



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Val Padana

# Piano di attività

dei controlli sanitari, socio sanitari e sociali

*anno 2018*

## Sommario

Controlli sanitari.....	3
Controlli in materia di tempi d'attesa.....	36
Autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie.....	37
Piano per le Unità d'Offerta sociosanitarie.....	47
Piano delle attività di vigilanza relativo alle Unità d'Offerta sociali .....	84
Controlli in ambito di assistenza farmaceutica .....	90
Autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti delle aziende fornitrici di ausili protesici .....	95
Controlli in ambito di Cure Primarie .....	97

# Controlli sanitari

## Esiti delle verifiche condotte nel corso del 2017

### Prestazioni di ricovero

In considerazione di quanto stabilito dalla D.G.R. X 5954 del 05/12/16, nell'anno 2017 doveva essere verificato un numero di cartelle cliniche pari ad almeno il 14% di quanto prodotto dalle Strutture erogatrici di prestazioni di ricovero dell'ATS Val Padana nel corso dell'anno 2016 pari ad almeno 15.003 cartelle.

La percentuale del 14% di cartelle cliniche da verificare era così composta:

- Una quota di almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- 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 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori.

Nella tabella seguente sono sintetizzati i dati complessivi relativi alle verifiche condotte nel corso del 2017.

Ente	DESCRIZIONE	CD_STRUTTURA	DESCRIZIONE	SDO CONTROLLATE	SDO MEDIFICATE	MINOR VALORE
327	ATS VAL PADANA	030217	C.d.C. Ancelle	152	1	€ 1.851,00
		030218	C.d.C. San Camillo	421	17	€ 28.536,00
		030219	C.d.C. Figlie di San Camillo	744	24	€ 14.438,00
		030259	C.d.C. San Clemente	504	10	€ 7.862,00
		030353	Ospedale Volta Mantovana	511	17	€ 14.618,00
		030355	Ospedale di Suzzara	1.011	5	€ 3.621,00
		030357	Ospedale di Castiglione	768	21	€ 46.260,00
		030380	Ospedale di Viadana	57	6	€ 0,00
		030395	Pola Sanitario Nuovo Robbiani	66	0	€ 0,00
<b>327 ATS VAL PADANA</b>			<b>Totale</b>	<b>4.234</b>	<b>101</b>	<b>€ 117.186,00</b>
933	F.MAUGERI	030933	Maugeri Castelgoffredo	135	10	€ 22.947,00
<b>933 FOND. "MAUGERI" CASTELGOFFREDO</b>			<b>Totale</b>	<b>135</b>	<b>10</b>	<b>€ 22.947,00</b>
724	ASST CREMONA	030273	POOP	878	36	€ 51.292,00
		030908	Cremona	3.115	104	€ 279.143,00
<b>724 ASST CREMONA</b>			<b>Totale</b>	<b>3.993</b>	<b>140</b>	<b>€ 330.435,00</b>
725	ASST MANTOVA	030227	Asola	661	14	€ 19.201,00
		030239	Pieve	1.036	19	€ 34.563,00
		030907	Poma	3.249	53	€ 126.630,00
<b>725 ASST MANTOVA</b>			<b>Totale</b>	<b>4.946</b>	<b>86</b>	<b>€ 180.394,00</b>
726	ASST CREMA	030209	Crema	2.027	42	€ 40.214,00
		030215	Rivolta	191	4	€ 11.568,00
		030390	Soncino	52	6	€ 8.893,00
<b>726 ASST CREMA</b>			<b>Totale</b>	<b>2.270</b>	<b>52</b>	<b>€ 60.675,00</b>
<b>ATS VAL PADANA TOTALE</b>				<b>15.578</b>	<b>389</b>	<b>€ 711.637,00</b>

## Verifiche sui ricoveri

### Autocontrollo di qualità (3%)

L'attività di autocontrollo di qualità documentale hanno riguardato 3.214 cartelle cliniche. Complessivamente i risultati (0,50% 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.

COSP	Struttura	Atteso Qualità doc. (3%)	Confermate	% confermate	Non confermate	% non confermate
030209	CREMA OSP. MAGGIORE	429	429	100,00		-
030215	RIVOLTA D'ADDA OSP. S.MARTA	39	38	97,44	1	2,56
030217	CREMONA C.C. ANCELLE CARITA'	31	31	100,00		-
030218	CREMONA C.C. S.CAMILLO	86	86	100,00		-
030219	CREMONA C.C. FIGLIE S.CAMILLO	154	152	98,70	2	1,30
030227	ASOLA OSP. CIVILE	138	138	100,00		-
030239	PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	200	200	100,00		-
030259	MANTOVA C.C. S.CLEMENTE	93	93	100,00		-
030273	CASALMAGGIORE OSP. OGLIO PO	183	181	98,91	2	1,09
030353	VOLTA MANTOVANA OSP CIVILE SRL	96	96	100,00		-
030355	SUZZARA OSP. DI SUZZARA SPA	198	198	100,00		-
030357	CASTIGLIONE STIVIERE OSP. SRL	151	151	100,00		-
030380	VIADANA OSPEDALE	10	10	100,00		-
030390	SONCINO PRESIDIO OSPEDALIERO	9	8	88,89	1	11,11
030395	SORESINA OSP. NUOVO ROBBIANI	11	11	100,00		-
030907	MANTOVA OSP. C.POMA	696	692	99,43	4	0,57
030908	CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	661	655	99,09	6	0,91
030933	CASTELGOFFREDO FOND. S.MAUGERI	29	29	100,00		-
<b>Totale</b>		<b>3.214</b>	<b>3.198</b>	<b>99,50</b>	<b>16</b>	<b>0,50</b>

**Autocontrollo di congruenza B (4%):**

Anche per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza B (4%) hanno riguardato 4.288 cartelle cliniche. I risultati (1,73% di pratiche modificate) sono influenzati dalla scelta di tipologie di controllo a basso rischio di modifica da parte delle strutture erogatrici.

COSP	Struttura	Atteso Congruenza (4%)	Confermate	% confermate	Non confermate	% non confermate
030209	CREMA OSP. MAGGIORE	572	572	100,00		-
030215	RIVOLTA D'ADDA OSP. S.MARTA	52	51	98,08	1	1,92
030217	CREMONA C.C. ANCELLE CARITA'	41	41	100,00		-
030218	CREMONA C.C. S.CAMILLO	115	115	100,00		-
030219	CREMONA C.C. FIGLIE S.CAMILLO	205	191	93,17	14	6,83
030227	ASOLA OSP. CIVILE	184	183	99,46	1	0,54
030239	PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	267	266	99,63	1	0,37
030259	MANTOVA C.C. S.CLEMENTE	124	124	100,00		-
030273	CASALMAGGIORE OSP. OGLIO PO	244	233	95,49	11	4,51
030353	VOLTA MANTOVANA OSP CIVILE SRL	128	128	100,00		-
030355	SUZZARA OSP. DI SUZZARA SPA	265	265	100,00		-
030357	CASTIGLIONE STIVIERE OSP. SRL	201	201	100,00		-
030380	VIADANA OSPEDALE	14	14	100,00		-
030390	SONCINO PRESIDIO OSPEDALIERO	12	12	100,00		-
030395	SORESINA OSP. NUOVO ROBBIANI	15	15	100,00		-
030907	MANTOVA OSP. C.POMA	928	925	99,68	4	0,43
030908	CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	882	843	95,58	39	4,42
030933	CASTELGOFFREDO FOND. S.MAUGERI	39	36	92,31	3	7,69
<b>Totale</b>		<b>4.288</b>	<b>4.214</b>	<b>98,27</b>	<b>74</b>	<b>1,73</b>

## Controlli di congruenza

Nel corso del trimestre settembre - novembre 2017 sono proseguite le attività di verifica di congruenza (7%). Nella seguente tabella sono sintetizzati i risultati complessivi dei controlli eseguiti nel corso dell'anno 2017.

COSP	Descrizione	Atteso congruenza	Pratiche campionate	Pratiche conformi	Pratiche modificate	Valore originale	Valore assegnato	Delta
030227	Ospedale Asola	322	360	347	13	€ 1.147.035	€ 1.128.873	€ 18.162
030239	Ospedale Pieve di Coriano	467	569	551	18	€ 2.788.663	€ 2.754.100	€ 34.563
030259	Casa di Cura San Clemente	216	284	274	10	€ 1.094.972	€ 1.087.110	€ 7.862
030353	Ospedale Volta Mantovana	225	290	272	18	€ 727.934	€ 713.316	€ 14.618
030355	Ospedale di Suzzara	463	536	531	5	€ 2.033.098	€ 2.029.477	€ 3.621
030357	Ospedale Castiglione	352	413	392	21	€ 2.450.409	€ 2.404.149	€ 46.260
030380	Ospedale Viadana	24	33	27	6	€ 154.090	€ 154.090	€ 0
030907	Ospedale Carlo Poma Mantova	1.625	1.626	1.581	45	€ 11.850.399	€ 11.739.767	€ 110.632
030933	Fond. Maugeri Castelfredro	68	74	67	7	€ 835.389	€ 812.442	€ 22.947
030273	ASST Cremona - Ospedale Oglio Po	427	451	429	22	€ 2.059.113	€ 2.020.413	€ 38.700
030908	ASST Cremona - Ospedale Cremona	1.543	1.572	1.513	59	€ 9.429.733	€ 9.208.133	€ 221.600
030209	ASST Crema - Ospedale Crema	1.002	1.026		42	€ 4.114.892	€ 4.078.583	€ 36.309
030215	ASST Crema - Ospedale Rivolta D'Adda	91	100	98	2	€ 734.984	€ 731.830	€ 3.154
030390	ASST Crema - Ospedale di Soncino	21	31	26	5	€ 256.880	€ 247.987	€ 8.893
030218	Casa di Cura San Camillo	201	220	210	17	€ 740.725	€ 711.973	€ 28.752
030219	Casa di Cura Figlie di San Camillo	358	384	376	8	€ 1.321.326	€ 1.312.011	€ 9.315
030217	Casa di Cura Ancelle della Carità	72	80	79	1	€ 801.054	€ 799.203	€ 1.851
030395	Nuovo Robbiani	26	40	40	0	€ 165.200	€ 165.200	€ 0
<b>Totale ATS Val Padana</b>		<b>3.741</b>	<b>3.904</b>	<b>2.771</b>	<b>156</b>	<b>€ 42.705.896</b>	<b>€ 42.098.657</b>	<b>€ 607.239</b>

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.

## Verifiche sulle prestazioni ambulatoriali

### Controlli sul campo

Nel corso dei primi 9 mesi di attività dell'anno 2017 si è scelto di approfondire le verifiche relative alle aree della medicina fisica e riabilitazione e delle cure odontoiatriche

### Medicina fisica e riabilitativa:

CODICE PRESIDIO	Denominazione Struttura	Pratiche selezionate	Pratiche confermate	% confermate	Pratiche non confermate	% non confermate
001780	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	203	195	96,06	8	3,94
001817	X RAY ONE	558	558	100,00	0	0,00
001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	691	691	100,00	0	0,00
001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	480	480	100,00	0	0,00
001921	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	186	186	100,00	0	0,00
001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	361	352	97,51	9	2,49
003425	POLIAMBUL. OSP.PIEVE CORIANO	417	406	97,36	11	2,64
003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	189	171	90,48	18	9,52
003432	POLIAMBULATORIO - MANTOVA	258	256	99,22	2	0,78
003437	POLIAMBULATORIO - GOITO	349	349	100,00	0	0,00
003472	POLIAMBULATORIO - OSP.ASOLA	391	362	92,58	29	7,42
003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	399	399	100,00	0	0,00
001787	Polo Sanitario Nuovo Robbiani Soresina	969	965	99,59	4	0,41
003384	ASST Cremona - Presidio Oglio Po	222	203	91,44	19	8,56
001887	Casa di Cura San Camillo	205	199	97,07	6	2,93
001923	Centro Medico San Lorenzo - Crema	377	362	96,02	15	3,98
001936	FKT Riabilita - Crema	389	368	94,60	21	5,40
003397	ASST Cremona - Presidio di Cremona	371	309	83,29	62	16,71
001970	FKT Sanitas - Soncino	434	423	97,47	11	2,53
005504	Fondazione Vismara - San Bassano	110	110	100,00	0	0,00
001893	Fondazione Aragona - San Giovanni in Croce	180	177	98,33	3	1,67
001928	Casa di Cura Figlie di San Camillo	320	318	99,38	2	0,63
001972	Casa di Cura Ancelle della Carità	328	316	96,34	12	3,66
003482	ASST Crema - Presidio di Crema	255	245	97,08	10	3,92
003485	ASST Crema - Presidio di Rivolta d'Adda	274	265	97,72	9	3,28
<b>Totale</b>		<b>8.907</b>	<b>8.665</b>	<b>97,28</b>	<b>232</b>	<b>2,72</b>

### Criticità emerse nel corso dei controlli sul campo delle prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa

- 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
- Assenza delle misurazioni del diametro ad inizio e fine ciclo per le prestazioni di massoterapia per drenaggio linfatico (DGR 3111)
- 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

Codice struttura	Struttura	Pratiche selezionate	Pratiche confermate	% confermate	Pratiche non confermate	% non confermate
001817	X RAY ONE	279	272	97,49	7	2,51
001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	111	105	94,59	6	5,41
001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	308	308	100,00	0	0,00
003432	POLIAMBULATORIO - MANTOVA	198	183	92,42	15	7,58
003437	POLIAMBULATORIO - GOITO	142	140	98,59	2	1,41
003472	POLIAMBULATORIO - OSP.ASOLA	118	118	100,00	0	0,00
003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	20	20	100,00	0	0,00
003397	ASST Cremona - Presidio di Cremona	350	345	98,57	5	1,43
003384	ASST Cremona - Presidio Oglio Po	100	99	99,00	1	1,00
003482	ASST Crema - Presidio di Crema	198	198	100,00	0	0,00
001788	Sanitas Diagnostica Crema	120	120	100,00	0	0,00
001787	Polo Sanitario Nuovo Robbiano - Soresina	1301	1118	85,93	183	14,07
<b>Totale</b>		<b>3.245</b>	<b>3.026</b>	<b>93,25</b>	<b>219</b>	<b>6,75</b>

### 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 usate 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 usate 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.

Sono state inoltre condotte verifiche sul campo sui setting assistenziali relativi a B.I.C. e M.A.C. i cui risultati sono sintetizzati dalle seguenti tabelle:

#### B.I.C.

Cod. Struttura	Struttura	Campione NOC	Confermate	% confermate	Modificate	% modificate
1928	C.d.C. Figlie di san Camillo	377	376	99,73	1	0,27
1887	C.d.C. San Camillo	385	379	98,44	6	1,56
3397	Ospedale di Cremona	567	541	95,41	26	4,59
3384	Ospedale Oglio Po	272	267	98,16	5	1,84
3482	Ospedale di Crema	369	351	95,12	18	4,88
1821	Poliambulatorio di Suzzara	199	199	100,00	0	0,00
1951	C.d.C San Clemente	161	161	100,00	0	0,00
3430	Poliambulatorio Ospedale di Mantova	111	111	100,00	0	0,00
3472	Poliambulatorio Ospedale di Asola	97	96	98,97	1	1,03
<b>Totale</b>		<b>2.538</b>	<b>2.481</b>	<b>97,75</b>	<b>57</b>	<b>2,25</b>

**M.A.C.**

<b>Codice struttura</b>	<b>Struttura</b>	<b>Campione NOC</b>	<b>Confermate</b>	<b>% Confermate</b>	<b>Modificate</b>	<b>% Modificate</b>
001972	C.d.C Ancelle	553	553	100,00	0	0,00
001928	C.d.C Figlie San Camillo	547	546	99,82	1	0,18
001887	C.d.C San Camillo	220	214	97,27	6	2,73
003397	Ospedale di Cremona	499	471	94,39	28	5,61
003384	Ospedale Oglio Po	200	192	96,00	8	4,00
003482	Ospedale santa Marta Rivolta d'Adda	171	169	98,83	2	1,17
003482	Ospedale di Crema	509	491	96,46	18	3,54
001780	Ospedale Volta Mantovana	101	101	100,00	0	0,00
001821	Ospedale di Suzzara	50	50	100,00	0	0,00
001921	Fond. Maugeri Castelgoffredo	81	81	100,00	0	0,00
001951	C.d.C San Clemente	50	49	98,00	1	2,00
003425	Ospedale Pieve di Coriano	212	212	100,00	0	0,00
003430	Ospedale Carlo Poma Mantova	51	51	100,00	0	0,00
003474	Ospedale Bozzolo	279	279	100,00	0	0,00
<b>Totale</b>		<b>2.699</b>	<b>2.636</b>	<b>97,67</b>	<b>63</b>	<b>2,33</b>

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

Per le B.I.C le principali criticità riguardano la mancata modifica del codice di prestazione nel caso in cui in sala operatoria si opti per un intervento diverso da quello inizialmente prenotato e l'esecuzione di prestazioni codificabili con codici ambulatoriali non B.I.C.

Per le M.A.C. il motivo di non conferma prevalente è consistito nel non rispetto, in alcuni degli accessi, dei parametri temporali e di multidisciplinarietà delle prestazioni.

### **Controlli automatici**

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

- Indicatori al controllo
- Congruenza esenzione/prestazione ambulatoriale
- Prestazioni correlate a ricoveri od a B.I.C.

### **Sintesi complessiva delle verifiche sulle prestazioni ambulatoriali**

I risultati complessivi di tutte le attività sono sintetizzati nelle seguenti tabelle:

<b>Anno Flusso</b>	<b>Tipologia controllo</b>	<b>Prescrizioni</b>	<b>Prescrizioni modificate</b>	<b>% modificate</b>
2017	Controlli sul campo CR	16.279	668	4,10
	Controlli sul campo MN	5.663	107	1,89
2017	Controlli automatici CR	51.876	1.646	3,17
	Controlli automatici MN	42.153	4.643	11,01
<b>Totale</b>		<b>115.971</b>	<b>7.064</b>	<b>6,09</b>

ENTE	CD PRESIDIO	Descrizione presidio	MINOR VALORE
327	001780	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	€ 10.778,71
327	001787	POLO SANITARIO NUOVO ROBBIANI	€ 5.774,20
327	001788	SANITAS DIAGNOSTICA	€ 780,29
327	001817	X RAY ONE	€ 3.982,49
327	001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	€ 3.120,92
327	001863	CONTACT SRL	€ 66,00
327	001887	CASA DI CURA S.CAMILLO	€ 11.532,76
327	001893	FONDAZ. OSP. GIUSEPPE ARAGONA	€ 158,17
327	001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	€ 17.025,22
327	001923	CENTRO MED. DIAGN. S.LORENZO	€ 3.555,96
327	001928	CASA DI CURA FIGLIE S.CAMILLO	€ 2.995,52
327	001936	FISIOKINESITERAPIA CREMA S.R.L. - RIABILITA	€ 1.550,15
327	001937	FONDAZIONE OSPEDALE CAIMI ONLUS	€ 11,60
327	001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	€ 1.071,28
327	001970	FISIOKINESITERAPIA SANITAS	€ 795,35
327	001972	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CAR	€ 687,08
327	002007	ECO-RAD DIAGNOSTICA	€ 0,00
327	002008	MEDICENTER	€ 0,00
327	005504	Fondazione Vismara San Bassano	€ 0,00
327	030355	Ospedale di Suzzara	€ 399,75
327	030357	Ospedale di Castiglione delle Stiviere	€ 12.772,11
<b>327 ATS Val Padana Totale</b>			<b>€ 77.057,56</b>
933	001921	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	€ 1.871,95
724	003384	POL.OSP.OGLIO PO	€ 17.686,05
724	003387	UONPIA POLO TERR.CREMONA	€ 0,00
724	003390	CENTRO MEDICINA DELLO SPORT	€ 0,00
724	003395	UONPIA POLO TERR. SORESINA	€ 0,00
724	003397	POLIAMB. A.O.IST.OSPIT.CREMONA	€ 47.551,57
724	003399	UONPIA POLO TERR. CASALMAGGIORE	€ 0,00
724	003412	SERV.OSP. NPJA DI CREMONA	€ 0,00
724	030273	Ospedale Oglio Po	€ 2.663,30
724	030908	Ospedale di Cremona	€ 6.201,29
<b>724 ASST Cremona Totale</b>			<b>€ 74.102,21</b>
725	003420	POLIAMBULATORIO - VIADANA	€ 67,50
725	003425	POLIAMBUL. OSP.PIEVE CORIANO	€ 10.693,27
725	003427	POLIAMBULATORIO - QUISTELLO	€ 260,02
725	003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	€ 60.261,13
725	003432	POLIAMBULATORIO - MANTOVA	€ 166,90
725	003437	POLIAMBULATORIO - GOITO	€ 176,75
725	003451	POLIAMBULATORIO - CASTEL G.	€ 32,70
725	003472	POLIAMBULATORIO - OSP.ASOLA	€ 14.648,58
725	003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	€ 601,40
725	030227	Ospedale Asola	€ 356,50
725	030239	Ospedale Pieve di Coriano	€ 6.668,78
725	030907	Ospedale Carlo Poma	€ 16.544,11
<b>725 ASST Mantova Totale</b>			<b>€ 110.477,64</b>
726	003482	POLIAMBULATORIO DI CREMA	€ 27.569,96
726	003485	POLIAMBULATORIO DI RIVOLTA D/A	€ 3.284,56
726	003489	POLIAMBULATORIO DI SONCINO	€ 0,00
726	003491	POLIAMBULATORIO DI CASTELLEONE	€ 80,32
726	003494	U.O.N.P.I.	€ 0,00
726	030209	Ospedale di Crema	€ 2.252,39
<b>726 ASST Crema Totale</b>			<b>€ 33.187,23</b>
<b>Totale ATS Val Padana</b>			<b>€ 296.696,59</b>

## Considerazioni conclusive

Gli esiti delle attività di controllo relative all'anno 2017 se confrontati con gli esiti dell'anno 2016 mostrano un sensibile aumento (31,95%) della minor valorizzazione complessiva delle prestazioni. In particolare l'incremento maggiore è relativo ai controlli ambulatoriali 86,23% rispetto alle verifiche sui ricoveri (17,66%).

Tali risultati sono da mettere in relazione alla scelta di incrementare le percentuali di record campionati afferenti alle aree critiche della Medicina Fisica e Riabilitativa e della Odontoiatria per quel che riguarda i controlli effettuati sul campo, inoltre si è proceduto all'allargamento dei campioni contestati automaticamente mediante incroci informatici alle strutture erogatrici dell'area mantovana.

La tabella seguente illustra quanto descritto.

### Minor valorizzazione anno 2017 rispetto all'anno 2016

Tipologia	Anno 2016	Anno 2017	Differenza	%
SDO	€ 604.843,00	€ 711.637,00	€ 106.794,00	17,66
AMBULATORIALE	€ 159.319,57	€ 296.696,59	€ 137.377,02	86,23
<b>TOTALE</b>	<b>€ 764.162,57</b>	<b>€ 1.008.333,59</b>	<b>€ 244.171,02</b>	<b>31,95</b>

## Linee di sviluppo per i controlli NOC – Prestazioni di Ricovero

### Ricoveri

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, si dispone che le annualità di controllo coincidano con l'annualità solare, prevedendo quindi, sin dal 2018, che le attività di controllo si concludano entro il 31.12.2018.

Per quanto detto l'esercizio 2018, che avrà inizio comunque dal 1° marzo 2018 per consentire la regolare conclusione dell'esercizio 2017 (al 28.02.2018), sarà un esercizio di transizione che avrà eccezionalmente una durata di 10 mesi, prevedendo il ripristino delle 12 mensilità di controllo a partire dal 1° gennaio 2019 (esercizio 2019). In considerazione della prevista contrazione del tempo utile per l'attività di controllo, è stato altresì disposto che la quota complessiva di controlli attesi per le attività di ricovero per il 2018 sia eccezionalmente ridotta dal 14% all'11,5%, riproporzionando quindi la quota minima sulle mensilità di attività effettivamente disponibili.

Con la nota 6100 del 13/02/2018 la DG Welfare di Regione Lombardia ha stabilito che in attesa dell'emanazione del "Piano annuale dei controlli e dei protocolli" dell'Agenzia di controllo del Servizio Sociosanitario lombardo (ACSS) con la quale le Agenzie di Tutela della Salute si coordineranno nell'espletamento delle proprie funzioni di controllo, si procederà in una prima fase ad avviare l'Esercizio di controllo 2018 riconfermando le modalità di lavoro impiegate per l'Esercizio 2017. Veniva inoltre fissata la scadenza per l'invio in ATS del Piano dei controlli degli erogatori al 28/02/2018, mentre la scadenza della presentazione del Piano annuale dei controlli delle ATS veniva fissata al 31 marzo 2018. I piani devono fare riferimento alle modalità di lavoro utilizzate nell'esercizio 2017, da intendersi integralmente riconfermate con l'eccezione di quanto già disposto dalle Regole di Sistema 2018 in termini di tempistica e volumi di attività complessivi.

La nota ha declinato inoltre i volumi parziali delle attività dei controlli sulle prestazioni sanitarie come di seguito indicato:

- Controllo mirato di congruenza ed appropriatezza generica (ATS) – quota del 5%
- Autocontrollo di qualità documentale (erogatori) – quota massima del 3%
- Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (erogatori) – quota massima del 3,5%.

Con la nota 6534 del 16/02/2018 relativamente alla tempistica delle attività di autocontrollo degli erogatori ha stabilito quanto segue:

- Autocontrollo di qualità documentale (Erogatori) - quota massima del 3% - dimissioni gennaio-marzo 2018 (3 mesi) - trasmissione esiti in ATS entro il 30.06. 2018
- Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (Erogatori) - quota massima del 3,5% - dimissioni gennaio-aprile 2018 (4 mesi) - trasmissione esiti in ATS entro il 30.06.2018.

La Deliberazione 7923 del 26/02/2018 ha stabilito di prorogare l'efficacia del piano dei controlli annuali approvato con DGR n. X/6502 del 21.04.2017 fino all'approvazione del Piano dei controlli per l'anno 2018;

Con la nota 9936 del 14/03/2018 viene stabilito che nelle more dell'approvazione del Piano dei controlli dell'ACSS, le ATS predispongono un Piano di attività per il 2018 che definisca le verifiche in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale in continuità con quanto definito nel Piano dei controlli dell'ACSS del 2017 integrate secondo quanto disposto nella DGR 7600/2017 paragrafo 4.7.

I Piani di attività 2018 sono deliberati dalle ATS e devono essere inviati alla ACSS e alla DG Welfare entro il 16 aprile 2018. Tali piani vanno considerati immediatamente efficaci ed esecutivi.

Con mail del Dr. Aldo Bellini della DG Welfare di Regione Lombardia del 23/03/2018 sono stati comunicati i volumi minimi di cartelle cliniche da sottoporre a controllo nel corso del 2018.

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

COSP	Strutture ATS Val Padana	Produzione 2017	Atteso controlli totale (11,5%)	Atteso Congruenza (5%)	Atteso Congruenza (3,5%)	Atteso Qualità doc. (3%)
030209	CREMA OSP. MAGGIORE	14.338	1.649	717	502	430
030215	RIVOLTA D'ADDA OSP. S.MARTA	1.317	151	66	46	40
030217	CREMONA C.C. ANCELLE CARITA'	994	114	50	35	30
030218	CREMONA C.C. S.CAMILLO	2.837	326	142	99	85
030219	CREMONA C.C. FIGLIE S.CAMILLO	5.093	586	255	178	153
030273	CASALMAGGIORE OSP. OGLIO PO	6.024	693	301	211	181
030390	SONCINO PRESIDIO OSPEDALIERO	246	28	12	9	7
030395	SORESINA OSP. NUOVO ROBBIANI	324	37	16	11	10
030908	CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	22.134	2.545	1.107	775	664
030227	ASOLA OSP. CIVILE	4.500	518	225	158	135
030239	PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	6.384	734	319	223	192
030259	MANTOVA C.C. S.CLEMENTE	3.224	371	161	113	97
030353	VOLTA MANTOVANA OSP CIVILE SRL	3.392	390	170	119	102
030355	SUZZARA OSP. DI SUZZARA SPA	6.993	804	350	245	210
030357	CASTIGLIONE STIVIERE OSP. SRL	5.012	576	251	175	150
030380	VIADANA OSPEDALE	345	40	17	12	10
030907	MANTOVA OSP. C.POMA	22.932	2.637	1.147	803	688
030933	CASTELGOFFREDO FOND. S.MAUGERI	1.021	117	51	36	31
<b>Totale</b>		<b>107.110</b>	<b>12.318</b>	<b>5.356</b>	<b>3.749</b>	<b>3.213</b>



## **Raccomandazioni comuni 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
- Alla fine del controllo, qualora si ravvedono le condizioni per irrogare la sanzione amministrativa, la struttura deve essere informata formalmente;
- La non sospensione del controllo a seguito di "interpello" alla Direzione Generale Welfare, così come previsto dalla Circolare n. 37/SAN/2003 e con le modalità introdotte dal DDGS n. 4304 del 13.05.2011, privilegiando, nel caso di contestazione, l'interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ATS;
- 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 **2018 (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 2017 fino al numero massimo di cartelle indicato nella tabella precedente.

Le strutture di ricovero provvedono, entro il 28 febbraio 2018, 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 è 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 2019), 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 delle produzioni. I suddetti elenchi non potranno comprendere cartelle già controllate dall'ATS 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 2018, 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 2019).

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 2018), 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 2018).

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2017. 2017 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 2018.

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 2019).

Relativamente alla valutazione di alcuni item si riportano i seguenti approfondimenti necessari per la corretta valutazione della check list a disposizione degli operatori.

### **Consenso informato**

Deve essere acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio. Deve essere datato e firmato dalla persona assistita, deve essere completo e deve contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico.

Nel caso di un minore o di persona non in grado di firmare devono essere inclusi moduli esplicativi che identifichino le persone che danno il consenso.

## **Consenso informato alla trasfusione per la chirurgia elettiva**

Il consenso deve essere presente (completo e firmato sia dal paziente che dal medico) anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata; ciò a tutela del principio che il consenso sia prestato dal paziente prima del verificarsi dell'evento trasfusivo. Al fine di fornire agli organi di controllo delle ATS un indicatore certo della correttezza del processo informativo del paziente, escludendo quindi dalla verifica descritta tutti i casi in cui essa risulterebbe non pertinente (es. chirurgia dermatologica in anestesia locale ecc.), si suggerisce che gli Erogatori forniscano alle ATS i propri documenti MSBOS ("Maximum Surgical Blood Order Scheduling", ovvero quantità massima di sangue/emocomponenti richiedibile per intervento chirurgico), ritenendo che la "non pertinenza" del consenso informato alla trasfusione in chirurgia elettiva, sia deducibile per tutti gli interventi in cui l'MSBOS non preveda l'opportunità della richiesta di emocomponenti.

L'obbligo del consenso informato sarà così correttamente limitato, oltre che in tutti i casi in cui sia stata effettuata una trasfusione, anche alle situazioni in cui, come indicato nell'MSBOS di ciascuna Struttura, sia prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione, pur se la trasfusione non venga poi effettuata.

Si chiarisce infine che l'MSBOS è una tabella di tutte le procedure chirurgiche, che include il numero di unità di sangue/emocomponenti/emoderivati routinariamente predisposti per ogni procedura. Esso viene elaborato da ciascuna Struttura mediante un'analisi retrospettiva del consumo di sangue/emocomponenti/emoderivati legato alla specifica procedura chirurgica, con l'obiettivo di correlare nel modo più stringente ed efficiente possibile la quantità di sangue ritirato con la quantità trasfusa

## **Consenso per minori**

Le operazioni chirurgiche, i trattamenti continuativi e prolungati, la psicoterapia, ecc. si devono considerare come atti di straordinaria amministrazione e pertanto è necessario acquisire il consenso esplicito di entrambi i genitori. In caso di disaccordo, la decisione è rimessa al giudice, ma il medico può e deve procedere alla erogazione dell'atto sanitario, se ricorre lo stato di necessità. In tali casi si prescinde dal consenso per scongiurare gravi pericoli per la vita o l'integrità fisica della persona. Nel caso in cui un genitore sia assente per: lontananza, impedimento, sua incapacità naturale o legale, si valuterà la situazione specifica, tenendo conto dell'urgenza dell'atto sanitario e dei tempi necessari per far intervenire il genitore assente. Per chi acquisisce il consenso, il problema diventa quello della prova che l'altro genitore sia effettivamente lontano, impedito od incapace e non ha potuto prestare il consenso.

In tal caso è possibile che il genitore presente compili e sottoscriva, sotto la sua responsabilità, un'autocertificazione, attestante la condizione di lontananza o impedimento dell'altro genitore; l'autocertificazione deve essere conservata insieme al modulo di consenso.

Per alcuni atti sanitari, il medico, su richiesta del minore, può procedere all'atto sanitario a prescindere dal consenso o dal dissenso ed anche ad insaputa dei genitori o del tutore. Si tratta precisamente:

- Accertamenti diagnostici e cure per malattie trasmesse sessualmente;
- Trattamenti di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze;
- Interruzione della gravidanza e delle scelte in ordine alla procreazione responsabile.

### **Esame obiettivo all'ingresso**

Deve essere orientato all'esame dei diversi sistemi specie quelli correlati alle motivazioni del ricovero, è assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione del pronto soccorso (in tempi brevi). Inoltre è valido anche il questionario anamnestico auto compilato dalla persona assistita, il quale deve essere sempre firmato dal medico che ne prende visione. Si ricorda che la grafia, nel caso la cartella clinica sia compilata a mano, deve essere facilmente leggibile, l'uso di sigle è possibile solo qualora sia conforme a standard internazionali o ufficialmente approvati dall'azienda ospedaliera.

### **Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)**

La firma del medico responsabile deve essere sempre presente, è ammessa la firma elettronica così come la sigla riconoscibile del medico che effettua la dimissione.

### **Lettera di dimissione**

E' il documento medico che funge da collegamento tra l'ospedale ed il medico di medicina generale o l'ambito assistenziale che si prenderà cura della persona assistita dopo la dimissione redatta dal medico che ha seguito il ricovero deve contenere in modo chiaro ed esaustivo i seguenti campi:

1. Circostanze, motivo del ricovero;
2. Iter diagnostico –terapeutico e accertamenti significativi;

3. Modificazioni del quadro clinico dalla ammissione alla dimissione;
4. Terapia farmacologica attuale;
5. Terapia successiva alla dimissione ed istruzioni di follow-up;
6. Eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie o sociali;
7. Suggerimenti su abitudini di vita.

### **Documentazione cartella anestesiologicala**

Tale documentazione racchiude le valutazioni relative a:

- Valutazione preoperatoria: deve considerare i problemi ragionevolmente prevedibili a carico del paziente con assegnazione dello stress ad una classe di rischio (ASA) ed individuare la tecnica anestesiologicala più appropriata;
- Quanto occorso durante l'anestesia dovrebbe tradursi in apposita registrazione cronologicamente definita, comprendente oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero;
- Dati sull'intervento e sulla equipe chirurgica;
- Tipo di anestesia utilizzata ed eventuali modificazioni resesi necessarie;
- Tipo di supporto respiratorio;
- Procedure operative poste in essere;
- Parametri vitali monitorati.

### **Verbale operatorio**

Deve contenere la descrizione chiara della tipologia di intervento effettuato, la data dell'intervento, la durata dell'intervento, l'equipe operatoria consistente in almeno 3 operatori nel DH e 5 nei ricoveri ordinari, con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo. Deve essere presente la firma del primo operatore.

### **Cartella riabilitativa**

È lo strumento che documenta la pianificazione del trattamento elaborata ed attuata dal terapeuta per ogni presa in carico.

La cartella riabilitativa può essere articolata in sezioni e può essere corredata, secondo le necessità, di schede contenenti scale di misura della menomazione e/o della disabilità.

Dalle informazioni raccolte e dalla valutazione della disabilità si potranno identificare gli obiettivi del programma riabilitativo individuale. L'obiettivo è la descrizione di una situazione desiderabile, realistica, ipotizzabile, verso la quale il terapeuta ed il paziente devono indirizzare i loro sforzi ed indirizzare le scelte.

Il terapeuta documenta la scelta degli interventi del progetto riabilitativo che ritiene possano portare al recupero della menomazione od all'acquisizione di nuove abilità, per superare i deficit residui e stila un programma con un diario riabilitativo.

In esso va registrato datandolo e firmandolo, in ordine cronologico, lo svolgimento del trattamento fisioterapico riabilitativo, la risposta del paziente ed i suoi cambiamenti. Eventi non previsti richiedono di rivedere, rimodulare le scelte riabilitative.

Importante è l'indicazione dei tempi di esecuzione della riabilitazione anche al fine di valutare il corretto setting assistenziale per verificare l'appropriatezza del livello di riabilitazione

### **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 (5%)**

L'attività di controllo sarà effettuata sia sulla produzione dell'anno in corso (2018) sia su quella dell'anno precedente (2017) allo scopo di uniformare le modalità di campionamento e le singole pratiche saranno valutate sia con i criteri della appropriatezza che della congruenza, nonché con la verifica dei requisiti essenziali della cartella clinica, di cui alla DGR VIII/9014/2009 e alla DGR 621/2010, parte integrante del controllo.

Nella scelta delle cartelle per il controllo della congruenza mirata il peso medio del DRG delle cartelle controllate non sarà inferiore a 1,3. Al fine di uniformare l'omogeneità nel campionamento per i DRG 365, 430, 270, 104, 014, 428, 260, 256, 443, 149, 266 la frazione di campionamento non dovrà essere superiore a quanto indicato nella seguente tabella:

<b>DRG</b>	<b>% di campionamento</b>
365	Fino a 11%
430	Fino a 12%
270	Fino a 24%
104	Fino a 16%
014	Fino a 9%
428	Fino a 14%
260	Fino a 14%
256	Fino a 5%
443	Fino a 16%
149	Fino a 7%
266	Fino a 19%

Per quanto riguarda i DRG 169, 408, 576 e 359 saranno inseriti nei campioni di controllo con una percentuale superiore a quanto indicato nella seguente tabella:

<b>DRG</b>	<b>% di campionamento</b>
169	Superiore al 46%
408	Superiore al 23%
576	Superiore al 12%
359	Superiore al 8%

Il Piano dei controlli quadro elaborato per l'anno 2017 da parte dell'Agenzia del Controllo del sistema socio-sanitario 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 2017 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.

1. I criteri sui quali si intende svolgere l'attività di controllo del 2018 relativa alla produzione dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:
2. Analisi del case mix del singolo presidio ospedaliero.
3. Individuazione dei primi 20 DRG più frequenti valutata secondo la numerosità e la comparazione produttiva tra strutture, come già negli anni precedenti.
4. Individuazione dei DRG con 2 o meno casi/mese (da non campionare anche se inclusi nei 108 a rischio di inappropriatezza).
5. Individuazione dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza, con particolare riguardo per quelle strutture che supereranno il valore soglia del 22% nel rapporto tra ricoveri ordinari afferenti a tali DRG rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DRG.
6. 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.
7. Individuazione dei DRG che influiscono sul PDTA donazione (protesi – trapianto di cornea, dimissione con decesso).
8. Verifica di tutti i DRG 120, 217, 440 con MPR 86.22 “rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione” e durata della degenza uguale o superiore a 6 giorni.
9. Verifica a campione delle SDO in cui è presente il codice 86.22 tra le procedure, sottolineando in proposito che il codice di procedura 86.22, come già chiarito nella DGR n. IX/2057/2011, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria. Le procedure medicate e di toelette chirurgica, eseguite al letto del paziente, devono essere codificate invece con il codice 86.28 “rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione”. La rimozione asportativa di cui al codice 86.22 e l'asportazione definitiva di tessuto cutaneo e/o sottocutaneo devitalizzato, necrosi o depositi, per tramite di un'incisione (taglio) estesa all'esterno ed oltre il margine della ferita: la relativa documentazione clinica deve render conto della procedura effettuata, per la quale deve corrispondere una descrizione “dettagliata” sul verbale di intervento.
10. Verifica dei DRG 120, 217, 439 in abbinamento con i codici di prestazione 86.66, 86.67 e 86.69 relativi all'impiego di innesti e di sostituti dermici, per i quali la tariffa ordinaria prevista a partire dalla terza giornata di ricovero e orientata a sostenere gli oneri riconosciuti necessari per il

trattamento di situazioni di particolare fragilità e complessità, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica da parte del Nucleo Operativo di Controllo.

11. Verifica della corretta applicazione di quanto previsto:
  - Dalla DGR 2989/2014 per procedure chirurgiche (MPR) di cui all'allegato B sub-allegato 8, "Revisione Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza" di cui alla DGR n. X/1185/2013",
  - Dalla DGR 1185/2013, Allegato 3 - Sub Allegato A, "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza", in particolare per quanto riguarda l'utilizzo del regime di ricovero diurno in ambito odontoiatrico;
  - E altresì dalla DGR n. VIII/3111 del 1° agosto 2006 relativamente al rispetto dei criteri di inclusione nei LEA odontoiatrici, così come definiti.
12. Verifica della produzione residuale effettuata in regime diurno nelle Strutture che hanno mantenuto i letti di Day - Hospital medici negli assetti accreditati.
13. 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.
14. Verifica dei DRG chirurgici prodotti da reparti di Medicina.
15. Individuazione DRG ad alto peso, in particolare se fenomeni di nuova produzione ed emergenti per ogni struttura;
16. Interesse locale per criticità evidenziate in precedenti sessioni di controllo;
17. 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.
18. Monitoraggio di tutte le aree di applicazione delle regole di sistema e delle successive indicazioni regionali.
19. Verifica di SDO estratte sulla base delle pratiche non confermate e delle eventuali prescrizioni verbalizzate nel corso dei controlli effettuati nell'anno 2017.
20. 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.).
21. 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. 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 2017, 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.”

22. La Deliberazione 7600 del 20/12/2017 stabilisce che nel corso del 2018 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. Nel corso del 2018 si passerà da un sistema di controllo basato sull’autocertificazione del corretto utilizzo ad un controllo su campione dei NOC. Il Nucleo Operativo di Controllo della ATS Val Padana intende in proposito sottoporre a Verifica almeno 100 cartelle afferenti a tale tipologia di produzione
23. Nell’ambito della casistica evidenziata dal network delle regioni il NOC della ATS Val Padana intende procedere alla verifica di appropriatezza di almeno 500 cartelle afferenti ai DRG per i quali il Network delle regioni ha 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.

### **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 2016, tenendo presenti le modifiche introdotte, verteranno principalmente su:

#### **a. Appropriatelyzza 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:

1. Valutazione della qualità documentale della cartella clinica secondo quanto previsto dall'allegato 3 della
2. DGR 9014/2009.

3. Verifica che l'inizio del trattamento riabilitativo avvenga al massimo entro il giorno successivo all'ingresso.
4. Verifica che la dimissione del paziente avvenga entro il giorno successivo all'ultimo trattamento riabilitativo.
5. 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.
6. 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.

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

### Prestazioni ambulatoriali

Per le attività di specialistica ambulatoriale è prevista, per il 2018, 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 2018, ad un numero minimo di 111.305 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, 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 socio-sanitario lombardo valido per l'anno 2017 approvato con Deliberazione N.X/6502 del 21/04/2017 la cui efficacia è stata prorogata con Deliberazione N.X 7923 del 26/02/2018 fino alla approvazione del Piano dei controlli 2018 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 2018 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.

### **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 possono erogare per conto del SSR.

#### **Ulteriori ambiti di controllo in sede di erogazione saranno costituiti da:**

- 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;
- Indagini di genetica medica di laboratorio, per gli aspetti di appropriatezza prescrittiva stabiliti dalla DGR 4716 del 23/01/2013, al fine di verificare gli aspetti di 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;
- Ulteriori ambiti da individuare attraverso analisi dei flussi informativi, anche alla luce di alcune modifiche procedurali e tariffarie previste nelle regole di esercizio 2016 (ad esempio: EGDS, COLONSCOPIA, RETTOSIGMOIDOSCOPIA, etc.);
- BIC e MAC;
- Controllo dell'appropriatezza delle certificazioni per l'accesso al servizio di trasporto rilasciate dai Responsabili dei Centri Dialisi in almeno il 30% dei casi di interesse, ai sensi della DGR X/4702 del 29/12/2015, sub-allegato B.



## **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.

## **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.

## **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 2018 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**

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

## Controlli in materia di tempi d'attesa

In materia di tempi d'attesa per prestazioni ambulatoriali e ricoveri si fa riferimento al “Piano attuativo per il governo dei tempi d'attesa – anno 2018” dell'ATS della Val Padana, formalizzato con decreto n. 57 del 31/01/2018 e trasmesso alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia con nota prot. n. 8662/18 del 31.01.2018.

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

## *Attività anno 2017 ambito di Cremona*

L'attività di autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie svolta nell'anno 2017 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 2018.

## **Rendicontazione dell'attività 2017**

1. **Verifica post classificazione su tutte le Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti:** programmate le verifiche su tutte le strutture trasfusionali che sono state oggetto di sopralluogo nell'anno solare 2015. Nel mese di settembre sono state oggetto di sopralluogo le Unità di Raccolta di Soresina; Cremona; Casalmaggiore. Nel mese di ottobre sono stati oggetto di sopralluogo l'Unità di Raccolta di Soncino; il SIMT dell'ASST di Crema e il Centro di Lavorazione e Validazione dell'ASST di Cremona
2. **Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili:** nel corso dell'anno 2017, in occasione dei succitati sopralluoghi di vigilanza, sono stati verificati a campione i titoli delle posizioni apicali sia per quanto riguarda i responsabili di Unità Operativa, sia per quanto riguarda le posizioni di coordinamento (infermieristico, tecnico, etc.). E' stato richiesto a a tutte le Strutture Accreditate di trasmettere ogni documentazione utile di cui al punto 4 della D.G.R. 6502/2017 al fine di consentirne la verifica all'ATS (nota ATS prot. 76502 del 20/11/2017).
3. **Verifica del piano di monitoraggio dei confronti degli SMeL nel territorio di competenza:**
  - a. *Controlli VEQ in struttura:* effettuato un sopralluogo per ciascun SMeL accreditato in cui si sono discussi con i Responsabili i report relativi ai controlli VEQ del Centro di Riferimento per la qualità dei Laboratori della Regione Lombardia (performance qualitative e quantitative)

- b. *Autocertificazioni quadrimestrali relativi al mantenimento dei requisiti degli SMeL*: ai sensi della D.G.R. 3313/2001 e del D.D.G. 2877/2001 per ciascun SMeL accreditato è stato monitorato il mantenimento dello standard dei requisiti organizzativi specifici.
- c. *Procedure di preanalitica previste dalla D.G.R. 6006/2016*: con nota ATS prot. PEC 41254 del 23/6/2017 è stato richiesto a tutti gli SMeL accreditati sul territorio della ex-ASL di Cremona di trasmettere allo scrivente Servizio le procedure previste dalla DGR 6006 relative alla preanalitica. Tutte le strutture hanno risposto, le procedure sono state ritenute idonee. Nel secondo semestre, sul territorio della ex-ASL di Cremona, è stata verificata la presenza delle procedure su alcuni laboratori/punti prelievo/attività di prelievo: in un caso è stata irrogata sanzione amministrativa per assenza delle procedure presso un punto prelievo.

Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2017

Descrizione struttura	Motivazione
CRM Sereno Variabile (N. 2 sopralluoghi)	Accreditamento Nuova Comunità Psichiatrica
ASST Crema	Accreditamento Nuovo Punto Prelievo
Fondazione Vismara De Petri	Accreditamento Poliambulatorio
Fisiokinesiterapia Crema	Ampliamento branche specialistiche e Polo Territoriale di NPIA
ASST Cremona	Ampliamento branche specialistiche presso Polo Sanitario Nuovo Robbiani di Soresina
Fondazione Caimi	Ampliamento branche specialistiche
Cremona Welfare	Accreditamento Nuovo Poliambulatorio
ASST Cremona (N. 2 sopralluoghi)	Comunicazione Nuova attività di prelievo

**Riepilogo attività vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti  
minimi di accreditamento anno 2017**

Descrizione struttura/attività oggetto di controllo	Numerosità sopralluoghi effettuati	Verifiche documentali e strutturali	Verifiche impiantistiche	Prescrizioni
Aziende Socio Sanitarie Territoriali	12	12	6	12
Case di Cura Private Accreditate	4	4	3	3
Poliambulatori privati accreditati	12	12	8	9
Strutture Residenziali/Semiresidenziali Psichiatriche private accreditate	8	4	4	8
Unità di Raccolta AVIS	4	4	0	4
<b>TOTALE</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>21</b>	<b>36</b>

## 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	CASALMAGGIORE	Vicomosciano
10	Struttura pubblica	ASST Cremona: POLIAMBULATORI SPECIALISTICO EXTRAOSPEDALIERO	CASALMAGGIORE	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	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	CASALMAGGIORE	San Giovanni in Croce
34	Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Interflumina Centro di Medicina dello Sport	CASALMAGGIORE	Casalmaggiore



## Attività anno 2017 ambito di Mantova

L'attività di autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie svolta nell'anno 2017 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 2018).

## Rendicontazione dell'attività 2017

4. **Verifica post classificazione su tutte le Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti:** programmate le verifiche su tutte le strutture trasfusionali che sono state oggetto di sopralluogo nell'anno solare 2015. Nel mese di febbraio sono state oggetto di sopralluogo le Unità di Raccolta di San Giorgio e Suzzara. Nel mese di marzo è stato oggetto di sopralluogo il SIMT dell'ASST di Mantova.
5. **Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili:** nel corso dell'anno 2017, 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.). E' stato richiesto a tutte le Strutture Accreditate di trasmettere ogni documentazione utile di cui al punto 4 della D.G.R. 6502/2017 al fine di consentirne la verifica all'ATS (nota ATS prot. 76502 del 20/11/2017).
6. **Verifica del piano di monitoraggio degli SMeL nel territorio di competenza:**
  - a. *Controlli VEQ in struttura:* effettuato un sopralluogo per ciascun SMeL accreditato (ad esclusione dei due SMeL in fase di declassamento a Punto Prelievi esterno), in cui sono state discusse con i Responsabili le segnalazioni regionali del Centro di Riferimento per la qualità dei Laboratori (performance di partecipazione ai programmi, qualitative e quantitative) e verificata la documentazione giustificativa.

- b. *Mantenimento dei requisiti degli SMeL*: ai sensi della D.G.R. 3313/2001 e del D.D.G. 2877/2001 per ciascun SMeL accreditato è stato monitorato il mantenimento dello standard dei requisiti strutturali specifici ed organizzativi specifici, inclusi i controlli CQI (due sopralluoghi per ogni SMeL).
- c. *Procedure di preanalitica previste dalla D.G.R. 6006/2016*: in tutte le strutture, in sede di sopralluogo, è stata accertata la presenza delle procedure di preanalitica, successivamente valutate ed in alcuni casi integrate, a cura dell'Erogatore, ai fini della completezza e perfezionamento del procedimento.

Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2017

Descrizione struttura	Sopralluoghi effettuati	Motivazione
Armonia Diagnostica - Porto Mantovano MN	3	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento di UO Radiologia/Diagnostica per Immagini e UO Poliambulatorio, posti in nuova struttura nel comune di Porto Mantovano (MN) in strada Kennedy F.lli n. 73/C
Diagnostica e Poliambulatorio XRay One - Poggio Rusco MN	1	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento per ampliamento di tre nuove branche specialistiche ambulatoriali
ASST di Mantova – Presidio di Mantova - UO Ortopedia e UO Neurologia	1	Trasferimento ambulatorio di Fisiatria in locali già precedentemente accreditati
ASST di Mantova – Presidio di Mantova - UO Medicina Generale, UO Centro Day Hospital e Allergologia e UO Nefrologia	2	Istanza di costituzione Area Omogenea Nefro-Medica
Ospedale Civile di Volta Mantovana MN - UO Poliambulatorio	0	Trasformazione di branca specialistica (richiesta respinta per mancata condivisione con ASST)
SMeL "Lamb" – Castiglione delle Stiviere MN	0	Subentro di altra Società (Synlab Italia) nell'autorizzazione e accreditamento
Diagnostica e Poliambulatorio XRay One - Poggio Rusco MN	0	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento di Poliambulatorio di Medicina dello Sport (istanza poi ritirata dalla Struttura)
Presidio di Riabilitazione di Viadana MN	0	Subentro di ASST di Mantova nell'autorizzazione e accreditamento
Totale sopralluoghi	7	

Riepilogo attività di vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento anno 2017

Descrizione struttura/attività oggetto di controllo	Sopralluoghi effettuati	Verifiche documentali e strutturali	Verifiche impiantistiche	Prescrizioni	Verifica prescrizioni
ASST di Mantova	14	14	12	7	5
Strutture di ricovero e cura private accreditate	22	22	14	14	11
Poliambulatori privati accreditati	2	2	2	1	1
SMel privati accreditati	6	6	6	6	4
Unità di Raccolta AVIS	2	2	2	1	1
SMel privato accreditato insistente su territorio mantovano per conto di ATS Brescia, titolare dell'istanza (istanza di declassamento a punto Prelievi esterno)	2	2	2	1	0
Totale	48	48	38	30	22

In sintesi, nell'anno si sono verificati i requisiti di autorizzazione e di accreditamento in 31 strutture/macroattività, per un totale di 55 sopralluoghi.

È stata comminata una diffida con sanzione amministrativa per mancato rispetto di requisiti di accreditamento. Le altre verifiche si sono concluse con esito positivo, in alcuni casi a seguito interventi di adeguamento e successiva rivalutazione.

## Rete di offerta sanitaria ambito di Mantova

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

## Strutture accreditate NON a contratto

Tipologia	Denominazione Ente	Distretto	Comune
Privata Accreditata non Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale Armonia Diagnostica	Mantova	Porto Mantovano
Privata Accreditata non Contrattualizzata	Struttura ambulatoriale Centro Diagnosi - Poliambulatorio	Mantova	Suzzara
Privata Accreditata non Contrattualizzata	Ambulatorio Medicina dello Sport	Mantova	Mantova
Privata Accreditata non Contrattualizzata	Ambulatorio Medicina dello Sport	Mantova	Castiglione delle Stiviere
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 2018

#### (Per entrambi gli ambiti territoriali)

Per l'anno 2018 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 2017. Inoltre, è prevista la verifica della permanenza dei requisiti minimi di accreditamento, con cadenza annuale e completamento della totalità dei requisiti nel quinquennio.

Nel corso dell'anno 2018 sarà predisposto il piano di verifica specifico per i blocchi operatori e verificata l'attività chirurgica ortopedica con priorità agli interventi di artroprotesi.

### 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 2016, 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.

### 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.

## **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.

### **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 provvederà alla verifica del possesso dei nuovi requisiti necessari per l'attività di Elettrofisiologia secondo la tempistica indicata nella succitata DGR presso tutti gli erogatori che hanno presentato istanza di riclassificazione.

### **Riclassificazione per l'attività di Laboratorio di Genetica Medica 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, entro fine anno 2018 si provvederà a dare avvio all'iter delle istanze di riclassificazione pervenute (scadenza per invio istanze: 04.12.2018).

# Piano per le Unità d'Offerta sociosanitarie

## Premessa

Il presente Piano, delineato per l'anno 2018 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”;
- Dgr 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”;
- Dgr 7600 del 20.12.2017 “Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario Regionale per l'esercizio 2018”
- Nota DG Welfare prot. N.6100 del 13.2.2018, di riconferma delle modalità di lavoro utilizzate nel 2017, ad eccezione di quanto già disposto con dgr 7600/17
- Nota DG Welfare prot. N.9936 del 14.3.2018, contenente ulteriori specificazioni per la redazione del piano di attività di controllo.

Si è inoltre tenuto conto della normativa specifica per ciascuna unità d'offerta e del codice di comportamento 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.

Pur nei limiti e con le cautele necessarie in un momento storico così particolare, in cui 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 sulle UdO sociosanitarie della ATS Val Padana e -in precedenza- delle ASL di Mantova e Cremona che l'hanno originata, ha sempre previsto una

forte sinergia tra l'attività di vigilanza e quella di controllo dell' appropriatezza, come richiamato anche al paragrafo 4.7.5 dell'Allegato alla dgr 7600/2017.

Nella nostra ATS, infatti, la vigilanza e l'accreditamento sono sempre effettuate da équipe multidisciplinari con competenze che permettano 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 Appropriata della ATS Val Padana si sia sempre mossa –e anche per il 2018 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, Accreditazioni, ecc.) nei 60 giorni previsti;

- avvisando l'UdO il giorno lavorativo precedente in caso di controllo di appropriatezza e invece non avvisando (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.

### **Articolazione organizzativa**

Il POAS dell'ATS Val Padana, approvato da R.L. con dgr 6328 del 13.3.2017, prevede nel Dipartimento PAAPSS quattro UOC (e relative UOS):

1. UOC Programmazione Polo Ospedaliero e Rete Territoriale
2. UOC Governo delle risorse ed acquisto delle prestazioni Polo Ospedaliero e Rete Territoriale
3. UOC Autorizzazioni ed Accredimento Polo Ospedaliero e Rete Territoriale, con due UOS di accreditamento



4. UOC Controlli Produzione Attività Polo Ospedaliero e Rete Territoriale, con due UOS di controllo.

Come reso immediatamente evidente dalla nomenclatura utilizzata, le UOC sono fortemente caratterizzate dalla integrazione tra attività ospedaliere e attività territoriali, che si traduce nella compresenza, in ogni UOC, sia della componente “sanitaria” che di quella “sociosanitaria”. 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 verrà superata, sul piano pratico, grazie al mantenimento delle collaborazioni operative, perché ciò ci sembra maggiormente funzionale per perseguire una maggiore efficacia del controllo.

### **Dotazione organica e strumenti operativi**

Il personale adibito ai controlli sulle UdO sociosanitarie di vigilanza e di appropriatezza è al momento quello sotto riportato. Mentre viene steso questo PdC non è ancora stata effettuata una formale attribuzione ai centri di costo delle UOC e/o delle UOS, per cui non è ora possibile definire formalmente chi si occuperà di vigilanza e chi di controllo.

Inoltre, a causa di pensionamenti e per altri motivi, si sta rivedendo l’organico. Si sottolinea, anche, che in questo elenco non figurano alcuni TdP che afferiscono al DIPS ma collaborano strettamente col PAAPSS per la realizzazione delle vigilanze congiunte, sia in ambito sociosanitario che in ambito sociale, assicurando le competenze tecniche indispensabili per le verifiche sui requisiti strutturali e tecnologici.

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 multiprofessionale;
- 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 la modifica della composizione dell’équipe, parziale o totale e la rotazione delle UdO da controllare.

Il numero e la distribuzione degli operatori attivi potrà pertanto cambiare nel prossimo futuro.

Al momento della stesura di questo PdC operano nell'accreditamento, vigilanza sul mantenimento dei requisiti e controlli di appropriatezza 22 operatori, cui si aggiungono i TdP del DIPS

A. Schiavi	Psicologo	38 ore/sett	Dipend. ATS
S. Braga	Amministrativa	36 h/sett	Dipend. ATS
F. Colombi	Amministrativa	36 h/sett	Dipend. ATS
B. Orio	Educatore	36 h/sett	Dipend. ATS
P. Scolari	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
E. Mizzotti	Assist. Sanitaria	30 ore/sett	Dipend. ATS
R. Rossi	Assistente Sanitaria	36 ore/sett	Dipend. ATS
C. Raimondi	Assistente Sanitaria	24 ore/sett	Dipend. ATS
A. Colombo	Educatrice	30 ore/sett	Dipend. ATS
C. Tregattini	Educatrice	36 ore/sett	Dipend. ATS
S. Barchi	Assistente Sanitaria	36 ore/sett	Dipend. ATS
C. Gonella	Medico	38 ore/sett	Dipend. ATS
M. Garatti	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
M. Gardinazzi	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
G. Tognali	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
C. Gavioli	Ass. Sociale	30 ore/sett	Dipend. ATS
C. Bettinazzi	Infermiera	36 ore/sett	Dipend. ATS
G. La Notte	Infermiera	36 ore/sett	Dipend. ATS
A. Izzi	Infermiere	24 ore/sett	Dipend. ATS
M. Mantovani	TdP	36 ore/sett	Dipend. ATS
V. Manganati	Infermiera	36 ore/sett	Rapp. Interinale

Gli operatori fanno riferimento a territori abbastanza definiti, disegnati sulla territorializzazione distrettuale della ATS alla quale, come sappiamo, corrisponde anche la suddivisione territoriale delle ASST: Mantova, Cremona e Crema.

Gli operatori sono quindi divisi in équipes che operano di preferenza su un determinato territorio, salvo spostarsi in territori diversi per motivi preordinati, quali: l'apporto di professionalità specifiche eventualmente momentaneamente carenti, rispondenza ai criteri del Piano Anticorruzione (rotazione del personale, affiancamento, sostituzione,...); ecc.

Fanno parte della dotazione di mezzi e strumenti operativi:

- PC portatili
- stampanti
- telefonini
- auto aziendali, assegnate all'équipe o da prenotare nel pool aziendale.

Per il momento stampanti e telefonini non sono ancora a disposizione di ogni équipe: si sta provvedendo in questo senso.

## 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 Km<sup>2</sup> (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.

I 40 km circa tra Crema e Cremona si percorrono all'incirca in un'ora, mentre i 60 km circa tra Cremona e Mantova richiedono mediamente 70'-75'.

La distanza tra il confine nord-ovest e quello sud-est dell'ATS è di circa 180 km, equivalente all'incirca alla distanza tra Brescia e Venezia, ma con un tempo di percorrenza notevolmente superiore.

Il divario tra femmine e maschi è piuttosto lieve: 395.000 femmine rispetto a 380.000 maschi.

La distribuzione della popolazione è la seguente:

età 0-14:	125.000	pari al 16,1%
età 15-29:	87.000	pari al 11,2%
età 30-64:	384.000	pari al 49,6%
età 65-75:	85.000	pari al 11,1%
età >75:	93.000	pari al 12,0%

In rapporto ai territori di tre distretti dell'ATS, che coincidono con le ASST di Mantova, Cremona e Crema, la distribuzione della popolazione è la seguente:

Distretto ATS di Mantova:	414.000	pari al 53,4%
Distretto ATS di Cremona	198.000	pari al 25,5%
Distretto ATS di Crema	163.000	pari al 21,1%

Il distretto di Crema risulta essere quello con popolazione più giovane, con il 78,70% di popolazione compresa tra gli 0 e i 64 anni; nella stessa fascia di età, Mantova è al 77,09% e Cremona al 75,10%.

Viceversa, ovviamente, Cremona è al primo posto per la popolazione ultra 65enne (24,90%), seguita da Mantova (22,91%) ed infine da Crema (21,20%)

Circa l'80% tra i soggetti con più di 75 anni è affetto da almeno una patologia cronica (questa percentuale rapportata alla popolazione generale scende al 30% circa, in linea anche con i dati regionali, mentre il 12% ha patologie multiple.

Quasi un assistito su cinque è affetto da patologia cardiovascolare, mentre le altre patologie croniche rilevanti sono le malattie dell'apparato endocrino e metabolico, le patologie dell'apparato gastroenterico, il diabete e i tumori.

Tutto ciò ha un' alta rilevanza sulla spesa sanitaria e sociosanitaria, perché per le persone più anziane si ricorre più frequentemente –per cause acute o per riabilitazione- al ricovero, che dura mediamente più a lungo.

## La rete delle strutture sociosanitarie

Le UdO sociosanitarie autorizzate nel territorio dell'ATS al 1.1.2018 sono 306, di cui accreditate 304. Non tutte le UdO accreditate hanno un contratto: nonostante questo le UdO a contratto diventano 311, perché in questo numero rientrano anche 15 ADI accreditate da altre ATS lombarde ma a contratto con la ATS Val Padana.

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

### UdO sociosanitarie presenti sul territorio di ATS Val Padana al 1.1.2018

UdO	ATS					
	AUTORIZZATI	n° p.l.	ACCREDITATI	n° p.l.	A CONTRATTO	n° p.l.
	n° UdO		n° UdO		n° UdO	
Consultori pubblici	16		16		16	
Consultori privati	5		5		4	
RSD	12	819	12	816	10	782
CDD	23	550	23	550	23	543
CSS	17	150	17	148	17	148
CURE INTERMEDIE	12	719	12	710	12	653
Ex sperimen post acuti	1	28	1	28	1	28
Ciclo Diurno Continuo	4	179	4	179	4	179
Ambulat. /domiciliare	11	#56505	10	#56505	10	#56505
RSA	85	7696	84	7493	81	6938
CDI	49	1019	49	1009	43	872
Ser.T a gestione ASST	9		9		9	
COM TOX Residenziali	17	300	17	300	17	293
Com TOX Semiresid.	2	32	2	32	2	32
Enti erogatori ADI **	34		34		49	
Erogatori UCP-DOM**	6		6		10	
Hospice	3	32	3	32	3	18
<b>TOTALE</b>	<b>306</b>	<b>11524</b>	<b>304</b>	<b>11297</b>	<b>311</b>	<b>10486</b>

\*\*UdO a contratto > alle UdO accreditate perché in queste ultime riportiamo solo quelle accreditate da ATS Val Padana

# = prestazioni ambulatoriali: in quanto tali non sono conteggiate nel totale, che indica i posti.

Nelle tabelle successive riportiamo il dettaglio delle UdO localizzate nei territori delle tre ASST afferenti alla ATS.

#### UdO socio sanitarie presenti sul territorio ASST Mantova

UdO	AUTORIZZATI		ACCREDITATI		A CONTRATTO	
	n° UdO	p.l.	n° UdO	p.l.	n° UdO	p.l.
Consultori a gestione ASST	13		13		13	
Consultori a gestione privata	2		2		1	
RSD	5	154	5	154	3	120
CDD	12	344	12	344	12	339
CSS	8	67	8	66	8	66
CURE INTERMEDIE	4	171	4	162	4	162
Ex sperimentazione post acuti	1	28	1	28	1	28
Ciclo Diurno Continuo	1	155	1	155	1	155
Ambulatoriale/domiciliare	5	#26705	4	#26705	4	# 26705
RSA	51	3817	51	3716	48	3258
CDI	25	413	25	408	20	330
Ser.T a gestione ASST	6		6		6	
COM TOX Residenziali	7	128	7	128	7	121
Com TOX Semiresidenziali	1	20	1	20	1	20
N° Enti erogatori ADI **	17		17		22	
Enti erogatori UCP-DOM	4		5		4	
Hospice	2	18	2	18	2	18
<b>TOTALE</b>	<b>164</b>	<b>5315</b>	<b>163</b>	<b>5199</b>	<b>157</b>	<b>4617</b>

#### UdO socio sanitarie presenti sul territorio ASST Crema

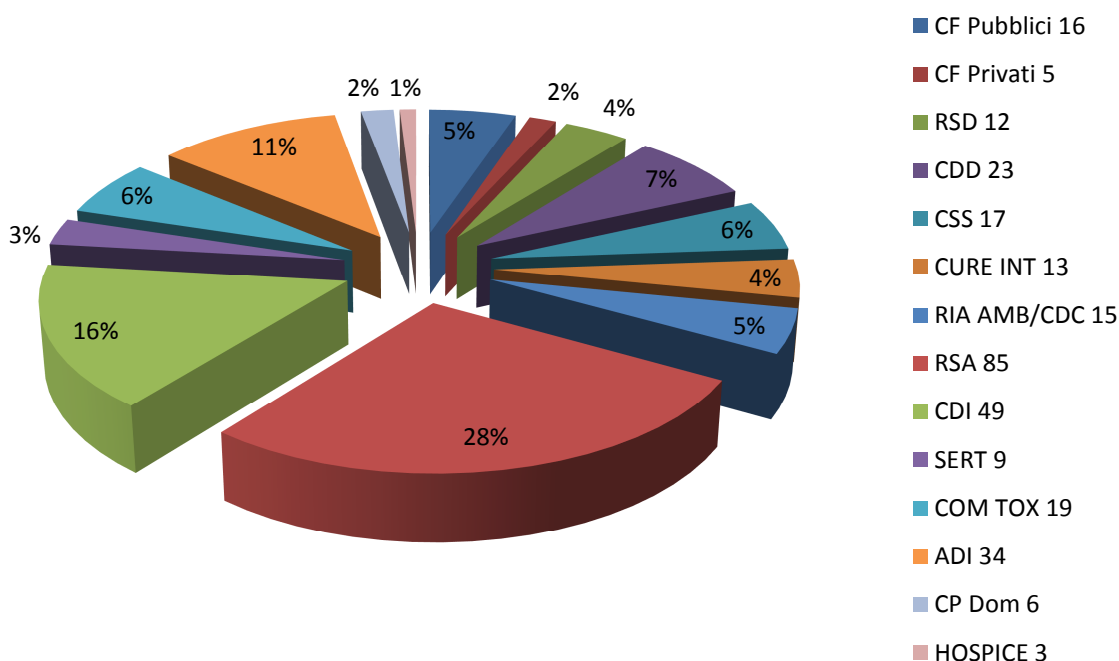
UdO	AUTORIZZATI		ACCREDITATI		A CONTRATTO	
	n° UdO	p.l.	n° UdO	p.l.	n° UdO	p.l.
Consultori ASST	1		1		1	
Consultori privati	2		2		2	
RSD	2	123	2	123	2	123
CDD	3	70	3	70	3	70
CSS	2	17	2	17	2	17
CURE INTERMEDIE	3	233	3	233	3	207
Ex speriment. post acuti	0	0	0	0	0	0
Ciclo Diurno Continuo	0	0	0	0	0	0
Ambulatoriale/domiciliare	1	#7500	1	#7500	1	#7500
RSA	10	859	9	795	9	790
CDI	5	135	5	130	5	115
Ser.T a gestione ASST	1		1		1	
COM TOX Residenziali	3	61	3	61	3	61
Com TOX Semires.	0	0	0	0	0	0
N° Enti erogatori ADI **	8		8		10	
Enti erogatori UCP-DOM	0		0		2	
Hospice	1	14	1	14	1	14
<b>TOTALE</b>	<b>42</b>	<b>1512</b>	<b>41</b>	<b>1443</b>	<b>45</b>	<b>1397</b>

## UdO sociosanitarie presenti sul territorio ASST Cremona

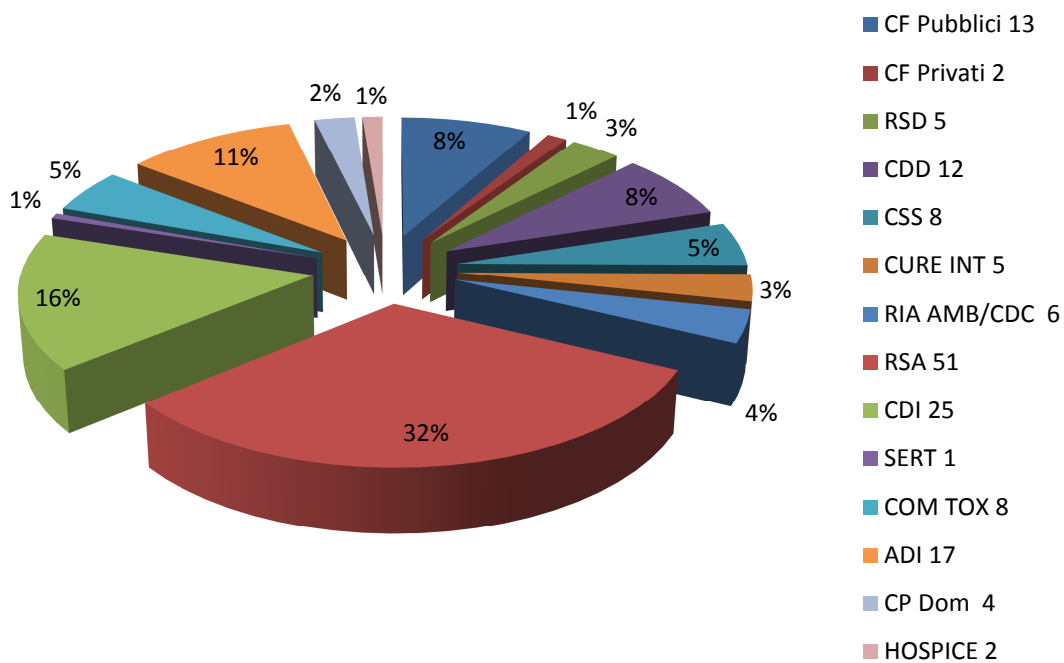
UdO	AUTORIZZATI		ACCREDITATI		A CONTRATTO	
	n° UdO	n° p.l.	n° UdO	n° p.l.	n° UdO	n° p.l.
Consultori ASST	2		2		2	
Consultori privati	1		1		1	
RSD	5	542	5	539	5	539
CDD	8	136	8	136	8	134
CSS	7	66	7	65	7	65
CURE INTERMEDIE	5	315	5	315	5	284
Ex speriment. post acuti	0	0	0	0	0	0
Ciclo Diurno Continuo	3	24	3	24	3	24
Ambulatoriale/domiciliare	5	#22300	5	#22300	5	#22300
RSA	24	3020	24	2982	24	2890
CDI	19	471	19	471	18	427
Ser.T a gestione ASST	2		2		2	
COM TOX Residenziali	7	111	7	111	7	111
Com TOX Semires.	1	12	1	12	1	12
N° Enti erogatori ADI **	9		9		17	
Erogatori UCP-DOM	2		2		4	
Hospice	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>4697</b>	<b>100</b>	<b>4655</b>	<b>109</b>	<b>4486</b>

Nei grafici indichiamo la tipologia di UdO e il numero di strutture di quel tipo, mentre la percentuale segnala il rapporto tra quella tipologia di UdO e il totale delle UdO presenti sul territorio.

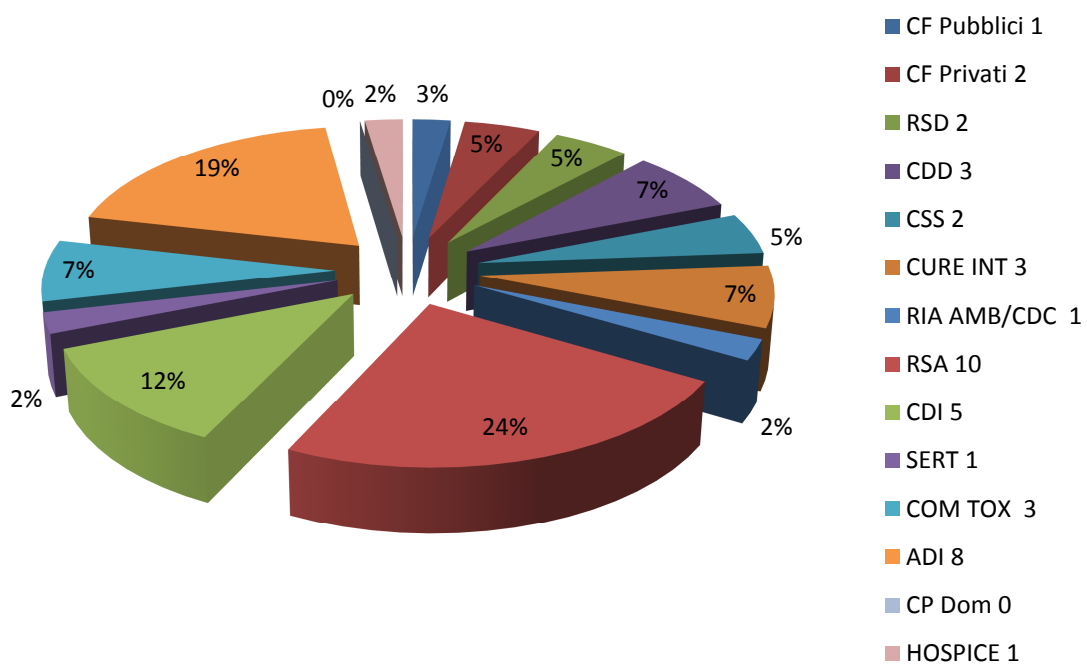
### UdO in esercizio nel territorio ATS Val Padana – Distr. %



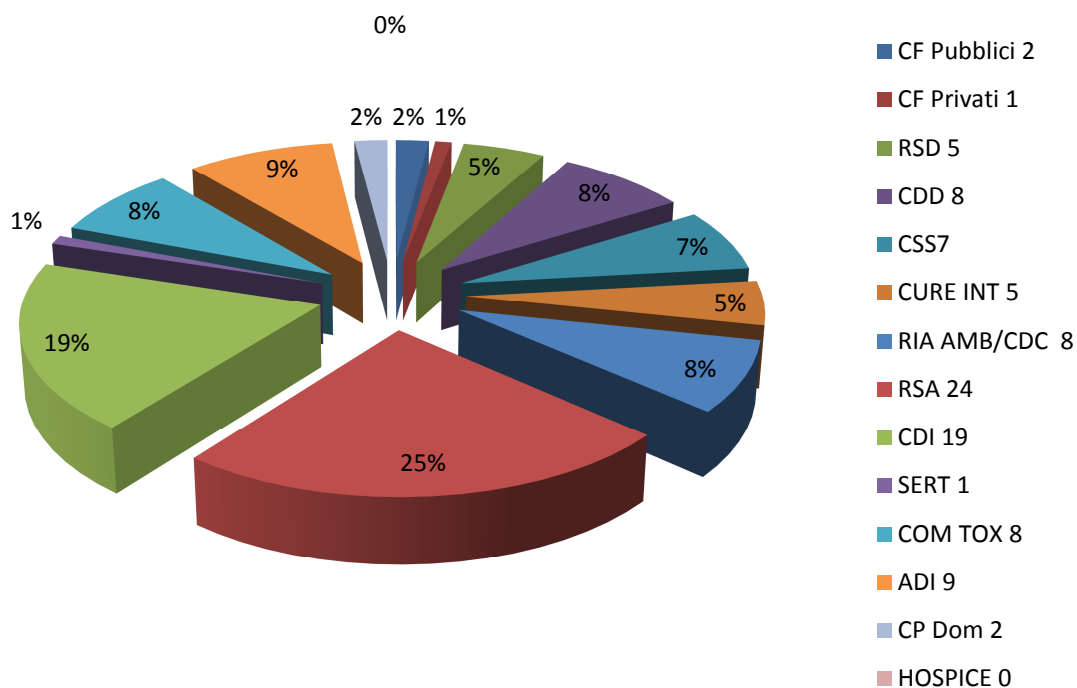
### UdO in esercizio nel territorio ASST Mantova- Distr. %



**UdO in esercizio nel territorio ASST Crema – Distr. %**



## UdO in esercizio nel territorio ASST Cremona



Le attività riconducibili a Misure e Sperimentazioni attivate nel territorio ATS sono invece le seguenti:

**Tabella 5: RSA Aperta**

ASST Crema		ASST Cremona		ASST Mantova		ATS	
UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.
6		14	-	23	-	43	-

**Tabella 6: Residenzialità leggera**

ASST Crema		ASST Cremona		ASST Mantova		ATS	
UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.
1	24	1	8	8		10	32

### Comunità Minori

ASST Crema		ASST Cremona		ASST Mantova		ATS	
UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.	UdO	n° p.l.
2		7		5		14	

### Sperimentazioni

ASST Crema		ASST Cremona		ASST Mantova		ATS	
UdO	n° posti	UdO	n° posti	UdO	n° posti	UdO	n° posti
0		2	35	8		10	35



Le sperimentazioni in atto sono 4 in area riabilitazione extra-ospedaliera minori e 6 in area case management. Nelle tabelle precedenti, ovviamente, vengono riportati solamente i posti previsti per la riabilitazione.

## **Esito dei controlli effettuati nel 2017**

Analizziamo ora l'esito dei controlli di appropriatezza e di vigilanza effettuati nel corso del 2017.

Sottolineiamo che sia per l' appropriatezza che per la vigilanza sono sempre state utilizzate le check list 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 2669/14;
- il controllo è sempre effettuato mediante sopralluogo presso la UdO da vigilare, onde verificare l'aderenza documentale alla situazione de facto;
- i controlli di vigilanza sono effettuati senza preavviso, tranne nei casi di verifica a seguito di SCIA/SCIA Contestuale o istanza di accreditamento, mentre quelli di appropriatezza con preavviso il giorno precedente;
- 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 50% delle UdO autorizzate, così da realizzare in un biennio la totale copertura delle UdO del territorio;
- controlli di appropriatezza nel rispetto delle percentuali minime stabilite dalla dgr regole (15% dei FASAS nelle UdO residenziali, 30% nelle UdO per disabili, ecc.);
- effettuazione di una percentuale di controlli mirati, utilizzando criteri predefiniti per stabilire quali FASAS campionare

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

### **Esito controlli di appropriatezza**

La tabella successiva sintetizza l'attività di controlli di appropriatezza effettuata nel 2017.

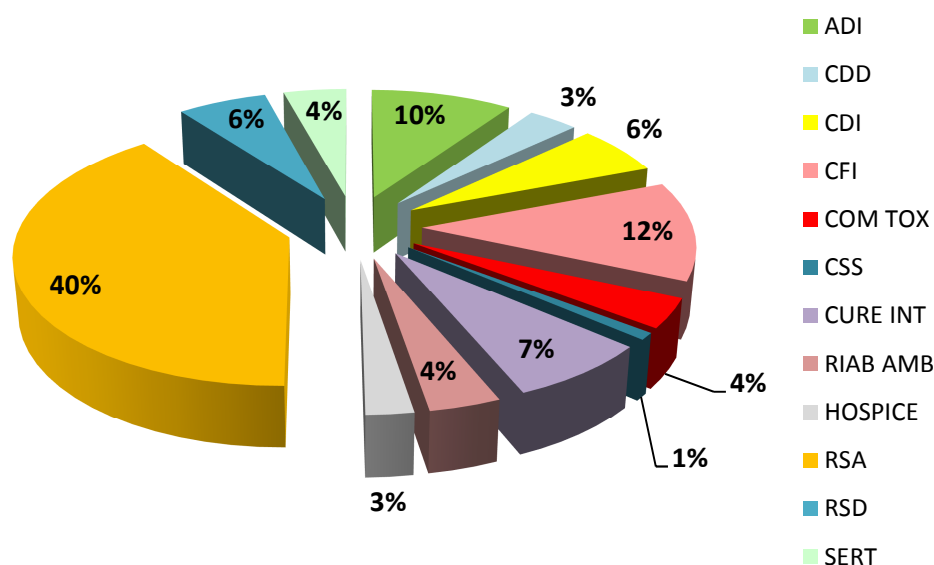
## Esiti controlli di appropriatezza 2017

TIPOLOGIA UDO	UDO con sede in ATS	CONTR. PROGRAMMATI	TOTALE EFFETTUATI	% CONTROLLI ASSOLUTI VS PROGRAMMATI	Num. Contr.MIRATI	% MIRATI	SODDISFACIMENTO % MEDIA	% MINIMA RILEVATA di SODDISFACIMENTO
ADI	34	138	219	158,70%	112	51,10%	88,20%	11,10%
CDD	23	76	78	102,60%	22	28,20%	95,90%	57,90%
CDI	49	109	138	126,60%	68	49,30%	97,10%	57,10%
CFI	22	276	280	101,40%	167	59,60%	93,80%	0,00%
COM TOX	19	79	84	106,30%	49	58,30%	93,90%	33,30%
CSS	18	17	20	117,60%	5	25,00%	97,90%	81,30%
CURE INT	16	163	169	103,70%	48	28,40%	98,60%	57,10%
RIAB AMB		65	84	129,20%	13	15,50%	99,30%	71,40%
HOSPICE	3	53	56	105,70%	33	58,90%	98,40%	92,30%
RSA	85	846	902	106,60%	695	77,10%	97,90%	57,90%
RSD	12	133	138	103,80%	63	45,70%	99,40%	89,50%
SERT	4	93	97	104,30%	65	67,00%	93,00%	28,60%
<b>totali e medie</b>	<b>285</b>	<b>2048</b>	<b>2265</b>	<b>110,60%</b>	<b>1340</b>	<b>59,20%</b>	<b>96,60%</b>	<b>0,00%</b>

Come di consueto, per rendere più immediata la lettura si è scelto di utilizzare un codice cromatico che dia l'immediata sensazione del raggiungimento o meno del "livello-soglia" del 95%.

Nel grafico successivo è riportata la distribuzione per tipologia di UdO dei controlli effettuati.

### Distribuzione % controlli di appropriatezza 2017 per Tipologia - ATS Valpadana



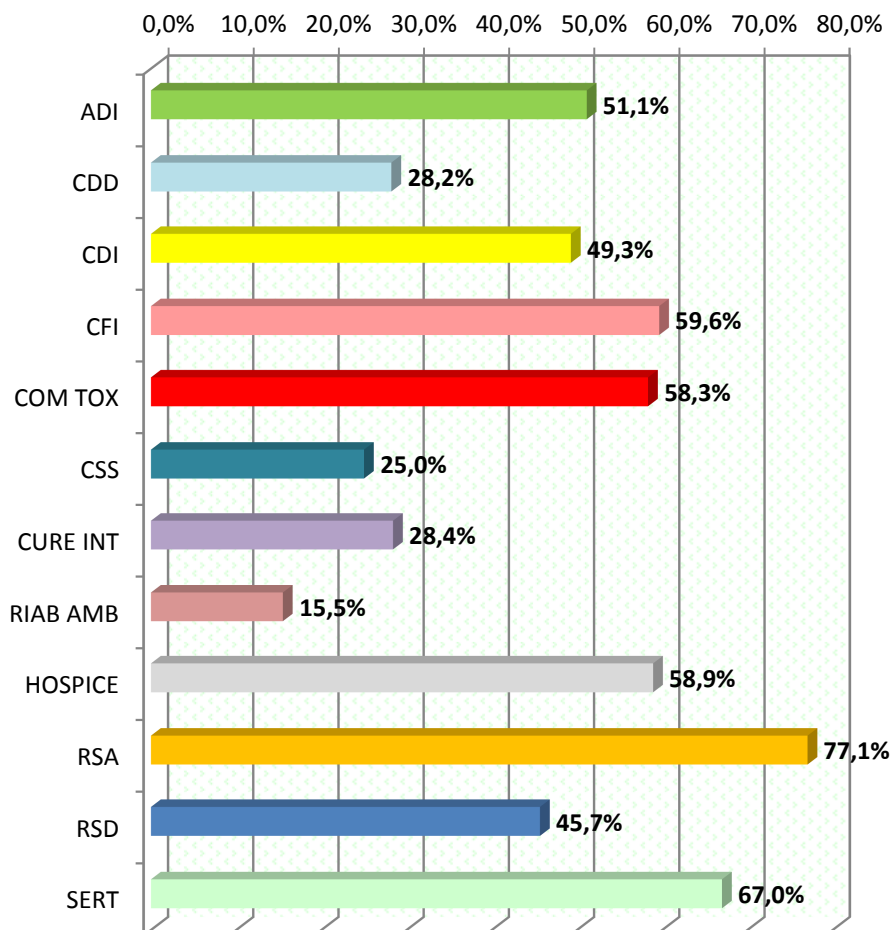
Come si può rilevare dalla tabella 9 è stato fatto il 110,60% dei controlli programmati e previsti in PdC. In piccolissima parte i controlli “sovrannumerari” sono stati fatti per approfondimenti a seguito di segnalazione, o per verifica di adempimenti richiesti con controlli precedenti, mentre in parte più rilevante sono stati dovuti alla scelta di aumentare il numero di controlli programmati perché si sono riscontrate carenze che si è ritenuto opportuno verificare ampliando il campione.

Anche la capienza in termini di p.l. della UdO, inoltre, incide fortemente: un controllo in più in una CSS può far balzare il controllo in quella UdO dal 50 al 67%, mentre 1 controllo in una RSA può tradursi in un aumento del 2%, o addirittura inferiore.

La tabella riporta anche la percentuale dei controlli mirati, i controlli cioè condotti sulla base di un campionamento preciso e perciò tendenti a verificare, all’interno comunque degli indicatori previsti dalla dgr 1765/14, alcune condizioni particolari: cadute, contenzioni, modifiche della classificazione, ecc. (vedi anche grafico 6)

Le ultime due colonne della tabella 9 sono di tipo più “qualitativo”, perché sintetizzano rispettivamente la “percentuale media di soddisfacimento” degli indicatori e la “percentuale minima di soddisfacimento all’interno di un singolo FASAS.

### Distribuzione % dei controlli mirati 2017 per tipologia - ATS Valpadana



Tornando alla tabella precedente “Esiti controlli di appropriatezza 2017” vediamo che sui 138 controlli di appropriatezza effettuati in RSD abbiamo avuto una media di positività del 99,40%, e che il controllo andato peggio è stato su un FASAS che ha prodotto l’89,50% di positività.

Allo stesso modo scopriamo che la media di soddisfacimento nell’ADI è dell’88,20% e che nel controllo andato peggio il FASAS indagato ha raggiunto solo l’11,10% di accettabilità/soddisfacimento degli indicatori.

Nella tabella che segue riportiamo il confronto tra i dati del 2017 e quelli del 2016, in cui ancora era presente la divisione tra controlli in area mantovana e in area cremonese perché l’unificazione dell’ATS, partita il primo gennaio, non ha permesso l’omogeneizzazione immediata delle modalità e degli strumenti operativi, soprattutto per quanto riguarda i data base per l’elaborazione dei dati.

Si può notare una certa stabilità del livello di soddisfacimento rilevato, ma anche che le UdO che hanno le performances più basse (ADI e Com Tox, in particolare) continuano ad essere un po' il fanalino di coda tra le varie tipologie di UdO.

**Confronto controlli di appropriatezza 2016 e 2017**

UdO	2017 ATS	2016	
		MN	CR
ADI	88,20	90,70	90,41
CDD	95,90	95,50	99,10
CDI	97,10	90,90	97,83
CFI	93,80	90,90	99,46
COM TOX	93,90	79,70	90,85
CSS	97,90	98,80	96,39
CURE INT	98,60	94,00	99,86
RIAB AMB	99,30	95,10	97,17
HOSPICE	98,40	96,80	n.p.
RSA	97,90	93,80	98,84
RSD	99,40	94,10	99,66
SERT	93,00	94,60	97,59

Come già specificato, ribadiamo che tutti i controlli sono stati effettuati verificando gli indicatori della dgr 1765/14, utilizzando le check list regionali e nelle UdO campionate (cioè quelle controllate nel 2014 e non nel 2015).

Riportiamo ora, nella successiva tabella, l'esito di ogni singola tipologia di UdO in riferimento agli indicatori previsti dalla dgr 1765/14. Dopo la tabella è riportata una legenda con il titolo di ogni singolo indicatore, così da facilitarne la lettura.

## Esito controlli di appropriatezza

TIPOLOGIE UDO CON CONTROLLI di APPROPRIATEZZA - VALORI MEDI % SODDISFACIMENTO INDICATORI														ATS Valpadana - anno 2017													
TIPOLOGIA UDO	VALORI % MEDI degli INDICATORI GENERALI PER TIPOLOGIA							VALORI % MEDI degli INDICATORI SPECIFICI PER TIPOLOGIA																			
	ADI ORD EX POST	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4	S1	S2.1	S2.2	S3	S4	S5.1	S5.2												
NP		NP	77,3%	87,5%	NP	98,4%	94,4%	93,8%	100%	91,8%	85,9%	87,5%	96,6%	100%													
ADI ORD IN ITINERE	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4	S1.1	S2	S3.1	S3.2	S4	S5.1	S5.2													
	NP	NP	50,0%	50,0%	NP	83,8%	89,0%	96,3%	70,9%	87,5%	67,7%	84,2%	57,9%	85,0%													
ADI CCPP EX POST	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4	S2.1	S2.2	S2.3	S3.1	S3.2	S4														
	63,6%	72,7%	81,8%	90,9%	100%	100%	72,7%	81,8%	100%	90,9%	90,9%	100%	90,9%														
CDD	G1	G2.A	G2.B	G2.C	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								
	82,1%	85,9%	94,9%	88,5%	89,7%	98,7%	93,6%	100%	100%	100%	98,1%	100%	100%	100%	100%	98,2%	98,7%	98,7%	98,7%								
CDI	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6	S7									
	89,9%	96,4%	97,1%	92,6%	97,1%	93,5%	100%	100%	100%	100%	100%	99,3%	100%	100%	98,6%	97,8%	94,3%	100%									
CFI	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4	S1	S2.1	S2.2	S3	S4															
	99,2%	96,1%	98,3%	91%	97,5%	97,7%	80,7%	94,4%	100%	100%	82,9%	88,2%															
COM TOX	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4																				
	90,5%	90,4%	96,4%	90,5%	97,6%	94,0%	100%																				
CSS	G1	G2.A	G2.B	G2.C	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									
	100%	100%	100%	85,0%	90,0%	100%	95,0%	100%	90,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
CURE INT	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4																				
	98,8%	97,6%	98,8%	98,2%	97,0%	100%	100%																				
RIAB AMB	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4																				
	96,4%	89,3%	100%	100%	100%	100%	100%																				
HOSPICE	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4	S1	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2	S4														
	91,1%	98,1%	100%	100%	100%	100%	100%	96,4%	100%	100%	100%	100%	100%														
RSA	G1	G2.A	G2.B	G2.C	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					
	97,1%	96,5%	99,6%	95,6%	98,5%	99,3%	95,0%	99,2%	99,6%	81,6%	97,1%	99,4%	98,3%	100%	99,8%	99,9%	99,8%	99,0%	99,4%	99,3%	94,4%	99,9%					
RSD	G1	G2.A	G2.B	G2.C	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							
	98,6%	98,6%	99,3%	100%	99,3%	98,6%	97,0%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%						
SERT	G1	G2.A	G2.B	G2.C	G3.1	G3.2	G4																				
	94,6%	85,5%	95,9%	96%	90,9%	93,8%	90,2%																				

LEGENDA COLORE

	57,9%	<85%
	90,9%	>84,99% <95%
	99,3%	>94,99%

## LEGENDA INDICATORI

### Indicatori Generali

	G1	G2A	G2B	G2C	G3.1	G3.2	G4
GENERALI	presenza valutazione / rivalutazione 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							
	S1	S2.1	S2.2	S3	S4	S5.1	S5.2							
SPECIFICI ADI EX POST	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	S6	S7	
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 state 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?			

SPECIFICI CFI	S1		S2.1			S2.2			S3		S4				
	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)				
SPECIFICI CSS	S1.1	S1.2	S2	S3.1	S3.2	S3.3			S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S7		
	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?		
SPECIFICI RSA	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
	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 disidratazione, vengono attuati monitoraggio e/o misure preventive / trattamenti?	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?	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?
SPECIFICI RSD	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3	S4.1	S4.2	S4.3		S5.1	S5.2	S6.1	S6.2	S7	
	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?	



Una veloce analisi dei dati della tabella precedente ci permette di trarre questa sintesi:

1. permangono nelle UdO delle difficoltà soprattutto negli indicatori generali che, come evidenziato dalla Legenda degli indicatori, sono quelli relativi al processo di presa in carico clinica che prevede:
  - a) valutazione per la formulazione di ipotesi diagnostiche e prognostiche, dalle quali far discendere il
  - b) Progetto individualizzato, al quale seguirà la
  - c) Pianificazione individualizzata (sotto forma di PAI, Piano Assistenziale individualizzato, e /o PEI, Piano Educativo individualizzato), per cui vanno previste e messe in atto tutte le prestazioni ed i trattamenti pianificati, fino ad arrivare alla
  - d) Verifica periodica del Progetto e del Piano con la sua eventuale riformulazione/rimodulazione, ricominciando così il ciclo di presa in carico .
2. In particolare, gli indicatori Generali maggiormente carenti continuano ad essere il G2B (Pianificazione) e G2C (Tracciabilità), con una notevole differenza però tra le diverse tipologie di UdO: nelle UdO residenziali (RSA, RSD, Cure Intermedie) e con maggiori “affinità” alle UdO sanitarie (ad esempio, RIA Ambulatoriale) i risultati in questi indicatori sono migliori, forse anche in relazione alla maggior “strutturazione” del lavoro, mentre nelle UdO semiresidenziali e ambulatoriali/domiciliari (e soprattutto ADI, in tutte le sue declinazioni) risultano ancora in grossa sofferenza. Una ipotesi che abbiamo fatto è che quando l’attività –come nel caso delle cure domiciliari integrate- è svolta da operatori che si interfacciano soprattutto con l’utente ma abbastanza poco con i propri riferimenti “aziendali”, l’applicazione della pratica corretta di presa in carico tenda ad essere più negletta.
3. Gli indicatori Specifici, che sono tali perché -a differenza degli indicatori Generali, uguali per tutte le tipologie di UdO proprio perché riflettono il comune processo di presa in carico- sono fortemente differenziati da tipologia a tipologia di UdO, invece non mostrano gravi carenze, sempre con l’eccezione di ADI.

Si ritiene utile segnalare una criticità rilevata nelle CSS, non tanto operativa quanto “programmatoria”, nel senso che bisognerebbe rispondervi mediante una rianalisi del sistema sociosanitario e della interdipendenza delle sue UdO.

È relativa a ospiti delle CSS con un progressivo peggioramento clinico e comportamentale dovuto all’età e/o all’aggravamento della condizione sanitaria. Tale evenienza comporta particolari problemi per gli ospiti della CSS per diversi fattori, in quanto si tratta di utenza priva di familiari o con contesto familiare fragile.

Gli standard gestionali della CSS non prevedono figure e prestazioni di carattere sanitario, salvo quanto erogato tramite voucher, mentre il peggioramento comporta spesso la necessità di assistenza OSS o Infermieristica a volte per tutto l’arco della giornata: ad esempio: presenza di

PEG con necessità di somministrazione farmaci, crisi epilettiche difficilmente controllabili da terapia routinaria, disturbi comportamentali gravi che necessitano di assistenza ad personam, ecc.

L'aggravarsi della condizione clinica può inoltre comportare la dimissione dal CDD, che sovente l'utente frequenta nelle ore diurne, e questo comporta che la CSS debba garantire l'assistenza nella nuova situazione clinica per tutte le ventiquattro ore.

In sostanza, capita ormai con una certa frequenza che la CSS non sia più appropriata per i bisogni di alcuni ospiti e si debba progettare un inserimento in RSD, incontrando notevoli difficoltà a causa dei pochi posti disponibili, perché il turn-over è in genere piuttosto ridotto, o disponibilità per l'inserimento in unità d'offerta a volte lontane dai luoghi di vita e di riferimento sociale e relazionale dell'utente e della sua famiglia, con carichi psicologici ed economici di notevole impatto.

Sarebbe quindi opportuno verificare la possibilità di inserimenti prioritari in RSD per questi ospiti, eventualmente anche per ricoveri temporanei nel caso in cui la situazione di perdita funzionale sia transitoria.

## **Controlli su Sperimentazioni e Misure**

Vista la estrema variabilità dei progetti sperimentali e innovativi previsti da Regione, così che difficilmente si potrebbe trarne considerazioni generali, si ritiene utile una analisi differenziata per ogni singolo progetto, cosa che andiamo a fare di seguito.

### **Sperimentazioni territorio mantovano**

I progetti afferivano a due aree principali:

1. riabilitazione diurna extra-ospedaliera per minori disabili
2. case management a sostegno delle famiglie con presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico

I progetti previsti per la prima area sono stati condotti da due Enti erogatori. Sono stati verificati complessivamente 11 fascicoli rispetto ai 70 aperti, pari al 15,7%. La modalità di controllo della documentazione è stata la stessa utilizzata nei controlli di appropriatezza delle UDO ambulatoriali/diurne del territorio.

È stata utilizzata una check list di controllo appositamente elaborata, che ha costituito parte integrante del verbale consegnato in originale all'erogatore al termine del controllo.

Per tutti gli utenti valutati è presente un Fascicolo che contiene progettazione e diari di attività; gli operatori hanno sottolineato come nel tempo ci sia stato uno sforzo volto a migliorare la

modalità di documentazione dell'attività svolta anche attraverso l'elaborazione di apposita modulistica.

Le due sperimentazioni si rivolgono ad utenza diversa e con modalità diverse di intervento: in una realtà con attività di sostegno scolastico in contesto ludico ricreativo di gruppo, nell'altra realtà con attività riabilitative individuali. Si è segnalata in generale la necessità di migliorare la registrazione dell'attività svolta con la famiglia.

Un gestore segnala, a motivazione della mancata registrazione di interventi, l'esistenza di un accordo con la NPI per i minori autistici secondo il quale è la NPI che tiene i rapporti con la scuola e che si occupa del sostegno alla famiglia tramite il gruppo per i genitori dei bambini con autismo.

Risultata spesso carente anche l'evidenza nel fascicolo delle attività di raccordo con la NPI, per le quali deve essere data maggior evidenza nella documentazione.

La stesura del progetto è in capo all'educatore di riferimento/personal tutor, unico firmatario del documento.

I gestori hanno riferito che gli obiettivi sono tuttavia condivisi con tutta l'équipe, così come le verifiche in itinere: si è data indicazione per una migliore rendicontazione dell'attività di équipe che dia evidenza della condivisione di progettazione e verifiche.

Per un progetto concluso, non si è potuta verificare la continuità assistenziale in quanto la conclusione è avvenuta per scelta unilaterale della famiglia legata a problemi di coppia e quindi non è stato possibile definire passaggi successivi; è stata inviata comunicazione della conclusione del percorso all'UONPIA, alla scuola e all'ATS.

Da segnalare che il secondo gestore consegna, al termine del percorso riabilitativo, relazione dettagliata comprensiva di valutazione finale alla famiglia.

I progetti previsti per la seconda area (Case Management) sono stati 6, condotti da altrettanti Enti erogatori, per un totale di 71 casi. Due Enti hanno seguito rispettivamente 60 e 7 casi, per cui si è potuta calcolare una percentuale di controllo. Per gli altri 4, ciascuno con 1 solo caso seguito, è stato controllato il 100% dei casi seguiti, non potendo fare diversamente.

Le modalità generali di controllo (analisi dei fascicoli, uso di check list appositamente approntate, ecc.) sono le stesse appena descritte.

In generale si è rilevata coerenza tra le diverse fasi di valutazione/progettazione e prestazioni erogate; solo in un caso si è rilevata incoerenza tra quanto contenuto nel progetto ASST, quanto contenuto nella lettera di incarico ATS e quanto erogato.

La registrazione delle attività tramite report è nella totalità dei casi dettagliata, provvista di firma dell'operatore e della famiglia.

In alcuni progetti la data di avvio delle prestazioni non coincide con la data di avvio del progetto indicata nel flusso di rendicontazione: le motivazioni fornite verbalmente dall'erogatore sono le più

varie: si è data indicazione perché vengano registrate nel diario le informazioni relative alla data di avvio – soprattutto se molto distante dall’incarico – o altre motivazioni di sospensione temporanea degli interventi (es. attesa dell’arrivo dell’insegnante di sostegno, tempistica di incontro con le famiglie, prolungamento delle vacanze per utenti stranieri ecc).

Il personale che eroga il voucher non risulta avere contatti nel tempo con il CeAD – attivatore nemmeno in fase di conclusione del percorso: si ritiene sarebbe opportuno effettuare/documentare un confronto soprattutto prima di eventuali rinnovi o rimodulazioni dei voucher.

Per alcuni progetti i gestori segnalano che gli accordi con UONPIA hanno definito modalità diverse di relazione con la scuola e con la famiglia, anche a parziale modifica di quanto previsto dal progetto iniziale firmato dalla famiglia (es. rapporti con la Scuola in capo solo alla NPI, voucher di inclusione scolastica in Casa del Sole non effettuato per accordi con NPI): in tali situazioni si è data indicazione di esplicitare nella relazione finali tali modificazioni.

### **Sperimentazioni territorio cremonese**

Le sperimentazioni nel territorio cremonese sono state due, entrambe afferenti all’area riabilitazione ambulatoriale minori disabili.

I controlli hanno interessato 17 Fascicoli sociosanitari, pari al 50% dei Fasas; per tutti i controlli effettuati è stata rilevata la presenza del fascicolo individuale.

Pur considerata l’esiguità del numero di controlli, le patologie principali rilevate indicano specificità delle caratteristiche dell’utenza rispetto alle due strutture: in una gli utenti si caratterizzano per diagnosi relative a tetraparesi o lissencefalia (malformazione delle strutture dell’encefalo), mentre nell’altra sono presenti quasi esclusivamente diagnosi principali di autismo. Per tutti gli utenti è stata rilevata la presenza del Progetto Individuale e della diagnosi funzionale. Solo in un caso non si è riscontrata condivisione del P.I. con i familiari.

Altra documentazione clinica rilevante si è riscontrata per 15 dei 17 Fasas esaminati. Nessuno degli utenti è risultato in attesa di riabilitazione presso UONPIA.

Coerentemente con le peculiarità dei Servizi la composizione delle equipe è diversificata, specialmente riguardo alla presenza del neuropsichiatra in una sperimentazione ed alla componente assistenziale e musicoterapica nell’altra. Psicologo e psicomotricista figurano esclusivamente nel primo servizio, ma in misura contenuta. L’educatore è la figura più frequentemente presente in entrambi i casi sia per la funzione progettuale che per quelle attuative. C’è una quasi totale corrispondenza d’identità fra gli operatori che definiscono il P.I. e gli operatori che lo attuano.

Circa le aree di interesse riabilitativo designate per i vari P.I. l'intervento riabilitativo è esteso nella maggior parte dei casi alle aree *affettiva/relazionale, dell'attenzione, cognitiva, del comportamento, specifica dell'apprendimento, del linguaggio, motoria*.

Le prestazioni effettuate in relazione ai bisogni/aree riabilitative individuate sono rilevate come "dirette" o "indirette" a seconda della sede e modalità d'erogazione: una struttura effettua solo prestazioni dirette, in sede, di tipo individuale. Senz'altro più diversificata la situazione per quanto riguarda la seconda struttura, che vede ovviamente moltiplicarsi le sedi e le modalità d'erogazione delle prestazioni. Esse interessano la quasi totalità degli utenti in modalità indiretta (presso la scuola, la famiglia, i servizi e altri contesti) e la maggior parte degli utenti in modalità diretta (specialmente riguardo ad interventi individuali in sede, e a scuola). Complessivamente si registra per le prestazioni dirette una percentuale del 42% per le prestazioni dirette/prestazioni individuali in sede e del 24% dirette/a scuola. Per le prestazioni indirette la distribuzione percentuale è prossima al 25% per le 4 modalità rilevate.

La media oraria settimanale delle prestazioni dirette erogate è di circa 8 ore mentre per gli interventi indiretti si riduce a circa 3. Complessivamente, quindi, 11 ore medie complessive/utente.

Nel corso del 2017 sono stati registrati 20 incontri fra la struttura e l'Ente Inviante, in relazione a 15 utenti con erogazione di prestazioni nel 2017. Solo in un caso non è registrato nessun incontro. Agli incontri partecipano frequentemente la famiglia (60%) e quindi i Servizi Sociali, ma anche MMG e in un caso uno specialista. La frequenza degli incontri è variabile, non correlata alla durata della presa in carico.

Nel merito della continuità assistenziale al termine della presa in carico si registra, per i tre casi pertinenti, il coinvolgimento della famiglia, mentre la continuità di rapporti con L'Ente Inviante e l'attivazione di servizi/accesso ad altre UdO riguarda solo 2 dei tre utenti in parola. Solo in un caso sono indicati obiettivi specifici per la continuità assistenziale.

## **Controlli Misure**

Anche per i controlli sulle Misure, sia nel territorio mantovano che in quello cremonese si sono utilizzate le modalità generali già illustrate a proposito dei controlli per le Sperimentazioni. Il controllo è stato effettuato attraverso l'analisi della documentazione agli atti del gestore e mediante confronto con gli operatori presenti al momento del sopralluogo.

### Misura 6: Comunità per minori vittime di abuso / violenza / maltrattamento Mantova

Il controllo è stato effettuato sui progetti in carico al 30 ottobre 2017. Sono stati controllati complessivamente n. 8 progetti in 5 Comunità, pari al 100% dei progetti in carico.

Esiti dei controlli:

- in 5 casi sugli 8 controllati la Comunità non è a conoscenza del Progetto quadro; tale voce si ripercuote ovviamente su molti degli indicatori in cui si sviluppa il controllo;
- gli incontri con gli operatori della rete territoriale (ASST, Tutela minori) sono poco documentati, solo “narrati” in sede di controllo dagli operatori perché periodicamente avvengono o telefonicamente o con riunioni, ma non registrati a diario o relazionati come riunioni d'équipe; in alcuni progetti sono documentati solleciti ai Servizi Tutela del territorio (richiesta di documenti e di incontri), che tuttavia non hanno ottenuto riscontro;
- Il raccordo con gli operatori della rete territoriale non è inserito nel PEI come attività parte integrante del raggiungimento degli obiettivi;
- In due situazioni su 8 non vi è evidenza delle prestazioni erogate da idonee figure professionali
- Solo in 3 casi, pari al 40% dei progetti esaminati, su 7 pertinenti si riscontra evidenza documentale di quanto rendicontato nel flusso dati di attività ad ATS. In un caso il minore risulta collocato in Comunità diversa da quella presente nel flusso dati ATS a seguito di trasferimento comunicato ad ASST;
- Solo nel 25% dei casi (2 su 8 progetti esaminati) è presente un Fascicolo dell'utente comprensivo di dati anamnestici, Decreto, progetto quadro, diario degli interventi e delle riunioni d'équipe;
- le prestazioni tutelari ed educative sono sempre state garantite;
- le prestazioni socio-sanitarie – psicologo/ assistente sociale - sono state erogate da ASST in Consultorio Familiare o presso NPI;
- le prestazioni sociali sono state effettuate da assistente sociale della Tutela minori
- in un progetto la Comunità dichiara di aver garantito sostegno psicologico ma non è in grado di documentare gli interventi svolti in coerenza con il flusso dati
- in un progetto sono state rendicontate a flusso prestazioni psicologiche non previste nel progetto Quadro e pertanto non erogate.
- In alcuni progetti le prestazioni rendicontate nel flusso (non erogate dalla comunità) non hanno alcun tipo di evidenza nella documentazione del minore.

In generale si è evidenziata quindi la necessità di migliorare la gestione del Diario dando evidenza della coerenza tra azioni poste in essere e obiettivi del Progetto Quadro, comprensivi di indicatori di risultato. E' necessario inoltre dare maggiore evidenza della corresponsabilità sul progetto tra i diversi attori della rete, non solo nella fase iniziale ma in tutto il percorso di presa in carico del minore.

## Misura 6: Comunità per minori vittime di abuso / violenza / maltrattamento Cremona

Sono stati controllati complessivamente n. 13 progetti in 5 Comunità, pari al 100% dei progetti in carico.

Esiti dei controlli:

- In 4 delle 5 Comunità verificate il Progetto Quadro era presente nel 100% dei casi, mentre era completamente assente nella quinta comunità controllata (2 FASAS);
- In tutti i controlli il PEI è risultato conforme a quanto previsto nel Progetto Quadro, così come è stata prevista la specifica esplicitazione delle prestazioni di natura psicosociale da erogare nei confronti del minore;
- Tutti i PEI sono stati adeguatamente validati dall'Ente locale competente per territorio;
- Le prestazioni sono risultate essere state erogate dai professionisti previsti dal PEI e adeguatamente tracciate;
- In tutti i casi era presente documentazione che giustificava l'apertura della Misura;
- In una Comunità (3 FASAS) i PEI non sono stati condivisi con gli aventi titolo;
- In questa stessa comunità i FASAS non sono risultati conformi (compilazione, conservazione, archiviazione) a quanto stabilito.

La rispondenza delle Comunità agli indicatori è andata negli anni progressivamente migliorando, come si può evincere dai dati sintetizzati sopra. Le carenze ancora presenti sono soprattutto a carico di una unica UdO, che si terrà particolarmente monitorata.

## Misure 2 e 4 : Residenzialità Leggera e RSA Aperta Mantova

Come previsto dalle Regole 2017 e dalla normativa specifica sono state applicate le stesse modalità di controllo previste per tutte le altre unità di offerta (controllo del 15% dei FASAS nel 50% degli erogatori). Si è pertanto definito di sottoporre al controllo il 50% delle strutture che avevano attivato misure di RSA Aperta e/o Residenzialità Leggera, verificando almeno il 15% delle Misure di ogni Struttura.

Si è stabilito di effettuare la verifica della corretta applicazione delle Misure Sperimentali prioritariamente nelle strutture che hanno attivato l'erogazione delle Misure nel 2017, e in quelle che nell'anno 2016 hanno presentato criticità. Questo per consentire ai nuovi erogatori di confrontarsi con le modalità di controllo e per permettere loro di chiarire problematiche che si fossero presentate nel corso dell'attività.

Durante l'attività di controllo, si è proceduto ad una raccolta dati supplementare, per inquadrare al meglio il tipo di utenza che richiedeva le Misure previste dalla DGR 2942/2014.

**Strutture coinvolte nell'erogazione delle Misure 2 e 4**

<b>Tipologie</b>	<b>Strutture attive</b>	<b>Strutture Campionate</b>
RSA Aperta	26	15 (57%)
Residenzialità leggera	8	4 (50%)

### **RSA Aperta**

Sono stati verificati n. **66** fascicoli pari al **17%** di quelli aperti nelle RSA campionate.

E' stata valutata la documentazione sociosanitaria presente in struttura, verificando che la realizzazione del PAI (presa in carico della persona e della sua famiglia) fosse avvenuta nel rispetto dei contenuti previsti dal Progetto Individualizzato redatto dall'ASST e che la risposta ai bisogni fosse stata appropriata ed erogata nei tempi previsti dalla normativa.

Si è inoltre verificato che l'assegnazione delle figure professionali alla Misura non compromettesse gli standard assistenziali delle altre UdO a contratto.

Nel **7%** dei fascicoli controllati almeno 1 prestazione non è stata confermata, prevalentemente per mancata congruenza tra quanto rendicontato nel flusso e quanto documentato nel FASAS agli atti della struttura.

### **Principali criticità**

I PAI in alcuni casi non evidenziavano il ruolo del Care Manager inteso come figura di riferimento per l'utente e la famiglia, referente della pianificazione, del coordinamento dell'assistenza da parte delle risorse disponibili; lo stesso era spesso relegato al ruolo di mero esecutore dei contatti telefonici per il Care Management.

In alcuni FASAS:

- L'attività dell'educatore non viene dettagliata con l'evidenza di valutazione iniziale, obiettivi, indicatori e periodica rivalutazione.
- Presenza di incongruenza tra numero di case management rendicontati e quelli effettuati
- Mancanza dell'evidenza della condivisione del PAI/PEI con utente e/o famigliari.

### **Analisi tipologia dell'utenza del campione esaminato**

La figura professionale prevalente utilizzata dalle RSA per questo servizio è stata quella dell'ASA/OSS, seguita dall'educatore.

La maggior richiesta per la RSA Aperta riguardava utenti con un'età tra 80 e 89 (53%); il 32% ha un'età tra i 70 e i 79 anni; 8% tra i 90 e i 99 anni; il 7% tra i 60 e 69 anni.



Altro dato rilevato è stata la diagnosi riportata nel PI redatto dall'ASST di competenza. I quadro generale evidenzia cinque principali categorie di patologie: M. Alzheimer, Demenza, Decadimento Cognitivo, M. Parkinson.

Le ulteriori diagnosi (21%) sono state raggruppate in "altre diagnosi" (es. diabete, cardiopatie, tumori ecc.).

Sul campione di 66 casi di RSA Aperta verificati:

- il 29% riportava diagnosi di Demenza: di questi il 73% aveva un'età compresa tra gli 70 e gli 89 anni
- il 17% riportava diagnosi di M. Alzheimer: di questi l'54% aveva un'età compresa tra i 70 e i 79 anni
- il 10% riportava diagnosi di M. Parkinson: di questi il 57% aveva un'età compresa tra i 70 e i 79
- il 23% riportava diagnosi di Decadimento Cognitivo: di questi il 66% aveva un'età compresa tra i 80 e i 89
- il 21% riportava altre diagnosi.

**Distribuzione percentuale patologia X classi di età utenti RSA aperta**

Patologie/ classi di età	60 - 69 anni	70 -79 anni	80 - 89 anni	80 - 99 anni	totali
<b>Demenza</b>	16%	37%	37%	10%	100%
<b>Alzheimer</b>	10%	54%	26%	10%	100%
<b>Parkinson</b>	-	57%	43%	-	100%
<b>Altre patologie</b>	-	7%	86%	7%	100%
<b>Decadimento cognitivo</b>	-	27%	66%	7%	100%

Si sono evidenziati i casi in cui gli utenti, oltre alle suddette Misure, usufruivano di altri servizi quali SAD, ADI, o entrambe. Sul totale di Fasas/utenti controllati il 42% usufruiva di altri servizi: il 56% ADI (per la maggior parte dei casi per accessi prestazionali); il 24% SAD; il 14% entrambe i servizi e il 6% frequentava un CDI in giorni diversi da quelli di fruizione della RSA Aperta.

### **Residenzialità Leggera**

Come si è visto, le UdO attivate sono 8 e per 4 di esse si è previsto il controllo. Le misure attivate sono state 21 ed i FASAS verificati 7, quindi il 33% delle misure attivate in Residenzialità Leggera.

Tutte le strutture sono funzionalmente collegate con una RSA che garantisce il personale di assistenza e la reperibilità nelle 24 ore.

### **Principali criticità**

In alcune UdO la Carta dei Servizi non conteneva i criteri per l'accesso alle prestazioni, modalità di erogazione e costi dei servizi.

In alcuni FASAS non vi era evidenza dell'individuazione del care manager.

### Analisi tipologia dell'utenza del campione esaminato

La maggior richiesta per la Residenzialità Leggera riguardava utenti con un'età compresa tra 70 e 79 anni (42%); il 25% ha un'età compresa tra i 90 e i 99 anni; 15% tra i 80 e i 89 anni; il 15% tra i 60 e 69 anni.

Sul campione esaminato l'85% riportava altre Diagnosi (le più frequenti: cardiopatia, diabete, BPCO).

Solo il 15% aveva diagnosi di Decadimento Cognitivo.

### Misure 2 e 4 : Residenzialità Leggera e RSA Aperta Cremona

#### Residenzialità Leggera

Tabella 14: Esiti controlli in Residenzialità Leggera

DENOMIN. ENTE	CONTR. PROGR.	CONTR. EFFETT.	Ind.1	Ind. 2	Ind. 3	Ind.4	Ind.5	Ind.6	Ind.7	Ind.8	Media
			Presenza P.I.	PAI/PEI redatto entro i tempi	PAI/PEI in conformità del PI	Individ. care manager	condivi. PAI/PEI	Tracc. prestazioni	Coerenza dati	FASAS compilato conservato ed archiviato	
<b>Resid. 1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	0,0%	100%	0,0%	100%	100%	0,0%	100%	0,0%	<b>50,0%</b>
<b>Resid.2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%
<b>Totali e medie %</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>80,0%</b>	<b>100%</b>	<b>80,0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>80,0%</b>	<b>100%</b>	<b>80,0%</b>	<b>88,9%</b>

Nella tabella precedente riportiamo l'esito dei controlli effettuati nella due UdO di Residenzialità Leggera nel territorio cremonese. La percentuale di controlli prevista, come da indicazioni della dgr delle Regole, è stata del 15%. Vista l'esiguità dell'utenza (8 p.l. nella prima UdO, 20 nella seconda)

anche il numero dei controlli è risultato ridotto: per questo risulta molto difficile trarre considerazioni generali, anche se è evidente la disparità di esiti ottenuti nelle due UdO

#### RSA Aperta

I controlli sulle 13 Udo che hanno erogato RSA Aperta sono stati complessivamente 46, rispetto ai 38 programmati, perché nel corso dell'anno l'utenza è andata progressivamente aumentando.

Come si può notare da un veloce esame della tabella che segue, ad eccezione di una RSA in cui in due FASAS sui 12 controllati (pari al 16,7%) mancava l'individuazione del caregiver, nel complesso i risultati ottenuti sono stati molto buoni.

### Esiti controlli in RSA Aperta

Denominazione ENTE	CONTROLLI PROGRAMMATI	CONTROLLI EFFETTUATI	Ind.1	Ind.2	Ind.3	Ind.4	Ind.5	Ind.6	Ind.7	Ind.8	Media
				PAI/PEI redatto entro i tempi	PAI/PEI in conformità del PI	Individ. care manager	condiv. PAI/PEI	Tracc. Prest.	Coeren dati	FASAS compilato conservato ed archiviato	
A	3	4	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B	10	12	100%	100%	100%	16,70%	100%	100%	100%	100%	89,50%
C	2	4	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
D	2	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
E	3	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
F	2	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
G	3	4	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
H	2	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
I	3	3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
L	2	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
M	2	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N	2	1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
O	2	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%
<b>Totali e medie %</b>	<b>38</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>78,30%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>97,30%</b>

### **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 50% 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 Dip 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.

#### **Vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento.**

<b>UdO</b>	<b>CAMPIONATE</b>	<b>1° SEM</b>	<b>2° SEM</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ADI</b>	18	15	3	18
<b>CDD</b>	11	5	6	11
<b>CDI</b>	28	10	19	29
<b>CF</b>	10	5	5	10
<b>CSS</b>	9	4	5	9
<b>SERT</b>	3	1	2	3
<b>C. TOX</b>	10	5	5	10
<b>HOSPICE</b>	2	1	1	2
<b>C.I./RIA</b>	8	6	2	8
<b>RSA</b>	43	19	25	44
<b>RSD</b>	5	4	1	5
<b>TOTALE</b>	<b>147</b>	<b>75</b>	<b>74</b>	<b>149</b>

In tabella soprastante abbiamo sintetizzato i dati già inviati, al 31 luglio 2017 e al 31 gennaio 2018, con le schede semestrali regionali. In questa rendicontazione vengono indicate solo le UdO vigilate dietro campionamento, cioè programmate all'inizio dell'anno, salvo modifiche intervenute in corso d'anno per motivi più o meno contingenti.

Come previsto, il campionamento riportato nelle schede semestrali può andare a modificare la programmazione effettuata nel PdC. Nel nostro caso la modificazione ha riguardato la programmazione di CDD e Com Tox (per puro errore materiale per entrambe le tipologie di UdO era stato indicato un controlli in più del reale), i CF (era stato campionato un CF pubblico che non

ha potuto essere verificato perché non ha chiuso la SCIA; per questo entrerà in Piano Programma, come previsto dalla dgr 7600/17), ADI (un ente programmato ha fatto voltura ad altro ente, quindi questa verifica non ha potuto essere inserita).

Non vengono riportate (ma sono invece precisamente riportate nelle schede di rendicontazione semestrale) le verifiche a seguito di SCIA, SCIA contestuale, voltura dell'accreditamento o segnalazione. Inoltre 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.

Il numero complessivo di UdO vigilate è quindi di molto superiore a quello riportato nella tabella precedente.

Nella tabella successiva riportiamo le sanzioni irrogate e le decurtazioni effettuate.

#### Sanzioni irrogate e decurtazioni effettuate

UdO	N. SANZIONI	CARENZE SANZIONATE	IMPORTO TOTALE SANZIONI	decurtazioni	€
<b>ADI</b>	7	6 requisiti di esercizio 1 requisiti di accredit.	13.000,00	4	906
<b>RSA</b>	6	6 requisiti di esercizio	12.000,00	11	3500
<b>CDI</b>	3	3 requisiti di esercizio	6.000,00	0	0
<b>CDD</b>	1	1 trasmissione flussi	1.000,00	2	168
<b>CF</b>	0	0	53	53	0
<b>SERT</b>	0	0	5	5	0
<b>TOTALE</b>	17	17	32000	75	4574

Le carenze rilevate e sanzionate hanno riguardato soprattutto la mancanza dei protocolli assistenziali previsti, la loro scorretta applicazione o l'inadeguata tenuta e compilazione dei FASAS. In un caso si è rilevato il mancato rispetto del debito informativo (non compilazione della scheda SIDI per un ospite) e in un altro caso la mancata erogazione di prestazioni previste.

Le decurtazioni sono invece conseguenza di riclassificazioni o riprofilazioni (nel caso di ADI). La rilevazione di questi errori in CF e SERT non ha, ovviamente, prodotto concrete decurtazioni.

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.

Possiamo quindi rilevare una buona coerenza tra quanto emerge dai controlli di appropriatezza e di vigilanza: in entrambi sembra necessaria una particolare attenzione sugli enti erogatori di ADI, probabilmente dovuta alla modalità organizzativa particolare di questo tipo di offerta sociosanitaria, realizzata da operatori spesso non strutturati presso l'ente ma liberi

professionisti e, per questo, molto più soggetti a turn over (subìto o, più spesso, scelto autonomamente per rispondere ad offerte economiche più allettanti); che difficilmente possono fruire del supporto di un'équipe o del confronto con colleghi.

Nella tabella successiva riportiamo le UdO vigilate extra campionamento. Ricordiamo che per le istanze sotto indicate il controllo va effettuato nel 100% dei casi, non sul 50% come per i controlli da campionamento.

**Verifiche sul possesso dei requisiti in UdO non campionate nel PdC.**

Modalità	Istanze Pervenute	verifiche effettuate	Controllo a 90 giorni
SCIA	4	4	4
SCIA CONTESTUALE	8	8	7*
VOLTURA	6	6	6
RICH. ACCRED.	3	3	3
TOTALE	21	21	20*

\*non ancora effettuato il controllo a 90 gg perché l'istruttoria è stata effettuata nel 2017 ma la registrazione regionale è avvenuta all'inizio del 2018

A queste bisogna aggiungere l'attività svolta per la riclassificazione delle UdO di Cure Palliative. La dgr 5918 del 28.11.2016, infatti, ha disposto che gli enti erogatori di CP –sanitari e sociosanitari- riclassificassero le loro UdO per poter continuare ad erogare le prestazioni relative, adeguandosi ai nuovi requisiti previsti dalla dgr stessa.

Nel territorio della ATS Val Padana, sul versate sociosanitario, ciò ha comportato la verifica per riclassificazione di 3 Hospice e 5 UCP-Dom, la nuova UdO che deriva dalle vecchie ADI-CP.

Complessivamente abbiamo quindi verificato altre 29 UdO, pari ad un ulteriore 19,4% delle UdO previste nel campionamento.

## 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.

Proseguirà con particolare attenzione la "manutenzione" e l'aggiornamento dei flussi, indispensabili per l'attività di controllo, che per noi significano essenzialmente:

- AFAM;
- Schede semestrali dei controlli di appropriatezza e vigilanza,
- trimestrali Rete UdO (limitatamente a Cure Intermedie e riabilitazione non residenziale, poiché le altre UdO figurano già in AFAM);
- annuali sui flussi ministeriali;
- trimestrali UdO socioassistenziali (a novembre ci si attendeva l'avvio in AFAM anche per queste, ma non si è ancora attuato);
- schede struttura di tutte le tipologie (su SMAF);
- calendarizzazione trimestrale attività CDI e CDD;
- periodiche relative alle classificazioni (SOSIA; SIDI, ecc.)

## 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 1765/14 e 2569/14.

In particolare si vuole realizzare:

1. una nuova edizione del corso sull'importanza e la corretta applicazione di Linee Guida, Procedure e Protocolli operativi in ambito assistenziale, rivolto agli operatori delle UdO sociosanitarie e che vedrà gli operatori ATS nel ruolo di tutor e conduttori di gruppo. Nel 2017 è stato realizzato un primo corso –rivolto agli operatori ATS e aperto agli operatori di RSA- che ha visto la partecipazione di un centinaio di operatori (20 ATS e 80 delle RSA);

2. un corso “avanzato” sui protocolli, con la forma della Formazione sul Campo, sempre con gli operatori ATS nel ruolo di partecipanti e di conduttori dei gruppi di lavoro. Lo scopo è sia quello di migliorare la conoscenza “tecnica” dei protocolli da parte degli operatori ATS e da parte degli operatori RSA, sia quello di stabilire delle relazioni di positiva collaborazione tra controllori e controllati, nell’ottica di creare maggiore compliance alle indicazioni e alle prescrizioni che possono derivare dai controlli;
3. la ripresa e l’approfondimento tra gli operatori ATS della tematica relativa alla corretta lettura ed interpretazione degli item della SIDI, in modo da arrivare ad una uniformità di lettura, propedeutica ad un successivo confronto/proposta con le UdO deputate all’accoglienza e al trattamento della disabilità, sempre nell’ottica del miglioramento dell’efficacia dell’azione di controllo;
4. un corso sulla lettura dei flussi, per migliorare le capacità degli operatori di trarre informazioni dai dati dei flussi.

## **Programmazione attività 2018**

Così come chiaramente esposto dalla dgr 7600/2017 e sempre realizzato nella nostra attività (e come già precedentemente evidenziato) 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 ricevute (SCIA, SCIA Contestuale o istanza di accreditamento);
- programmazione di vigilanza di mantenimento su almeno il 30% delle UdO socio-sanitarie;
- verifica nei tempi e nei modi previsti del 100% delle CPE ricevute da Comuni/UdP (per il socioassistenziale);



- programmazione di vigilanza di mantenimento su almeno il 50% delle UdO sociali a carattere non temporaneo (per il socioassistenziale).

#### Appropriatezza:

- valutazione della presenza o meno degli indicatori ex dgr 1765/14, esclusivamente mediante utilizzo delle check list regionali;
- rispetto totale delle indicazioni della dgr 7600/2017 e della nota DG Welfare prot. N.9936 del 14.3.2018, contenente ulteriori specificazioni per la redazione del piano di attività di controllo, in merito a:
  - realizzazione almeno del numero minimo di controlli previsti (11,5% e 3,5%);
  - percentuale di UdO sulle quali effettuare i controlli di appropriatezza (30%);

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

#### **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 socio-sanitarie accreditate.

#### **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 di 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 più possibile congiunti	Verifica del 30% delle UdO con utilizzo degli strumenti regionali (verbali regionali)

### 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: • 11,5% FASAS UdO Resid e semiresidenziali (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 2017; -Controlli nelle UdO in cui sono state riscontrate criticità nel 2017; -Controlli secondo le % indicate dalla Regione (11,5% 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 sociosanitaria; • 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 ATS

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

#### UdO 2018

UdO	n° UdO Vigilanza	n° UdO Appropriatelyzza	% da applicare	n° controlli
Consultori pubblici	4	3	3,5	42
Consultori privati	3	4	3,5	155
RSD	5	5	11,5	61
CDD	6	8	3,5	22
CSS	6	6	11,5	8
CURE INTERMEDIE	4	6	11,5	348
Ex sperimen post acuti	0	0	11,5	0
Ciclo Diurno Continuo	1	1	3,5	19
Ambulat. /domiciliare	6	5	3,5	59
RSA	30	30	11,5	473
CDI	13	17	3,5	63
Ser.T a gestione ASST	3	3	3,5	48
COM TOX Residenziali	6	7	11,5	29
Com TOX Semiresid.	0	0	3,5	0
Enti erogatori ADI	10	25	3,5	141
Erogatori UCP-DOM	2	3	3,5	4
Hospice	1	1	11,5	24
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>124</b>		<b>1496</b>

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

**Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR 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 Appropriatelyzza 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 (11,5% residenziali e semiresidenziali, 3,5% ambulatoriali e domiciliari)

# Piano delle attività di vigilanza relativo alle Unità d'Offerta sociali

## Attività di vigilanza sulle Unità d'Offerta sociali

### Unità d'Offerta della rete sociale sul territorio dell'ATS Val Padana

La dgr 7600/17 in continuità con la modalità sempre utilizzata in precedenza, con la sola eccezione dell'anno 2017, ha previsto che il PdC espliciti anche la programmazione dei controlli di vigilanza sulle UdO sociali.

La rete delle UdO sociali al 1.1.2018 era così costituita:

**UdO sociali al 1.1.2018**

UdO	Ex ASL CR	Ex ASL MN	Totale ATS
ASILO NIDO	54	72	126
MICRO NIDO	13	14	27
NIDO FAMIGLIA	9	11	20
CENTRO PRIMA INFANZIA	2	1	3
COM Educativa	14	11	25
COM FAMILIARE	2	3	5
CAG	6	15	21
ALLOGGI PER L'AUTONOM.	4	3	7
CSE	11	12	23
SFA	9	6	15
CAD	3	1	4
CENTRI DIURNI ANZIANI	1	5	6
ALLOGGI PROT. ANZIANI	9	11	20
Totale	137	165	302

In questo elenco non comprendiamo:

- le CAD (Comunità Alloggio Disabili) che si sono accreditate come CSS, perché verranno vigilate in quanto UdO sociosanitarie;
- le UdO temporanee (CRD), che comunque verranno vigilate "extra programmazione";
- le UdO non normate o che non hanno ancora completato il percorso di "normalizzazione" (ad esempio, le Comunità per Anziani che si trasformano in C.A.S.A.), perché verranno vigilate in quanto presenteranno CPE.

Comprendiamo invece in questo elenco anche le UdO (ad esempio: Alloggi protetti per anziani, Comunità Educative) che partecipano a Misure e quindi rientrano anche in quel tipo di controllo.

## 2. Attività di vigilanza svolta nel 2017

L'attività di vigilanza nel corso del 2017 si è svolta nel rispetto delle indicazioni generali e specifiche di norma, curando in particolare:

- la biennialità dei controlli così da poter verificare nel biennio il 100% delle UdO, salvo le UdO ad attivazione temporanea, quali i CRD, per le caratteristiche dei quali –numerosità, breve durata dell'attività, non automatico riavvio ogni anno – può essere che non siano state verificate tutte nel biennio;
- la verifica del 100% delle CPE inviateci dai Comuni/Uffici di Piano;
- il rispetto della tempistica per la verifica delle CPE.

**Programmazione controlli 2017 (da PdC 2017)**

UdO	MN	CR	ATS
ASILO NIDO	40	26	66
MICRO NIDO	9	8	17
NIDO FAMIGLIA	4	5	9
CENTRI PRIMA INF.	0	1	1
COM. FAMILIARE	1	2	3
COM. EDUCATIVE	6	7	13
CENTRO PRONTO INT.	0	1	1
ALL. PER L'AUTONOMIA	1	3	4
CAG	6	4	10
CSE	6	6	12
CAD	1	2	3
SFA	4	4	8
ALLOGGI PROTET. ANZ.	4	5	9
CENTRI DIURNI ANZ.	0	0	0
CASA ALBERGO	0	1	1
Totale	82	73	155

Sulle UdO sociali sono stati effettuati complessivamente monitoraggi su 149 UdO come da Piano, ripartiti come mostrato nella tabella successiva.

### Controlli effettuati nel 2017

Semestri	MN	CR	TOTALE
1° SEM	62	44	106
2° SEM	22	21	43
TOTALE	84	65	149

La programmazione da PdC 2017 (vedi tabella precedente “Programmazione controlli 2017”) prevedeva la vigilanza su 155 UdO, poi ridotte a 148 perché alcune UdO nel corso dell’anno sono state chiuse.

Sono state rilevate carenze, in particolare in riferimento ai requisiti organizzativo/gestionali di 3 UdO (2 asili nido e 1 nido famiglia), per cui si è proceduto a segnalazione agli organismi competenti (Comuni e Uffici di Piano) per il completamento del procedimento.

### Attività di vigilanza programmata per il 2018

Come di consueto per l’attività di vigilanza sulle UdO del sistema socioassistenziale è richiesto il monitoraggio delle UdO non vigilate nell’anno precedente, così da aver vigilato nel biennio il 100% delle UdO in esercizio, ed il 100% delle CPE pervenute.

Le UdO programmate per il monitoraggio nel corrente anno sono perciò quelle indicate in tabella seguente.

### Programmazione controlli di vigilanza 2018

UdO	In esercizio	Programmate
ASILO NIDO	126	62
MICRO NIDO	27	16
NIDO FAMIGLIA	20	12
CENTRO PRIMA INFANZIA	3	2
COM Educativa	25	12
COM FAMILIARE	5	2
CAG	21	12
ALLOGGI PER L'AUTONOM.	7	4
CSE	23	9
SFA	15	6
CAD	4	3
CENTRI DIURNI ANZIANI	6	5
ALLOGGI PROT. ANZIANI	20	9
Totale	302	154

A queste si aggiungeranno anche alcuni controlli sulle unità d’offerta temporanee (CRD), che non vanno considerati nella programmazione.

Verrà garantita, come sempre, la verifica su tutte le CPE presentate e su eventuali segnalazioni che dovessero pervenire.

## **Dotazione organica e strumenti operativi**

Il personale adibito ai controlli di vigilanza sulle UdO socioassistenziali è al momento quello sotto riportato. Mentre viene steso questo PdC non è ancora stata effettuata una formale attribuzione ai centri di costo delle UOC e/o delle UOS, per cui non è ora possibile definire formalmente chi si occuperà di vigilanza e chi di controllo.

Inoltre, a causa di pensionamenti e per altri motivi, si sta rivedendo l'organico. Si sottolinea anche che in questo elenco non figurano alcuni TdP che afferiscono al DIPS ma collaborano strettamente col PAAPSS per la realizzazione delle vigilanze congiunte, assicurando le competenze tecniche indispensabili per le verifiche sui requisiti strutturali e tecnologici.

Il numero e la distribuzione degli operatori attivi potrà pertanto cambiare nel prossimo futuro.

Gli operatori fanno riferimento a territori abbastanza definiti, disegnati sulla territorializzazione distrettuale della ATS alla quale, come sappiamo, corrisponde anche la suddivisione territoriale delle ASST: Mantova, Cremona e Crema.

Gli operatori sono quindi divisi in équipe che operano di preferenza su un determinato territorio, salvo spostarsi in territori diversi per motivi preordinati, quali: l'apporto di professionalità specifiche eventualmente momentaneamente carenti, rispondenza ai criteri del Piano Anticorruzione (rotazione del personale, affiancamento, sostituzione,..); ecc.

Al momento della stesura di questo PdC operano nella vigilanza sul mantenimento dei requisiti i seguenti operatori, cui si aggiungono come detto altri TdP del DIPS:

F. Colombi	Amministrativa	36 h/sett	Dipend. ATS
P. Scolari	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
C. Tregattini	Educatrice	36 ore/sett	Dipend. ATS
M.Garatti	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
M.Gardinazzi	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
G.Tognali	Ass. Sociale	36 ore/sett	Dipend. ATS
C.Gavioli	Ass. Sociale	30 ore/sett	Dipend. ATS
M.Mantovani	TdP	36 ore/sett	Dipend. ATS

Fanno parte della dotazione di mezzi e strumenti operativi:

- PC portatili
- stampanti
- telefonini
- auto aziendali, assegnate all'équipe o da prenotare nel pool aziendale.

Per il momento stampanti e telefonini non sono ancora a disposizione di ogni équipe: si sta provvedendo in questo senso (ulteriori dettagli più avanti).

## **Formazione**

Gli operatori che si occupano della vigilanza sulle UdO del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale sono gli stessi, con stesso programma formativo.

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 vigilanza.

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

In particolare, tra le altre occasioni di formazione, si vuole realizzare:

1. una nuova edizione del corso -già realizzato l'anno scorso- sull'importanza e la corretta applicazione di Linee Guida, Procedure e Protocolli operativi in ambito assistenziale;
2. un corso "avanzato" sui protocolli, con la forma della Formazione sul Campo, sempre con gli operatori ATS nel ruolo di partecipanti e di conduttori dei gruppi di lavoro. Lo scopo è sia quello di migliorare la conoscenza "tecnica" dei protocolli da parte degli operatori ATS e da parte degli operatori delle UdO, sia quello di stabilire delle relazioni di positiva collaborazione tra controllori e controllati, nell'ottica di creare maggiore compliance alle indicazioni e alle prescrizioni che possono derivare dai controlli;
3. un corso sulla lettura dei flussi, per migliorare le capacità degli operatori di trarre informazioni dai dati dei flussi.

## **Rendicontazione economica**

Con Decreto n.6823 del 9/06/2017 la Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale ha assegnato all'ATS della Val Padana il fondo regionale per l'anno 2017 per il finanziamento delle funzioni trasferite in materia di vigilanza e controllo per la verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture socio-assistenziali.

La somma complessiva assegnata è stata di € 162.497, di cui € 103.095 all'ATS della Val Padana quale assegnazione per le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta operanti in ambito socio-sanitario e sociale ed € 59.531 destinati ai Comuni per l'espletamento delle funzioni di competenza relative all'esercizio e accreditamento delle strutture socio-assistenziali.



Il piano di utilizzo di questi fondi è sintetizzato nella tabella successiva: la previsione di spesa maggiore rispetto ai fondi assegnati verrà coperta con i residui degli anni precedenti.

**Piano di utilizzo fondo vigilanza 2017 per l'anno 2018**

DOTAZIONE ATS VAL PADANA	ANNO 2018
Aggiornamento dotazione informatica	€ 7.120,00
Personale interinale Decreto ATS n.25 del 19/01/2018	€ 24.000,00
Dotazione apparecchi telefonica mobile e strumentazione	€ 865,00
Figura professionali	€ 72.000,00
Noleggio automezzi aziendali	€ 13.920,00
Attività aggiornamento e formazione	€ 3.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 120.905,00</b>
Assegnazione decreto 6823/2017	€ 103.095,00
Differenza cui sopperire con residui anni precedenti	-€ 17.810,00

## Controlli in ambito di assistenza farmaceutica

La legge regionale n. 23 “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo”, che innovando profondamente l’organizzazione del sistema regionale ha definito la costituzione delle ATS, ha implicato, anche in sede locale, una riorganizzazione territoriale che ha visto l’unificazione delle aree già di competenza delle ASL di Mantova e Cremona. Ciò ha comportato, nel limite del possibile stante la complessità della materia e la peculiarità dei singoli servizi, un’integrazione delle attività storicamente articolate in maniera non omogenea.

Gli indirizzi di programmazione e le disposizioni regionali, nel definire le attività che nel 2018 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 2017, 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 Val Padana operano 11 strutture sanitarie che erogano farmaci in regime di File F, così ripartite tra Erogatori pubblici ed Erogatori privati accreditati:

<i>Erogatori Pubblici</i>	<i>Erogatori Privati Accreditati</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ASST di Crema</li><li>• ASST di Cremona</li><li>• ASST di Mantova</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Casa di Cura Ancelle della Carità (CR)</li><li>• Casa di Cura San Camillo (CR)</li><li>• Casa di Cura Figlie di San Camillo</li><li>• Ospedale San Pellegrino (MN)</li><li>• Ospedale di Volta Mantovana (MN)</li><li>• Ospedale di Suzzara (MN)</li><li>• IRCCS Maugeri di Castel Goffredo (MN)</li><li>• Casa di Cura Teresa Camplani (MN)</li></ul>

### Rendicontazione attività 2017

L’attività di controllo del tracciato file F per l’anno 2017, concordata tra la sede territoriale di Mantova e di Cremona, è stata effettuata presso le sedi degli enti erogatori e, per quanto si riferisce all’area cremonese, è stata condotta di volta in volta in collaborazione con il Nucleo Operativo di Controllo.

Come per i controlli NOC, al fine di omogeneizzare le modalità operative, i controlli del 2017 sono stati attivati dal mese di marzo e sono terminati il mese di febbraio 2018.

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 Val Padana.

#### *Azioni programmate 2017*

- Verifica del 100% dei record, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata di farmaci HCV e del 75% per i farmaci ad alto costo oncologici
- Verifica:
  - presenza/assenza della scheda AIFA che deve essere allegata alla Cartella Clinica;
  - date di somministrazione e dispensazione del farmaco;
  - rendicontazioni relativamente all'assenza di farmaci con AIC revocato; farmaci esposti a rimborso il cui costo deve essere al massimo quello dei prezzi massimi di acquisto.

#### *Azioni effettuate*

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa dei controlli eseguiti nel corso del 2017, nel rispetto di quanto programmato nel Piano dei Controlli anno 2017 deliberato per l'ATS della Val Padana

Struttura Erogatrice	Farmaci HCV		Farmaci oncologici ad alto costo		n. visite 2017	Criticità riscontrate
	n. record 2017 controllati	n. record 2017 modificati	n. record 2017 controllati	n. record 2017 modificati		
ASST CREMONA	683	0	13.887	277	8	
ASST CREMA	209	0	4.593	11	7	
ASST MANTOVA	851	0	11.299	49	12	rendicontazione farmaci oncologici in frazioni, intese come valori percentuali
CdC Figlie di San Camillo	0	0	599	0	7	
CdC San Camillo	0	0	232	0	7	
Ospedale di Suzzara	0	0	1.258	9	6	
Ospedale di Castiglione	0	0	1.094	17	2	preferenza impiego specialità medicinali anche quando è disponibile il corrispondente generico

Oltre a tali categorie sono stati oggetto di verifica:

- i farmaci Oftalmici esposti in tipologia 2, per uso intravitreale con scheda AIFA;
- alcuni farmaci ad alto costo a campione, di particolare impegno economico, indipendentemente dalla tipologia di esposizione (ad esempio i farmaci per malattie rare quali, ad esempio Soliris, Adagen, Fabrazyme).

### Programmazione azioni 2018

In accordo con quanto disposto dalla DGR n. X/7600 del 20.12.2017, sono state programmate, per l'anno 2018, le azioni tese al monitoraggio e vigilanza sulla corretta prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA riportate nella tabella seguente.

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

### **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, peculiari dei due settori farmaceutici che operano negli ambiti geografici differenti del territorio 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.

<b>Ats Val Padana</b>							
<b>Distretto ATS (commissioni)</b>	<b>n. farmacie convenzionate</b>	<b>n. dispensari</b>	<b>n. parafarmacie</b>	<b>n. grossisti</b>	<b>n. esercizi autorizzati al commercio on line</b>	<b>n. negozi/GDO alimenti particolari</b>	<b>n. RSA/RSD/IDR</b>
MANTOVA	136	3	21	7	2	21	60
CREMONA	125	23	11	7	3	21	48

### Rendicontazione attività 2017

Poiché esistono innegabili difficoltà di natura anche logistica legate alle dimensioni molto estese del territorio della nuova ATS della Val Padana e sulla base delle evidenze emerse dalle visite ispettive condotte congiuntamente nel corso del 2016 dalle due commissioni ispettive, per il 2017 è proseguita l'attività di controllo nel rispetto del criterio della territorialità delle farmacie, criterio confermato dalla nuova Legge regionale n.6/2017 che prevede l'istituzione di una Commissione ed eventuali sottocommissioni nel rispetto degli ambiti territoriali.

#### *Azioni programmate 2017*

Nel corso del 2017 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*

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

<b>ATS Val Padana</b>							
<b>commissione/sottocommissioni</b>	<b>tipo ispezione</b>	<b>n. farmacie convenzionate</b>	<b>n. dispensari</b>	<b>n. notizie di reato</b>	<b>n. rilievi / prescrizioni</b>	<b>n. sanzioni erogate</b>	<b>importi notificati</b>
MANTOVA	ordinaria	65	2	0	3	9	€2.603,30
MANTOVA	preventiva	2	0	0	1	0	-
MANTOVA	straordinaria	2	0	0	1	0	-
CREMONA	ordinaria	60	2	0	13	7	€9.871,80
CREMONA	preventiva	1	0	0	0	0	-
CREMONA	straordinaria	8	0	0	0	2	€1.559,80

### Programmazione azioni 2018

In accordo con quanto disposto dalla DGR n. X/7600 del 20.12.2017, sono state programmate, per l'anno 2018 e 2019, 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		
<b>ATS VAL PADANA</b>		
<b>n. farmacie con ispezione prevista nel biennio 2018/2019</b>	<b>n. farmacie con ispezione prevista nel 2018</b>	<b>n. farmacie con ispezione prevista nel 2019</b>
261	134	127
Calendario annuale con ispezione ordinaria prevista per l'anno 2018		
<b>ATS VAL PADANA</b>		
<b>sottocommissione</b>	<b>n. farmacie convenzionate</b>	<b>n. dispensari</b>
MANTOVA	70	1
CREMONA	64	9

# Autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti delle aziende fornitrici di ausili protesici

La DGR 5954/2016 e la successiva Determinazione n. 25 del 19/5/2017 avente per oggetto Validazione del Piano dei Controlli delle ATS Esercizio 2017 non avevano predisposto da parte delle ATS indirizzi particolari nel settore Protesica Maggiore

## Attività 2017

L'attività svolta nel 2017 si è articolata come di seguito riportato:

- N. 2 sopralluoghi presso la ditta Audiovita di Suzzara.
- N. 1 autorizzazioni alla ditta Easysound di Cremona.
- Nuova apertura di azienda ortopedica "Biomedica su Misura" s.r.l. in via Ghinaglia 41/A Cremona in data 29/06/2017. E' stata effettuata la verifica delle prescrizioni impartite con verbale del 21/12/2016 per l'adeguamento della struttura. Esito Favorevole.
- Subingresso in Azienda Ortopedica: Ortopedia Macalli di Macalli Stefano – C.so Vittorio Emanuele 43/45 Cremona . E' stata effettuata la prima verifica in data 20/07/2017, dalla quale è emersa la necessità di adeguamenti strutturali. In data 24/10/2017 è stato effettuato con esito positivo il sopralluogo di controllo.

## Attività rivolta ai MMG

È stata attuata attività formativa per addestramento all'uso dell'applicativo AssitantRL per la prescrizione di ausili da parte dei MMG nell'ambito del Progetto del Governo Clinico Medici di Medicina Generale Ambito Territoriale Mantova, in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie.

Per tutte le aree afferenti alle ASST Mantova, Cremona e Crema, sono stati accreditati medici specialisti delle branche afferenti alle specializzazioni previste, ammesse dall'applicativo Assistant RL, alla prescrizione di protesi, ortesi ed ausili in sostituzione di colleghi dimessi o trasferiti dalle strutture sanitarie accreditate.

## **Pianificazione 2018 in accordo alla DGR X/6917 del 24.07.2017**

Per tutte le aree afferenti alle ASST Mantova, Cremona, Crema:

- Si darà seguito alle richieste di accreditamento alla prescrizione protesica dei medici specialisti di branca avente titolo.
- Si darà seguito alle richieste di accreditamento delle ditte fornitrici di protesi, ortesi ed ausili personalizzati.
- Si darà seguito alle richieste di accreditamento dei centri di prescrizione del territorio di competenza.
- Sarà monitorato il livello di prescrizione on line rispetto a quello cartaceo.
- Sarà effettuato un approfondimento sulla ventilazione non invasiva (CPAP, Bilevel, PSV)
- Saranno definite attività di collaborazione con le ASST per monitoraggio dell'andamento complessivo delle attività prescrittive, volumi economici, completezza dei dati.



## Controlli in ambito di Cure Primarie

Le Cure Primarie, a giudizio della stessa Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) sono 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 deve operare, per l’assolvimento delle funzioni a livello distrettuale, per il tramite di operatori assegnati alle ASST, ed a tale scopo è stata contemplata tra ATS e le tre ASST una specifica convenzione, nelle more che l’Agenzia diventi via via sempre più indipendente.

Tale premessa è necessaria in quanto controlli e relativi flussi di dati, in quota parte, devono essere recuperati per il tramite di collaboratori in forza alle tre ASST.

Tenuto conto dei limiti citati, di seguito si riporta una tabella delle possibili attività di controllo per l’anno 2018 in continuità con il 2017. 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. Anche gli altri per quota parte sono svolti da personale delle ASST.

Di seguito è inoltre riportato il Piano dei controlli e le verifiche dell’ATS in ambito progetto CReG che riguardano la sola area territoriale di Cremona in continuità con il Piano 2017. Al riguardo va precisato che le verifiche riguarderanno le attività in ambito CReG svoltesi nel 2017.

Area/Settore del controllo	Criticità da prevenire	Obiettivi	Indicatori
MMG: - ADI, ADP e PA  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. 2) Verifica diretta del 5% delle nuove attivazioni di ADP e del 5% dei casi attivi (*).  PLS: 1) Verifica mensile del 100% delle APA. 2) Verifica mensile delle PA indicate nelle linee guida di appropriatezza.
Medici di Continuità Assistenziale: turni di guardia effettuati dai Medici di Continuità Assistenziale	<i>Adeguatezza della 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.
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 rivisite conseguenti a precedenti prescrizioni (*).

<p>Medici di Medicina Generale: PRESCRIZIONI SANITARIE</p>	<p><i>Iperprescrizione, inappropriata, disattesa "note"</i></p>	<p>Analisi della prescrizione attraverso la valutazione dei profili prescrittivi (di farmaceutica), al fine di valutare l'appropriatezza prescrittiva, individuare i medici "iperprescrittori" ed organizzare eventuali colloqui con i medesimi. L'attività è svolta di concerto e con il supporto del Servizio Farmaceutico.</p>	<p>Valutazione sul 100% dei profili dei MMG.  Incontro verbalizzato con il 100% dei MMG risultati "iperprescrittori" secondo criteri come già predefiniti. Sono esclusi dagli incontri gli iperprescrittori che già dalla BDA e altre fonti risultano "giustificati" per la "complessità" dei casi trattati o per altri motivi. Gli stessi saranno comunque informati dell'istruttoria condotta. Di essi sarà redatta comunque relazione. Non rientrano nei controlli i medici con un numero contenuto di pazienti da definire.</p>
<p>AUTOCERTIFICAZIONI rilasciate: - da Medici convenzionati - da cittadini per operazioni di Scelta e Revoca Medico</p>	<p><i>Dichiarazioni non conformi</i></p>	<p>Verifica della conformità delle dichiarazioni rilasciate dai Medici convenzionati e dai cittadini attraverso richiesta di conferma agli Enti competenti.</p>	<p>20% delle autocertificazioni ricevute mensilmente.</p>

I controlli e le verifiche dell'ATS in ambito progetto CReG riguardano:

1. Lo stato di avanzamento delle attività di progetto (rispetto scadenziari progetto);
2. il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati nelle "Modifiche per l'anno 2017 al Protocollo Attuativo del Contratto CReG 2016" (vedi tabelle sotto riportate 1.1 e 1.2), anche ai fini del riconoscimento economico, monitorando dell'andamento degli indicatori individuati;
3. l'utilizzo dei servizi complementari del soggetto Gestore, definiti nel "Protocollo Attuativo del Contratto CReG" con verifica dei seguenti flussi:
  - a. Flusso informativo CReG-PAI: trasmissione dei Piani Assistenziali Individuali
  - b. Flusso CReG-GEST: rendicontazione delle prestazioni erogate c/o studi medici
  - c. Flusso di rendicontazione attività svolta dal Centro Servizi.  
(Debito informativo di cui all'Allegato 4 sui Flussi Informativi contenuto nella DGR n. X/1465 del 6.3.2014 e all'Allegato B) sub Allegato 7 della DGR n. X/2889 del 23.12.2014 ed ulteriori indicazioni regionali);
4. il trend della spesa e il suo allineamento rispetto ai costi attesi.

L'ATS effettuerà i controlli e le verifiche, anche presso gli studi dei MMG, per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni pianificate rispetto all'EPA (controlli ex ante) e dell'aderenza dei percorsi dei pazienti ai PAI (controlli ex post), anche attraverso la raccolta:

- dell'Elenco Prestazioni Attese (EPA) dei pazienti in carico così come forniti dal sistema regionale, verificando l'adesione ai PAI individuati. In particolare, saranno effettuati controlli puntuali almeno del 20% dei PAI pervenuti all'ATS, utilizzando un criterio di estrazione casuale del paziente, e almeno del 20% dei PAI completati alla fine del periodo contrattuale di osservazione;
- dei consumi relativi ai ricoveri ospedalieri, all'attività specialistica ambulatoriale e ai farmaci;
- della percentuale di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto o di farmaci che presentano il miglior profilo costo/efficacia comunque riferiti ai percorsi diagnostico-terapeutici individuati.

### Obiettivi e indicatori all'adempimento degli impegni contrattuali

TIPO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO	STRUMENTI
PROCESSO	Presenza in carico degli assistiti conformemente al PAI e applicazione dello stesso con verifica mediante flusso informatico	≥ 60% dei pazienti arruolati	Linkage tra flussi PAI, EPR, flussi amministrativi regionali (specialistica ambulatoriale, farmaceutica)
QUALITÀ	<i>Customer Satisfaction</i> su pazienti arruolati secondo modello fornito da ATS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° questionari compilati/ totale arruolati ≥ 30%;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio di un flusso informativo concordato con l'ATS;</li> <li>• Verifica durante le attività di controllo</li> </ul>
PROCESSO	Tutoraggio del Centro Servizi (Call Center) su pazienti arruolati: % di pazienti contattati dal Centro Servizi	N° pazienti contattati /totale pazienti ≥ 70 % ( <i>percentuale annuale</i> )	Analisi flusso informativo di rendicontazione dell'attività del Centro Servizi (se fornito da Lispa)
PROCESSO	Sperimentare innovazioni di processo	≥ 80% farmaceutica ( <i>percentuale annuale</i> )	Flusso dati Lispa
PROCESSO	Promozione attiva degli screening oncologici e della vaccinazione antinfluenzale in soggetti target	Attività previste dagli accordi di Governo Clinico 2017 e disposizioni locali relative alla campagna vaccinale antinfluenzale 2017	Portali di registrazione dati già in uso ai MMG

### Obiettivi e indicatori di risultato del progetto sperimentale

TIPO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO	STRUMENTI
RISULTATO	Reclutamento degli arruolabili	Compilazione del PAI per almeno il 70% degli arruolabili	Flusso PAI portale regionale CReG
RISULTATO	<i>Outcome</i> di salute specifici	≥ 60% riduzione delle Hb Gliccate superiori a 8 o mantenimento dei valori se inferiori o uguali a 7	Riscontri anche campionari rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute deriveranno dalle attività di controllo sulla documentazione dei medici partecipanti
RISULTATO	Sensibilizzazione attiva su pazienti arruolati: % pazienti contattati	Compilazione della nota di contatto per almeno il 40% degli arruolati	Portale di gestione screening Dedalus
RISULTATO	Proposta attiva vaccinazione antinfluenzale: % pazienti arruolati	Registrazione dell'avvenuta vaccinazione per almeno il 50% degli arruolati	Portale di registrazione campagna vaccinale antinfluenzale R.I.Va.I.