
UCP DOM (E.P)	4	11	275,0%	5
CDD	22	31	140,9%	10
CDI	63	88	139,7%	24
CFI	197	215	109,1%	7
COM TOX E BAS. INT.	29	40	137,9%	11
CSS	8	15	187,5%	9
CURE INTERMEDIE	348	394	113,2%	9
RIABILITAZIONE	78	89	114,1%	5
HOSPICE	24	25	104,1%	1
RSA	473	539	114,0%	38
RSD	61	66	108,2%	5
SERT	48	52	108,3%	3
TOTALI e MEDIE %	1496	1743	116,5%	159

Nota: alcune tipologie sono rappresentate per sommatoria: ad es. CFI (Pubblici e Privati) Riabilitazione (Amb. E CdC) Com. Tox (Residenziali e Diurne) etc.

Il Target in Tabella 1 è riferito a quanto definito dal Piano dei Controlli 2018.

Anche per le Unità di Offerta di Cure Palliative Domiciliari, il numero di Erogatori effettivamente verificati è superiore al 30%. Non è contemplata l'offerta di Cure Palliative Domiciliari da parte di erogatori esclusivamente sanitari.



Controlli nelle UdO

ADI Ordinaria

Tab.2 – Distribuzione controlli ADI Ord. per Modalità e sede territoriale

UdO / Modalità di controllo	Controlli Pianificati	Controlli effettuati MN	Controlli Effettuati CR	Controlli Totali ATS	% per modalità di controllo
ADI Ord. In Itinere	141	84	10	94	52,9%
ADI Ord. Ex post		36	48	84	47,2%
Totali ADI ORD	141	120	58	178	126,2%
		67,4%	32,6%	100%	

I controlli comunque effettuati in ATS sono il 126% dei controlli pianificati. Il numero di controlli complessivi, superiori al minimo previsto dalle Regole di sistema per il 2018, è motivato da una graduazione del rischio ben soppesata a livello locale, prevedendo di ampliare il numero di erogatori controllati.

Le percentuali generali di soddisfacimento degli indicatori mostrano valori non elevati specialmente per la modalità in itinere. L'indicatore relativo alla pianificazione (specialmente nella modalità in itinere) rappresenta l'elemento di maggior criticità.

Per la modalità ex post si segnala tra le criticità la corretta applicazione dei protocolli assistenziali (Ind. S3).

Cure Palliative Domiciliari

Tab. 3 – Attività di controllo in UCPDom - Modalità Ex Post

Sede territoriale	Erogatori con controlli pianificati	Controlli pianificati	Erogatori con controlli effettuati	Controlli programmati	Controlli effettuati	% su pianificati
MN	1	2	4	2	9	450%
CR	2	2	1	2	2	100%
ATS	3	4	5	4	11	275%

Si osserva che sia il numero di erogatori soggetti a controllo, sia il numero di verifiche effettuate superano ampiamente la percentuale minima prevista dalle regole di sistema.

Il riscontro generalizzato di criticità ha infatti imposto un ampliamento della campionatura rispetto al previsto.

Si è rilevato che gli item più critici sono rappresentati da:

- Coerenza dati flusso/FASAS: 55,8%
- Tracciabilità e Coerenza della pianificazione con gli interventi effettuati: 66,7%;
- Valutazione del dolore: 77,8%.

**RSA**

Tab. 4 – Controlli effettuati RSA

Sede territoriale	Strutture programmate per controlli	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN	17	248	17	250	100,8%
CR	13	226	21	289	127,9%
ATS	30	474	38	539	113,7%

Tab. 5 – Selezione per criteri nei controlli mirati - ATS

Item	V.A.	% su mirati totali
1 nuovi ingressi su anno precedente	81	21,1%
3 cambi di classe con aggravamento	66	17,2%
4 utenti con cadute	24	6,3%
5 ospiti a rischio di sviluppare lesioni da pressione	5	1,3%
5 utenti con lesioni da pressione	38	9,9%
6 utenti con deterioramento cognitivo in contenzione fisica	30	7,8%
6 utenti con strumenti di contenzione	108	28,2%
8 trasferimenti da altre UDO	12	3,1%
ALTRO DA SPEC. / NON SPECIFICATO	19	5,0%
Totali	383	[100%]

Il valore medio di soddisfazione degli indicatori sul territorio della ATS è del 97,8%.

CDI

Tab. 6 - Controlli effettuati CDI

Sede territoriale	Strutture programmate per controlli	Controlli FASAS programmati	Strutture con controlli	Controlli effettuati	% controlli vs programmati
MN	9	24	9	24	100%
CR	8	39	15	64	164,1%
ATS	17	63	24	88	139,7%

Il valore medio % di soddisfazione degli indicatori sul territorio della ATS è del 98,8%.



Cure Intermedie

Tab. 7 – Controlli effettuati in Cure Intermedie

Sede territoriale	Strutture programmate per controlli	Controlli FASAS programmati	Strutture con controlli	Controlli effettuati	% controlli vs programmati
MN	2	92	2	93	101,1%
CR	4	257	7	301	117,1%
ATS	6	349	9	394	112,9%

394 controlli complessivi in Cure Intermedie, pari al 22,6% dei controlli totali di cui a tabella 1.

Il valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS è del 98,1%.

Riabilitazione

Tab. 8 - Controlli effettuati in Riabilitazione

Sede territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli pianificati*	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN		3	27	1	31	114,8%	
CR		3	47	4	58	123,4%	
ATS	6	6	74	5*	89	120,3%	

*una struttura ha rinunciato all'attività durante l'anno (Evolvendo MN).

Il valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS è del 96,5%.

RSD

Tab. 9 – Controlli effettuati in RSD

Sede territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN		2	12	2	13	108,3%
CR		3	49	3	53	108,2%
ATS	5	5	63	5	88	108,2%

Sono stati effettuati 66 controlli complessivi in RSD, con valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS del 99,6%.

Il valore medio % di soddisfacimento nelle UdO RSA, CDI, RSD e RIABILITAZIONE permette di apprezzare un quadro complessivo di elevata appropriatezza, verosimilmente legato ad una organizzazione stabilizzata e collaudata. La prospettiva è pertanto quella di consolidare il risultato e mantenerlo nel tempo.



CSS

Tab. 10 – Controlli effettuati in CSS

Sede Territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN		3	4	5	8	200%
CR		3	5	4	7	140%
ATS	6	6	9	9	15	187,5

Il valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS è del 87,6%.

Si osserva che sia il numero di erogatori soggetti a controllo, sia il numero di verifiche effettuate superano ampiamente la percentuale minima prevista dalle regole di sistema.

Il riscontro generalizzato di criticità ha infatti imposto un ampliamento della campionatura rispetto al previsto. In relazione alla appropriata modalità di erogazione del voucher sanitario, si ritiene necessario concordare con il PIPSS la procedura più corretta.

CDD

Tab. 11 – Quadro complessivo Pianificazione, Programmazione, Controlli effettuati in CDD

Sede territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN		4	15	4	16	106,7%
CR		4	8	6	15	187,5%
ATS	8	8	23	10	31	134,8%

31 controlli complessivi in CDD, pari all' 1,8% dei controlli totali di cui a tabella 1.

Percentuali di effettuazione dei controlli ben superiori al programmato per sede di Cremona (187%). Controlli effettuati anche su 2 strutture non programmate (CR).

Il valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS è del 99,3%.

COM TOX

Tab. 12 – Controlli effettuati in COM TOX

Sede territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN		3	10	3	10	100,0%
CR		4	20	8	28	140,0%
ATS	7	7	30	11	38	127%

Il valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS nelle strutture sottoposte a verifica è complessivamente del 95,3%.



SERT 2018

Tab. 13 – Controlli effettuati in SERT

Sede territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN		2	12	2	12	100,0%
CR		1	38	1	40	105,3%
ATS	3	3	50	3	52	104,0%

Sono 52 i controlli complessivi in SERT con percentuali di effettuazione dei controlli sostanzialmente conformi al programmato. Il valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS per il SERT della ASST di Cremona è del 100% e il 97% per il SERT della ASST di Mantova.

Il campione è stato selezionato mediante un ampio ventaglio di opzioni: Alcol-dipendenza, gioco patologico e management telefonico fra le opzioni più frequenti.

La selezione del campione mirato è stata effettuata in base a diversi parametri: precedenti indicazioni formulate dall'Agenzia dei controlli all'inizio del 2018, accordi con il PIPSS in particolare per verifica di GAP e utenza minorenni, verifiche segnalate dall'Ufficio Flussi per ricondurre al miglioramento della coerenza del flusso dati (es. riduzione della voce "altro").

I controlli hanno rilevato la corretta tenuta documentale dei FASAS e la congruenza di quanto registrato nel FASAS con i dati inseriti nel Flusso di attività (percentuale di appropriatezza complessiva 98, 4%).

In sede di controllo, sono state fornite indicazioni per migliorare l'evidenza in cartella dei percorsi di abbandono/sospensione degli interventi da parte dell'utenza, in particolare nelle situazioni di presa in carico di utenti minorenni. In merito ad utenti inseriti in Comunità, si è richiesto di dare maggiore evidenza dei monitoraggi e verifiche effettuati dal Sert nel periodo di permanenza dell'utente in Comunità.

CFI

Tab. 14 – Controlli effettuati in CFI

Sede territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati
MN		4	67	4	69	103,0%
CR		4	131	3	146	111,5%
ATS	7	8	198	7	215	108,6%

Il valore medio % di soddisfacimento degli indicatori sul territorio della ATS è del 91,6%. Le maggiori criticità sono state riscontrate nell'indicatore generale inerente la progettazione e pianificazione e, nell'ambito degli indicatori specifici, la mancata evidenza della relazione con reti di servizi e le discussioni in equipe per i casi complessi.



HOSPICE

Tab. 15. –Controlli effettuati in HOSPICE

Sede territoriale	Strutture pianificate per controlli	Strutture programmate per controlli	Controlli pianificati	Controlli programmati	Strutture con controlli	Controlli comunque effettuati	% controlli vs programmati	% controlli vs pianificati
MN	1	1	24	25	1	25	100%	104,2%
ATS	1	1	24	25	1	25	100%	104,2%

I valori medi di soddisfacimento indicatori sono tutti pari a 100%.

Sanzioni e altre misure economiche

Tab. 16 – Misure economiche

Tipologia	Denominazione struttura / erogatore	FASASS con detrazioni economiche	Sanzioni
ADI	Solidarietà - Borgo Virgilio	1	
ADI	Tocher - Quistello	4	
ADI	Camedi - Milano		Si
ADI	Camedi - Milano		Si
ADI	Bruno Pari - Ostiano		Si
ADI	Germani - Cingia D.B.		Si
CDI	Bruno Pari - Ostiano		Si
CDD	Ippocastano - Bagnolo S. Vito	2	
CFI	ASST MN - sede di Mantova	9*	
CFI	ASST MN - sede di Poggio R.	2*	
CFI	ASST MN - sede di Ostiglia	2*	
CFI	Centro Consulenza Familiare - Mantova - 001903	2	
CSS	I Girasoli - Casalmaggiore		Si
CSS	Casa Sorriso - Bagnolo S. Vito	1	
RSA	Poggio Rusco	1	
RSA	Sospiro A	1	
RSA	Villa Aurelia - Marcaria	1	
RSD	Sospiro A		Si
SERT	ASST MN - sede di Suzzara	2*	
TOTALE			

*In relazione a quanto esplicitato nel del Piano dei controlli 2018, le decurtazioni per i SERT e i CFI pubblici sono figurative, pertanto non risultano valorizzate.



Altre tabelle riassuntive

Tab. 16 - % controlli Effettuati VS Programmati – Distribuzione sede territoriale

Controlli programmati	Controlli effettuati ATS	% effettuati vs programmati ATS
1502	1743	116,0%

Tab. 17 – Soddisfacimento medio % - Distribuzione per tipologia e Indicatori con minor valore% di soddisfacimento per UdO

Tipologie	Num. contr. Pianificati ATS	Num. controlli effettuati ATS	% sodd. nto medio per UdO ATS	Indicatore con minore % soddisfacimento per UdO	% relativa (ATS)
ADI ORD I.I.	141	178	88,3	G2	60
ADI ORD E.P.			91,2	S3	79,8
CDD	22	31	99,3	G4	93,3
CDI	63	88	98,8	G1 e G2	96,6
CFI	197	215	91,6	S2.2. e S3	81,8
COM TOX	29	40	95,3	G1	90
CSS	8	15	87,6	G2 G3.1	73,3
CURE INT.	348	394	98,1	G2	92,9
RIAB.	78	89	96,5	G1	88,8
HOSPICE	24	25	Nc	S1	96
RSA	473	539	97,8	S2.1	90,3
RSD	61	66	99,6	G4	93,9
SERT	48	52	98,5	G4	83,3
UCP DOM	4	11	88,2	G4	63,6
Totali e medie	1496	1743			

La tabella 17 riassume i valori principali in relazione al numero di controlli effettuati, le percentuali medie di soddisfacimento per le singole tipologie e l'indicatore con maggior criticità (valore %) per le singole tipologie.

Si evidenzia:

- A livello ATS si segnalano medie % di soddisfacimento indicatori inferiori all'atteso per CSS (87,6%) UCP DOM (88,2%) ADI Ordinaria in itinere (88,3%) e in misura più contenuta per ADI ordinaria ex post (91,2%) e CFI (91,6%).
- Le percentuali di soddisfacimento per tipologia risultano sostanzialmente allineate (o con scarti limitati) fra le sedi territoriali, per le varie tipologie. In particolare l'allineamento è accentuato per RSA, RSD, CDI, CDD, Riabilitazione, ADI in itinere.
- Gli indicatori con le più basse % di soddisfacimento riscontrate tipologia per tipologia sono spesso G1, G2 nelle varie partizioni, e G4. S1, S2.1 e S.2.2 e S3 sono invece rispettivamente gli indicatori meno valorizzati per Hospice, RSA, CFI.

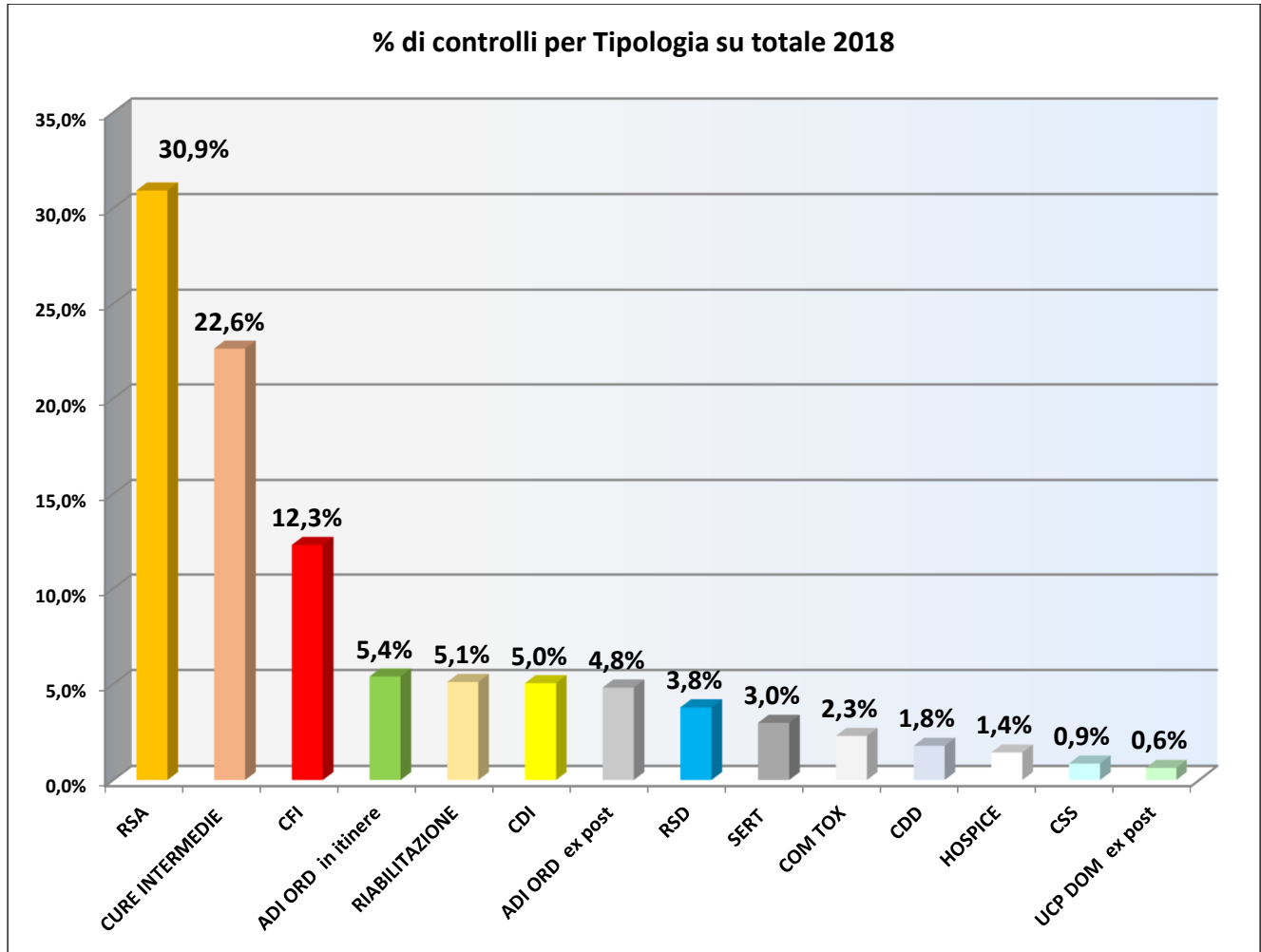


Tabella 18



Esito dei controlli di appropriatezza 2018 strutture ed erogatori area sociosanitaria

TIPOLOGIA UDO	VALORI MEDI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO DEGLI INDICATORI SPECIFICI PER TIPOLOGIA														VALORE MEDIO % TIPOLOGIA								
ADI ORD IN ITINERARE	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1	S2	S3.1	S3.2	S4	S5.1	S5.2										
	N.P.	N.P.	66,0 %	N.P.	89,4 %	92,0 %	96,8 %	88,0 %	95,7 %	88,5 %	90,4 %	84,6 %	100%								88,3 %		
ADI OD EX POST	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1	S2.1	S2.2	S3	S4	S5.1	S5.2										
	N.P.	N.P.	84,5 %	N.P.	95,2 %	94,0 %	92,9 %	97,6 %	93,0 %	79,8 %	91,7 %	93,5 %	100%								91,2 %		
CDD	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2	S3.3	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6					
	100%	100%	100%	96,8 %	96,3 %	93,3 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			100%			99,3 %
CDI	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6	S7						
	96,6 %	96,6 %	97,7 %	100%	98,9 %	100%	100%	100%	100%	100%	97,7 %	100%	100%	97,7 %	100%	97,0 %	100%					98,8 %	
CFI	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1	S2.1	S2.2	S3	S4												
	93,3 %	82,7 %	91,7 %	87,0 %	94,8 %	86,0 %	98,7 %	96,4 %	81,8 %	81,8 %	100%											91,6 %	
COM TOX	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4																	
	90,0 %	94,7 %	97,5 %	97,4 %	97,4 %	100%																95,3 %	
CSS	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1.1	S1.2	S2	S3.1	S3.2	S3.3	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6						
	80,0 %	78,6 %	80,0 %	73,3 %	80,0 %	80,0 %	93,3 %	85,7 %	100%	100%	100%	100%	86,7 %	83,3 %	93,3 %	93,3 %	100%					87,6 %	
CURE INTERM.	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4																	
	97,9 %	92,9 %	98,4 %	99,7 %	99,5 %	100%																98,1 %	
RIABILIT.	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4																	
	88,8 %	95,5 %	95,5 %	100%	98,9 %	97,8 %																96,5 %	
HO-SPICE	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2	S4											
	NC	100%	100%	100%	100%	100%	96,0 %	100%	100%	100%	100%	100%											99,7 %
RSA	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6.1	S6.2		S7.1	S7.2	S8	
	94,1 %	94,6 %	98,9 %	97,9 %	98,1 %	94,2 %	100%	99,8 %	90,3 %	96,2 %	100%	99,1 %	99,8 %	99,7 %	99,4 %	98,7 %	98,5 %			98,9 %	98,7 %	100 %	100 %
RSD	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3	S4.1	S4.2	S4.3	S5.1	S5.2	S6.1	S6.2		S7			
	100%	100%	100%	100%	100%	93,9 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			100%	100%		
SERT	G1	G2.A	G2.B	G3.1	G3.2	G4																	
	NC	100%	100%	100%	100%	93,9 %																NC	
UCP DOM	G1	G2.A/B		G3.1	G3.2	G4	S2.1	S2.2	S2.3	S3.1	S3.2	S4											
	100%	90,9%		90,9 %	72,7 %	63,6 %	100%	90,9 %	100%	81,8 %	100%	100%											88,2 %



Legenda cromatica: celle in verde indicano % di soddisfazione comprese fra 95 e 100; in giallo % comprese fra 85 e 94,99%; in rosso < a 85%

Tabella 21: Legenda indicatori

Indicatori Generali

	G1	G2A	G2B	G2C	G3.1	G3.2	G4
GENERALI	Presenza valutazione / ri-valutazione multidimensionale dei bisogni	Elaborazione del Progetto Individuale	Presenza della Pianificazione	Tracciabilità degli interventi effettuati	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	Congruenza fra i dati rendicontati con flusso/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS

Indicatori Specifici

		S1.1		S2		S3.1		S3.2		S4		S5.1		S5.2															
SPECIFICI ADI IN ITINERE		Comunicazioni all'utenza - presenza al domicilio del materiale informativo		Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona		Presenza della valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione		Attuazione di interventi appropriati per utenti valutati a rischio di sviluppare lesioni da pressione o con lesioni in atto		Presenza in diario della registrazione degli eventi occorsi e degli interventi attuati		Presenza di P.R.I. / p.r.i. redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo in coerenza con i bisogni rilevati		Rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG 6032/12 - Allegato 1															
SPECIFICI ADI EX POST		S1		S2.1		S2.2		S3		S4		S5.1		S5.2															
		Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona		Presenza della valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione		Attuazione di interventi appropriati per utenti valutati a rischio di sviluppare lesioni da pressione o con lesioni in atto		Riscontro di corretta ed appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso presso l'ente gestore		Presenza in diario della registrazione degli eventi occorsi e degli interventi attuati		Presenza di P.R.I. / p.r.i. redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo in coerenza con i bisogni rilevati		Rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG 6032/12 - Allegato 1															
		S1.1		S1.2		S2.1		S2.2		S3.1		S3.2		S3.3		S4.1		S4.2		S5.1		S5.2		S.6					
SPECIFICI CDD		è presente documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie?		per l'utente con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio, sono effettuati interventi coerenti con la valutazione?		è presente documentazione attestante una valutazione attraverso scale validate delle abilità nelle funzioni motorie?		se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/ trattamenti o altre strategie d'intervento motivate?		è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale?		è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione?		per l'utente con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, all'interno del FASAS sono state previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità o a rispondere ai bisogni assistenziali?		per l'utente è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo?		per l'utente valutato a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo sono attivate misure preventive-trattamentali?		è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali?		per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative /educative/ occupazionali, sia individuali che di gruppo?		per l'utente sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali?					
		S1.1		S1.2		S2.1		S2.2		S3.1		S4.1		S4.2		S5.1		S5.2		S6		S7							
SPECIFICI CDI		è stato valutato il rischio caduta?		se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/ trattamenti?		per l'utente è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica?		il FASAS dell' utente sottoposto a contenzione fisica contiene il consenso informato all'utilizzo debitamente sottoscritto?		nel FASAS è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata - almeno una volta negli ultimi tre mesi - con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona?		per l'utente è stata effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico?		per l'utente valutato a rischio / in stato di malnutrizione e/o di disidratazione, vengono attuati monitoraggio e/o misure preventive /trattamentali?		per l'utente è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare?		per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/educative individuali o di gruppo?		se l'utente presenta deterioramento cognitivo (mmse ≤19), è prevista specifica progettazione?		l'utente è coinvolto in programmi di attività motoria appropriati alle proprie condizioni?							
		S1				S2.1				S2.2				S3				S4											
SPECIFICI CFI		il colloquio di accoglienza ha avuto per esito un percorso di valutazione/ orientamento (Cod. Cons. 101)				Situazioni complesse per tematiche ricomprese nel Cod. Cons. 003) per le quali sono state effettuate visite colloquio (Cod. Cons. 001) da almeno due operatori con professionalità diverse				In caso di situazioni complesse per tematiche ricomprese nel Cod. Cons. 003) è rintracciabile nel FASAS la discussione in equipe?				Evidenza di incontri operativi tra gli operatori del Consultorio ed operatori di altri Enti/servizi (Cod. Cons. 801 e 802)				Counselling (ai sensi dell'art. 5, §1, Lg 194/78) documentato prima dell'eventuale prescrizione medica (con esclusione delle situazioni d'urgenza) (Cod. Cons. 102)											
		S1.1		S1.2		S2		S3.1		S3.2		S3.3		S4.1		S4.2		S5.1		S5.2		S7							
SPECIFICI CSS		è presente documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie?		per l'utente con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio, sono effettuati interventi coerenti con la valutazione?		se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/ trattamenti?		è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale?		è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione?		per l'utente con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, all'interno del FASAS sono state previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità o a rispondere ai bisogni assistenziali?		per l'utente è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo?		per l'utente valutato a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo sono attivate misure preventive-trattamentali?		è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali?		per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative /educative/ occupazionali, sia individuali che di gruppo?		per l'utente sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali?							
		S1.1		S1.2		S2.1		S2.2		S3.1		S3.2		S4.1		S4.2		S5.1		S5.2		S8							
SPECIFICI RSA		è stato valutato il rischio caduta?		se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/ trattamenti?		per l'utente è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica?		il FASAS dell' utente sottoposto a contenzione fisica contiene il consenso informato all'utilizzo debitamente sottoscritto?		nel FASAS è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata - almeno una volta negli ultimi tre mesi - con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona?		è rintracciabile il trattamento del dolore per tutti gli stati-episodi algici		è stato valutato il rischio di sviluppare ulcere da pressione		per l'utente a rischio di sviluppare ulcere da pressione (per esempio scala BRADEN ≤16) o con lesioni in atto, si rilevano interventi appropriati?		per l'utente è stata effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico?		per l'utente valutato a rischio / in stato di malnutrizione e/o di disidratazione, vengono attuati monitoraggio e/o misure preventive /trattamentali?		per l'utente è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare?		per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/educative individuali o di gruppo?		se l'utente è accolto in nucleo Alzheimer (con CDR 2-3) è coinvolto in programmi di stimolazione cognitiva globale, individuali o di piccolo gruppo (applicare solo a nuclei Alzheimer)		l'utente è coinvolto in programmi di attività motoria appropriati alle proprie condizioni?	
		S1.1		S1.2		S2.1		S2.2		S3		S4.1		S4.2		S4.3		S5.1		S5.2		S6.1		S6.2		S7			
SPECIFICI RSD		è presente documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie?		per l'utente con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio, sono effettuati interventi coerenti con la valutazione?		è presente documentazione attestante una valutazione attraverso scale validate delle abilità nelle funzioni motorie?		se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/ trattamenti?		nel FASAS è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona?		è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale?		è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione?		per l'utente con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, all'interno del FASAS sono state previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità o a rispondere ai bisogni assistenziali?		per l'utente è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo?		per l'utente valutato a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo sono attivate misure preventive-trattamentali?		è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali?		per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative /educative/ occupazionali, sia individuali che di gruppo?		per l'utente sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali?			



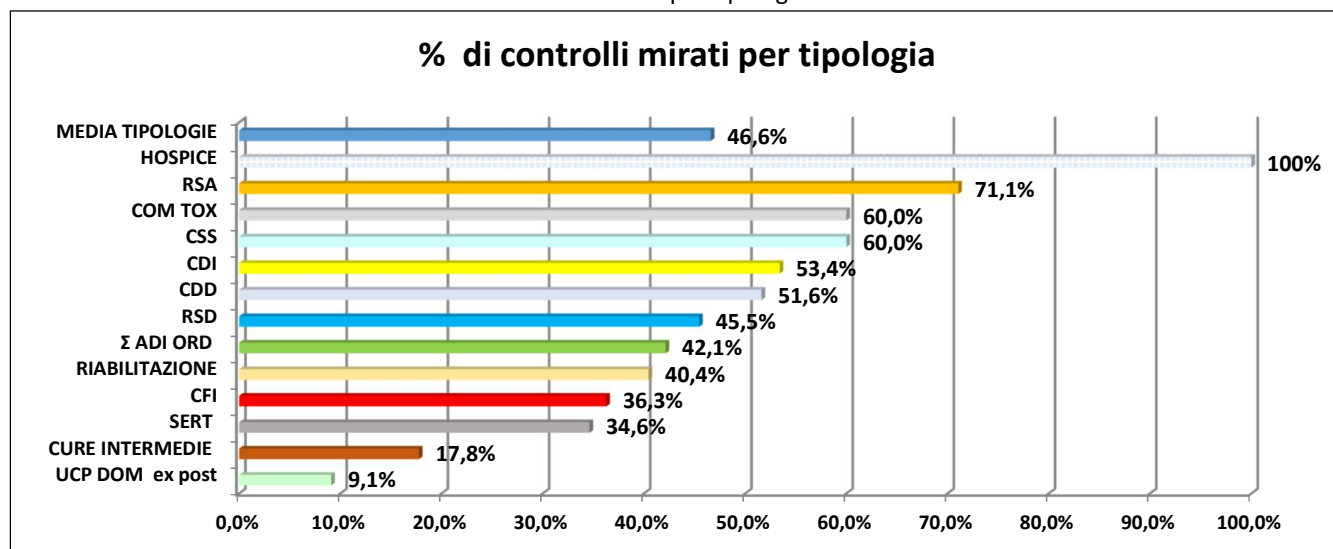
Controlli mirati

Tab 22 - Controlli, controlli mirati (V.A.- V.%) e item (caratterizzazioni dei controlli mirati) per tipologia di UdO

Tipologie	Controlli	Controlli mirati	% mirati	Criteri 1	Criteri 2
HOSPICE	25	25	100%		
RSA	539	383	71,1%	Utenti con contenzione	Nuovi ingressi su anno precedente
CSS	15	9	60,0%	Nuovi ingressi su anno precedente	Non specificato
COM TOX	40	24	60,0%	Varie: polidipendenze, recentemente inseriti...	Altro: assenze
CDI	88	47	53,4%	Nuovi ingressi su anno precedente	Compromissione performances e part-time
CDD	31	16	51,6%	Nuovi ingressi su anno precedente	Part-time
RSD	66	30	45,5%	Nuovi ingressi su anno precedente	Utenti con età <18 o >65
Σ ADI ORD	178	75	42,1%	Solo trattamento fisioterapico	Utenti in carico > 6 mesi
RIABILITAZIONE	89	36	40,4%	Utenti > 65 anni	Diagnosi complesse (spettro autistico)
CFI	215	78	36,3%	Prestazioni ad alta integrazione 001... 005	Altro: superamento soglia
SERT	52	18	34,6%	Problematiche di gioco patologico	Varie: management telefonico, minorenni...
CURE INTERMEDIE	394	70	17,8%	Da altra area riab. della stessa struttura	Altro: speriment. Post acuti Resid.
UCP DOM ex post	11	1	9,1%	Utenti in carico > 6 mesi	
TOTALI	1743	812	46,6%		



Tabella 23 Gr. - Distribuzione % dei controlli mirati effettuati per tipologia



Attività di vigilanza e controllo su misure e sperimentazioni anno 2018

Le attività riconducibili alle Misure attivate nel territorio dell'ATS, nel corso del 2018, sono state le seguenti:

- 43 RSA Aperta;
- 6 Residenzialità Assistita;
- 14 Comunità per Minori;

Le sperimentazioni sono state 10, di cui 4 in area "Riabilitazione extra - ospedaliera minori" e 6 in area "Case management".

Misure applicative della DGR 116/2013 - DGR n. 7769 del 17.01.2018

Attività di controllo effettuata anno 2018 RSA Aperta – Residenzialità Assistita

Riferimenti normativi

- DGR 116 14.05.2013
- DGR n.856 del 25.10.2013
- DGR n.2942/2014
- DGR X/7769 del 2018 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti ai sensi della DGR 116/2013: terzo provvedimento attuativo-consolidamento del percorso di attivazione e monitoraggio delle misure innovative previste dalla DGR 2942/2014 in funzione della qualificazione dei servizi offerti e delle continuità assistenziale".

Attività di controllo e vigilanza integrati sulle Misure

La DGR 7769/2018 ha individuato, integrando precedenti requisiti, i requisiti minimi per l'accesso alle misure (requisiti soggettivi del legale Rappresentante e dell'Ente gestore e requisiti specifici per le singole misure), demandando alle ATS l'attività di vigilanza sul possesso/mantenimento dei requisiti, e di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, secondo le modalità in uso per le unità di offerta sociosanitarie nell'ambito dell'attività programmata con il piano annuale di vigilanza.

Come previsto dalle Regole 2018 e dalla normativa specifica sono state applicate le stesse modalità di controllo previste per tutte le altre unità di offerta socio sanitarie (controllo del 11% dei FASAS nel 30% degli erogatori).

Si è pertanto definito di sottoporre al controllo il 30% delle strutture che avevano attivato misure di RSA Aperta e/o Residenzialità Leggera, verificando in ogni Struttura almeno il 11% delle misure attivate.

RSA Aperta

La misura RSA Aperta introdotta dalla DGR n.856/2013, revisionata e confermata prima dalla DGR n.2942/2014 e successivamente dalla DGR X/7769 del 2018, ha previsto interventi a favore di persone affette da demenza e di anziani non autosufficienti e ai loro familiari.

La misura si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio di persone affette da demenza certificata o di anziani di età pari o superiore a 75 anni, in condizione di non autosufficienza.

Si è proceduto a valutare la documentazione sociosanitaria presente in struttura verificando prioritariamente i requisiti di accesso alla misura: per persone con demenza, la certificazione rilasciata da medico specialista geriatra/neurologo; per gli anziani non autosufficienti l'età pari o superiore a 75 anni e un punteggio della scala di Barthel modificata compreso tra 0-24.

Tabella 23

	ATS Val Padana Misure (utenti) RSA Aperta				
Ambiti territoriali	n. strutture selezionate	Misure assegnate (n. utenti)	n. misure campionate	%misure campionate	Indicatori soddisfatti %
Distretto Mantova	8	314	41	13%	94
Distretti Cremona e Crema	8	196	34	17%	99
Tot. ATS	16	510	75	15%	96,5

Il livello di soddisfazione degli indicatori è molto buono. Si tratta per lo più di Erogatori che hanno una lunga esperienza operativa, già esperti nel gestire i pazienti e la documentazione sanitaria.

Criticità

Le criticità maggiori sono state riscontrate nei FASAS relativi alle persone affette da demenza.

In alcuni FASAS:

- Non sono stati rispettati i tempi di verifica dei requisiti d'accesso alla valutazione;
- La VMD non poteva essere considerata tale perché eseguita solo dal medico, di conseguenza tutti gli indicatori inerenti la valutazione risultavano negativi;
- Il FASAS "semplificato" risultava incompleto (mancanza di PI, PAI, diario degli interventi) e non conservato e archiviato secondo le norme di legge;
- Non era stato identificato il care manager;
- Mancava l'evidenza della condivisione della persona/famigliare/avente titolo;
- Le prestazioni erogate non erano coerenti alla tipologia di utente;
- Non vi era congruenza con i dati rendicontati nel flusso informativo e la documentazione presente nel FASAS.



Residenzialità Assistita

La DGR n. 2942/2014 ha dato continuità alla misura “residenzialità leggera”, introdotta dalla DGR n. 856/2013 e finalizzata ad assicurare interventi sociosanitari a persone in condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria.

La rivisitazione della misura operata dalla DGR n. X/7769 del 2018 ha inteso assicurare alla stessa una finalità *preventiva*, attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni di natura sociosanitaria.

Tabella 24

Misura Residenzialità Assistita					
Ambito territoriale	Mantova	Cremona	Crema	ATS	%
Misure attivate	20	7	21	48	
Misure verificate	6	7	10	23	48
% Soddisfacimento	83	7	97	62	62

Principali criticità

- Il FASAS “semplificato” risultava incompleto (mancanza di PI, PAI, diario degli interventi) e non conservato e archiviato secondo le norme di legge.
- Mancata segnalazione da parte del Gestore alla ASST della eventuale necessità di rivalutare il PI, in ordine al verificarsi di variazioni significative delle condizioni della persona che possono pregiudicare il mantenimento del beneficio della misura.
- Le prestazioni erogate non erano coerenti in relazione alla tipologia di utente.
- Non vi era congruenza con i dati rendicontati nel flusso informativo e la documentazione presente.
- In un erogatore non risultava prevista in organico, e conseguentemente non rendicontata, la figura dell'infermiere (requisito essenziale ai sensi della DGR X/7769 del 2018). Nel FASAS non erano pertanto rendicontate le prestazioni dell'infermiere. Non è stata confermata in toto l'appropriatezza della presa in carico.
- In un altro erogatore la definizione del processo assistenziale era molto lacunosa, così come la tenuta dei FASAS, assestandosi su una percentuale di soddisfacimento gravemente insufficiente.

Controlli sperimentazioni ed ex misura 6 anno 2018

Per il controllo delle sperimentazioni di cui alla presente relazione sono state utilizzate le medesime modalità in uso per i controlli relativi all'anno 2017; anche le Check list/tabelle analitiche relative alla rendicontazione del controllo di ciascun progetto sono le medesime in uso nel 2017.

Sperimentazioni: progetti area della riabilitazione ambulatoriale diurna extra ospedaliera per minori disabili

Nel territorio cremonese sono presenti due sperimentazioni, entrambe nell'area riabilitativa ambulatoriale minori, ed entrambe nel distretto di Cremona.

Per le sperimentazioni, a differenza di quanto avvenuto per le Misure, Regione e ACSS non hanno fornito strumenti univoci di controllo, per cui abbiamo usato le check list messe a punto insieme con il PIPSS nel 2017.

Le Check list hanno una valenza più “conoscitiva” sulle modalità messe in atto che “valutativa” sul processo o sugli esiti, per cui non risulta possibile fare una sintesi numerica degli indicatori raggiunti: ci dobbiamo limitare a quantificare i controlli fatti. Trattandosi di sperimentazione in area riabilitativa ambulatoriale era previsto il controllo sul 3,5% dell'utenza, pari a 1,4 FASAS in un caso e 0,07 nell'altro. Abbiamo previsto di fare 2 controlli e 1 controllo, che sono poi diventati 6 e 2, con le percentuali di controllo sotto riportate.

Tabella 25

Sperimentazioni	n. strutture verificate	Beneficiari misura	Controlli programmati	%
Distretto di Mantova	2	82	13	15
Distretto di Cremona	2	44	3	7
Totali	4	126	16	13

Il campione è stato selezionato in modo casuale prevedendo sia progetti in corso che progetti già conclusi e le modalità seguite sono conformi a quelle delle altre unità d'offerta.

I due progetti si rivolgono ad utenza diversa e con modalità diverse di intervento: in una realtà è prevista attività di sostegno scolastico\ in contesto ludico ricreativo di gruppo, nell'altra realtà attività riabilitative individuali. Per tutti gli utenti valutati è presente un Fascicolo che contiene progettazione sempre condivisa con i familiari dell'utente e diari di attività. In generale si verifica una buona tenuta documentale da parte dei gestori in tutte le fasi del progetto: lavoro d'équipe, diario delle attività dirette con l'utente, lavoro di rete, attività di verifica. Le figure professionali rilevate sono rappresentate da psicologo, educatore professionale, psicomotricista, musicoterapista, fisioterapista, infermiere.

Misura 6 – “comunità per minori vittime di abuso, violenza e maltrattamento grave”

Non si è operato il campionamento dei FASAS ma sono stati verificati tutti i fascicoli. Il controllo è stato concordato con telefonata o con e-mail.

Per la verifica delle singole progettualità si è utilizzata medesima Check list in uso nel 2017, parte integrante del verbale lasciato in originale a ciascun gestore al termine del sopralluogo. I rilievi documentali sono stati illustrati nel campo note in calce alla Check list.

I verbali sono stati successivamente trasmessi in e-mail al Servizio di riferimento del PIPSS.

In generale si rileva una buona tenuta documentale; gli erogatori sono stati sollecitati ad alcuni miglioramenti formali (carta intestata, firme, ecc.); le difformità progettuali rilevate sono state verbalizzate e segnalate al PIPSS.

Tabella 26

MISURA 6	n. strutture verificate	Beneficiari misura	Controlli Programmati	%
Distretto di Mantova	2	2	2	100
Distretto di Cremona	5	9	9	100
Totali	7	11	11	100

La conoscenza di procedure, standard riabilitativi, o altri accordi con gli attori della rete (es. NPI per liste d'attesa) e i gestori delle misure potrebbero qualificare meglio i controlli al fine anche di fornire elementi sul rispetto o meno degli obiettivi della sperimentazione.



Programmazione attività anno 2019

La funzione di controllo si svolge attraverso la verifica della corretta rendicontazione e dell'appropriata erogazione delle prestazioni, con riferimento all'assistenza diretta al singolo utente, secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. X/1765/14 e dalla D.G.R. n. X/2569/2014 e ai seguenti criteri:

- I controlli di appropriatezza effettuati dalle ATS sulle unità di offerta sociosanitarie devono essere volti a verificare:
 - La corretta rendicontazione economica delle prestazioni erogate;
 - La corretta classificazione degli ospiti nel sistema dei flussi di rendicontazione;
 - La congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico - funzionali - assistenziali utili all'espletamento delle verifiche;
 - La coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, quanto determinato dal progetto individuale, le azioni previste dal programma/piano assistenziale personalizzato e quelle effettivamente eseguite risultanti dal diario assistenziale, verificandone l'attuazione da parte delle figure professionali appropriate;
- I controlli di appropriatezza sono effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, fatti salvi i casi in cui sia necessaria l'esecuzione di sopralluoghi senza preavviso (ad esempio controlli a seguito di segnalazioni);
- I controlli di appropriatezza devono essere garantiti almeno sul 30% delle unità d'offerta sociosanitarie, assicurando che tutte le unità d'offerta siano verificate nell'arco di tre anni, prendendo in esame le seguenti percentuali minime di fascicoli, calcolate in base al numero degli utenti rendicontati nel 2018 dalle strutture campionate:
 - Regime residenziale e semiresidenziale: almeno il 13%;
 - Regime ambulatoriale e domiciliare: almeno il 3,5%.

Particolare attenzione deve essere rivolta dalle ATS alla verifica dell'appropriatezza e della corretta rendicontazione delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure domiciliari sia per ADI che per UCP-Dom.

Si richiede inoltre alle ATS di monitorare, nella fase di riconoscimento di nuovi nuclei Alzheimer di cui al paragrafo dedicato, l'appropriato inserimento di soggetti già ricoverati in RSA in posti ordinari che dovessero essere trasferiti da posto ordinario a tali nuclei. Le ATS dovranno a tal fine essere opportunamente aggiornate dai gestori delle RSA sugli eventuali trasferimenti da nucleo ordinario, attivando, ove ritenuto necessario, un'attenta verifica di appropriatezza dei soggetti, che accerti l'aggravamento delle condizioni cliniche con la presenza di gravi disturbi del comportamento, che hanno reso necessario il trasferimento in nucleo protetto.

Temi Innovativi

- Cure palliative domiciliari: monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti di valutazione, obbligatori per tutti erogatori, per uniformare i criteri di appropriatezza dell'accesso alle cure palliative domiciliari e supportare il corretto livello assistenziale (base e specialistico).
- Monitoraggio dell'offerta di posti letto in nuclei dedicati alla cura di demenze, stati vegetativi, malattie del moto-neurone. I nuclei Alzheimer sono destinati infatti ad ospiti di cui valutare anche le specifiche caratteristiche comportamentali.
- Sarà posta attenzione sull'avvio di progetti innovativi nell'ambito della tele riabilitazione nel corso dell'anno 2019.
- Valutazione della evoluzione delle cure di transizione.

La programmazione annuale prevede, dal punto di vista quantitativo, i seguenti controlli di appropriatezza:

UdO	UdO in esercizio*	Num. UdO campionate per controlli	% UdO campionate	Num. controlli pianificati	Possibili variazioni
Hospice SS	3	2	66,7%	54	
SERT	10	4	40,0%	35	*
Com TOX	19	7	36,8%	27	
ADI Ordinaria	43	15	34,9%	66	*
CDI	49	17	34,7%	70	
CDD	24	8	33,3%	26	
CFI	21	7	33,3%	177	
RSD	12	4	33,3%	27	
RSA	88	28	32,9%	447	*
Cure Intermedie	13	4	30,8%	91	
CSS	17	5	29,4%	8	
Riab. Amb/Domic/ & CdC	14	4	28,6%	51	
UCP DOM	13	3	23,1%	3	
UOCP*	/	/	Nc	Nc	
TOTALI	329	111	33,7%	1072	

**Dato da aggiornare in relazione alle indicazioni regionali in merito*

TAB. 27 - % UDO campionate per controlli VS UDO in esercizio.

Numero Dei Controlli Previsti 2019 - Distribuzioni Per Tipologia Previsti 2019 Per Tipologia (V.A.)

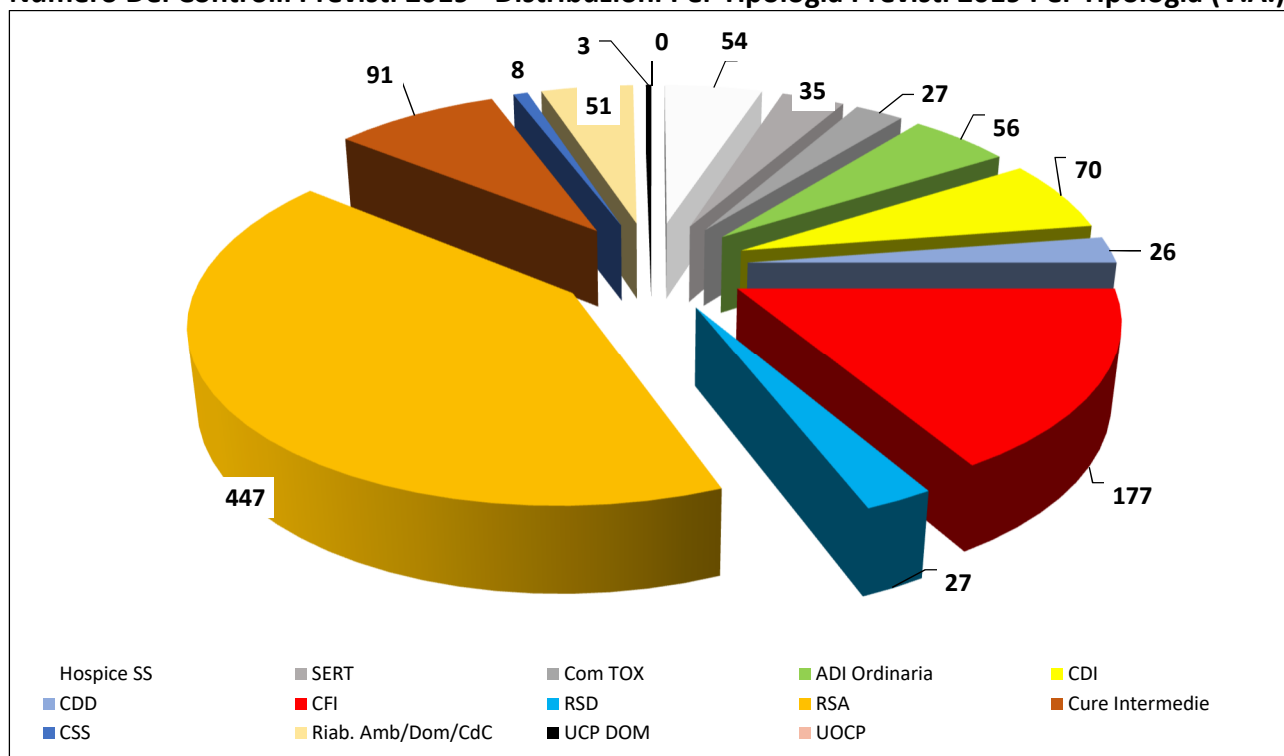


Tabella 28

Tab. 29 - % UdO % controlli su totali per tipologia

Tipologia	Controlli previsti	% su totali
RSA	447	41,7%
CFI	177	16,5%
Cure Intermedie	91	8,5%
CDI	70	6,5%
ADI Ordinaria	66	6,1%
Hospice SS	54	5,0%
Riab. Amb/Dom/CdC	51	4,8%
SERT	35	3,3%
Com TOX	27	2,5%
RSD	27	2,5%
CDD	26	2,4%
CSS	8	0,7%
UCP DOM	3	0,3%
UOCP	0	0,0%
Totali	1.072	100%

A questa programmazione si potranno aggiungere ulteriori controlli in relazione alla rilevazione di carenze emerse nel corso dell'anno e in relazione ad eventuali segnalazioni.

Cure Palliative

Verifiche integrate con equipe mista sanitaria e sociosanitaria

In relazione all'esigenza di integrare le competenze sanitarie con quelle socio sanitarie, si è provveduto a istituire un apposito gruppo di studio composto da operatori abitualmente dedicati a controlli di appropriatezza in ambito socio sanitarie e altri appartenenti al NOC.

I flussi informativi, che afferiranno al sistema socio sanitario, sono in corso di affinamento. Pertanto i controlli avranno prevalentemente una funzione di monitoraggio e accompagnamento della fase di transizione.

Dal punto di vista quantitativo, le cartelle e i fascicoli esaminati concorreranno alla percentuale generale prevista per le prestazioni di residenziali e le prestazioni non residenziali.

Sarà posta specifica attenzione sulla introduzione sia per gli erogatori sanitari che socio sanitari, all'interno della documentazione sanitaria, dei modelli forniti, come strumenti di presa in carico, dai Sub allegati E ed F inseriti nella Delibera delle Regole di Gestione 2019.

L'utilizzo di tali modelli sarà oggetto di specifica formazione e sarà affidato da un lato al coordinamento della Rete delle Cure Palliative e dall'altro al Dipartimento PIPSS della ATS.

Verranno inoltre effettuati i controlli sulle Sperimentazioni e sulle Misure ex DGR n. 116/2013 come illustrato nella tabella.

Tab. Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR n. 116/2013

Requisiti	Indicazioni Regionali	Azioni ATS
Vigilanza e controlli sulle sperimentazioni di UdO innovative e misure applicative della dgr 116/2013	Verifiche di Vigilanza e Appropriatezza sulle UdO innovative e sulle misure applicative della DGR 116/13	Prosecuzione dei controlli su: - 30% delle UdO che partecipano alle misure e sperimentazioni previste; - Nelle quantità percentuali previste per le altre UdO (13% residenziali e semiresidenziali, 3,5% ambulatoriali e domiciliari)

Dal punto di vista qualitativo, gli obiettivi di appropriatezza perseguiti seguiranno le indicazioni delle regole regionali mediante i criteri di selezione sotto riportati:



Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

Requisiti	Indicazioni Regionali	Azioni ATS
Controllo di appropriatezza	• Verifiche di appropriatezza in almeno il 30% delle UdO. • Ulteriori controlli nelle UdO con criticità riscontrate nel 2017 e su segnalazioni. • Controllo di: - 13% FASAS UdO Resid. E semi-residenziali (RSA, CDI, Com Tox, Hospice, RSD, CDD, CSS, Cure Intermedie); - 3, 5% FASAS UdO Ambulatoriali e domiciliari (ADI, SERT, CF, RIA, CDC, CD Tox); • Per i CF: nuovi utenti dell'anno con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria; • Campionatura mista (casuale e mirata).	• Controlli di appropriatezza nelle UdO non controllate nel 2018; • Controlli nelle UdO in cui sono state riscontrate criticità nel 2018; • Controlli secondo le % indicate dalla Regione (13% e 3,5%). • Controlli mirati individuati secondo i seguenti criteri e altri che potranno emergere nel corso dell'anno: - Modificazione della classificazione con effetto di un aumento della tariffa socio-sanitaria; - Appropriatezza degenti Nucleo Alz; - Ospiti che hanno superato i giorni di assenza remunerata per i quali viene comunque richiesto il pagamento; - Indici assistenziali (contenimento, cadute, decubiti, ecc.) superiori alla media ASL.

Gestione dei Flussi e accesso ai dati

Nell'organizzazione prevista dal nuovo POAS i Flussi verranno governati dalla UOC "Governo delle risorse ed acquisto delle prestazioni Polo Ospedaliero e Rete Territoriale".

Verrà comunque assicurato lo stretto raccordo tra le tre UOC interessate (UOC Accreditamento, UOC Controlli e UOC Governo delle risorse) per garantire il passaggio dei dati necessari alla programmazione, realizzazione e monitoraggio dei controlli.

Formazione

Continuerà il percorso di formazione degli operatori, come mezzo per aiutarli a sviluppare ulteriormente una competenza professionale specifica sulle attività di vigilanza e controllo.

Oltre alla partecipazione ai corsi organizzati "internamente" dalla ATS, ove possibile si favorirà la partecipazione degli operatori a corsi organizzati da altre agenzie e che possano avere attinenza ed utilità per l'attività di controllo.

Proseguiranno anche i gruppi di approfondimento con gli enti gestori relativi alle tematiche sottese dalle dgr n. 1765/14 e n. 2569/14.

In particolare si vogliono realizzare:

1. Istituzione di gruppi di miglioramento per la uniformare le procedure su tutto il territorio della ATS, superando la inevitabile influenza delle prassi storiche.
2. Istituzione di gruppi di lavoro per l'approfondimento delle tematiche specifiche delle diverse Unità d'offerta.
3. Corsi specifici per gli argomenti oggetto di sviluppo organizzativo (M. di Alzheimer, Cure Palliative domiciliari...)

Area Farmaceutica

Gli indirizzi di programmazione e le disposizioni regionali, nel definire le attività che nel 2019 dovranno essere sviluppate in termini di vigilanza e controllo, hanno confermato il ruolo di tutela e garanzia svolto dalle ATS verso i cittadini che usufruiscono di prestazioni in ambito sanitario.

Nello specifico, in continuità con il Piano dei Controlli deliberato dall'ATS della Val Padana per l'anno 2018, per l'assistenza farmaceutica le aree di intervento per controlli mirati saranno:

- Farmaceutica ospedaliera
- Farmaceutica territoriale

Farmaceutica ospedaliera

Il File F rappresenta uno strumento di programmazione, controllo e finanziamento della spesa sostenuta per l'erogazione di farmaci somministrati in regime di assistenza diversa dal ricovero, nonché di monitoraggio e appropriatezza prescrittiva.

Nell'ambito territoriale dell'ATS della Val Padana operano 11 strutture sanitarie che erogano farmaci in regime di File F, così ripartite tra Erogatori pubblici ed Erogatori privati accreditati:

Erogatori Pubblici

- ASST di Crema
- ASST di Cremona
- ASST di Mantova

Erogatori Privati Accreditati

- Casa di Cura Ancelle della Carità (CR)
- Casa di Cura San Camillo (CR)
- Casa di Cura Figlie di San Camillo
- Ospedale San Pellegrino (MN)
- Ospedale di Volta Mantovana (MN)
- Ospedale di Suzzara (MN)
- IRCCS Maugeri di Castel Goffredo (MN)
- Casa di Cura Teresa Camplani (MN)

Rendicontazione attività 2018

L'attività di controllo del tracciato file F per l'anno 2018, concordata tra la sede territoriale di Mantova e di Cremona, è stata effettuata presso le sedi degli enti erogatori. I controlli del 2018 sono stati attivati dal mese di marzo 2018 e sono terminati il mese di febbraio 2019.

Le visite ispettive si riferiscono all'intera produzione del File F annuale per tutte le tipologie esposte previa analisi del tracciato sui report mensili e hanno riguardato le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate presenti sul territorio sul territorio dell'ATS della Val Padana.



Azioni programmate 2018

Farmaci innovativi (oncologici e non oncologici)	100% dei record, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata fi farmaci HCV
Farmaci ipercolesterolemia Inibitori PCSK9 (Evolocumab e Alirocumab)	50% dei record presenti
Farmaci a base di Rituximab, Trastuzumab e Temozolomide (indicazioni non soggette ad AIFA)	50% dei record presenti
Farmaci oncologici	50% dei record presenti, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione:

Verifica:

- Presenza / assenza della scheda AIFA che deve essere allegata alla Cartella Clinica;
- Date di somministrazione e dispensazione del farmaco;
- Farmaci esposti a rimborso il cui costo deve essere al massimo quello dei prezzi massimi di acquisto.

Azioni effettuate nel 2018

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa dei controlli eseguiti nel corso del 2018, nel rispetto di quanto programmato nel Piano dei Controlli anno 2018 deliberato dall'ATS della Val Padana

Struttura Erogatrice	Farmaci HCV			Farmaci oncologici ad alto costo		altri farmaci (ipercolesterolemici e/o a campione)	n. visite 2018	Criticità riscontrate
	n. record 2018 controllati	n. record 2018 controllati	n. record 2018 modificati	n. record 2018 controllati	n. record 2018 modificati	n. record 2018 controllati		
ASST CREMONA	6727	580	0	6.037	2	110	6	mancata corrispondenza fra quantità di farmaco erogata e quantità effettivamente
ASST CREMA	2559	267	0	2.250	3	42	6	
ASST MANTOVA	7308	1114	24	5.745	9	449	7	1) rendicontazione farmaci oncologici in frazioni, intese come valori percentuali; 2) record HCV respinti causa erogazione del farmaco nel mese di dicembre a fronte della relativa scheda AIFA di dispensazione compilata a gennaio
CdC Figlie di San Camillo	829	0	0	83	0	746	1	
CdC San Camillo	347	0	0	20	0	327	1	
CdC San Clemente	62	0	0	0	0	62	1	
Ospedale Civile di Volta M.na	39	0	0	0	0	39	1	
Fond. Maugeri	131	0	0	0	0	131	1	
Ospedale di Suzzara	731	0	0	502	0	229	2	
Ospedale di Castiglione	1328	0	0	964	0	364	2	preferenza impiego specialità medicinali anche quando è disponibile il corrispondente generico

Programmazione azioni 2019

In accordo con quanto disposto dalla DGR n. XI/1046 del 17/12/2018, continueranno gli accessi presso gli Erogatori sia pubblici sia privati accreditati, finalizzati al controllo del 100% della prescrizione / erogazione di tutti i farmaci innovativi con scheda AIFA (farmaci oncologici e non oncologici), al fine di verificare che i farmaci rendicontati con il tracciato record File F vengano utilizzati secondo le indicazioni previste dal Ministero della Salute, le limitazioni AIFA e le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Sanità della Regione; verrà verificata l'appropriatezza delle erogazioni in termini di durata del trattamento dispensato e di tipologia di ricovero del paziente. Si provvederà, inoltre, alla verifica a campione dei reali costi sostenuti dalla struttura, poiché deve essere esposto in File F lo stesso importo riportato in fattura. Nell'ambito delle visite ispettive, si procederà, inoltre, all'analisi di ogni singolo record della Tipologia 15 relativo all'anno 2019, con evidenza della effettiva provenienza (Risk Sharing o note di credito) e con richiesta di produzione di tutta la documentazione a supporto (richieste di rimborso alle ditte, fatture, ecc.). Il controllo inizierà dal mese di luglio con una calendarizzazione che riguarderà prima le ASST e in un secondo momento anche le strutture private accreditate, con l'obiettivo di procedere alla verifica completa di tutta la Tipologia 15 entro il 28/02 p.v.

Farmaceutica territoriale

L'attività ispettiva rivolta alle farmacie aperte al pubblico presenta un'ampia componente istituzionale, o comunque normata da direttive regionali, e pertanto gli interventi di vigilanza effettuati nei territori delle Province di Cremona e Mantova sono largamente sovrapponibili in termini di settori di intervento.

Nella tabella sotto riportata sono rappresentati i soggetti che, a diverso titolo, sono oggetto dell'attività di vigilanza amministrativa di competenza del Servizio Farmaceutico in ordine alla corretta gestione del farmaco.

ATS della Val Padana							
ATS commissioni	n. farmacie convenzionate	n. dispensari	n. parafarmacie	n. grossisti/depositari	n. esercizi autorizzati al commercio online	n. negozi/GDO alimenti particolari	n. RSA/RSD/IDR
MANTOVA	141	2	23	4	3	20	63
CREMONA	128	20	12	8	3	22	49
TOTALE AL 30/6/2019	269	22	35	12	6	42	112

Rendicontazione attività 2018

Poiché esistono innegabili difficoltà di natura anche logistica legate alle dimensioni molto estese del territorio dell'ATS della Val Padana, anche per il 2018 è proseguita l'attività di controllo nel rispetto del criterio della territorialità delle farmacie, criterio confermato dalla Legge regionale n. 6/2017 che ha previsto l'istituzione di una Commissione e di sottocommissioni nel rispetto degli ambiti territoriali.

Azioni programmate 2018

Nel corso del 2018 le attività di verifica degli adempimenti normativi e della corretta gestione e distribuzione del farmaco sul territorio sono stati condotti secondo i criteri individuati dall'ACSS di seguito riportati:

- Ispezioni ordinarie nel 50% delle farmacie aperte al pubblico sul territorio

Azioni effettuate 2018

La tabella seguente riporta la sintesi delle visite ispettive effettuate, sulle farmacie del territorio, da parte del personale delle due UO di Vigilanza amministrativa ispettiva del Servizio Farmaceutico

Commissione/sottocommissioni	Tipo ispezione	n. farmacie convenzionate	n. dispensari	n. notizie di reato	n. rilievi / prescrizioni	n. sanzioni erogate	Importi notificati
Mantova	Ordinaria	70	1	0	114	19	€ 10.473,82
Mantova	Preventiva	6	0	0	3	0	-
Mantova	Straordinaria	1	0	0	0	1	€ 506,80
Cremona	Ordinaria	61	2	0	52	4	€ 2.613,00
Cremona	Preventiva	4	1	0	4	0	-
Cremona	Straordinaria	5	1	0	3	0	-

Programmazione azioni 2019

In accordo con quanto disposto dalla DGR n. XI/1046 del 17/12/2018, sono state programmate, per l'anno 2019 e 2020, le azioni tese alla vigilanza sul corretto espletamento, da parte delle farmacie aperte al pubblico, dell'attività distributiva dei farmaci sul territorio

Pianificazione biennale ispezioni ordinarie:

ATS della VAL PADANA		
n. farmacie con ispezione prevista nel biennio 2019/2020	n. farmacie con ispezione prevista nel 2019	n. farmacie con ispezione prevista nel 2020
269	130	139

Calendario annuale con ispezione ordinaria prevista per l'anno 2019

ATS della VAL PADANA		
Sottocommissione	n. farmacie convenzionate	n. dispensari
Mantova	70	1
Cremona	60	7

Piano dei Controlli dell'Area delle Cure Primarie - Anno 2019

Analisi del contesto

Le Cure Primarie, a giudizio della stessa Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) è un “settore complesso da governare”, ed è attesa una “sostanziale assenza di flussi strutturati, ad eccezione di quanto concerne la rendicontazione economica”. La gestione delle attività di tale area, allo stato attuale, ha un ulteriore aspetto critico: il Dipartimento Cure Primarie (DCP) deve operare, per l'assolvimento delle funzioni a livello “distrettuale”, per il tramite di operatori assegnati alle ASST, ed a tale scopo sono state contemplate tra ATS e le tre ASST specifiche convenzioni o altre modalità per operare, nelle more che l'Agenzia diventi via via sempre più indipendente.

Tale premessa è necessaria in quanto i controlli e i relativi flussi di dati, in quota parte, devono essere recuperati per il tramite di collaboratori in forza alle tre ASST, e comprensibilmente, a seguito del contesto descritto, può essere viziata un'attività di controllo accurata ed esaustiva secondo le necessità dello stesso DCP.

Inoltre con le regole di sistema 2019 si prevedono altri ripensamenti sulla Legge 23 che riguardo il DCP: ad esempio il passaggio di competenze dalle ASST alla ATS della scelta e revoca del medico e pediatra di famiglia, la logistica dei presidi di Continuità Assistenziale ed altre attività ancora.

Il venir meno dei tradizionali Distretti orienta inoltre a far transitare nel DCP svariate attività orfane di una chiara guida di governo.

Per le ragioni sopra espresse le attività di controllo si richiamano ad azioni realisticamente realizzabili in attesa di un consolidamento dell'area delle Cure Primarie in termini di personale che di funzioni.

Sintetica rendicontazione dell'attività di controllo effettuata nel 2018.

Considerata l'anomalia del contesto sopra precisato, unitamente ad una carenza di organico del DCP, le attività effettuate nel corso del 2018 si possono descrivere come segue:

Accessi ADI, ADP, ADR: eseguiti sul 100% dei relativi riepiloghi sotto il profilo formale in particolare a partire dal 1° luglio del 2018 a seguito dell'acquisizione di un Dirigente Medico. In forza di contatti con gli assistiti e richieste di chiarimento ai medici non sono stati remunerati n. 55 accessi domiciliari o nelle comunità. Sono stati eseguiti anche n. 15 controlli domiciliari (12 ADP + 1 ADI + 2 ADR) dai quali sono emersi provvedimenti di chiusura del piano (n.4), richieste di chiarimento, recupero di 32 accessi già remunerati e modifica della frequenza degli accessi.

A seguito di tali controlli sono state fornite varie disposizioni a tutti i medici riguardo gli istituti in argomento, provvedendo ad un aggiornamento più efficace della specifica documentazione.

Prestazioni Aggiuntive: eseguiti sul 100% dei relativi riepiloghi sotto il profilo formale in particolare a partire dal 1° luglio del 2018 a seguito dell'acquisizione di un Dirigente Medico. In Forza di contatti con gli assistiti interessati, le strutture sanitarie o sociosanitarie eventualmente coinvolte nel percorso di cura e di richieste di chiarimento ai medici (telefoniche o per iscritto) si sono individuate ben 157 situazioni irregolari che hanno comportato anche il recupero di 42 prestazioni. In merito, a seguito di elementi acquisiti dai controlli, si sono diffuse disposizioni a tutti Medici.

Accessi di APA: oltre al 100 % dei riepiloghi e dei casi presentati si sono fornite disposizioni che hanno interrotto la remunerazione dei casi di sovrappeso. In merito si sono fornite indicazioni a tutti i PLS e si è istituito un gruppo di lavoro per la definizione di un documento di appropriatezza.

Riepiloghi turni di CA: tutti i “fogli firma” anche ai fini della remunerazione sono stati vagliati valutando la coerenza dei turni con un adeguato riposo psico-fisico. In merito sono emerse disposizioni a tutti i MCA e specifici richiami.

Requisiti organizzativi degli studi medici: sono stati eseguiti n. 22 sopralluoghi senza preavviso, per ognuno si redatto un verbale. Sono state individuate delle non conformità che si è chiesto di regolarizzare e si è provveduto anche a fornire specifiche disposizioni in merito.

Controllo autocertificazioni: è consolidato l'iter del controllo di tali fattispecie di dichiarazioni presentate dai medici all'atto dell'assegnazione dell'incarico di MMG PLS e MCA. Il DCP fornisce anche un rilevante contributo nell'ambito delle attività di controllo sulle autocertificazioni di esenzione dalla partecipazione sanitaria (ticket).

Programmazione dei controlli 2019

Tenuto conto dei limiti citati, di seguito si riporta una tabella delle possibili attività di controllo per l'anno 2019, di massima in continuità con il 2018. Contrassegnati con l'asterisco (*) sono i controlli ipotizzabili solo se assicurati, a seguito di negoziazione, da personale delle ASST che opera per le Cure Primarie tramite specifica convenzione o a seguito di adeguata dotazione diretta di personale da parte dell'ATS e anche a seguito di acquisizione di personale medico. Anche gli altri per quota parte sono svolti da personale delle ASST. Tabella 1



Tabella 1: programmazione dei controlli Dipartimento Cure Primarie

Area/Settore del controllo	Criticità da prevenire	Obiettivi	Indicatori	Personale preposto
MMG: - ADI, ADP e PA (prestazioni aggiuntive) PLS: - APA e PA	<i>Non conformità alle indicazioni convenzionali</i>	MMG: 1) Verifica del rispetto degli obblighi convenzionali contenuti negli specifici accordi collettivi e nelle eventuali linee guida di appropriatezza condivise a livello locale, attraverso il controllo dei riepiloghi presentati dai medici. 2) Verifica del grado di appropriatezza dei pazienti in ADP (non deambulabilità/patologie) e dei relativi accessi (frequenza/tenuta scheda sanitaria/ ecc.) sui MMG. PLS: 1) Verifica mensile delle APA rendicontate dai PLS. 2) Verifica mensile delle PA nel rispetto delle linee guida di appropriatezza.	MMG: 1) Verifica sul 100% dei riepiloghi presentati mensilmente e delle proposte di attivazione delle prestazioni (casi ADP-ADI, Prestazioni Aggiuntive con preventiva autorizzazione). 2) Verifica diretta di almeno il 2% delle nuove attivazioni di ADP e del 5% dei casi attivi (*). PLS: 1) Verifica mensile del 100% delle prestazioni di APA riepilogate e delle proposte di attivazione. 2) Verifica mensile delle PA indicate nelle linee guida di appropriatezza.	Personale sia amministrativo che sanitario di qualsiasi livello variabilmente in relazione ai criteri da controllare. Personale sanitario di qualsiasi livello. Personale sia amministrativo che sanitario di qualsiasi livello variabilmente in relazione ai criteri da controllare.
Medici di Continuità Assistenziale: Turni di guardia effettuati dai Medici di Continuità Assistenziale	<i>Adeguatezza copertura dei turni</i>	Verifica del costante rispetto della normativa, anche ai fini del pagamento, attraverso il controllo formale dei fogli firma presentati dai medici dei diversi Presidi di Guardia in considerazione anche del rispetto degli standard di riposo psicofisico.	Verifica sul 100% dei prospetti turni e dei fogli firma presentati mensilmente.	Personale sia amministrativo che sanitario di qualsiasi livello variabilmente in relazione ai criteri da controllare.
Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta: Requisiti organizzativi dei medici convenzionati (standard orari, utilizzo personale, conformità avvisi esposti, carta servizi, regolamento forme associative, ecc.)	<i>Non conformità alle indicazioni convenzionali</i>	Verifica del rispetto degli obblighi convenzionali da parte del Medico relativamente all'organizzazione degli studi medici mediante sopralluogo presso gli stessi.	Sopralluoghi sul 5 % almeno dei medici convenzionati più tutte le riviste conseguenti a precedenti prescrizioni (*).	Personale sia amministrativo che sanitario di qualsiasi livello variabilmente in relazione ai criteri da controllare.
Autocertificazioni rilasciate: dai medici convenzionati	<i>Dichiarazioni non conformi</i>	Verifica della conformità delle dichiarazioni rilasciate dai Medici convenzionati e dai cittadini attraverso richiesta di conferma agli Enti competenti.	20% delle autocertificazioni ricevute mensilmente.	Personale amministrativo di qualsiasi livello.