

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

Piano dei controlli

Anno 2023

Sommario

Analisi di contesto	4
Demografia	4
Analisi degli indicatori di performance e di qualità	7
Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali	7
Il Programma Nazionale Esiti (PNE)	8
La rete dell'assistenza territoriale da DM 77/2022	10
Area sanitaria	16
Rete di offerta Sanitaria – ATS Val Padana (al 1/1/2022)	16
Rete Territoriale d'offerta: Salute Mentale - ATS Val Padana (al 1/1/2022)	17
Attività di vigilanza sulle Strutture Sanitarie accreditate - anno 2022	17
Attività di vigilanza sulle Strutture della Rete territoriale - anno 2022	17
Rendicontazione attività di controllo - anno 2022	20
Ricoveri	20
Prestazioni ambulatoriali	23
Tempi d'attesa	27
Programmazione 2023	30
Vigilanza delle Strutture Sanitarie Accreditate	31
Vigilanza delle Strutture della Rete Territoriale: Case di Comunità e Ospedali di Comunità	31
Linee di sviluppo per i controlli NOC	32
Verifiche sui Tempi d'attesa	45
Area sociosanitaria e sociale	50
Analisi di Contesto	50
Rendicontazione attività di vigilanza e controllo in area sociosanitaria anno 2022	52
Programmazione 2023	58
Area farmaceutica e protesica	67

Area Farmaceutica – anno 2022	67
Area protesica – anno 2022.....	75
Area Farmaceutica – anno 2023	78
Area protesica – anno 2023.....	85
Requisiti di accesso alla contrattualizzazione in area sanitaria	88
Monitoraggio attività di controllo 2022.....	88
Programmazione attività di controllo 2023.....	89
Requisiti di accesso alla contrattualizzazione in area sociosanitaria	91
Monitoraggio attività di controllo 2022.....	91
Programmazione attività di controllo 2023.....	92
Area presa in carico	95

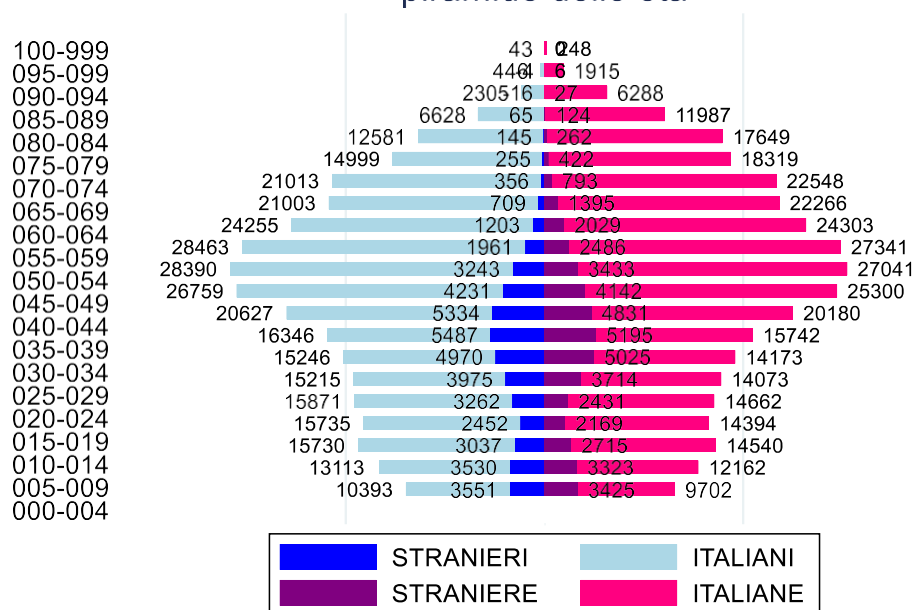
Analisi di contesto

Demografia

I residenti nelle province di Mantova e Cremona al 01/01/2022 da fonte Istat sono 755.727 di cui 51% femmine (382.780). La struttura per età della popolazione residente mostra la configurazione classica che si riscontra nei Paesi Occidentali, ovvero una minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme, a fronte di una maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali.

Se si osservano i dati differenziati per cittadinanza, si nota che la tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana è leggermente più marcata rispetto al valore medio. Per quel che concerne la popolazione straniera, si evidenzia come la classe in età lavorativa ed in età feconda sia quella più rappresentata, seguita da quella 0-14, con una lieve "strozzatura" delle classi 15-19 e 20-24. In questo caso il pattern della struttura per età testimonia che il fenomeno migratorio nella nostra area è relativamente recente.

piramide delle età



fonte: dati ISTAT al 01/01/2022

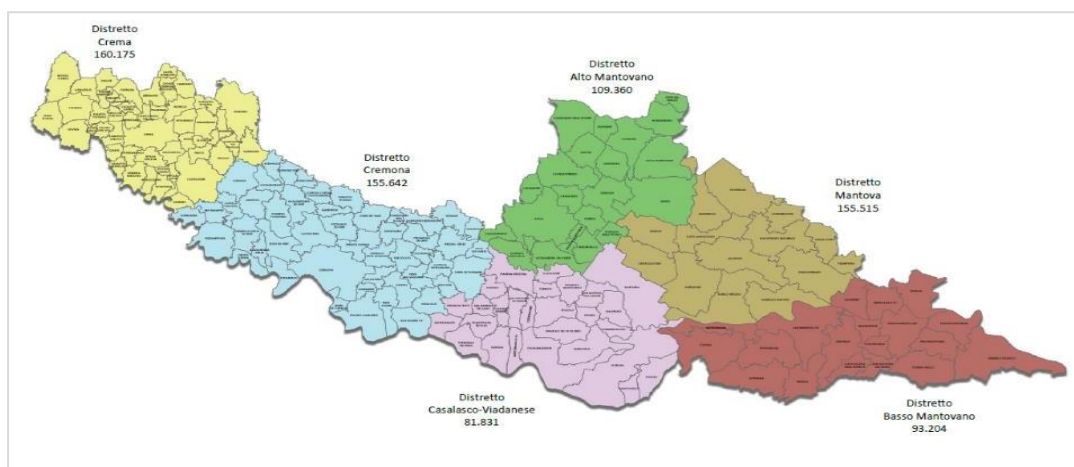
Popolazione ATS per genere, fascia d'età e cittadinanza, gennaio 2022

Il territorio dell'ATS della Val Padana è suddiviso in sei Distretti, distribuiti per ASST di riferimento come segue:

- ASST Crema n. 1 distretto:
 - o Cremasco
- ASST Cremona n. 1 distretto
 - o Cremonese

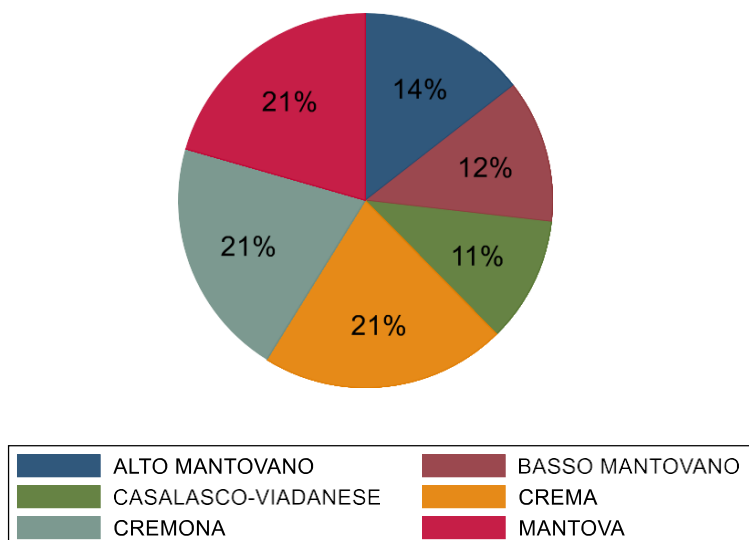
- ASST Mantova n. 4 distretti
 - o Alto Mantovano
 - o Mantovano
 - o Basso Mantovano
 - o Casalasco - Viadanese Oglio Po (distretto a scavalco tra ASST Mantova e ASST Cremona).

Le figure seguenti mostrano la distribuzione della popolazione su base distrettuale, riportata in tabella – unitamente a numerosi indicatori, anche nelle pagine seguenti.



Numero abitanti suddivisi per distretto di residenza

Distribuzione della popolazione per distretto di residenza

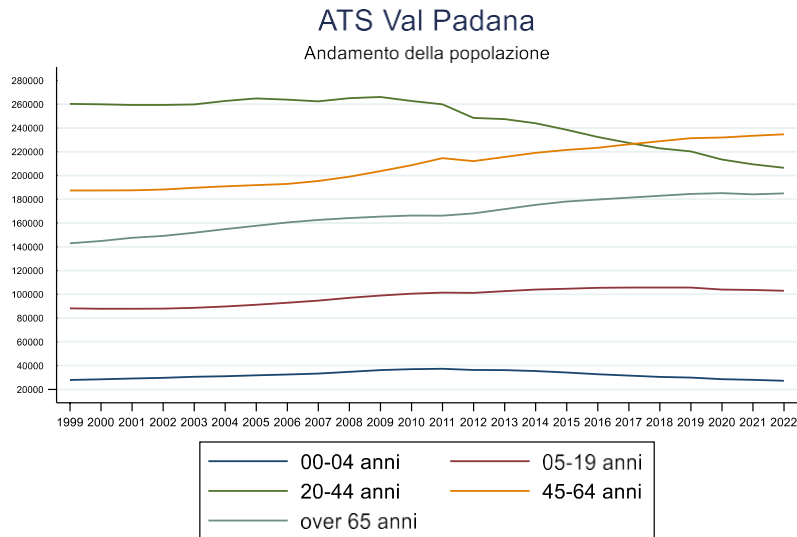


fonte: dati ISTAT al 01/01/2022

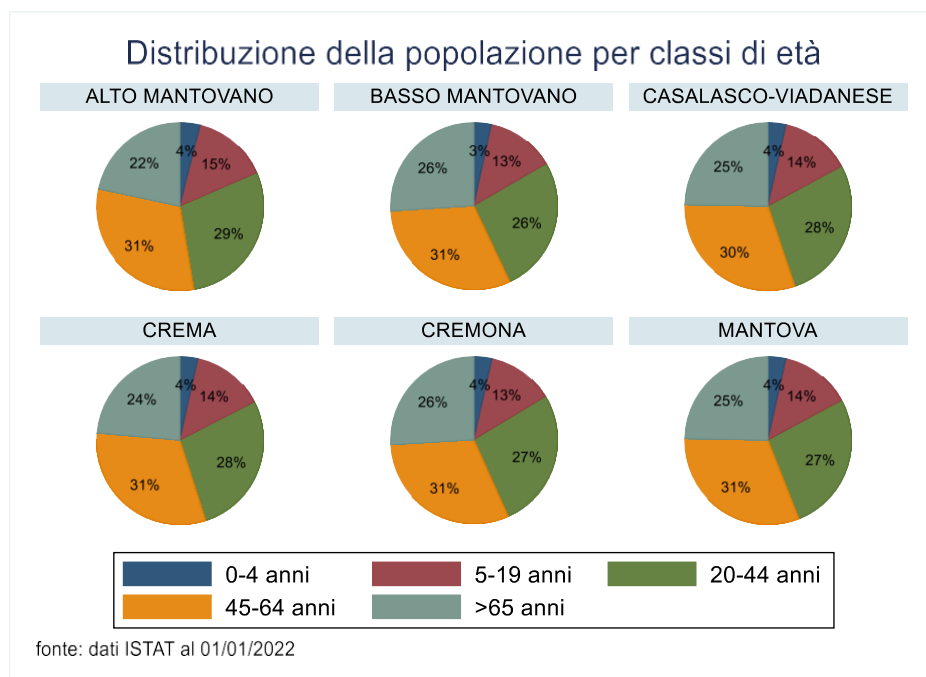
Popolazione ATS per distretto di residenza, 01/01/2022

La distribuzione della popolazione residente per distretto mostra due polarizzazioni: i tre distretti più popolati interessano ciascuno il 21% della popolazione di ATS Val Padana, mentre i tre distretti meno popolati registrano una percentuale variabile tra l'11 e il 14%.

Esaminando l'andamento della popolazione negli anni si nota come, a partire dal 2012, le fasce d'età che hanno un trend in crescita siano essenzialmente quelle più anziane mentre la fascia d'età 20 – 44 anni presenta un deciso calo.



Trend della popolazione per fasce d'età



I distretti di ATS Val Padana presentano una simile distribuzione delle fasce d'età, anche se nel distretto dell'Alto Mantovano e quello di Crema si contano in linea di massima più giovani e meno anziani.

La percentuale della popolazione straniera è aumentata negli anni fino a raggiungere il 12,7% all'inizio del 2022. Il territorio che presenta la maggior quota di stranieri è l'Alto Mantovano, dove il 15,2% della popolazione è straniera.

Analisi degli indicatori di performance e di qualità

In questo paragrafo vengono analizzati gli indicatori prodotti dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e da AGENAS, utili a inquadrare il territorio dell'ATS della Val Padana in confronto con quelli del resto d'Italia.

Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali

Sono oltre 10 anni che la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa si occupa di misurare le performance dei sistemi regionali e delle aziende sanitarie, valutandoli per la loro capacità di: promuovere la salute della popolazione; tradurre le strategie in risultati; garantire la qualità dell'assistenza; migliorare l'esperienza del paziente; costruire un adeguato clima organizzativo; promuovere la sicurezza sanitaria; raggiungere tutti gli obiettivi di cui sopra attraverso un corretto utilizzo delle risorse. Il sistema di valutazione della performance attraverso la rappresentazione del bersaglio e del pentagramma con cinque fasce di valutazione (da scarsa performance a performance ottimale) riassume la performance di oltre 700 indicatori a livello regionale ed aziendale per la Regione Toscana e oltre 300 indicatori per il sistema di valutazione dei sistemi sanitari Regionali. Per poter interpretare correttamente i dati a disposizione, occorre però ricordare che non tutte le regioni italiane partecipano al Sistema di Valutazione del Network delle Regioni della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e non in tutti gli indicatori sono rappresentate tutte le Regioni aderenti.

Il grafico seguente offre un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati dell'ATS della Val Padana. Lo schema del bersaglio permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I "pallini" del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori di sintesi. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa esterna. L'ATS della Val Padana ha realizzato un'ottima performance per quello che riguarda l'assistenza in età pediatrica e la digitalizzazione di prescrizioni e referti (Sanità Digitale). Da migliorare sono invece gli indicatori relativi all'efficienza delle prescrizioni farmaceutiche, l'efficienza e l'efficacia dei servizi PISLL, l'assistenza alla cronicità data dal diabete e l'appropriatezza diagnostica.

Bersaglio 2021 - ATS della Val Padana



Riassumendo i 13 indicatori proposti dall'Istituto Sant'Anna nel grafico a bersaglio, sono stati classificati:

- 6 indicatori in fascia verde (buono/ottimo risultato) →46%
- 4 indicatori in fascia gialla (medio risultato)→31%
- 3 indicatori in fascia arancio-rossa (scarso/pessimo risultato) →23%

Il Programma Nazionale Esiti (PNE)

Di seguito si riporta una breve analisi qualitativa riguardo quanto evidenziato dai dati del PNE (Programma Nazionale Esiti), uno strumento messo a disposizione da AGENAS per la valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Si è scelto di riportare solo le differenze evidenziate come statisticamente significative rispetto alla media nazionale, espresse come Rischio Relativo (RR). Occorre ricordare che gli indicatori sono presentati come tassi, grezzi e aggiustati (per le caratteristiche demografiche delle popolazioni in esame). I suddetti tassi sono calcolati considerando come denominatore il numero totale di ospedalizzazioni/interventi/individui facenti parte della popolazione a rischio. L'anno di riferimento è il 2021.

Per quel che riguarda gli indicatori del territorio, si nota una minore mortalità a 30 giorni per frattura del femore. Si notano inoltre dati positivi relativamente al territorio dell'ATS Val Padana in relazione alla proporzione di episiotomie per parti vaginali, mortalità a 30 giorni dal ricovero per insufficienza renale, mortalità per BPCO, mortalità per scompenso cardiaco, proporzione di parti cesarei primari, MACCE a un anno dopo ictus ischemico, riammissioni per scompenso cardiaco a 30 giorni dal ricovero, mortalità a un anno per frattura del collo

del femore, proporzione di parti vaginali con pregresso taglio cesareo e proporzione di STEMI trattati entro 90 minuti dall'accesso in struttura.

Per contro, si ha una performance peggiore negli interventi chirurgici per tumori cerebrali (maggiore mortalità a 30 giorni), rischio di MACCE a un anno da infarto miocardico acuto e proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da una degenza per insufficienza renale cronica. Si evidenzia anche una minor rapidità nell'intervenire chirurgicamente in pazienti con frattura del femore e nell'eseguire interventi di colecistectomia, questi ultimi hanno con maggiore frequenza rispetto alla media nazionale una durata della degenza post-operatoria superiore ai 3 giorni.

INDICATORE NEGATIVO	N	Tasso grezzo	Tasso adj	RR	P
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	858	3,38	3,41	0,54	0,001
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	3314	6,91	6,77	0,55	<0,001
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	1324	10,05	9,21	0,65	<0,001
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	575	11,13	10,79	0,78	0,048
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	1396	9,89	8,94	0,80	0,008
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	3816	18,19	18,2	0,81	<0,001
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	724	13,95	14,32	0,81	0,025
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	1142	10,77	10,97	0,82	0,017
Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno	855	17,66	17,8	0,87	0,072
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	444	22,07	20,82	1,22	0,034
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	1121	22,21	22,11	1,27	<0,001
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	409	5,38	5,92	1,99	0,002
INDICATORE POSITIVO					
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	650	14,46	14,16	1,32	0,005
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero/service	427	61,36	59,88	1,18	<0,001
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	727	77,3	77,28	0,96	0,025
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	943	59,28	58,75	0,91	0,001
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	668	20,66	19,06	0,78	0,001

Per quel che riguarda gli indicatori di ospedalizzazione riferiti ai ricoveri evitabili, si notano meno ospedalizzazioni per: interventi di stripping di vene, artroscopie al ginocchio, TSO, ipertensione arteriosa ed altri. Per contro, si osservano risultati peggiori per quanti riguarda le ospedalizzazioni per complicanze del diabete a breve e lungo termine, embolie polmonari, infezioni del tratto urinario ed altri.

Interessante il dato sulle ospedalizzazioni per complicanze, a breve e lungo termine, per diabete. Tale informazione è infatti in linea con quanto riportato nell'indicatore del Sant'Anna riguardo il numero elevato di amputazioni per diabete inveterato.

INDICATORE – Ricoveri evitabili	N	Tasso grezzo	Tasso adjRR	P
Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene	57	0,09	0,09 0,37	<0,001
Ospedalizzazioni per interventi di artroscopia del ginocchio	121	0,19	0,19 0,40	<0,001
Ospedalizzazioni per TSO	26	0,04	0,04 0,43	<0,001
Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa	48	0,07	0,07 0,62	0,001
Ospedalizzazione per arteriopatie II stadio	101	0,21	0,21 0,77	0,008
Ospedalizzazione per colecistectomia	762	1,19	1,18 0,90	0,005
Ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani	1060	5,76	5,66 0,91	0,004
Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva	768	1,2	1,18 1,17	<0,001
Ospedalizzazione per scompenso cardiaco	1955	3,05	2,97 1,17	<0,001
Ospedalizzazione programmata per intervento di isterectomia	530	1,62	1,6 1,17	0,01
Ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio	1171	1,83	1,8 1,21	<0,001
Ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca	744	4,04	4,05 1,29	<0,001
Ospedalizzazione per PTCA	727	1,14	1,1 1,31	0,001
Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete	289	0,45	0,44 1,44	<0,001
Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	585	0,91	0,9 1,47	<0,001
Ospedalizzazione per embolia polmonare	473	0,74	0,73 1,63	<0,001
Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	258	0,4	0,39 1,79	<0,001

Infine, per quanto concerne gli accessi in Pronto Soccorso con codice di dimissione bianco/verde, si riportano i seguenti risultati relativi al 2021, indicativi di una tendenza maggiore ad accessi impropri rispetto al dato italiano (oltre il 30% in più). Si segnala come i tassi di accesso con codici bianco e verde siano notevolmente aumentati rispetto a quelli del 2020, anno in cui il timore del contagio operava come deterrente per gli accessi impropri.

Tasso di accesso con codice di dimissione bianco/verde						
	popolazione	N	Tasso grezzo x1000	Tasso adj x1000	RR adj	P
Giorni feriali dalle 8 alle 20	adulti	45268	68.47	68.48	1.32	<0.001
	bambini 0-14 anni	8133	83.7	83.97	1.35	<0.001
Ore notturne, giorni prefestivi o festivi	adulti	33947	51.35	51.46	1.33	<0.001
	bambini 0-14 anni	9271	95.41	95.56	1.40	<0.001

La rete dell'assistenza territoriale da DM 77/2022

La Missione 6 relativa al capitolo "Salute" del PNRR individua la necessità di rafforzare e riorientare il Sistema Sanitario Nazionale verso una rete di prossimità che potenzi l'assistenza territoriale sanitaria sia con la creazione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Ospedali di Comunità) sia con l'incremento dell'assistenza domiciliare; sono previsti inoltre lo sviluppo di attività erogate in telemedicina e l'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, per garantire l'omogeneità di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nei vari territori ai cittadini in una logica di prossimità.

Il potenziamento della rete è rivolto a tutti i cittadini ma con particolare attenzione ai pazienti cronici e fragili che pur rappresentando circa il 43 % della popolazione, assorbono la maggior parte delle risorse del SSN.

Nel luglio 2021 un gruppo di lavoro di Agenas ha sviluppato linee guida sull'assistenza territoriale “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel sistema sanitario nazionale”, successivamente perfezionate e formalizzate con DM 77/2022, a sua volta recepito da Regione Lombardia con DGR 7592/2022, nel quale sono stati dettagliati i modelli e gli standard organizzativi e strutturali che dovrà assumere la rete territoriale di prossimità.

Le Case di Comunità sono strutture in cui opera un team multidisciplinare costituito da MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia e di comunità ed altri professionisti del sistema sociosanitario, ma anche del sistema sociale come le assistenti sociali, che garantiranno il ruolo dei servizi sociali e rafforzeranno l'integrazione con la componente sanitaria.

Gli Ospedali di Comunità sono invece strutture sanitarie con 20 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica, destinati a ricoverare pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità assistenziale provenienti sia dal domicilio che da dimissione ospedaliera e/o riabilitativa.

Le Centrali Operative Territoriali, previste almeno una per Distretto, affiancano OdC e CdC nelle funzioni di coordinamento e raccordo con i diversi setting di cura per rafforzare l'assistenza domiciliare e favorire la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità.

Regione Lombardia, con le “Linee di sviluppo della legge regionale n. 23/2015” di cui alla DGR XI/4811 del 31/05/2021, ha individuato come prioritario il consolidamento della continuità ospedale – territorio, evidenziando i principali obiettivi da realizzare, anche in applicazione del PNRR, affinché tutto il percorso di cura del paziente avvenga in un'ottica di accompagnamento, non focalizzando l'attenzione al solo ricovero ma a tutte le eventuali necessità che dovessero sussistere prima e dopo la dimissione ospedaliera. La valorizzazione delle professioni sanitarie, la revisione ed attivazione di modelli di assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria - sia con lo sviluppo della dotazione tecnologica e con una maggiore integrazione con i servizi sociali degli Enti Locali, con particolare attenzione alla medicina territoriale - ha come interfaccia privilegiata il cittadino e il sistema socio sanitario, anche attraverso una sempre maggiore integrazione tra i MMG/PLS e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

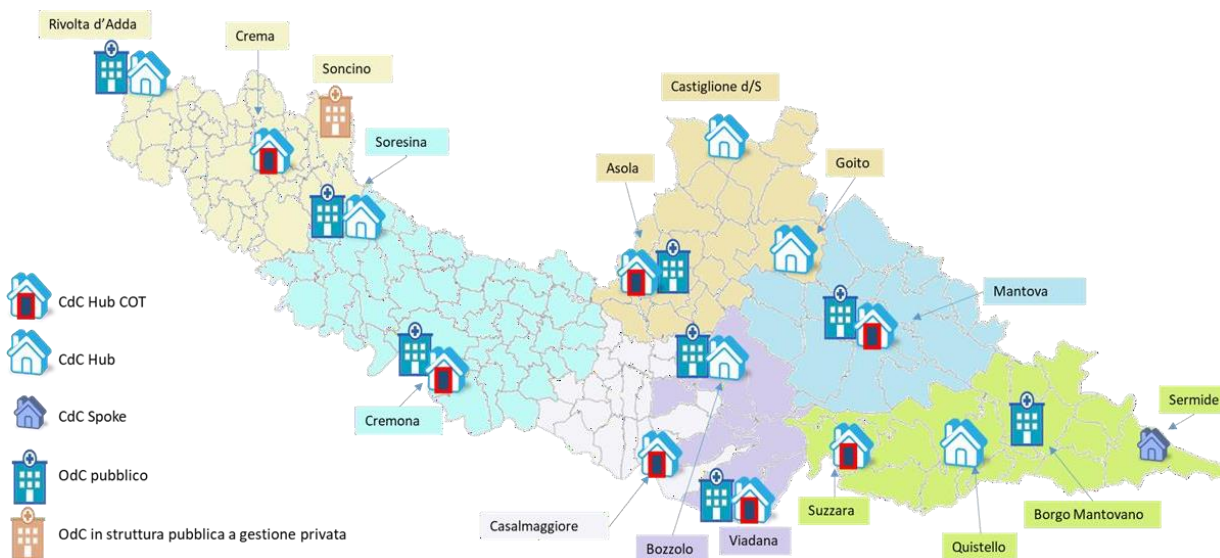
In tale contesto normativo, nel territorio dell'ATS della Val Padana, di concerto con le ASST e con gli stakeholder locali, è stato intrapreso un percorso di riprogettazione della rete territoriale che ha previsto sia la rivalutazione delle sedi delle attività erogative esistenti per riadattarne le specifiche caratteristiche, sia la progettazione di sedi di nuova costruzione, in aderenza al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e alle indicazioni nazionali e regionali, in un'ottica generale di potenziamento e implemento della rete di assistenza territoriale di prossimità.

Al percorso di presentazione e validazione delle progettualità è seguita la formalizzazione dei finanziamenti per gli interventi di riqualificazione o nuova costruzione delle strutture.

Per l'ATS della Val Padana il prospetto delle strutture previste, come formalizzato nella DGR 6080/2022 e riportato nella tabella e nella mappa successive, prevedeva l'attivazione di 15 Case della Comunità (CdC) e

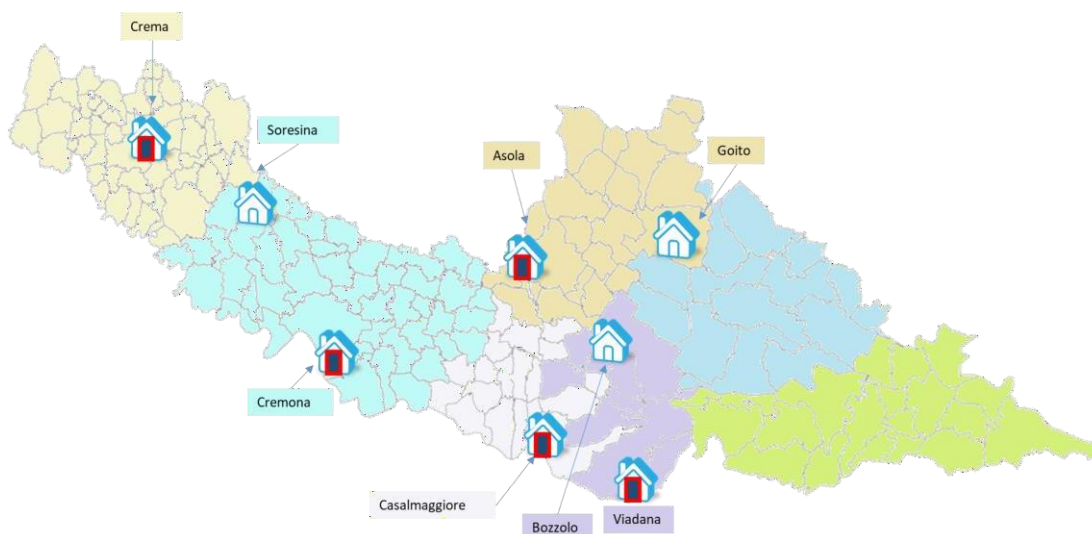
9 Ospedali di Comunità (OdC). In momento successivo il numero delle Case della Comunità candidabili al finanziamento è stato ridotto a 14, in quanto una struttura (Cremona, Via Trento Trieste) richiedeva un ammontare di risorse non compatibile con i limiti prefissati. Ulteriori strutture, a completamento della rete, potranno essere successivamente individuate attraverso il coinvolgimento di Enti privati.

ATS VALPADANA ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1 RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE (CDC - ODC - COT)						
ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
CREMA	Crema	Via Gramsci, 13	SSR	X		X
CREMA	Rivolta d'Adda	Via Monte Grappa, 15 / Via Giuseppe Garibaldi	SSR	X	X	
CREMA	Soncino	Largo Capretti, 2	Ente locale		X	
CREMONA	Cremona	Via San Sebastiano, 14	SSR	X		X
CREMONA	Cremona	Via Trento Trieste, 15	SSR	X		
CREMONA	Soresina	Via Robbiani, 6	SSR	X	X	
CREMONA	Cremona	Viale Concordia, 1	SSR		X	
CREMONA	Casalmaggiore	Piazza Garibaldi, 3	In uso SSR	X		X
MANTOVA	Asola	Via Schiantarelli, 3 e Piazza 80° Fanteria, 1	Ente Locale e SSR	X	X	X
MANTOVA	Castiglione delle Stiviere	Viale Sacchi, n.d.	SSR	X		X
MANTOVA	Goito	Strada Statale Goitese, 313	SSR	X		
MANTOVA	Mantova	Viale Albertoni, 1	SSR	X	X	X
MANTOVA	Viadana	Largo De Gasperi, 7	SSR	X	X	X
MANTOVA	Bozzolo	Via XXV Aprile, 71	SSR	X	X	
MANTOVA	Suzzara	Via Luigi Cadorna, 2	SSR	X		X
MANTOVA	Quistello	Via Bettini, 1	SSR	X		X
MANTOVA	Borgo Mantovano	Via Bugatte, 1	SSR		X	
MANTOVA	Sermide e Felonica	Via Cesare Battisti, 29	SSR	X		
TOTALE				15	9	9



In aderenza alle indicazioni regionali, l'attivazione di tutte le strutture è prevista nel triennio 2022- 2024, come di seguito dettagliato.

Relativamente alle CdC, tutte le tre ASST del territorio dell'ATS della Val Padana hanno attivato le strutture previste nel 2022, per un totale di 8 delle 14 CdC previste (per una struttura, si tratta di una prima attivazione in sede provvisoria, in attesa della ristrutturazione della sede definitiva). Nel 2023 verranno attivate ulteriori 3 CdC, per un totale cumulativo di 11 strutture; nel 2024 è prevista l'attivazione di ulteriori 3 CdC, per un totale di 14 strutture.



CdC attive al 31 dicembre 2022

Anno	Numero	ASST	Struttura	Attivazione
2022	1	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Goito, Strada Goitese, 313	Attiva 31/12/2021
2022	2	Cremona	ASST di Cremona - CdC di Soresina, Via Inzani, 4	Attiva 31/12/2021
2022	3	Crema	ASST di Crema - CdC di Crema, Via Gramsci, 13	Attiva 15/12/2022
2022	4	Cremona	ASST di Cremona - CdC di Cremona, Via San Sebastiano, 14 (prima attivazione, poi implemento graduale)	Attiva 31/12/2022
2022	5	Cremona	ASST di Cremona - CdC di Casalmaggiore, Piazza Garibaldi, 3 (prima attivazione, poi implemento graduale)	Attiva 17/11/2022
2022	6	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Asola, Via Schiantarelli, 3	Attiva 17/11/2022
2022	7	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Bozzolo, Via XXV Aprile, 71	Attiva 20/07/2022
2022	8	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Viadana, Largo De Gasperi, 7 (fine intervento 2023, non vincolante per l'avvio)	Attiva 17/11/2022
2023	9	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Suzzara, Via Luigi Cadorna, 2	entro 2023
2023	10	Mantova	ASST di Mantova - CdC Spoke di Sermide, Via Cesare Battisti, 29	entro 2023
2023	11	Mantova	ASST di Mantova - CdC di Quistello, Via Bettini, 1	entro 2023
2024	12	Crema	ASST di Crema - CdC di Rivolta d'Adda, Via Monte Grappa, 15	entro 2024
2024	13	Mantova	ASST di Mantova - CDC di Mantova, Via Albertoni, 1	entro 2024
2024	14	Mantova	ASST di Mantova - CDC di Castiglione delle Stiviere, Via Sacchi (già attiva dal 2022 la sede temporanea di Via Garibaldi, 16 e Via Ordanino, 19, per i servizi già presenti)	entro 2024

Area sanitaria

Rete di offerta Sanitaria – ATS Val Padana (al 1/1/2022)

STRUTTURE SENZA DEGENZA		N° Strutture Accreditate			
POLIAMBULATORI (specialistica, laboratori, diagnostica per immagini,..)		27			
STRUTTURE MONOSPECIALISTE		N° Strutture Accreditate			
DIALISI - CAL		0			
ODONTOIATRICHE		0			
CENTRI MEDICINA DELLO SPORT		9			
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		1			
MEDICINA DI LABORATORIO		0			
CENTRI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA		0			
PUNTI PRELIEVO		11			
STRUTTURE CON DEGENZA		PUBBLICH E	PRIVATE	IRCCS PUBBLICI	IRCCS PRIVATI
N° Enti		3	6	0	1
N° Presidi		7	7	0	1
N° Strutture degenza/urgenza	PPI	0	0	0	0
	PS	1	2	0	0
	DEA	5	0	0	0
	EAS	0	0	0	0
N° PL Accreditati (Degenza)		2008	501	0	0
N° PL Terapia Intensiva Accreditati	RIA	48	4	0	0
	UCC	30	0	0	0
	DEDICATI A SPECIALISTICHE (CCH-NCH)	0	0	0	0
N° PL Astanteria OBI		28	4	0	0
N° PL Diurni	DH/DS	118	55	0	0
N° PL tecnici BIC/MAC		195	32	0	0
N° PL Nido		76	0	0	0
SUB ACUTE	N° Strutture Accreditate	N° PL			
	6	125			
STRUTTURE RIABILITATIVE	N° Strutture Accreditate	N° PL Degenza Accredita ti	N° PL Diurni (DH/MA C)		
PUBBLICHE	1	75	6		
PRIVATE	3	231	21		

Rete Territoriale d'offerta: Salute Mentale - ATS Val Padana (al 1/1/2022)

(Strutture afferenti alla Rete Territoriale, con requisiti di accreditamento dell'area sanitaria e prestazioni remunerate con fondo sanitario)

STRUTTURE PSICHIATRIA	N° Strutture Accreditate	N° PL
Strutture Residenziali	26	292
Strutture Non Residenziali	17	
STRUTTURE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	N° Strutture Accreditate	N° PL
Strutture Residenziali	4	40
Strutture Non Residenziali	13	

Attività di vigilanza sulle Strutture Sanitarie accreditate - anno 2022

Ad integrazione di quanto declinato nella tabella di cui al format "Area sanitaria", si precisa che l'attività di autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle Strutture Sanitarie svolta nell'anno 2022 ha riguardato principalmente:

1. Sopralluoghi e/o verifiche documentali per le strutture che hanno presentato nuove istanze di accreditamento;
2. Sopralluoghi e/o verifiche documentali per le strutture che hanno presentato istanza di riclassificazione richieste da DGW;
3. Verifiche documentali su segnalazione o su specifici argomenti.

Attività di vigilanza sulle Strutture della Rete territoriale - anno 2022

Verifiche documentali ed audit con le strutture coinvolte nella progettazione delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità.

Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2022

Descrizione struttura	Sopralluoghi effettuati	Motivazione
Struttura ambulatoriale XRayOne	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento in ampliamento branca specialistica e spazi della UO Poliambulatorio
Ospedale di Castiglione delle Stiviere (MN)	1	Comunicazione di ampliamento SMeL per apertura Attività di Prelievo nel comune di Rodigo (frazione di Rivalta s/M)
ASST di Mantova – PO di Borgo M.no	1	Istanza di istituzione area omogenea chirurgico/ortopedica
ASST di Mantova – PO di Borgo M.no	1	Istanza di nuova UO Attività di Cure Sub-Acute
ASST di Mantova – PO di Mantova	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione spazi (installazione ulteriore RMN)
ASST di Mantova – PO di Mantova	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione spazi (sostituzione apparecchio SPECT)

Descrizione struttura	Sopralluoghi effettuati	Motivazione
Ospedale di Castiglione delle Stiviere (MN)	2	Istanza di autorizzazione all'esercizio per trasformazione spazi (installazione ulteriore RMN)
RSA Boni2 di Suzzara (MN)*	1	Istanza per partecipazione a manifestazione di interesse per attivazione temporanea di UO Attività Cure SubAcute
RSA residenza TE di Mantova*	1	Istanza per partecipazione a manifestazione di interesse per attivazione temporanea di UO Attività Cure SubAcute
RSA Serini di Sabbioneta (MN)*	1	Istanza per partecipazione a manifestazione di interesse per attivazione temporanea di UO Attività Cure SubAcute
SMeL Laboratori Italiani Riuniti Lombardia srl di Bagnolo San Vito (MN)	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di nuova struttura SMeL Generale di Base con sezione specializzata e Punto Prelievi attiguo
ASST di Mantova – PO di Borgo M.no	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di nuova UO NPIA (degenza)
ASST di Cremona – Punto Prelievi esterno c/o Cremona Soccorso Onlus Vescovato - Cremona	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per un nuovo Punto Prelievi esterno afferente al SMeL 155 ASST Cremona
ASST di Cremona – Punto Prelievi esterno c/o struttura dedicata via Petofi n.8 a Casalmaggiore - Cremona	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per un nuovo Punto Prelievi esterno afferente al SMeL 552 ASST Cremona – Presidio di Oglio Po
Fondazione Benefattori Cremaschi – ambulatorio di neurologia	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento in ampliamento branca specialistica e spazi della UO Poliambulatorio
ASST di Cremona – Punto Prelievi esterno via Ticino n. 35 - Cremona	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per un nuovo Punto Prelievi esterno afferente al SMeL 155 ASST Cremona
ASST di Cremona – Punto Prelievi esterno via Bergamo n. 11 - Cremona	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento per un nuovo Punto Prelievi esterno afferente al SMeL 155 ASST Cremona
Struttura Sanitaria ASC Cremona Solidale via Brescia n. 207 - Cremona	2	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento nuovo ambulatorio di geriatria
ASST di Crema – attività di Neuropsichiatria Infantile UONPIA - Crema	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento in ampliamento ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile
Struttura Sanitaria Contact – via Villa glori n. 7 - Cremona	1	Istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento in ampliamento branca specialistica e spazi della UO Poliambulatorio
Società Coop. Sociale Varietà, Residenzialità Leggera via M. di Sclero n.7 - Cremona	1	Comunicazione di attività di Residenzialità Leggera, parere igienico sanitario
Totale sopralluoghi	23	

* UdO non sanitarie, afferenti alla Rete Territoriale.

Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per istanze di riclassificazione nell'anno 2022

Descrizione struttura	Sopralluoghi effettuati	Motivazione
ASST di Mantova – PO di Mantova	1	Istanza di riclassificazione UTIR in Semi-Intensiva Tipo A
ASST di Cremona – PO di Cremona	1	Istanza di riclassificazione Neurologia in Semi-Intensiva Tipo B
ASST di Crema – PO di Crema	1	Istanza di riclassificazione Terapia Intensiva e Cardiologia in Semi-Intensiva Tipo A
ASST di Cremona – PO di Oglio Po	1	Istanza di riclassificazione Terapia Intensiva e Cardiologia in Semi-Intensiva Tipo A
ASST di Cremona – PO di Cremona	1	Istanza di riclassificazione UTIR in Semi-Intensiva Tipo B
ASST di Crema – PO di Crema	1	Istanza di riclassificazione Neurologia in Semi-Intensiva Tipo B
ASST di Crema – PO di Crema	1	Istanza di riclassificazione UTIR in Semi-Intensiva Tipo B
Totale sopralluoghi	7	

Dettaglio audit e verifiche con le strutture coinvolte nella progettazione delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità (Rete Territoriale)

Descrizione struttura	Audit	Verifica in loco
ASST di Mantova per OdC al PO di Asola (MN)	1	
ASST di Mantova per OdC al PO di Borgo M.no (MN)	1	
ASST di Mantova per OdC al PO di Bozzolo (MN)		1
ASST di Mantova per CdC di Goito (MN)		1
ASST di Cremona per CdC presso CSA Nuovo Robbiani, Soresina (CR)		1

Dettaglio verifiche documentali a seguito di segnalazione

Descrizione struttura	Verifica documentale	Motivo
Struttura ambulatoriale privata accreditata "Armonia Diagnostica" di Porto Mantovano (MN)	1	Verifica stato di attività delle branche accreditate
ICS privato accreditato e a contratto "Centro Medico di Castel Goffredo" di Castel Goffredo (MN) ASST di Mantova per OdC al PO di Borgo M.no (MN)	1	Verifica mantenimento requisiti di dotazione organica
Struttura Residenziale di Neuropsichiatria Infantile "La Tuga 3" di Camisano	1	Verifica in loco per mantenimento requisiti di accreditamento
Struttura sanitaria "Nuovo Robbiani" di Soresina (CR)	1	Verifica in loco per mantenimento requisiti di accreditamento

Rendicontazione attività di controllo - anno 2022

Ricoveri

Premessa

I primi mesi dell'anno 2022 sono stati caratterizzati dal proseguimento del periodo di emergenza pandemica da Covid 19 che ha modificato la programmazione delle attività di controllo sulle prestazioni sanitarie per diversi motivi:

- l'epidemiologia dei ricoveri è stata completamente sovvertita e il case-mix che si è venuto a creare non corrisponde affatto alle previsioni effettuate nel 2019;
- l'assetto accreditato non ha più rispecchiato la reale distribuzione e l'utilizzo dei posti letto.
- l'attività d'elezione è stata in parte sospesa o drasticamente ridotta;
- le risorse umane e materiali degli erogatori sono state ridotte per malattia o comunque ricollocate in modo funzionale alle esigenze assistenziali;
- le risorse umane delle equipe di controllo sono state ridotte per malattia o comunque riorientate sulla attività prevalente di supporto al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

Controlli NOC prestazioni di ricovero

In considerazione di quanto stabilito dalla nota di regione Lombardia prot. G1.2022.0004886 del 20/01/2022 e la DGR 6387 del 16/05/2022 per l'anno 2022 doveva essere verificato un numero di cartelle cliniche pari ad almeno il 12,5% di quanto prodotto dalle Strutture erogatrici di prestazioni di ricovero dell'ATS Val Padana nel corso dell'anno 2021, pari ad almeno 10.685 cartelle.

La percentuale del 12,5% di cartelle cliniche da verificare è così suddivisa:

- Una quota di almeno il 6% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- Fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010), selezionata con modalità di campionamento casuale;
- Una quota fino al 3,5% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori.

Verifiche sui ricoveri: autocontrollo di qualità (3%)

L'attività di autocontrollo di qualità documentale ha riguardato 2.541 cartelle cliniche.

Complessivamente i risultati (0,27% 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 alla mancanza dell'identificazione del posto letto nei DH e la presenza nella SDO di codifiche diverse rispetto al flusso regionale.

STRUTTURA	Denominazione Struttura	CAMPIONATE	CONFERMATE	MODIFICATE	MODIFICATE_NOC	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
030209	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	342	340	2	2	1.183.037	1.178.765	4.272
030215	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	18	17	1	1	155.606	153.637	1.969
030217	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'	21	21	0	0	238.941	238.941	-
030218	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	74	73	1	1	257.129	249.614	7.515
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI S.CAMILLO	139	139	0	0	518.963	518.963	-
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	66	66	0	0	190.938	190.938	-
030227	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	15	15	0	0	83.210	83.210	-
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE	135	135	0	0	505.024	505.024	-
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE -	97	97	0	0	420.248	420.248	-
030273	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO	113	113	0	0	407.533	407.533	-
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA	101	101	0	0	504.348	504.348	-
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	178	178	0	0	657.192	657.192	-
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE	141	141	0	0	741.906	741.906	-
030395	POLO NUOVO ROBBIANI	6	6	0	0	20.520	20.520	-
030390	CURE SUBACUTE SONCINO	7	7	0	0	35.150	35.150	-
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	567	567	0	0	2.629.744	2.629.744	-
030908	ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	503	493	10	3	2.299.320	2.280.988	18.332
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO	24	24	0	0	146.922	146.922	-
TOTALE	ATS VAL PADANA	2.547	2.533	14	7	10.995.731	10.963.643	32.088

Verifiche sui ricoveri: autocontrollo di congruenza B (3,5%)

Seguendo le indicazioni della nota di regione Lombardia prot. n. G1.2022.0004886 del 20/01/2022, entro il 15/02/2022, sono stati acquisiti i piani di Autocontrollo delle strutture e proceduto alla verifica/validazione dei singoli piani. Per quanto riguarda tale tipologia di controllo le verifiche hanno riguardato 2.985 cartelle cliniche e solo lo 0,37% è stato modificato (11 cartelle).

STRUTTURA	Denominazione Struttura	CAMPIONATE	CONFERMATE	MODIFICATE	MODIFICATE_NOC	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
030209	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	397	394	3	3	2.212.248	2.206.557	5.691
030215	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	21	21	0	0	125.958	125.958	-
030217	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'-CR	24	23	1	1	320.025	317.196	2.829
030218	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	87	86	1	1	220.225	219.859	366
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI S.CAMILLO-CR	162	160	2	2	753.497	753.496	1
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	68	68	0	0	142.284	142.284	-
030227	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	33	33	0	0	101.499	101.499	-
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE	160	160	0	0	450.911	450.911	-
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	115	115	0	0	309.553	309.553	-
030273	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO-	132	131	1	1	630.608	626.737	3.871
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	113	111	2	2	328.979	327.423	1.556
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	205	205	0	0	410.886	410.886	-
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	166	166	0	0	498.822	498.822	-
030390	CURE SUBACUTE SONCINO - AO DI CREMA	6	6	0	0	26.030	26.030	-
030395	POLO NUOVO ROBBIANI	7	6	1	1	60.230	59.912	318
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	673	673	0	0	2.301.213	2.301.213	-
030908	ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	587	586	1	1	1.769.692	1.768.096	1.596
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO-CASTEL G.	29	25	4	0	160.132	160.132	-
TOTALE	ATS VAL PADANA	2.985	2.969	16	11	10.822.792	10.806.564	16.228

Verifiche sui ricoveri: Controlli di congruenza (6%)

Per quanto detto per l'esercizio 2022 la percentuale minima di cartelle cliniche da controllare è stata pari ad almeno il 6% nonostante l'attività sia iniziata dal primo marzo a causa del protrarsi dell'evento pandemico. L'obiettivo della ATS Val Padana prevedeva la verifica di almeno 5.129 cartelle cliniche.

Al termine delle operazioni di controllo sono state verificate 5.672 cartelle cliniche. Le pratiche modificate sono state 312, pari al 5,5% di tutti campioni selezionati.

STRUTTURA	Denominazione Struttura	CAMPIONATE	CONFERMATE	MODIFICATE	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
030209	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	718	626	92	2.885.130	2.791.404	93.726
030215	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	45	35	10	345.581	338.348	7.233
030217	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'-CR	47	42	5	376.554	375.057	1.497
030218	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	169	159	10	642.117	633.292	8.825
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI S.CAMILLO-CR	292	274	18	1.171.560	1.162.969	8.591
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	132	127	5	258.193	253.881	4.312
030227	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	55	54	1	506.151	505.613	538
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	354	343	11	1.242.191	1.225.576	16.615
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	218	208	10	469.796	453.132	16.664
030273	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO-	240	222	18	1.121.681	1.100.720	20.961
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	216	210	6	501.043	501.026	17
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	395	390	5	1.129.495	1.127.508	1.987
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	341	337	4	1.246.914	1.246.644	270
030395	POLO NUOVO ROBBIANI	18	17	1	103.550	98.420	5.130
030390	CURE SUBACUTE SONCINO - AO DI CREMA	17	14	3	95.460	90.922	4.538
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	1.339	1.296	43	5.655.639	5.559.286	96.353
030908	ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	1.050	980	70	4.533.029	4.436.108	96.921
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO-CASTEL	26	26	-	211.645	211.645	-
TOTALE	ATS VAL PADANA	5.672	5.360	312	22.495.729	22.111.551	384.178

Nel complesso si è riscontrato un miglioramento della codifica della SDO rispetto a precedenti verifiche, mentre restano delle criticità nell'area della qualità. Si ipotizza una minore attenzione agli aspetti formali nei trimestri successivi al primo in quanto non soggetti ad autocontrollo di qualità.

Si sono riscontrate particolari criticità relativamente ai DRG 408 e 576, per i quali già in passato la ACSS ha proposto l'incremento delle percentuali di controllo, e per quanto riguarda la rendicontazione corretta delle procedure afferenti al regime BIC. Allo stesso modo l'incremento nella campionatura dei DRG ad alto peso di DRG di interesse legati alle reti di patologia e di pratiche legate alla presenza di endoprotesi non ha prodotto risultati significativi in termini di pratiche non confermate. Nel corso del 2022 sono stati controllati DRG che afferiscono alle Reti di patologia (Stroke, Stemi, Rol, Rel, Rene, Trauma). Sono stati controllati, quindi, non solo la qualità delle cartelle cliniche, il setting e le codifiche, ma anche l'adesione ai PDTA, così come pubblicati sul web regionale.

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

STRUTTURA	Denominazione Struttura	CAMPIONATE	CONFERMATE	MODIFICATE	VALORE INIZIALE	VALOREfinale	DIFFERENZA
030209	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	1.457	1.360	97	6.280.415	6.176.726	103.689
030215	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	84	73	11	627.145	617.943	9.202
030217	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'-CR	92	86	6	935.520	931.194	4.326
030218	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	330	318	12	1.119.471	1.102.765	16.706
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI S.CAMILLO-CR	593	573	20	2.444.020	2.435.428	8.592
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	266	261	5	591.415	587.103	4.312
030227	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	103	102	1	690.860	690.322	538
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	649	638	11	2.198.126	2.181.511	16.615
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	430	420	10	1.199.597	1.182.933	16.664
030273	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO	485	466	19	2.159.822	2.134.990	24.832
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	430	422	8	1.334.370	1.332.797	1.573
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	778	773	5	2.197.573	2.195.586	1.987
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	648	644	4	2.487.642	2.487.372	270
030395	POLO NUOVO ROBBIANI	31	29	2	198.930	193.482	5.448
030390	CURE SUBACUTE SONCINO - AO DI CREMA	30	27	3	156.640	152.102	4.538
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	2.579	2.536	43	10.586.596	10.490.243	96.353
030908	ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	2.140	2.059	81	8.602.041	8.485.192	116.849
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO	79	75	4	518.699	518.699	-
TOTALE	ATS VAL PADANA	11.204	10.862	342	44.328.882	43.896.388	432.494

Da questa tabella si evince che l'obiettivo regionale relativo al controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero è stato ampiamente raggiunto in quanto le pratiche rendicontate sono 11.204, mentre secondo l'atteso regionale erano pari a 10.685.

Infine, nessun erogatore è stato oggetto di sanzione amministrativa in quanto la percentuale di abbattimento economico è sempre stata inferiore al 5%.

Prestazioni ambulatoriali

Controlli sul campo

L'obiettivo da raggiungere per le attività di controllo delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per l'anno 2022 era la verifica di almeno il 3,5 % dei record ambulatoriali prodotti dalle strutture erogatrici durante l'anno 2021.

Il numero minimo di record da verificare era pari a 106.423.

Al termine delle operazioni di controllo risultano verificati 180.583 record di prestazioni ambulatoriali, pari al 5,94% della produzione delle strutture erogatrici.

Per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, sono stati privilegiati i controlli di tipo statistico formale; tale tipologia di controllo ha permesso migliorare le performance del servizio a causa di quanto dichiarato in precedenza.

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

Anche nell'anno 2022 si è scelto, in coerenza con quanto effettuato negli anni precedenti, di approfondire le verifiche relative alle aree della Medicina Fisica e Riabilitazione, delle BIC e delle MAC, e della Genetica Medica.

Medicina fisica e riabilitativa

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

PRESIDIO	Denominazione Struttura	CONTROLLATI	CONFERMATI	MODIFICATI	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
001780	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA	271	267	4	18.941,77	18.846,34	95,43
001817	X RAY ONE	256	255	1	16.893,33	16.890,73	2,60
001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	407	405	2	13.608,45	13.549,20	59,25
001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	208	206	2	21.228,06	21.125,16	102,90
003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	183	178	5	14.118,35	13.992,60	125,75
003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	240	236	4	20.361,98	20.229,58	132,40
001921	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	185	185	0	5.840,50	5.840,50	-
TOTALE		1.750	1.732	18	110.992,44	110.474,11	518,33

Si riscontra una riduzione della percentuale di record non confermati (1,03%) rispetto ai passati controlli, ma permangono le criticità evidenziate in precedenza così sintetizzabili:

- Rendicontazione a flusso di un numero di prestazioni superiore a quelle effettivamente erogate;
- 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;
- Mancanza nella rieducazione motoria di gruppo del numero massimo di persone che fanno parte del gruppo.

B.I.C.

Le verifiche relative alle B.I.C. svolte nell'area dell'ATS Val Padana sono sintetizzate dalla seguente tabella:

ENTE	CD_PRESIDIO	Denominazione Struttura	CONTROLLATI	CONFERMATI	MODIFICATI	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
327	001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	548	548	0	650.052,20	650.052,20	-
327	001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	254	253	1	336.350,20	336.335,20	15,00
327	001951	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	460	459	1	493.038,08	492.100,17	937,91
725	003425	POLIAMBUL. OSP.PIEVE CORIANO	79	78	1	92.943,60	91.998,60	945,00
725	003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	414	413	1	392.558,43	392.269,27	289,16
725	003472	POLIAMBULATORIO - OSP.ASOLA	232	232	0	269.410,42	269.410,42	-
TOTALE			1.987	1.983	4	2.234.352,93	2.232.165,86	2.187,07

La percentuale di record non confermati è stata pari al 0,20% con una differenza totale di rendicontazione pari a 2187,07 euro. Tale tipologia di controllo dimostra che gli errori di rendicontazione e/o legati alla qualità documentale sono ormai minimi, segno di una maggiore attenzione anche da parte delle strutture.

M.A.C.

Le verifiche relative alle prestazioni dei pacchetti MAC hanno riguardato solo 3 erogatori presenti

CD_PRESIDIO	Denominazione Struttura	CONTROLLATI	CONFERMATI	MODIFICATI	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
001780	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA	126	126	0	482.180,00	482.180,00	-
001911	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	55	54	1	39.733,00	39.528,00	205,00
003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	235	235	0	330.043,00	330.043,00	-
TOTALE		416	415	1	851.956,00	851.751,00	205,00

Solo un record è stato annullato per un errore di rendicontazione.

Prestazioni di Genetica Medica

Nel corso del 2022 si è proceduto alla verifica delle prestazioni di Genetica medica presso l'ambulatorio di Genetica medica dei presidi dell'ASST di Mantova e presso l'Ospedale di Suzzara. Il risultato della verifica è sintetizzato dalla seguente tabella.

CD_PRESIDIO	Denominazione Struttura	CONTROLLATI	CONFERMATI	MODIFICATI	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
001821	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	86	86	0	32.626,43	32.626,43	-
003425	POLIAMBUL. OSP.PIEVE CORIANO	60	60	0	17.883,69	17.883,69	-
003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	758	749	9	418.390,17	412.784,16	5.606,01
003472	POLIAMBULATORIO - OSP.ASOLA	42	38	4	13.841,46	13.064,14	777,32
003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	23	23	0	6.538,60	6.538,60	-
TOTALE		969	956	13	489.280,35	482.897,02	6.383,33

Non si sono riscontrate criticità relative alla appropriatezza delle prescrizioni. I 13 record non confermati con relativa significativa minor valorizzazione evidenziano un errore informatico per cui sono state valorizzate prestazioni erogate a favore di soggetti solventi. Le 13 prestazioni rappresentano il 100% della casistica intercettata.

Verifiche sulle prestazioni ambulatoriali: controlli automatici

I controlli automatici sono stati condotti nel 2022 come di consueto sulle seguenti tipologie:

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

I dati complessivi relativi a tale tipologia di controllo sono sintetizzati dalla seguente tabella:

CD_PRESIDIO	Denominazione Struttura	CONTROLLATI	CONFERMATI	MODIFICATI	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DIFFERENZA
001762	CENTRO MED. SPORT. S.AGOSTINO	92	92	-	6.059,80	6.059,80	-
001788	SANITAS DIAGNOSTICA	987	913	74	68.732,83	66.958,72	1.774,11
001887	CASA DI CURA S.CAMILLO	10.131	10.107	24	414.494,20	412.845,27	1.648,93
001937	FONDAZIONE OSPEDALE CAIMI ONLUS	26	26	-	1.329,95	1.329,95	-
003384	POL. OSP. OGLIO PO	12.525	12.427	98	540.303,21	538.549,40	1.753,81
003392	AMB. DIVISIONALE UOP 29 CR	1	1	-	22,50	22,50	-
003396	AMB. DIVISIONALE UOP 25 CASALM	1	1	-	22,50	22,50	-
003397	POLIAMB. A.O.IST. OSPIT. CREMONA	62.217	60.915	1.302	3.971.932,16	3.958.369,62	13.562,54
003406	POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO CON PUNTO PRELIEVI	14	14	-	600,02	600,02	-
030209	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	9.215	8.828	387	554.871,94	547.690,08	7.181,86
003430	POLIAMB. - OSP. MANTOVA	40.098	38.053	2.045	2.606.010,04	2.551.259,61	54.750,43
003432	POLIAMBULATORIO - MANTOVA	56	39	17	2.055,80	1.464,95	590,85
003472	POLIAMBULATORIO - OSP. ASOLA	5.959	5.299	660	392.808,45	383.910,30	8.898,15
003474	POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	3.105	2.464	641	113.674,01	106.757,16	6.916,85
030239	OSP. CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	442	189	253	20.198,55	8.768,61	11.429,94
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	1.838	725	1.113	96.254,36	38.206,47	58.047,89
003482	POLIAMBULATORIO DI CREMA	28.295	20.314	7.981	1.084.778,70	1.080.504,90	4.273,80
003485	POLIAMBULATORIO DI RIVOLTA D/A	270	227	43	8.482,61	8.414,31	68,30
003489	POLIAMBULATORIO DI SONCINO	43	35	8	1.304,91	1.304,91	-
003491	POLIAMBULATORIO DI CASTELLEONE	131	121	10	5.029,06	5.029,06	-
TOTALE		175.446	160.790	14.656	9.888.965,60	9.718.068,14	170.897,46

Complessivamente sono stati modificati 14.656 record, pari al 8,35% dei record soggetti a verifica, e nessun erogatore è stato oggetto di sanzione amministrativa. Anche in tale tipologia di controllo gli erogatori si sono dimostrati virtuosi nel rendicontare nel flusso 28/san le prestazioni oggetto ormai da anni a verifiche.

Tempi d'attesa

Per l'anno 2022 con deliberazione n° XI/5832 di dicembre 2021, avente ad oggetto la definizione degli obiettivi delle ATS, ASST e AREU, è stato delimitato che la valutazione dei Direttori Generali delle strutture sanitarie pubbliche è definita, in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi, secondo la tempistica e sulla base della modalità di valutazione di cui all'allegato 1 parte integrante della DGR citata.

Viene definito il rispetto del tempo massimo di attesa per:

- Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.
- Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%.
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%.
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.

A seguito dell'approvazione della DGR, ATS ha definito le modalità di monitoraggio delle prestazioni sopra citate, proseguendo la consueta analisi dei flussi di ritorno regionale ambulatoriale e di ricovero, variandone i criteri secondo i parametri di raggiungimento degli obiettivi. Come prima azione è stata fatta un'analisi del rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni di prima visita classe di priorità "B" e di diagnostica strumentale per tutte le classi di priorità erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate e a contratto.

L'analisi del flusso ambulatoriale ha riguardato gli ultimi tre mesi disponibili nel mese di marzo 2022 delle prestazioni ambulatoriali erogate nel periodo dicembre 2021- febbraio 2022, al fine di definire la situazione di ogni struttura in relazione al rispetto dei tempi d'attesa. Di tale analisi è stato inviato individualmente ad ogni struttura erogatrice, una tabella avente ad oggetto "tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale" contenente i rispettivi dati con comunicazione protocollata inviata dalla segreteria del dipartimento PAAPSS. È stato richiesto inoltre di evidenziare eventuali discrepanze con i dati, nei casi di criticità confermata, e di descrivere brevemente le motivazioni. Contestualmente, al fine di effettuare una prima rilevazione, è stato richiesto alle strutture private accreditate e a contratto di comunicare le tipologie di prestazioni e la numerosità (sia fra quelle già previste nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa sia quelle previste nella DGR n. XI/6002/2022) per le quali la struttura sarebbe in grado di potenziarne l'erogazione nell'anno in corso.

In ordine al perseguimento degli obiettivi 2022 in materia di liste d'attesa, le azioni messe in campo sono le seguenti:

1- Monitoraggio ex ante RL MTA e trasmissione report con evidenza degli sforamenti

Viene mensilmente attuato il monitoraggio RL_MTA dei tempi di attesa a giorno indice, secondo le indicazioni regionali. Oltre alla verifica della completezza e correttezza dei dati trasmessi, si procede

mensilmente all'elaborazione di un report riepilogativo che viene trasmesso ai singoli erogatori, insieme alla segnalazione dei rispettivi sforamenti rilevati.

2- Monitoraggio ex ante istituzionale e volume prenotazioni ALPI

Per quanto concerne il monitoraggio delle prestazioni ALPI (monitoraggio trimestrale su portale SMAF) è proseguita l'analisi di dati relativi ai volumi di prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione da parte di tutte le strutture, al fine di controllarne il volume e verificare che non vengano erogate più prestazioni in ALPI rispetto a quelle in regime SSN. In caso di superamento dei volumi in libera professione viene inviata una segnalazione alla struttura interessata con richiesta di verifica del dato.

3- Monitoraggio ex post, attraverso il flusso 28 SAN e flusso SDO

In ordine alle criticità relative agli sforamenti dei tempi massimi d'attesa per i ricoveri chirurgici programmati, è stata richiesta ai RUA la verifica di ogni singolo episodio con tempo oltre soglia, con eventuale correzione qualora venga individuata un'anomalia di rendicontazione. In caso contrario, l'erogatore redige una breve relazione con identificati i motivi del ritardo.

Un'altra attività svolta in questi mesi consiste nel Monitoraggio ex post, attraverso il flusso 28 SAN delle prime visite in classe di priorità B ed i primi accessi relativi agli esami diagnostico strumentali di diagnostica per immagini di tutti gli erogatori come definito dagli obiettivi regionali.

4- Monitoraggio dato di realtà: ispezioni CUP

Il sopralluogo, svolto senza preavviso alla struttura, consiste nel richiedere all'operatore CUP, per ogni prestazione presente nella tabella, le prime 3 date utili alla prenotazione. Per le tre ASST è stato rilevato il tempo aziendale, come previsto dalla normativa RL. I sopralluoghi hanno riguardato tutte le strutture pubbliche e private accreditate e a contratto, al fine di ottenere un quadro completo dell'offerta sanitaria ambulatoriale. A partire dal mese di settembre 2022, si è concordato con i RUA di effettuare un'ulteriore rilevazione con l'obiettivo di una verifica sistematica e omogenea in tutto il territorio dell'ATS, in "tempo reale" e senza preavviso, dell'andamento dei tempi di attesa. Nello specifico, ogni mese, a data variabile e non concordata, preferibilmente distante dal giorno indice per la rilevazione RL_MTA, sono stati inviati tramite mail ordinaria con priorità alta, ad ogni struttura, una nota d'accompagnamento e un file excel contenente un elenco ristretto di prestazioni. Il RUA di ogni erogatore ha compilato il file con le prime tre date disponibili per ogni prestazione indicata, entro il termine di restituzione nel primo pomeriggio della giornata stessa. Il focus principale è stato sulle prestazioni con classe di priorità B.

5- Monitoraggio prestazioni aggiuntive ASST

A seguito della DGR N. XI/ 6279 del 11/04/2022 ATS ha iniziato il monitoraggio delle prestazioni aggiuntive delle ASST in base a quanto dichiarato dalle stesse a Regione Lombardia in risposta alla nota regionale prot.

ATS Val Padana n. 45502/2022 del 23/05/2022. In particolare, con nota protocollata dal mese di agosto (i precedenti in presenza) sono stati inviati mensilmente i file contenenti le prestazioni aggiuntive e relativi volumi indicati, al fine di verificare l'apertura e la saturazione delle agende serali, festive e prefestive.

6- Incontri con i RUA delle singole strutture erogatrici

Nel mese di luglio 2022 si sono realizzati incontri con i RUA delle singole strutture erogatrici al fine di condividere le problematiche specifiche nonché le linee generali per le azioni correttive da adottare. In ordine al perseguimento degli obiettivi relativi al rispetto del tempo d'attesa per prime visite in classe B le strutture erogatrici sono state sollecitate a:

- Revisionare i volumi di prestazioni dedicati nelle liste secondo le diverse priorità;
 - Utilizzare in modo flessibile le liste per differente priorità clinica, in particolare laddove sono stati verificati sforamenti per parte delle prestazioni in classe di priorità B, a fronte di una disponibilità che rispetti il TMAX d'attesa in altre agende;
 - Applicare il modello di presa in carico della prenotazione, come previsto dalla DGR XI/5747 del 21/12/2021, che stabilisce che il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa si attivi per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati qualora non sia presente la disponibilità richiesta, mantenendo in sospenso la prestazione stessa;
 - Prestare attenzione alla corretta indicazione della prima data prospettata, allo scopo di escludere l'impatto della mancata disponibilità per gli utenti alla modifica della sede di erogazione;
- A seguito di ognuno degli incontri è stato richiesto ai RUA di redigere relazione a conferma ed evidenza delle azioni correttive da intraprendere.

7- Flusso informativo di rendicontazione delle azioni dei RUA in caso di superamento dei tempi di attesa massimi

È stato predisposto da ATS un file in excel per la rendicontazione delle azioni effettuate dai RUA in caso di superamento dei Tempi massimi di attesa in base alla priorità clinica indicata dal prescrittore.

8- Monitoraggio ricoveri programmati oltre soglia

Nel 2022 sono state estratte l'elenco delle prestazioni di ricovero, oncologici e non oncologici, erogate oltre soglia rispetto alla classe di Priorità (a,b,c,d) pubblicate sul Portale di Governo di Regione Lombardia.

Tali tabulati sono trasmessi agli erogatori afferenti alla ATS Val Padana, per la valutazione e verifica del dato, con riscontro delle motivazioni. In particolare gli elenchi sono stati inviati (a metà di ogni mese) con nota di accompagnamento alle singole strutture interessate con richiesta di riscontro entro la fine di ogni mese.

Si sottolinea che durante l'anno si è assistito ad una costante diminuzione delle strutture con tale criticità e anche il volume di tali ricoveri nelle ASST (erogatori particolarmente critici a inizio anno) è diminuito notevolmente indipendentemente dalla classe di priorità indicata sulla SDO.

Programmazione 2023

Rete di offerta sanitaria – ATS Val Padana al 1/1/2023

STRUTTURE SENZA DEGENZA		N° Strutture Accreditate			
POLIAMBULATORI (specialistica, laboratori, diagnostica per immagini,...)		27			
STRUTTURE MONOSPECIALISTE		N° Strutture Accreditate			
DIALISI - CAL		0			
ODONTOIATRICHE		0			
CENTRI MEDICINA DELLO SPORT		9			
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		1			
MEDICINA DI LABORATORIO		0			
CENTRI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA		0			
PUNTI PRELIEVO		11			
STRUTTURE CON DEGENZA		PUBBLICHE	PRIVATE	IRCCS PUBBLICI	IRCCS PRIVATI
N° Enti		3	6	0	1
N° Presidi		7	7	0	1
N° Strutture degenza/urgenza	PPI	0	0	0	0
	PS	1	2	0	0
	DEA	5	0	0	0
	EAS	0	0	0	0
N° PL Accreditati (Degenza)		2008	501	0	0
N° PL Terapia Intensiva Accreditati	RIA	48	4	0	0
	UCC	30	0	0	0
	DEDICATI A SPECIALISTICHE (CCH-NCH)	0	0	0	0
N° PL Astanteria OBI		28	4	0	0
N° PL Diurni		DH/DS			
N° PL tecnici BIC/MAC		118	55	0	0
N° PL Nido		195	32	0	0
		76	0	0	0
SUB ACUTE	N° Strutture Accreditate	N° PL			
	6	145			
STRUTTURE RIABILITATIVE	N° Strutture Accreditate	N° PL Degenza Accreditate	N° PL Diurni (DH/MAC)		
	PUBBLICHE	1	75	6	
PRIVATE	3	231	21		

Rete Territoriale d'offerta: Salute Mentale - ATS Val Padana al 1/1/2023

(Strutture afferenti alla Rete Territoriale, con requisiti di accreditamento dell'area sanitaria e prestazioni)

STRUTTURE PSICHIATRIA	N° Strutture Accreditate	N° PL
Strutture Residenziali	26	292
Strutture Non Residenziali	17	
STRUTTURE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	N° Strutture Accreditate	N° PL
Strutture Residenziali	4	40
Strutture Non Residenziali	13	

Vigilanza delle Strutture Sanitarie Accreditate

Come richiesto dall'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo con nota ACSS prot. 2022.0001704 del 16.11.2022, ad integrazione di quanto già descritto nel format "Area Sanitaria" si elencano di seguito gli ulteriori ambiti di accreditamento sanitario che nel 2023 saranno oggetto di indagine e verifica a fronte di enunciato nella DGR n. XI/7758 del 28.12.2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023":

- **Riclassificazione delle strutture residenziali terapeutiche di NPIA** (DGR n. XI/7752 del 28.12.2022): il termine per l'iter di riclassificazione è il 30.04.2023 e le strutture coinvolte sono 4;
- **Riclassificazione delle UU.OO. Terapie Intensive e Semi-Intensive** (DGR n. XI/3264 del 16.06.2020): il termine per l'iter di riclassificazione è il 30.06.2023 e le strutture coinvolte sono 2;
- **Riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio** (DGR n. XI/7044 del 26.09.2022): dal 01.03.2023 al 31.08.2023, a ricevimento delle istanze, sarà dato avvio all'iter di riclassificazione e le strutture coinvolte sono 23 SMeL + 2 AOT e 115 Punti Prelievo/Attività di Prelievo esterni;
- **Riclassificazione della UO Terapia Intensiva Neonatale** (DGR n. XI/6387 del 16.05.2022): il termine per l'iter di riclassificazione è il 31.12.2023 e le strutture coinvolte sono 1).

Alle attività sopra citate, tutte con scadenza dei termini già prefissata, nel corso dell'anno dovranno essere sviluppate anche le seguenti attività:

- **Monitoraggio annuale delle strutture sanitarie pubbliche e private in proroga dei termini per l'adeguamento tecnologico e strutturale** (DGR n. XI/5806 del 29.12.2021), con rendicontazione a Direzione Generale Welfare preceduta dallo svolgimento di sopralluogo; le strutture coinvolte (ASST + Erogatori Privati) sono 28 (numero in difetto in quanto alcune strutture ospedaliere sono suddivise in più edifici e/o padiglioni);
- **Verifica delle Non Conformità segnalate con cadenza bimestrale dal Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio di Regione Lombardia** (DGR n. VII/19688 del 03.12.2004 – Allegato 11); le strutture interessate sono 23;
- **Prosecuzione della verifica annuale della permanenza dei requisiti minimi di accreditamento**, per completamento della verifica della totalità dei requisiti nel quinquennio;
- **Verifica del mantenimento del possesso dei requisiti** in strutture accreditate e/o riclassificate nel recente periodo.

Vigilanza delle Strutture della Rete Territoriale: Case di Comunità e Ospedali di Comunità

Anche l'**attivazione delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità** potrebbe diventare oggetto di analisi e/o sopralluogo, considerato che diverse strutture hanno avviato l'iter nel 2021 e ne prevedono la conclusione nel 2023 (Case di Comunità n. 10, Ospedali di Comunità n. 6).

Linee di sviluppo per i controlli NOC

Prestazioni di Ricovero

La Deliberazione n. 7758 del 28/12/2022 ha stabilito che l'esercizio dell'attività NOC decorra dal 01/01/2023 al 31/12/2023 e il volume dei controlli atteso sia pari al 12,5% calcolato sulla produzione dell'anno precedente.

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

1. quota di almeno il 6% riferita ai controlli mirati di congruenza ed appropriatezza generica;
2. quota fino al 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte della ATS;
3. quota fino al 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte della ATS.

La quantità attesa di controlli sulle prestazioni ambulatoriali è calcolata, anche per quest'anno, considerando il 3,5% del totale delle prescrizioni poste a carico del SSL nel 2022, estratte utilizzando come da Regole di Sistema.

Nelle more di ricevere comunicazioni ufficiali dalla Dg Welfare è stata calcolata la stima dei volumi relativi all'attività da rendicontare utilizzando i numeri presenti nel file denominato "Riepiloghi" pubblicato sul portale SMAF nel mese di febbraio e i record presenti sul flusso 28 san. Si stima che per i ricoveri da sottoporre a controllo siano circa 11.091 e per l'ambulatoriale circa 120.440.

La tabella seguente declina i volumi di cartelle cliniche da sottoporre a verifica di tutte strutture di ricovero e cura insistenti sul territorio della ATS Val Padana

COSP	Denominazione Struttura	Ricoveri	autocontrollo 3%	autocontrollo 3,5 %	mirato 6%	totale_12,5%
030227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA_BOZZOLO	2.995	90	105	180	374
030239	OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	5.037	151	176	302	630
030259	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	3.293	99	115	198	412
030353	OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	3.214	96	112	193	402
030355	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	6.240	187	218	374	780
030357	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	4.983	149	174	299	623
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	20.624	619	722	1.237	2.578
030933	FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO-CASTEL G.	712	21	25	43	89
030209	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	11827	355	414	710	1.478
030215	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	587	18	21	35	73
030217	CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'-CR	509	15	18	31	64
030218	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	2279	68	80	137	285
030219	CASA DI CURA FIGLIE DI S.CAMILLO-CR	4879	146	171	293	610
030273	PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO-CASALMAGGIORE	3800	114	133	228	475
030390	CURE SUBACUTE SONCINO - AO DI CREMA	218	7	8	13	27
030908	ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	17286	519	605	1.037	2.161
030395	NUOVO ROBBIANI	241	7	8	14	30
TOTALE	ATS VALPADANA	88.724	2.662	3.105	5.323	11.091

Raccomandazioni comuni ai controlli sui ricoveri

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

Autocontrollo di congruenza

Oggetto dell'autocontrollo di congruenza saranno le cartelle cliniche prodotte nel primo quadrimestre dell'anno solare **2023 (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 2022 fino al numero massimo provvisorio di cartelle indicato nella tabella precedente.

Le strutture di ricovero provvedono, entro il 15 febbraio 2023, 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 e 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 10 febbraio 2024), esclusivamente per la quota che eccede il 3,5% autocontrollato.

L'elenco delle cartelle selezionate dall'Erogatore sarà inviato mensilmente alla ATS di appartenenza, in considerazione del fatto che le stesse saranno individuate man mano con il procedere della produzione. I suddetti elenchi non potranno comprendere cartelle già controllate dalle 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 2023, 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 2024).

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 2023), 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 e ulteriori comunicazioni.

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. 9014/2009 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 2023).

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2022 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 2023.

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 2024).

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 (6%)

L'attività di controllo sarà effettuata sia sulla produzione consolidata degli anni passati sia su quella dell'anno in corso e le cartelle cliniche saranno valutate tramite le regole di codifica vigenti relative ai criteri della appropriatezza e congruenza e qualità documentale (Manuale della cartella clinica 2007, DGR VIII/9014/2009

e alla DGR 621/2010). Di conseguenza, nell'ambito dei controlli di tipologia mirata, in caso di riscontro di gravi carenze documentali rispetto ai requisiti previsti nella normativa precedentemente citata, sarà possibile procedere alla decurtazione totale o parziale della remunerazione del ricovero.

Attività di verifica delle prestazioni di ricovero presso i reparti acuti

Anche per l'anno 2023 la selezione delle cartelle cliniche terrà conto sia degli indicatori di performance segnalati dalla DG Welfare sul portale di Governo, sia delle analisi elaboratore in materia a livello locale, sia sugli esiti delle attività di controllo svolte negli esercizi precedenti legate in particolare alle prescrizioni contenute nei verbali di accertamento.

In particolare i criteri sui quali si intende svolgere l'attività di controllo del 2023 relativa alla produzione dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:

1. Individuazione dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza, con particolare riguardo a quelle strutture che supereranno il valore soglia del 18% nel rapporto tra ricoveri ordinari afferenti a tali DRG rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DRG. Si procederà alla verifica di quanto previsto dalla DGR 1185/2013, Allegato 3 - Sub Allegato A, "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatezza aggiornata dalla DGR 1046/2018 e dalla DGR n. XI/1444/2019;
2. Individuazione dei DRG appartenenti agli obiettivi ATS e ASST relativi alla fase di recupero degli screening oncologici conseguente al periodo Covid; nel 2023 verranno campionate cartelle cliniche afferenti in particolare ai PDTA – ROL legate ai tumori maligni della mammella, colon-retto e cervice uterina (in base sempre ai volumi di produzione). Ciò al fine di verificare la corretta codifica, la qualità ed esaustività della cartella clinica e ricostruire il percorso di diagnosi e cura del paziente insieme agli specialisti;
3. Verifica in base alla produzione 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 e successive, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria;
4. Verifica della correttezza della rendicontazione delle prestazioni riconducibili alla Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC), come da Allegato A della DGR n. VIII/10804/2009 e successive integrazioni, e alla Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse(MAC), come da Allegato 4 della DGR n. IX/2946/2012;
5. Individuazione dei DRG con diagnosi complicanti per verifica dell'evidenza in cartella del maggior assorbimento di risorse relativo alle stesse diagnosi secondarie complicanti (tipo 2);
6. Attività di verifica delle prestazioni di ricovero in DH, in particolare nella disciplina di Chirurgia Dermatologica secondo indicazioni delle DGR VIII/2645/2006 e DGR VIII/3111/2006" (TIPO D);
7. Ricoveri programmati con DRG chirurgico con intervento eseguito nella giornata successiva a quella d'ingresso al fine di verificare l'appropriatezza della giornata (Tipo Z);

8. Verifica della corretta rendicontazione dei ricoveri in cui sulla SDO sono presenti i codici di diagnosi 9959** sepsi/sepsi severa” e 77582 “Shock settico “secondo indicazioni 2057/2011 e successive integrazioni;
9. Selezione dei codici in prima diagnosi V10** Anamnesi personale di tumore maligno al fine di verificare le indicazioni presenti sulla DGR 2057/2011;
10. Come da Deliberazione X/7600 del 20/12/2017 si continuerà a campionare i DRG afferenti alla Patologia Neonatale e la TIN;
11. In merito all’attuazione della DGR 7473/2022 e DGR 7758/2022 “Allegato 4” saranno selezionate cartelle afferenti ad episodi di ricovero di pazienti con diagnosi di Stroke e in particolare verrà verificata sul flusso la corretta rendicontazione di unico episodio di cura in caso di trasferimento del paziente in Stroke Unit di II Livello per eseguire la procedura di trombectomia meccanica;
12. Verifica dei DRG afferenti all’impianto di endoprotesi secondo le nuove indicazioni descritte nella DGR XI/5924 del 07/02/2022 e della DGR XI/7758 del 2022;
13. Verifica dei ricoveri ripetuti Intra-ente (tipo 1);
14. Selezione dei codici di diagnosi V64** Procedura non eseguita per.....” in qualunque posizione sulla SDO;
15. Verifica e campionamento dei DRG anomali (tipo 3);
16. Ricoveri con DRG medico senza complicanza con degenza massima compresa tra 3-5 giorni;
17. Selezione dei ricoveri in cui viene codificata la diagnosi di infarto miocardico acuto (IMA) episodio iniziale di assistenza o Infarto sub endocardico acuto episodio iniziale di assistenza per verificare le indicazioni contenute nella DGR 2057/2011 e nella DGR X/6006/2016;
18. Verifica della corretta codifica degli episodi di ricovero legati alla patologia Covid-correlata, come da indicazioni regionali e ministeriali;
19. DRG legati alla chirurgia plastica ricostruttiva presenti nel documento denominato “COMMISSIONE CHIRURGIA - PLASTICA RICOSTRUTTIVA” del 2011;
20. DRG ad alto costo:
 - Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale (DRG 543);
 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco (DRG 104);
 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea (DRG 518, 557, 558);
 - Artrodesi vertebrale (DRG 496, 498, 497, 520);
 - Interventi per obesità (DRG 288).

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

La Deliberazione n. 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 che verranno condotte sui ricoveri prodotti nel corso del 2022 e 2023, verteranno principalmente su:

- **Appropriatezza dei ricoveri:**

Rispetto dei criteri di arruolamento;

Rispetto dei criteri di accesso;

Rispetto dei criteri di esclusione;

Verifica della corretta rappresentazione dei bisogni assistenziali del paziente.

- **Qualità documentale della cartella clinica:**

Con particolare riguardo alla presenza ed alla consistenza del Piano di Assistenza Individuale(PAI) e l'Indice di Intensità Assistenziale.

L'attività del NOC si potrà concentrare anche sulla produzione dei ricoveri di degenza breve (<10 giorni) e/o ricoveri con una durata maggiore ai 40 giorni al fine di verificare l'appropriatezza delle singole giornate.

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

La Deliberazione n. 1185/2013 ha definito le nuove caratteristiche clinico - organizzative e proposto 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 di congruenza e appropriatezza verranno condotte nel corso del 2023 secondo la normativa vigente (es. DGR X/6006/2016) e verteranno sui seguenti punti:

1. Valutazione della appropriatezza del ricovero, alla luce dell'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 e pri (entro massimo 24 ore dall'ingresso).

Si ricorda che nel progetto riabilitativo devono essere identificati sempre 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. Di conseguenza, la procedura di verifica si articolerà anche sui seguenti punti:

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

Di particolare interesse saranno esaminati i Ricoveri con Degenza Breve (tra i 3 e 5 giorni) al fine di verificarne l'appropriatezza qualora vengano prodotte SDO con tali criteri.

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

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

Id	Ambito	Rischio	Dimensione del rischio	Periodicità
1	ricoveri ripetuti Intra-ente	Mancata applicazione delle Regole regionali	Economica, Organizzativa	Almeno 1 verifiche/anno ¹
2	DRG PDTA ROL	Codifica opportunistica; Carenze organizzative	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
3	108 DRG a rischio inappropriatelyzza	Inappropriatelyzza setting assistenziale	Equità	Almeno 1 verifiche/anno
4	Procedura 8622	Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
5	Sepsi, sepsi severa, shock	Mancata applicazione delle Regole regionali	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
6	V10* Anamnesi T.maligno	Mancata osservanza delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
7	DRG afferenti patologia neonatale	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
8	DRG dermatologici	Mancata applicazione delle Regole regionali- Inappropriatelyzza setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
9	DRG Anomali	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
10	DRG complicati	Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
11	DRG chirurgici brevi (tipo Z)	Carenze organizzative	Organizzativa	Almeno 1 verifiche/anno
12	DRG Alto costo	Inappropriatelyzza setting assistenziale	Organizzativa	Almeno 1 verifiche/anno
13	Stroke e trombectomia meccanica	Mancata applicazione delle Regole regionali	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
14	DRG endoprotesi	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
15	V 64*Procedura non eseguita	Codifica opportunistica	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
16	Appropriatezza Bic/MAC	Inappropriatelyzza setting assistenziale	Equità	Almeno 1 verifiche/anno
17	DRG medici	Carenze organizzative	Organizzativa	Almeno 1 verifiche/anno
18	Ricoveri Covid-19	Mancata applicazione delle Regole regionali	economica	Almeno 1 verifiche/anno
19	Chirurgia Plastica ricostruttiva	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	economica	Almeno 1 verifiche/anno
20	IMA o NSTEMI	Mancata applicazione delle Regole regionali; Codifica opportunistica	Economica	Almeno 1 verifiche/anno
21	Cure Subacute	Codifica opportunistica, inappropriatelyzza setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno
22	Riabilitazione	Inappropriatelyzza setting assistenziale	Organizzativa, economica	Almeno 1 verifiche/anno

Al fine di semplificare e uniformare le attività di controllo si prevede di implementare la quota di cartelle da verificare con modalità digitale o remota.

Prestazioni ambulatoriali

Per le attività di specialistica ambulatoriale, la DGR 7758 del 28/12/2022 ha previsto, per l'anno 2023, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche a carico del SSR dell'anno precedente all'esercizio in corso. La percentuale è calcolata sui record caratterizzati dalla seguente tipologia di prestazione:

- **O:** prestazioni di carattere ordinario,
- **U:** prestazioni urgenti differibili, la cui urgenza non comporti l'accesso del paziente alle strutture di urgenza-emergenza e per le quali viene attivata, da parte delle strutture accreditate, una via differenziata in modo da rispondere alle esigenze espresse nell'ambito delle 72 ore dalla presentazione della richiesta,
- **Z:** prestazioni che non devono rientrare nel calcolo dei tempi di attesa (prestazioni in "accesso diretto" diverse da P.S.; prestazioni di medicina sportiva, psichiatria, laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche, dialisi; prestazioni riferite a controlli programmati, pacchetti MAC, ecc.).

In regime di erogazione:

- **1:** prestazioni a carico del SSN (incluso i Cittadini AIRE iscritti al SSN, durante i 90 gg cui spetta loro l'assistenza, e incluso i cittadini residenti in altri Paesi convenzionati, in possesso di modello HIC rilasciato da istituzioni italiane),
- **7:** prestazioni per stranieri comunitari o appartenenti a paesi con i quali vige una convenzione di sicurezza sociale e/o titolari di attestati di diritto comunitari o rilasciati da istituzioni con cui siano in essere accordi bilaterali di sicurezza sociale, e assistenza sanitaria,
- **8:** prestazioni a carico del SSN erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza (ovvero prestazioni legate alla tutela della maternità e del minore), compresi i minori non in regola con le norme di soggiorno, iscritti temporaneamente a NAR, a cui è stato rilasciato un codice STP.
- **9:** prestazioni urgenti o comunque essenziali, NON a carico del SSN, erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza
- **C:** prestazioni rese a detenuti presso case circondariali o istituti di pena (a carico SSN).

Per l'anno 2023 si stima che verranno sicuramente verificati almeno 120.440 record secondo il calcolo effettuato attraverso il flusso di ritorno regionale 28/San. Anche quest'anno non verrà intrapresa l'attività di autocontrollo sulle prestazioni ambulatoriali prevista della DGR n. XI/2672/2019, ma verranno privilegiati i controlli statistico formali data la numerosità di record da sottoporre a verifica. Nel corso del 2023, inoltre, verranno organizzati anche sopralluoghi on site o controlli sul campo legati principalmente alle seguenti tipologie:

- Pacchetti MAC secondo i protocolli depositati in ATS;
- BIC;
- Medica fisica riabilitativa secondo la DGR 3111/2006;
- Odontoiatria;

- NPI;
- Genetica Medica;
- Medicina sportiva.

È sempre facoltà del NOC valutare ulteriori sopralluoghi sulla base dell'analisi della produzione di ogni singolo ente e/o per altre necessità.

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 2023 per scansionare la produzione ambulatoriale. Tali verifiche saranno le più utilizzate anche nell'anno 2023, consentendo di migliorare la performance della struttura.

In particolare gli indicatori che saranno oggetto di verifica sono i seguenti:

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).

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 e DGR 1444/2019.

Per questa area saranno sottoposte a verifica nel corso dell'anno 2023 prestazioni prodotte nel corso dell'anno.

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

Si procederà alla verifica di prestazioni di Medicina fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi al fine di verificare l'aderenza ai contenuti della DGR 3111/2006 e s.m.i. per le prestazioni ambulatoriali semplici.

BIC e MAC

Si procederà alle verifiche di appropriatezza e congruenza di prestazioni erogate in questi setting assistenziali presso tutti gli erogatori interessati. Per quanto riguarda le MAC si procederà alla verifica del setting assistenziale e del rispetto dei protocolli depositati e concordati con l'ATS. Invece per le BIC, oltre che a verificare le cartelle ambulatoriali in loco o da remoto, si selezioneranno i casi in cui con la medesima data di contatto risultino rendicontati più codici di prestazione in difformità alle indicazioni regionali che prevedono (DGR

621/2010) che 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, all'individuazione di quelle prestazioni rendicontate con il flusso 28/san ricomprese nella tariffa della BIC ed effettuate o nel pre- o nel post- procedura.

Area della Genetica Medica di laboratorio

Verifica degli aspetti di appropriatezza prescrittiva stabiliti dalla DGR 4716 del 23/01/2013 e s.m.i., al fine di monitorare l'appropriatezza clinica e prescrittiva di prestazioni ad alto impatto economico ed in una logica di continuità delle azioni di collaborazione o di correzione rivolte ai soggetti prescrittori.

Area NPI

Controllo delle prestazioni rendicontate nel flusso 28/san NPI:

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 erogazione delle prestazioni e l'eventuale utilizzo di codici di patologia apparentemente incongrui.

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

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

Medicina Sportiva

La DGR n. 7758 del 28/12/ 2022 – allegato 4 – inserisce la medicina sportiva tra le priorità individuate in tema di accreditamento. Pone l'accento sui requisiti stabiliti dalla DGR IX/4121 del 03/10/2012 ma definisce la programmazione in un ambito più complessivo di riordino dell'attività di medicina sportiva.

Coerentemente alla suddetta indicazione per l'anno in corso si pianificheranno i controlli presso gli Ambulatori di Medicina Sportiva accreditati a contratto per la verifica delle pratiche di idoneità (o non idoneità) all'attività sportiva agonistica per gli atleti non in solvenza (minori e disabili con grado di invalidità superiore al 66%).

Le valutazioni dei campioni individuati saranno anche tese alla verifica di appropriatezza attraverso la congruenza della documentazione presente nel fascicolo dell'atleta e le prestazioni registrate nel flusso 28/San a seconda del tipo di idoneità, in ottemperanza a quanto definito dalle Tabelle Sport (tipo A e tipo B) valevoli al momento della visita e nel rispetto del DM del 18/02/1982 e del DM del 04/03/1993.

Verifiche sui Tempi d'attesa

Nelle regole di gestione del SSR 2023 è stata espressa nuovamente come prioritaria l'esigenza del contenimento dei tempi di attesa, che costituisce anche un obiettivo di mandato delle direzioni strategiche. Perseguendo questo obiettivo continueranno le azioni messe in atto da ATS già negli anni passati.

Prestazioni ambulatoriali

1) Monitoraggio ex ante RL_MTA e trasmissione report con evidenza degli sforamenti

Utilizzando i dati prodotti delle rilevazioni mensili ex ante, indette dalla Regione Lombardia, si elabora un report riepilogativo, che comprende anche per ciascun erogatore la segnalazione delle prestazioni erogate fuori tempo.

Tale report viene inoltrato alle strutture per consentire di registrare e commentare le singole criticità individuate. Eventuali scostamenti rilevanti rispetto all'ultima rilevazione RL_MTA costituiranno eventuale motivo di visita on site presso i Cup aziendali o comunque argomento di approfondimento con i RUA delle strutture.

2) Monitoraggio ex post, dal flusso 28 SAN

I dati relativi ai tempi d'attesa ex post per le prestazioni ambulatoriali rilevabili dal flusso 28/san e dalla reportistica disponibile all'apposita pagina Web del portale di Governo Regionale e monitorati altresì dalla SC Sistemi Informativi Aziendali sono condivisi e analizzati con le singole strutture erogatrici.

3) Rilevazione delle mancate presentazioni agli appuntamenti (Drop out)

In linea con le indicazioni contenute nelle regole 2019 DGR 1046/2018 "...l'utente che non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione. Qualora non sia possibile presentarsi a una visita o a un esame, diventa obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo. In questa logica, al fine di contenere i costi amministrativi connessi al recupero di quanto dovuto e ferma restando la necessità di adempiere alla normativa vigente, l'utente che non si presenta alla visita dopo aver fissato l'appuntamento, quando fisserà un nuovo appuntamento, al momento di pagare il ticket, sarà chiamato a saldare anche la prestazione che non aveva disdetto in tempo utile in precedenza", si procederà alla seguente attività di verifica:

STRUTTURA	PRESTAZIONE	DATA	PRENOTATI	CONFERMATI	NON PRESENTATI	INDICE DI DROP -OUT
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA OCULISTICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA NEUROLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA UROLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA ORTOPEDICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA CH. VASCOLARE					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA GINECOLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA CHIRURGIA GENERALE					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	PRIMA VISITA OTORINO					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	ECO ADDOME SUPERIORE					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	ECO BILATERALE MAMMELLA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	MAMMOGRAFIA BILATERALE					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	ECOCOLODOPPLER CARDIACA					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	COLONSCOPIA END FLESSIBILE					
TOTALE						

Potranno anche essere inserite durante l'anno ulteriori prestazioni se ritenute critiche da ATS secondo gli strumenti a disposizione.

L'obiettivo di questa rilevazione sperimentale è indagare l'effettiva entità del fenomeno sul territorio di ATS Val Padana e valutare l'utilità per governare il fenomeno dei tempi d'attesa. La lettura del dato che ne deriva permetterà anche agli erogatori di valutare le possibili azioni da intraprendere, eventualmente concertate con ATS al fine prevedere un incremento dei servizi di remind per ridurre quindi il fenomeno del no-show sulle prestazioni.

4) Monitoraggio sospensioni

La sospensione delle attività di prenotazione è vietata dal comma 282 L.266/2005, che prevede sanzioni amministrative. Nelle more di ulteriori specifiche indicazioni da parte del Ministero della Salute, l'interruzione delle attività di erogazione legate a motivi tecnici va segnalata nelle note corrispondenti alla prestazione di cui trattasi, altrimenti va comunque segnalata nella nota accompagnatoria dei flussi RL_MTA mensili, avendo cura di indicare le tipologie, i punti di erogazione, il periodo e le motivazioni plausibili.

5) Monitoraggio volumi Alpi

Verranno analizzati i dati relativi alle prestazioni erogate in libera professione da parte di tutte le strutture pubblicate sempre su portale SMAF al fine di controllarne il volume e verificare che non vengano erogate più

prestazioni in ALPI rispetto a quelle in regime SSN. In caso di superamento dei volumi in libera professione viene inviata una segnalazione alla struttura interessata con richiesta di verifica del dato.

6) Azioni di appropriatezza e garanzia per le aree che necessitano maggior presidio

Preso atto che nel 2023 è attesa una difficoltà complessiva nel garantire i volumi di prestazioni offerte rispetto alla situazione pre pandemia, principalmente per la carenza di personale medico, diventa ancor più significativo assicurare con ogni strategia possibile la massima appropriatezza delle prestazioni da erogare insieme alla garanzia di risposta per le patologie per le quali le prestazioni richieste sono non procrastinabili (in primo luogo i percorsi oncologici). ATS Val Padana ha già iniziato un'analisi del flusso delle prescrizioni per identificare le prestazioni più richieste (definire la domanda), in modo da poter elaborare interventi sia sul fronte dell'offerta che sul fronte dell'appropriatezza prescrittiva. In un contesto di condivisione dei dati e delle informazioni, l'ATS continuerà a promuovere confronti con i medici prescrittori e le strutture erogatrici.

8) Monitoraggio dell'ampliamento delle fasce orarie di apertura

In molti casi, dalle rilevazioni effettuate, risulta che le strutture hanno messo in atto e stabilizzato riorganizzazioni interne che contemplano incremento dei tempi di apertura ed erogazione delle prestazioni.

Regione Lombardia con la DGR 6279/2022 ha iniziato una sperimentazione di ampliamento dell'offerta di prestazioni sanitarie ambulatoriali nei giorni festivi, nella fascia oraria pomeridiana dei giorni prefestivi e nella fascia oraria serale dei giorni feriali. Tale sperimentazione ha avuto inizio nel maggio 2022 e si concluderà nel maggio 2023. In una prima fase, le prestazioni coinvolte sono state quelle di diagnostica per immagini erogate con grandi attrezzature, in particolare TAC, mammografie e risonanze magnetiche. L'ATS proseguirà il monitoraggio della saturazione delle agende esposte dichiarate dagli erogatori, sulla base di quanto rendicontato nel flusso ambulatoriale, e sui volumi erogati di tali prestazioni.

Dovranno in linea generale continuare ad essere previsti ampliamenti di fasce orarie di apertura degli ambulatori, anche nelle giornate prefestive e festive, allo scopo di favorire la programmazione più efficace delle attività e il mantenimento di volumi di erogazione il più possibile analoghi ai livelli pre- Covid.

9) Ulteriori Azioni di contenimento dei Tempi d'attesa regionali

In riferimento alle recenti indicazioni di Regione Lombardia, e in ottemperanza alle DGR 7475 del 30/11/2022 e DGR 7819 del 23/01/2023 continuerà il monitoraggio delle prestazioni di interesse regionale in elenco per condividere con i RUA delle aziende insistenti sul territorio strategie di contenimento dei tempi d'attesa e la segnalazione di criticità in modalità proattiva, per adeguare alla domanda di salute del cittadino l'offerta di prestazioni sanitarie.

Di seguito l'elenco di prestazioni individuate da Regione Lombardia come critiche per tempo d'attesa.

codice PRESTAZIONE	Descrizione prestazione
4516	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
4525	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
87371	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87411	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
88016	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
88714	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
88721	ECOGRAFIA CARDIACA
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)
88723	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A)
8872A	ECOGRAFIA CARDIACA SENZA E CON CONTRASTO
88731	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
88741	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88772	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
8913	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]
89372	SPIROMETRIA GLOBALE
8950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO
897A3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
897A7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA
897A8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA
897B7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA
9502	PRIMA VISITA OCULISTICA

Da febbraio 2023 Regione Lombardia ha fornito ad ATS un cruscotto di monitoraggio come da DGR 7819 come strumento operativo di programmazione, monitoraggio e governo delle agende limitatamente alle prestazioni elencate nella precedente tabella. ATS ha iniziato lo studio dei dati contenuti nel cruscotto, ipotizzando eventuali azioni di governo e di condivisione del dato con gli erogatori.

Prestazioni di ricovero e cura

Continuerà l'analisi trimestrale tramite il flusso SDO dei ricoveri chirurgici oncologici programmati con priorità A e i ricoveri chirurgici non oncologici sempre programmati.

Inoltre sarà estratto mensilmente l'elenco delle prestazioni di ricovero, sempre oncologiche e non oncologiche, erogate oltre soglia dalle strutture rispetto alla classe di Priorità (A, B, C, D) pubblicate sul Portale di Governo di Regione Lombardia.

I tabulati relativi ai ricoveri in oggetto saranno trasmessi entro metà del mese agli erogatori afferenti alla ATS Val Padana, per la valutazione e verifica del dato, con riscontro delle motivazioni e criticità rilevate entro la fine del mese.

Azioni future nel 2023: Incontri con i RUA

Oltre a continuare le azioni descritte in precedenza (salvo diverse indicazioni regionali), durante l'anno saranno riprogrammati gli incontri (almeno uno) con i singoli referenti RUA al fine di verificare gli esiti delle azioni

correttive intraprese, ed individuare le criticità riscontrate con le fonti informative a disposizione relative sia alle prestazioni di ricovero che alle prestazioni ambulatoriali. Le strutture dovranno relazionare anche ad ATS Val Padana il contenuto di tali incontri.

Area sociosanitaria e sociale

Analisi di Contesto

Il territorio dell'ATS Val Padana, costituito dalle province di Cremona e Mantova, ha una superficie di 4.111 kmq (2341 Mantova, 1770 Cremona) e comprende 177 comuni che contano circa 756.000 abitanti.

L'anno 2022 è stato caratterizzato dalla progressiva ripresa dell'attività di vigilanza in ordine al mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle Unità di Offerta (da ora UdO) Sociosanitarie e Socioassistenziali. Tale attività era stata sospesa nel 2021 (nota Regione Lombardia Protocollo G1.2021.0032446 del 11/05/2021).

Dato il perdurare dello stato di emergenza, nel primo trimestre del 2022 i servizi afferenti all'attuale SC Autorizzazione Accreditamento e Controllo Rete Territoriale si sono concentrati sulla verifica del 100% delle istanze sociosanitarie pervenute (SCIA, SCIA Contestuale o Istanza di accreditamento) e delle CPE delle UdO socioassistenziali ricevute da Comuni/Uffici di Piano.

Nonostante parte del personale di vigilanza e appropriatezza fosse ancora impegnato per le attività inerenti le indagini epidemiologiche, sono stati effettuati audit finalizzati alla verifica dell'aggiornamento del Piano Organizzativo Gestionale delle strutture in osservanza alla normativa vigente.

Durante l'anno 2022 si è assistito ad una sostanziale stabilità della offerta sociosanitaria eccetto la chiusura ai sensi della DGR 2569/2014, di una RSA e di un CDI, per mancata produzione. Le SCIA delle strutture sociosanitarie, pervenute e processate nei termini di legge, hanno riguardato principalmente variazioni di posti letto e vulture.

Successivi elementi di variazione del contesto delle UdO sono stati rappresentati dall'implementazione dei posti letto Alzheimer a contratto e dalla riclassificazione ADI in C-Dom dei servizi di assistenza domiciliare come previsto da specifiche indicazioni di Regione Lombardia.

Per quanto riguarda le unità di offerta sociali si è rilevata una maggiore variabilità di presenza sul territorio, a seguito di diverse cessazioni e di nuove attivazioni.

Le occasioni di confronto con le UdO sociosanitarie, i sopralluoghi effettuati e le richieste di chiarimenti da parte dei cittadini hanno posto in evidenza le seguenti criticità:

- mancata saturazione dei posti disponibili;
- funzionamento in deroga (ai sensi della DGR 6387 del 13/5/2022 allegato 7 sub E: Protocollo di gestione post emergenza Covid 19 fase di transizione-rete territoriale) dei requisiti gestionali per debito orario e/o mix di figure professionali addette all'assistenza;
- applicazione dei protocolli di sicurezza con costante aggiornamento della normativa, in particolare per quanto riguarda l'accesso di accompagnatori, famigliari e visitatori.

Sono stati effettuati sopralluoghi mirati per la valutazione delle segnalazioni e delle criticità sollevate dagli Enti Gestori.

Le strutture sociosanitarie, suddivise in Tipologie, attive al 1° gennaio del 2022 nel territorio dell'ATS Val Padana, sono riportate nelle tabelle sottostanti.

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO IN PIANO PROGRAMMA	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI E ACCREDITATI
RSA	88		8.080	7.798
RSD	12		815	815
CDD	22		530	530
CDI	49	1	1.042	1.037
CSS	18		161	148
CF	20	1		
SERT/SMI	10			
INT	12		695	686
RIA AMB-DOM/CDC*	10		57.455	57.455
			179	179
HOSPICE	3		32	32
ADI	33			
UCP-DOM	9	1		
UOCP	4	3	60	60
DIP-COM	18		331	331
DIP-BIA	1		8	8
Totale	309	6	11.933	11.624

*si separano i posti letto dalle prestazioni, queste ultime non vengono conteggiate nel totale

Tabella 1: Riepilogo delle UdO sociosanitarie in esercizio al 1° gennaio 2022

MISURE	N MISURE ATTIVE	N POSTI	N OSPITI / UTENTI	N OSPITI / UTENTI A CARICO FSR (1/1-31/12 dell'anno precedente)
RSA APERTA	38	-	1.521	1.521
RESID. ASSISTITA	10	92	65	65
MINORI IN COMUNITA'	6	-	-	-
Totale	54	92	1.586	1.586

Tabella 2: riepilogo delle misure attive al 1° gennaio 2022

MISURE	N MISURE ATTIVE	N POSTI	N OSPITI / UTENTI	N OSPITI / UTENTI A CARICO FSR (1/1-31/12 dell'anno precedente)
RSA APERTA	38	-	1.521	1.521
RESID. ASSISTITA	10	92	65	65
MISURA 6	6	-	-	-
Totale	54	92	1.586	1.586

Tabella 2: riepilogo delle misure attive al 1° gennaio 2022

TIPOLOGIA SPERIMENTAZIONE	N SPERIMENTAZIONI ATTIVE
CASE MANAGEMENT	4
GAP	1
RIAB MINORI	4
Totale	9

Tabella 3: riepilogo delle sperimentazioni attive al 1° gennaio 2022

Rendicontazione attività di vigilanza e controllo in area sociosanitaria anno 2022

Nei seguenti paragrafi si sintetizza l'attività di monitoraggio sulle UdO, suddivisa in vigilanza e appropriatezza. Come previsto dalla DGR 6387/2022 è stato costituito un campione finalizzato a garantire il monitoraggio, sia di vigilanza, sia di appropriatezza, per almeno il 25% del totale di UdO sul territorio dell'ATS.

La stessa D.G.R. stabilisce le percentuali minime di fascicoli da visionare, calcolate in base al numero degli utenti rendicontati nel 2021 dalle strutture campionate. Nello specifico, almeno il 13% per le strutture in regime residenziale e semiresidenziale e almeno il 3,5% per le strutture in regime ambulatoriale e domiciliare.

Nelle tabelle seguenti si sintetizzano i dati di programmazione (a sinistra) ed i sopralluoghi effettivamente eseguiti (a destra)

VIGILANZA

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO CAMPIONATE	% CAMPIONAMENTO	SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	%
RSA	88	30	34%	29	33%
RSD	12	7	58%	7	58%
CDD	22	4	18%	4	18%
CDI	49	15	31%	14	29%
CSS	18	5	28%	5	28%
CF	20	2	10%	4	20%
SERT/SMI	10	2	20%	3	30%
INT	12	7	58%	8	67%
RIA AMB-DOM/CDC	10	3	30%	3	30%
HOSPICE	3	2	67%	2	67%
ADI	33	9	27%	9	27%
UCP-DOM	9	3	33%	3	33%
UOCP	4	3	75%	3	75%
DIP-COM	18	2	11%	2	11%
DIP-BIA	1	0	0%	0	0%
Totale	309	94	30%	96	31%

Tabella 4: rendicontazione dei controlli di vigilanza - anno 2022

APPROPRIATEZZA

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO CAMPIONATE	% CAMPIONAMENTO	NUTENTI RENDICONTATI ANNO PRECEDENTE DALLE STREUTTURE CAMPIONATE	% CAMPIONAMENTO FaSAS	N FaSAS PROGRAMMATI
RSA	88	36	41%	2012	13,7%	276
RSD	12	6	50%	209	13,3%	28
CDD	22	9	41%	130	16%	21
CDI	49	13	27%	194	20%	39
CSS	18	8	44%	51	23,5%	12
CF	20	5	25%	2121	3,6%	77
SERT/SMI	10	3	30%	563	3,6%	21
INT	12	5	42%	799	13%	104
RIA AMB-DOM/CDC	10	5	50%	574	6,4%	37
HOSPICE/ UOCP	7	4	57%	192	14%	27
ADI	33	14	42%	1271	4,3%	55
UCP-DOM	9	5	56%	1326	3,7%	50
C TOX	19	5	26%	161	14%	23
Totale	309	118	38%			770

N UdO CONTROLLATE	N FaSAS CONTROLLATI	FaSAS verificati/ utenti rendicontati 2021
36	289	14,3%
6	28	13,3%
9	22	16,9%
13	39	20%
8	16	31%
5	79	3,7%
3	22	3,9%
5	106	13,2%
5	43	7,4%
2	27	14%
14	52	4,0%
5	51	3,8%
5	24	14,9%
118	798	

Tabella 5: rendicontazione dei controlli di appropriatezza - anno 2022

MISURE

Nota: di norma per le misure i controlli di appropriatezza e di vigilanza avvengono contestualmente, per questo si ritiene utile riassumerli nella medesima tabella:

MISURE	ATTIVE	campionate	%	N Controlli di vigilanza	N controlli di appropriatezza	utenti rendicontati anno 2021	% campionamento	FaSAS programmati	N di Fasas Visionati
RSA APERTA	38	11	29%	11	11	405	4,60%	19	34
RESID. ASSISTITA	10	2	20%	3	5	49	8,10%	4	14
MINORI IN COMUNITA'	6	1	17%	-	2	3	100%	3	3
Totale	54	14	26%	14	18	454		26	48

Tabella 6: rendicontazione dei controlli di vigilanza e appropriatezza sulle misure - anno 2022

SPERIMENTAZIONI

TIPOLOGIA SPERIMENTAZIONE	N SPERIMENTAZIONI ATTIVE	N SPERIMENTAZIONI CAMPIONATE	%	N Controlli di vigilanza	n controlli di appropriatezza	N utenti rendicontati 2021	%FaSAS campionati	N fasas campionati	n FaSAS visti
CASE MANAGEMENT	4	1	25%	-	1	20	20%	4	4
GAP	1	1	100%	-	1	2	100%	2	2
RIAB MINORI	4	2	50%	-	2	67	12%	8	8
Totale	9	4	44%	0	4			14	14

Tabella 7:rendicontazione dei controlli di vigilanza e appropriatezza sulle sperimentazioni - anno 2022

Processazione delle Istanze

Nella tabella sottostante si sintetizza l'attività inerente la processazione delle istanze pervenute al servizio nel 2022 e i relativi esiti.

Tipologia	n. istanze pervenute	n. istanze irricevibili o interrotte	n.istanze processate entro i termini di legge	n. istanze con esito negativo
SCIA	2	0	2	0
SCIA CONTESTUALE	12	1	11	0*
ENTE UNICO	3	1	2	0
VOLTURA	8	1	7	0
Totale	25	3	22	0

Tabella 8: istanze pervenute e relativa processazione

*istanza ritirata dall'Ente Gestore

Di seguito si dettagliano le criticità riscontrate:

- la processazione di una SCIA contestuale si è interrotta per il ritiro della stessa da parte dell'EG;
- un'istanza di ENTE UNICO è pervenuta ma dall'analisi della documentazione e del budget è risultata di competenza di altra ATS;
- un'istanza di VOLTURA è risultata irricevibile in quanto dall'analisi della documentazione è emersa l'errata compilazione della modulistica prevista;
- una SCIA contestuale è stata processata secondo i tempi ed i modi stabiliti dalla normativa. In seguito all'invio in regione, la proposta di accreditamento di ATS è stata fermata con l'indicazione regionale di

far predisporre due SCIA separate, in coerenza con il numero massimo di posti autorizzabili per l'UdO. Durante i primi mesi di gennaio 2023 si sono conclusi positivamente i processi di accreditamento.

UdO in piano programma

In ottemperanza alle indicazioni contenute nella D.G.R. 5806 del 29/12/2021 e successiva nota prot. n. G1.2022.0040445 del 06/10/2022, di concerto con la SS Accreditamento e Vigilanza Area Sanitaria, è stata trasmessa una relazione sulla situazione delle proroghe dei requisiti strutturali generali e specifici, richieste dalle strutture sanitarie e socio sanitarie presenti sul territorio di ATS Val Padana.

Interventi mirati

Nel corso dell'anno una RSA è stata oggetto di vigilanza, a seguito di segnalazione per malfunzionamento dell'impianto di condizionamento interno. La criticità è stata risolta.

Una RSA ed una RSD sono state oggetto di vigilanza per la segnalazione dell'impossibilità di visitare i parenti, in entrambi i casi è emersa la corretta applicazione delle norme previste con messa a disposizione degli strumenti telematici per la comunicazione con i familiari.

Una RSA è stata oggetto di verifiche a seguito della segnalazione di carenza del personale in organico che avrebbe comportato il mancato soddisfacimento degli standard previsti dalla normativa, le rilevazioni dell'equipe di vigilanza hanno appurato che il fatto non sussiste.

Altre sei RSA sono state oggetto di diffida e sanzione per il mancato rispetto dei requisiti:

- quattro RSA non rispettavano i requisiti di autorizzazione e di accreditamento;
- una RSA presentava una sistematica incongruenza tra l'attività effettuata e quella dichiarata nei flussi;
- in una RSA è stata rilevata una grave inadempienza contrattuale.

In sintesi 6 erogatori sono stati sanzionati per un importo totale di € 15.099.

In applicazione alla D.G.R. 6387/2021 dal titolo "Decadenza dell'accreditamento Sociosanitario" si è avviato il procedimento di revoca dell'accreditamento per le seguenti strutture: CDI e RSA I Melograni di S. Giorgio Bigarello per mancata produzione.

IL CONTESTO SOCIOASSISTENZIALE

Le strutture socioassistenziali, suddivise in Tipologie, attive al 1° gennaio del 2022 nel territorio dell'ATS Val Padana, sono riportate nella tabella sottostante.

AREA	Tipologia UdO	Strutture attive gennaio 2022 CR	Strutture attive gennaio 2022 MN	Totale area CR	Totale area MN
Prima infanzia	Asilo Nido	56	71	79	88
	Centro Prima Infanzia	2	0		
	Micronido	10	9		
	Nido Famiglia	6	8		
Disabilità	Alloggio Autonomia	9	8	40	40
	Comunità Alloggio Disabili	13	11		
	Centro Socio-Educativo	10	13		
	Servizio Formazione Autonomia	8	8		
Anziani	Alloggi Protetti Anziani	12	13	17	21
	C.A.S.A.	1	1		
	Casa Albergo	2	2		
	Centri Diurni Anziani	0	4		
	sperimentazione	2	1		
Minori	Comunità Educativa	17	11	24	28
	Comunità Familiare	3	4		
	Centri Aggregazione Giovanile	4	13		
	Totali	160	177		

RENDICONTAZIONE

Analogamente a quanto stabilito per la vigilanza sociosanitaria sono stati effettuati i seguenti sopralluoghi che hanno garantito il campione del 25%

AREA	Tipologia UdO	Sopralluoghi di Monitoraggio	Tot. AREA
Prima infanzia	Asilo Nido	29	40
	Centro Prima Infanzia	0	
	Micro nido	6	
	Nido Famiglia	5	
Disabilità	Comunità Alloggio Disabili	1	18
	Alloggio Autonomia	4	
	SFA	5	
	Centro Socio Educativo	8	
Anziani	CASA	1	12
	Alloggi Protetti per Anziani	10	
	Casa albergo	0	
	Centro Diurno Anziani	1	
Minori	Centro di Aggregazione Giovanile	5	16
	Comunità Educativa	10	
	Comunità Familiare	1	
	Totale	86	

Tabella 10:rendicontazione dei sopralluoghi di monitoraggio sulle UdOS - anno 2022

Processazione delle istanze

Di seguito sono rappresentati i sopralluoghi effettuati che non sono ricompresi nell'attività di monitoraggio, più precisamente per la verifica delle CPE e delle segnalazioni pervenute all'ATS.

AREA	Tipologia UdO	CPE	Segnalazione	Totali	Tot. AREA
Prima infanzia	Asilo Nido	11	1	12	13
	Centro Prima Infanzia			0	
	Micro nido	1		1	
	Nido Famiglia			0	
Disabilità	Comunità Alloggio Disabili			0	5
	Alloggio Autonomia	4		4	
	SFA			0	
	Centro Socio Educativo	1		1	
Anziani	CASA			0	0
	Alloggi Protetti per Anziani			0	
	Sperimentazioni ex ddg 1254/2010			0	
	Casa albergo			0	
	Centro Diurno Anziani			0	
Minori	Centro di Aggregazione Giovanile	1		1	37
	Comunità Educativa	1		1	
	Comunità Familiare			0	
	Centro Ricreativo Diurno	35		35	
Totale		54	1	55	

Tabella 11:rendicontazione dei sopralluoghi per istanze/segnalazioni sulle UdOS - anno 2022

Sintesi delle criticità riscontrate:

- segnalazione presso una comunità educativa in merito alla gestione del personale volontario, criticità risolta;
- esito negativo di una CPE, presentata da un asilo nido poiché nel corso di un sopralluogo sono state riscontrate inadeguatezze strutturali;

Conclusioni

Nonostante i primi mesi dell'anno 2022 siano stati caratterizzati dal coinvolgimento parziale del personale della SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli Rete Territoriale e dall'elevato numero di CPE pervenute, la pianificazione capillare e serrata dei sopralluoghi e la valutazione documentale delle istanze ha reso possibili il raggiungimento dell'obiettivo (86 strutture monitorate corrispondenti al 25,5% del totale a fronte del 25% previsto).

Da ultimo, ma non in ordine di importanza, si sottolinea che questo risultato è stato raggiunto grazie ad un impegno supplementare del personale afferente alla SC Autorizzazione Accreditamento e Controllo Rete Territoriale.

Programmazione 2023

La funzione di controllo sugli erogatori sanitari e sociosanitari, pubblici e privati, autorizzati, accreditati e a contratto, viene svolta ai sensi della D.G.R. X/2569/2014 e della D.G.R. n. X/1765/2014

Nello specifico, l'attività di controllo si articola in due momenti: i controlli di Vigilanza e i controlli di appropriatezza.

Il calcolo del campione, delle strutture da sottoporre a vigilanza e controllo, viene estrapolato a partire dal numero di UdO autorizzate al primo gennaio dell'anno corrente; in particolare, per l'anno 2023 la D.G.R. XI/7315/2022 "Approvazione del piano dei controlli e dei protocolli del 2022-2023 – (a seguito di parere della commissione consiliare)" e la D.G.R. n. XI/7758/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023" hanno disposto di formulare un campione minimo, corrispondente al 25% del totale per ogni tipologia di UdO.

I **controlli di vigilanza** si espletano tramite sopralluogo, senza preavviso, al fine di verificare il mantenimento del possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle Unità d'Offerta Sociosanitarie; in particolare:

- I controlli saranno effettuati tramite sopralluogo presso la UdO da vigilare al fine di verificare l'aderenza documentale alla situazione osservata;
- I controlli saranno effettuati senza preavviso tranne nei casi di verifica a seguito di SCIA/SCIA Contestuale o Istanza di accreditamento;
- In tutti i controlli è sempre prevista (salvo casi eccezionali) la presenza di un Tecnico della Prevenzione per gli aspetti tecnici, strutturali e impiantistici, unitamente a quella degli altri operatori per gli aspetti organizzativo-gestionali e igienico-sanitari;
- Verifica del 100% delle istanze sociosanitarie pervenute (SCIA, SCIA Contestuale o Istanza di accreditamento) e delle CPE delle UdO socioassistenziali ricevute da Comuni/Uffici di Piano;
- Programmazione di vigilanza sul mantenimento di almeno il 25% delle UdO sociosanitarie e socioassistenziali.

I **controlli di appropriatezza** sono preceduti da un avviso all'Ente Gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita e sono finalizzati alla verifica della:

- corretta rendicontazione economica delle prestazioni erogate;
- corretta classificazione degli ospiti nel sistema dei flussi di rendicontazione;
- congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni cliniche ed assistenziali utili all'espletamento delle verifiche;
- coerenza tra:

- I bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale;
- I contenuti del progetto individuale;
- le azioni previste dal programma/piano assistenziale personalizzato;
- congruenza delle prestazioni effettivamente erogate e riportate nel diario assistenziale;
- esecuzione delle prestazioni da parte delle figure professionali appropriate.

Per il 2023 la D.G.R. n. XI/7758/2022 conferma i criteri di selezione del campione da monitorare.

Sopralluoghi straordinari

In caso di segnalazioni che richiedono una particolare composizione dell'équipe, sarà valutata di volta in volta la possibilità di coinvolgere altri professionisti della stessa SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli Rete Territoriale, del Dipartimento PAAPSS oppure di altri dipartimenti dell'ATS.

Modalità di campionamento e criteri di selezione

Il volume delle strutture campionate è calcolato, sia per la vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento, sia per il controllo di appropriatezza, sul numero di strutture attive al 01/01/2023 secondo le percentuali stabilite e indipendentemente dallo status erogativo.

I criteri utilizzati per la selezione delle strutture sono i seguenti:

- priorità per le UdO con data dell'ultimo sopralluogo di vigilanza ordinaria/controllo di appropriatezza più remoto;
- precedenza alle strutture che non sono state sottoposte ad Audit/sopralluoghi/altro controllo ad hoc nel periodo dell'emergenza pandemica;
- UdO che, a seguito di verifiche su flussi/altra documentazione, sono state individuate come critiche.

Per la selezione dei FaSAS invece vengono applicati i seguenti criteri:

- campionamento mirato/casuale nell'ambito dei tipi di campione individuati da ACSS;
- campionamento in sede, in corso di sopralluogo su ospiti/utenti presenti.

Strumenti operativi

Gli strumenti operativi in uso sono costituiti da:

- modello di verbale regionale di vigilanza, specifico per UdO, corredati da check list dei requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- check list regionale di Appropriatazza, specifica per UdO, Verbale di sopralluogo secondo modello interno adottato dal servizio;
- modello unico di verbale per le UdO socioassistenziali come da circolare regionale n.2 del 15/12/2022 nel quale si sintetizza l'attività di vigilanza.

Ulteriori attività in programma

Particolare attenzione deve essere riposta in merito alla riclassificazione delle ADI in C-Dom, avviata nell'anno 2022 ai sensi della D.G.R. n. XI/6867/2022. A conclusione del processo di riclassificazione, è prevista la verifica dei requisiti di esercizio e accreditamento per il 100% delle C-Dom (nel caso della nostra Azienda n.39 UdO).

Per quanto riguarda le UdO sociosanitarie, per le quali è previsto un piano programma per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici, specifici e/o generali, si programmeranno dei sopralluoghi dedicati per rilevare lo stato di avanzamento dei lavori da rendicontare alla Direzione Generale Welfare entro il 15/07/2023. Si attendono indicazioni in merito da parte della Direzione Generale Welfare Regione Lombardia.

Proseguiranno le attività già avviate inerenti la Decadenza dell'accreditamento per le UdO che non sono risultate produttive per più di 90 giorni, individuate attraverso i flussi di rendicontazione per le UdO accreditate e a contratto e tramite il Modello Ministeriale STS-24 per le UdO accreditate e non a contratto.

Durante l'anno 2023 è previsto l'avvio dei nuovi flussi informativi trimestrali NSIS SIAR (dedicato alle strutture riabilitative) e NSIS SICOF (dedicato alla rilevazione delle attività dei Consulenti Familiari). Verranno effettuate le opportune verifiche di congruità con le anagrafiche dei flussi preesistenti secondo le indicazioni operative fornite dagli uffici regionali competenti.

È prevista, inoltre, una ricognizione regionale degli strumenti in uso a tutte le ATS per la valutazione dell'appropriatezza all'interno della Rete Cure Palliative (RCP).

Formazione

Come previsto dal Piano Formativo Aziendale 2023, continuerà il percorso di formazione degli operatori per l'implementazione di ulteriori competenze professionali specifiche nel settore 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. Nella SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli Rete Territoriale sono già stati attivati gruppi di miglioramento e di lavoro per uniformare le procedure su tutto il territorio della ATS, al fine di superare residuali disallineamenti relativi a pratiche lavorative diverse.

È stata già pianificata l'istituzione di gruppi impegnati nella formazione sul campo condotti da un tutor interno e finalizzata all'approfondimento di tematiche specifiche nella struttura di appartenenza e trasversali alle strutture intra ed extra dipartimentali.

La distribuzione, suddivisa in Tipologie delle Strutture presenti sul territorio della ATS Val Padana, è rappresentata nella sottostante tabella:

TIPOLOGIA UdO	N UdO ABILITATE	N UdO IN PIANO PROGRAMMA	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI E ACCREDITATI
RSA	88		8.084	7.838
RSD	12		827	827
CDD	22		530	530
CDI	49	1	1.042	1.025
CSS	18		160	160
CF	20	1		
SERT/SMI	10			
INT	12		695	686
RIA AMB-DOM/CDC*	10		179	179
			57.455	57.455
HOSPICE	3		32	32
ADI	34			
UCP-DOM	9	1		
UOCP	4	3	60	60
DIP-COM	19		331	331
DIP-BIA	1		8	8
Totale	311	6	11.948	11.676

*si separano i posti letto dalle prestazioni, queste ultime non vengono conteggiate nel totale

Tabella 12: riepilogo UdO socio-sanitarie attive al 1° gennaio 2023

MISURE	N MISURE ATTIVE	N POSTI	N OSPITI / UTENTI anno precedente
RSA APERTA	39	-	1.521
RESID. ASSISTITA	11	92	65
MISURA B1	21	-	-
MINORI IN COMUNITA'	5	-	-
Totale	76	92	1.586

Tabella 13: riepilogo delle misure attive al 1° gennaio 2023

TIPOLOGIA SPERIMENTAZIONE	N SPERIMENTAZIONI ATTIVE
CASE MANAGEMENT	4
GAP	1
RIAB MINORI	3
Totale	8

Tabella 14: riepilogo delle sperimentazioni attive al 1° gennaio 2023

Di seguito le UdO socioassistenziali

AREA	Tipologia UdO	n. UdOS	Totale area
Prima infanzia	Asilo Nido	134	173
	Centro Prima Infanzia	1	
	Micronido	20	
	Nido Famiglia	18	
Disabilità	Alloggio Autonomia	11	61
	Comunità Alloggio Disabili	11	
	Centro Socio-Educativo	23	
	Servizio Formazione Autonomia	16	
Anziani	Alloggi Protetti Anziani	23	32
	C.A.S.A.	2	
	Casa Albergo	4	
	Centri Diurni Anziani	3	
Minori	Comunità Educativa	22	50
	Comunità Familiare	14	
	Centri Aggregazione Giovanile	14	
	Totali	316	

Tabella 15: UdOS in esercizio al 1° gennaio 2023

Programmazione

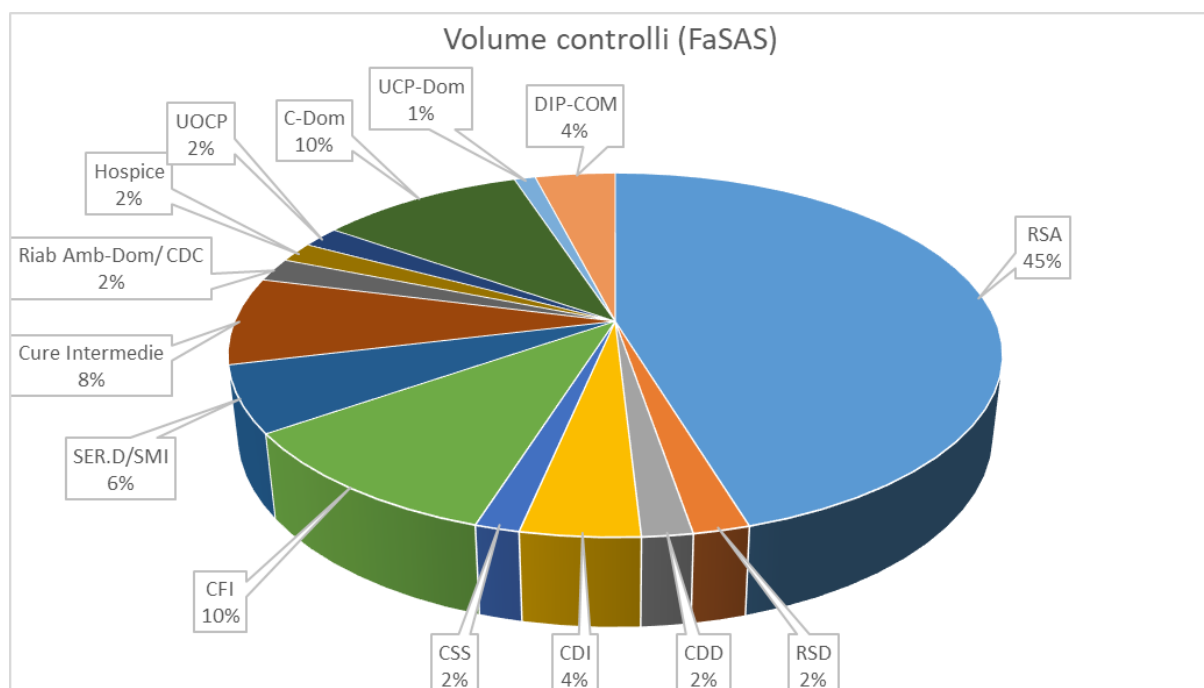
La programmazione annuale prevede, dal punto di vista quantitativo, i seguenti controlli di appropriatezza nel rispetto delle percentuali indicate in precedenza e sempre applicando i vincoli imposti dalla D.G.R. XI/7758/2022 ovvero:

- campione non inferiore ai 3 fascicoli
- campione non superiore a:
 - 30 fascicoli per le UdO residenziali e semiresidenziali
 - 50 fascicoli per le UdO ambulatoriali e domiciliari

Tipologia Udo	UdO in esercizio	UdO campionate	%	Campione FaSAS
RSA	88	22	25,0%	431
RSD	12	3	25,0%	19
CDD	22	6	27,3%	17
CDI	49	13	26,5%	40
CSS	18	5	27,8%	15
CFI	20	5	25,0%	99
SER.D/SMI	10	3	30,0%	56
Cure Intermedie	12	3	25,0%	74
Riab Amb-Dom/ CD	10	3	30,0%	20
Hospice	3	1	33,3%	16
UOCP	4	1	25,0%	18
ADI	34	10	29,4%	97
UCP-Dom	9	3	33,3%	10
DIP-COM	19	5	26,3%	38
DIP-BIA*	1	0	0,0%	0
Totale:	311	83	26,7%	950

* Campione esaurito con i controlli degli anni precedenti

Tabella 15: programmazione dei controlli di appropriatezza - anno 2023

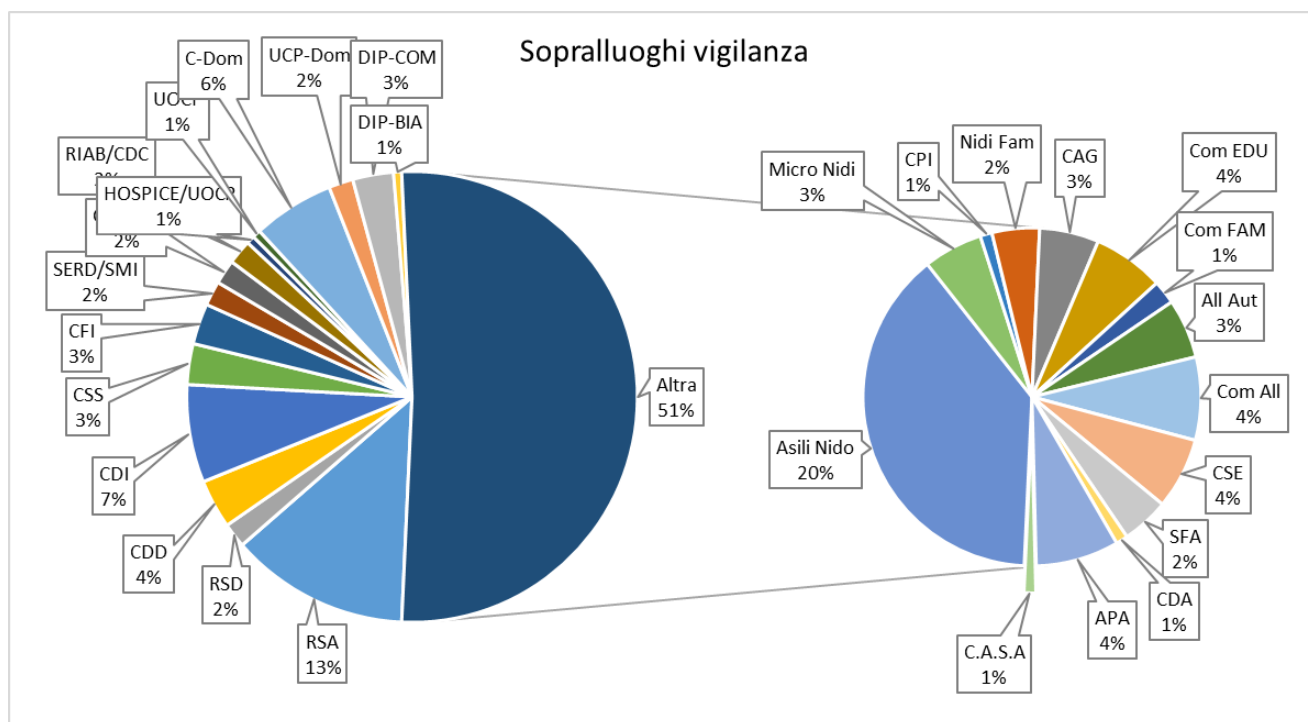


La programmazione annuale prevede, dal punto di vista quantitativo, i seguenti controlli di Vigilanza:

Sociosanitario			
Tipologia	UdO in Esercizio	UdO Campionate	%
RSA	88	22	25,0%
RSD	12	3	25,0%
CDD	22	6	27,3%
CDI	49	13	26,5%
CSS	18	5	27,8%
CFI	20	5	25,0%
SER.D/SMI	10	3	30,0%
Cure Intermedie	12	3	25,0%
Riab Amb-Dom/ CDC	10	3	30,0%
Hospice	3	1	33,3%
UOCP	4	1	25,0%
ADI	34	10	29,4%
UCP-Dom	9	3	33,3%
DIP-COM	19	5	26,3%
DIP-BIA*	1	1	100,0%
Totale	311	84	27,0%

Sociale			
Tipologia	UdO in esercizio	UdO Campionate	%
Asili Nido	134	34	25,4%
Micro Nidi	20	5	25,0%
CPI	1	1	100,0%
Nidi Fam	18	5	27,8%
CAG	14	4	28,6%
Com EDU	22	6	27,3%
Com FAM	14	4	28,6%
All Aut	11	3	27,3%
Com All D.	11	3	27,3%
CSE	23	6	26,1%
SFA	16	4	25,0%
CDA	3	1	33,3%
APA	23	6	26,1%
C.A.S.A	2	1	50,0%
casa albergo	4	1	25,0%
Totale	316	84	26,6%

Tabella 16: programmazione dei controlli di vigilanza sulle UdO sociosanitarie e sociali - anno 2023



Misure

Regione Lombardia, con la D.G.R. n° 7769/2018 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili” ha dato continuità alle misure, attivate nel 2014, a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, assistiti a domicilio.

Anche per queste misure sono previsti controlli di vigilanza e di appropriatezza.

Il campionamento è formulato utilizzando le stesse percentuali di riferimento in essere per le UdO sociosanitarie.

Misura	n. Misure in Esercizio	n. Misure Campionate	%	Campione FaSAS
Misura 6	5	1	20,0%	*
Residenzialità assistita	11	3	27,3%	9
MISURA B1	21	6	28,6%	*
RSA aperta	39	10	25,6%	31
Totale	76	20	26,3%	40

*flusso non disponibile al momento della pianificazione, verrà calcolato appena disponibile

Tabella 17: programmazione dei controlli relativi alle misure

Flussi e Basi dati utilizzati

I dati sopra riportati sono estratti dall' *Anagrafe regionale delle strutture socio sanitarie e sociali della Famiglia* (AFAM) sia per quanto riguarda le strutture sociosanitarie, sia per quanto riguarda le strutture sociali.

Si specifica che l'aggiornamento dei dati delle strutture sociali su AFAM è in capo ai Comuni a cui le strutture fanno riferimento e, ove questa funzione sia specificamente delegata, agli Uffici di Piano.

Questa organizzazione comporta che il quadro rappresentato sia strettamente legato alla puntualità delle comunicazioni da parte delle UdO socioassistenziali rispetto a variazioni della propria attività (ad es. Cessazione). Per tale motivo durante l'attività di vigilanza è possibile campionare strutture inattive in quanto non è previsto il preavviso.

Per quanto riguarda le strutture sociosanitarie questa problematica non sussiste.

I volumi di attività dell'anno precedente sono elaborati dall'ufficio Flussi socio sanitari sulla base delle rendicontazioni sia dei flussi di attività che dei flussi economici.

Per i controlli di appropriatezza si utilizzano i seguenti flussi:

SOSIA per la rilevazione dei dati di ricovero presso le Residenze Sanitarie Assistenziali;

SDOFAM per la rilevazione dei dati sui ricoveri riabilitativi;

CP per la rilevazione dei dati delle prestazioni di cure palliative domiciliari e residenziali;

RIAFAM per la rilevazione dei dati sulle prestazioni riabilitative ambulatoriali;

CONSULTORI per la rilevazione delle prestazioni erogate dai consultori pubblici e privati;

SIDI per la rilevazione dei dati riferiti all'assistenza a persone con disabilità in RSD, CSS e CDD;
SIAD relativo alla rilevazione dei dati riferiti alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata;
AMB DIPENDENZE per la rilevazione delle prestazioni offerte agli utenti dei servizi dipendenze Sert e Smi;
FE, flusso economico per la rilevazione dei dati per le comunità per tossicodipendenti e per i Centri Diurni Integrati e per tutte le altre UDO Socio Sanitarie a contratto ad integrazione laddove necessario con i flussi di attività.

Flusso informativo per la rilevazione del set informativo della misura RSA aperta ex misura 4

Flusso informativo per la rilevazione del set informativo della misura di residenzialità assistita ex misura 2.

Ulteriori precisazioni

In caso di emergenze imprevedibili le attività programmate nel cronoprogramma interno potrebbero subire variazioni senza precludere il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Di seguito, si riportano alcune delle attività istituzionali che potrebbero influenzare quanto programmato, quali:

- numero di Segnalazioni Certificate di Inizio Attività (SCIA) delle UdO sociosanitarie da processare entro i termini di legge;
- numero di Comunicazioni Preventive di Esercizio (CPE) delle UdO Sociali da processare entro i termini di legge;
- numero di segnalazioni e reclami, la cui risoluzione potrebbe richiedere uno o più sopralluoghi finalizzati alla rimozione delle criticità evidenziate;

Da ultimo, si dovrà tenere conto dell'evoluzione della pandemia da SARS-CoV-2 e delle eventuali ripercussioni sulla gestione delle risorse disponibili.

Area farmaceutica e protesica

Area Farmaceutica – anno 2022

Lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia da SARS Cov-2 ha rivoluzionato le priorità anche dell'attività del settore farmaceutico, portando ad una riorganizzazione degli interventi nell'ambito della vigilanza ispettiva e ad una rimodulazione delle attività di competenza del servizio relativamente al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, per liberare risorse utilizzate per privilegiare gli interventi necessari ed emergenziali legati alla pandemia e alla fase post pandemica.

Pertanto, per l'anno 2022, per l'assistenza farmaceutica, le aree per controlli mirati sono state:

1. Vigilanza Farmaceutica
2. Controllo della spesa farmaceutica e del File F
3. Appropriately prescrittiva e monitoraggio

Si riporta di seguito una sintesi dei dati di contesto che caratterizzano il nostro territorio

ANALISI DI CONTESTO: SERVIZIO FARMACEUTICO - SEZIONE FARMACEUTICA	
	CONTESTO ESTERNO AL 31/12/2021
N. farmacie	273
N. dispensari	23
N. parafarmacie	34
N. grossisti	2
N. depositi	13
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	54
N. esercizi autorizzati al commercio online	9
N. altre strutture potenzialmente oggetto di controllo	
% DDD per farmaci equivalenti e biosimilari	81,54% equivalenti su farmaceutica convenzionata (Farmavision - rep BMK01 progr. 12_2021) 11,27% biosimilari su farmaceutica convenzionata (Farmavision - rep Biorep - Biosimilari - prog. 12_2021)
% Raggiunta 2022	88,08% equivalenti su farmaceutica convenzionata (Farmavision - rep BMK01 progr. 10_2022)
Spesa Farmaceutica	euro 138.846.000 (convenzionata netta+DPC senza oneri di servizio)
N. Record File F	265.059
Valore File F	€ 99.075.765
N. di strutture erogatrici File F	10
N. di RSA	87

1. VIGILANZA FARMACEUTICA

Vigilanza ispettiva su farmacie pubbliche e private aperte al pubblico e dispensari

L'attività di vigilanza sulle farmacie convenzionate con il SSN consiste nell'attività di verifica e di riscontro di un atto o di un comportamento di una o più persone che sono coinvolte con l'organizzazione e lo svolgimento del servizio farmaceutico territoriale e con l'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

L'attività ispettiva, effettuata da una Commissione/sottocommissione paritetica, così come previsto dall'art. 82, legge regionale 06/2017, istituita e deliberata con decreto 573 del 23/12/2019, può essere:

- Preventiva
- Ordinaria biennale
- Straordinaria effettuata ogni volta che l'Autorità Sanitaria lo ritenga opportuno o necessario.

Il Servizio Farmaceutico, in base alla normativa regionale vigente (L.R. 6/2017), proseguirà nelle funzioni amministrative concernenti le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica, e per quanto riguarda le farmacie aperte al pubblico, negli atti relativi alla titolarità, autorizzazione all'apertura e all'esercizio, trasferimenti locali, gestioni provvisorie degli eredi, pagamenti delle indennità di residenza, sostituzioni temporanee del titolare o direttore tecnico, orari, turni di servizio e ferie annuali e ogni altro provvedimento necessario.

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

ATS commissioni	n. farmacie convenzionate	n. dispensari	n. parafarmacie	n. grossisti/d epositari	n. esercizi autorizzati al commercio on line	n. negozi/GDO alimenti particolari	n. RSA/RSD/DR
MANTOVA	145	2	21	5	4	26	63
CREMONA	128	21	13	10	5	28	50
TOTALE AL 31/12/2021	273	23	34	15	9	54	113

Programmazione e rendicontazione sopralluoghi ispettivi 2022

	n. farmacie convenzionate	n. dispensari	n. parafarmacie	n. grossisti/d epositari	n. esercizi autorizzati al commercio on line
Programmate	179	8	10	2	2
Eseguite	179	8	10	2	2

Vigilanza amministrativa

Funzione preminente del Servizio Farmaceutico è garantire, in raccordo con il governo regionale, la gestione, il controllo e vigilanza sulla corretta applicazione della convenzione Nazionale e regionale vigente per le farmacie aperte al pubblico, in ottica di sviluppo di trasformazione della farmacia in farmacia dei Servizi. Da segnalare il cambio di gestione da parte di ARIA delle ricette spedite dalle farmacie, secondo quanto previsto dalla DGR XI/3676 del 13/10/2020, che ha ritardato la restituzione dei dati alle ATS.

a. Commissione Farmaceutica Aziendale

La Commissione Farmaceutica Provinciale ha competenza a pronunciarsi in merito ad ogni irregolarità ed inosservanza all'Accordo con le farmacie convenzionate e sulle difformità rilevate nell'ambito della "Distribuzione per Conto" ed a decidere, in via definitiva, in ordine alla convalida del pagamento o all'annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame in relazione a quanto previsto dall'art. 4 dell'Accordo Nazionale

Programmazione: due sedute (ciascuna nelle due articolazioni sul territorio di Cremona e Mantova):

- una per la discussione delle ricette spedite nel 4° trimestre 2020.
- una per la discussione delle ricette spedite nel 2021

Rendicontazione: compatibilmente coi dati resi disponibili da ARIA, si è tenuta una seduta della CFA (in due sessioni) per il completamento della discussione delle ricette estratte da ARIA per l'anno 2020 (21)

b. Note AIFA

Per alcuni farmaci l'erogazione in regime di SSN è vincolata al rispetto delle indicazioni previste dalle note AIFA che devono essere riportate nella prescrizione farmaceutica.

L'informatizzazione della prescrizione e la dematerializzazione delle ricette hanno senza dubbio limitato notevolmente gli errori sia nella prescrizione che nell'erogazione dei farmaci. Nel tempo, pertanto, il numero delle ricette spedite con incongruenze tra Nota AIFA riportata e farmaco erogato e delle ricette con nota spedite in SSN con nota AIFA mancante si è notevolmente ridotto; pur tuttavia permane una certa quota di prescrizioni relative a farmaci con nota AIFA, soprattutto RUR redatte a mano, spedite a carico del SSN non rispondenti ai limiti normativi previsti e segnalate mensilmente da ARIA.

Programmazione: completamento del controllo di tutte le ricette con nota AIFA mancante o errata segnalate da ARIA per l'anno 2020. Invio delle ricette con nota mancante alle farmacie e quelle con nota errata notificate al medico prescrittore per le valutazioni e controdeduzioni del caso.

Rendicontazione: è stata completata l'analisi delle ricette con nota AIFA mancante (340) e di quelle con nota AIFA errata (63) con relativa regolarizzazione o addebito.

c. Ricette a favore di pazienti stranieri

Le ricette dei pazienti comunitari riportanti i dati della tessera TEAM vengono segnalate da ARIA con specifica reportistica alle ATS per la predisposizione delle pratiche amministrative finalizzate al recupero degli importi; in modo analogo ARIA segnala alle ATS con reportistica dedicata le ricette spedite per cittadini non comunitari provenienti da Paesi con cui sussistono Accordi Internazionali che disciplinano l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Programmazione: verifica e rendicontazione, per il recupero degli importi, delle ricette segnalate da ARIA per pazienti comunitari e non comunitari per l'anno 2020.

Rendicontazione: è stato completato l'invio dei dati relativi alle ricette dell'intero anno 2020 (31)

d. Differenze contabili

Programmazione: completamento dell'analisi delle ricette segnalate nell'ambito delle attività di un TEAM per le ASL, relative agli anni 2015 (ricette DEM) e 2016 (ricette DEM e RUR) e chiusura dei relativi contraddittori con le farmacie.

Analisi delle ricette relative all'anno 2020 segnalate da ARIA e pubblicate su Farma2017.

Rendicontazione: è stata completata la gestione (analisi +contraddittorio + addebito/accredito) delle segnalazioni di squadrature inviate da ARIA per il 2015 (RUR) ed il 2016 (RUR + ricette DEM) nell'ambito del progetto Team per le ASL.

E' stato inoltre gestito il mese di settembre 2020 e pubblicato il mese di ottobre 2020 relativi alle ricette segnalate da ARIA nel Workflow di Farma2017.

e. Mobilità Assistenza Integrativa

Mobilità attiva (pazienti non residenti in Lombardia)

Mensilmente, le ricette di prodotti AIR erogati a pazienti residenti fuori Regione Lombardia sono segnalate da Aria, con reportistica dedicata, alle ATS che hanno provveduto all'erogazione così come le erogazioni di alimenti per celiaci a pazienti non lombardi sono pubblicate sul portale regionale Celiachi@RL, quale documentazione per le ATS per le procedure di controllo e addebito alle ASL di residenza.

Programmazione: verifica di tutte le ricette, i moduli e le erogazioni anno 2021 segnalati da ARIA e/o trasmessi dai distretti e/o pubblicati sul portale Celiachi@RL. Per le dispensazioni che effettivamente presentano le caratteristiche indispensabili per il recupero degli importi presso le ASL di residenza invio delle relative richieste di emissione fattura al Servizio Economico Finanziario.

I casi per i quali vengono riscontrate criticità o che non presentano i requisiti previsti dagli accordi per l'addebito all'ASL di residenza verranno segnalati agli uffici di assistenza integrativa che hanno gestito le pratiche autorizzative per la rivalutazione del caso e la rimozione delle criticità.

Rendicontazione: sono state emesse le fatture per il rimborso di tutte le pratiche (305) pervenute nell'anno.

Mobilità passiva

Il Servizio Economico Finanziario aziendale richiede al Servizio Farmaceutico la verifica e l'avvallo delle richieste di rimborso emesse da ASL fuori Regione per l'erogazione di prodotti di AIR a pazienti residenti nel nostro territorio.

Programmazione: verifica di tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso ricevute nell'anno 2021.

Rendicontazione: sono stati posti a pagamento le erogazioni di dispositivi e dietetici relativi a 171 richieste e sono state pagate le forniture relative a 45 pratiche di mobilità passiva.

f. Ricette SASN

La liquidazione delle prestazioni farmaceutiche a favore del personale navigante è effettuata direttamente dalle ATS unitamente alle altre ricette, trattandole tutte e tariffandole secondo le stesse regole di tariffazione; le ATS inoltrano al Ministero della Salute la richiesta di rimborso comprensiva della distinta contabile con la relativa tariffazione e delle immagini digitali delle ricette cartacee.

ARIA segnala mensilmente alle ATS, con reportistica dedicata, le ricette SASN spedite dalle farmacie del territorio.

Programmazione: verifica e richiesta di rimborso, per il recupero degli importi, delle ricette segnalate da ARIA spedite per il personale navigante nell'anno 2020. Eventuali errori di identificazione del paziente (esempio paziente non iscritto al SASN) saranno segnalati al medico prescrittore o agli uffici Scelte revoche per l'aggiornamento dell'anagrafe.

Rendicontazione: è stata completata la procedura per il rimborso delle ricette SASN notificate da ARIA relative all'anno 2020 (29).

2. CONTROLLO FILE F

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.

Il controllo dei farmaci rendicontati con il tracciato record File F dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate richiede una continua e puntuale verifica dell'appropriatezza d'uso da parte del farmacista

Nell'ambito territoriale dell'ATS della Val Padana operano 10 strutture sanitarie che erogano farmaci in regime di File F, così ripartite tra Erogatori pubblici ed Erogatori privati accreditati:

Erogatori Pubblici

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

Erogatori Privati Accreditati

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

a. Controllo prezzi

Programmazione: verifica completa della congruità dei prezzi dei singoli farmaci esposti nel tracciato record File F, assicurandosi che non siano superiori a quelli massimi di acquisto SSN stabiliti da AIFA

Rendicontazione: è stata eseguita la verifica della congruità dei prezzi dei singoli farmaci esposti nel tracciato record File F dei mesi di ottobre (dal 14/10 al 31/10) e novembre 2022, assicurandosi che non fossero superiori a quelli massimi di acquisto SSN stabiliti da AIFA (aggiornamento del 14/10/2022), le cui risultanze sono sintetizzate nella tabella seguente:

Struttura	N. Record monitorati	N. Record contestati	%
ASST CREMA	1294	121	9,35%
ASST CREMONA	3416	214	6,26%
ASST MANTOVA	6470	416	6,43%
E. P. A.	930	44	4,73%
TOT	12110	795	6,56%

Dei 12.110 record monitorati, 795 (6,5% circa) sono stati oggetto di contestazione in quanto il prezzo esposto superava quello massimo di acquisto stabilito da AIFA. I record contestati sono stati inviati alle strutture interessate, con richiesta di riallineamento del prezzo con il massimo consentito.

b. Controllo farmaci innovativi

Programmazione: ai sensi della Circolare Regionale Prot. G1.2022.0008040 del 7 febbraio 2022, per il 2022 il presente Servizio effettuerà il monitoraggio delle rendicontazioni in File F, con verifica delle rispettive Schede AIFA, di tutti farmaci innovativi con accesso al fondo dedicato erogati dalle ASST e dalle strutture private accreditate afferenti all'ATS della Val Padana.

Come da circolare citata, il monitoraggio riguarderà le rendicontazioni in File F relative a tutti i farmaci innovativi con accesso al fondo (innovatività piena), indipendentemente dall'indicazione e dalla tipologia di rendicontazione.

L'elenco dei farmaci innovativi (oncologici e non oncologici) con accesso al fondo verrà estrapolato dal sito di AIFA: <https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi>.

Per ciascuna rendicontazione saranno verificate e monitorate:

- la presenza della Scheda AIFA di Registro correlata;
- l'indicazione riportata nella Scheda AIFA, verificando se trattasi di indicazione con requisito di innovatività terapeutica;
- la tipologia di rendicontazione in File F: tipologia 30 o 40 in caso di indicazione con requisito di innovatività terapeutica piena, oppure altra tipologia (es. 1, 5 o 6) in caso di indicazione con requisito di innovatività terapeutica condizionata o priva di requisito di innovatività.

Rendicontazione: i record totali monitorati sono stati 13.189: di questi, il 6% circa, pari a 815, sono stati contestati per mancanza di Scheda AIFA correlata alla dispensazione o per possibile tipologia di rendicontazione errata.

I record contestati, unitamente al motivo della contestazione, sono stati inviati alle strutture interessate, con richiesta di verifica e di riscontro.

Struttura	n. record monitorati	n. record contestati	% contestati
ASST Crema	779	60	7,70%
ASST Cremona	4.770	297	6,23%
ASST Mantova	7.321	432	5,90%
Ospedale di Suzzara	319	26	8,15%
Totale	13.189	815	6,18%

c. Controllo tipologie 15-31-41

Programmazione: analisi di ogni singolo record delle tip. 15, 31 e 41 relativo ai primi 9 mesi 2022, con evidenza della effettiva provenienza (risk sharing o note di credito), con richiesta di produzione di tutta la documentazione a supporto (richieste di rimborso alle ditte, fatture, ecc..), con l'obiettivo di procedere alla verifica completa entro il 28/02 p.v..

Rendicontazione: sono stati verificati tutti i 164 record delle tipologie 15 e 41 (nessun record rendicontato in tip 31), dei quali 35 rendicontati da ASST Cremona, 37 da ASST Crema e 92 da ASST Mantova, mediante confronto con la relativa documentazione cartacea a supporto fornita dalle ASST.

d. Controllo acconti

All'inizio dell'anno 2022, sulla base delle indicazioni regionali, è stato calcolato, per ogni erogatore pubblico e privato, l'importo dell'acconto in base all'analisi dei valori validati da Regione Lombardia per il periodo gennaio – dicembre 2021 (95% della produzione), in merito alla produzione dei farmaci File F. L'acconto non è comprensivo delle prestazioni File F per pazienti extra regione e per gli stranieri non regolarizzati.

Programmazione: mensilmente analisi dei valori validati da Regione Lombardia in merito alla distribuzione dei farmaci rilevati con il flusso File F; richiesta di emissione della nota di credito e/o la sospensione delle fatture di acconto per i mesi successivi. nel caso in cui l'ammontare degli acconti liquidati dovesse essere più alto della produzione effettiva rendicontata.

Rendicontazione: è stata controllata la produzione mensile dei 10 erogatori pubblici e privati accreditati afferenti ad ATS per ciascuno dei 12 mesi. Gli acconti sono stati sospesi a 4 strutture per 15 mensilità totali (1 ASST e 14 EPA).

3. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA

a. Spesa farmaceutica

Il pagamento mensile alle farmacie per le prestazioni erogate, sulla base DCR presentate dalle stesse, permette una prima raccolta tempestiva e più macroscopica dei dati sull'andamento della spesa farmaceutica. Analisi più mirate e di dettaglio su specifici gruppi terapeutici o tipi di farmaci sono possibili sui dati pubblicati da ARIA sul portale Farmavision.

Programmazione: mensilmente, in occasione del pagamento delle DCR alle farmacie per le prestazioni erogate, viene analizzato l'andamento dei macro-indicatori della spesa farmaceutica territoriale per la condivisione con la Direzione per eventuali interventi mirati.

Trimestralmente, analisi per gruppo terapeutico dell'andamento della spesa farmaceutica.

Rendicontazione: sono state eseguite tutte le analisi previste dalla programmazione.

b. Piani terapeutici

Da gennaio 2021 è a disposizione degli specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate dell'intero territorio dell'ATS la piattaforma PT OnLine per la redazione dei PT per i farmaci per i quali AIFA prevede tale strumento regolatorio. L'applicativo permette, inoltre, ai Medici di famiglia la consultazione on line dei medesimi piani, a vantaggio dei pazienti per i quali è stato migliorato il percorso erogativo dei farmaci di prescrizione specialistica. Da aprile 2021 la piattaforma è stata integrata con il modulo per la redazione da parte degli MMG dei PTE per i farmaci della nota AIFA 97 ed è stata aggiornata per l'estensione anche ai medici di famiglia della possibilità di redigere PT per i farmaci della nota AIFA 100.

La piattaforma ha permesso l'allineamento delle modalità di gestione dei PT nel territorio mantovano (gestione

informatizzata con un programma ormai dismesso) e cremonese (gestione cartacea).

Programmazione:

- a. Supporto alle strutture Sanitarie nell'attività di abilitazione dei medici all'uso della piattaforma, al fine di incrementare la capillarità dell'informatizzazione dei PT.
- b. Formazione ed assistenza ai medici del territorio e specialisti relativamente all'utilizzo di PT OnLine per la prescrizione dei PT nota AIFA 97 e 100.
- c. Verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture di appartenenza degli specialisti da abilitare in PT OnLine.
- d. Analisi utilizzo di PT on Line nel territorio, per individuare eventuali aree di intervento.
- e. Analisi prescrizioni anno 2020 e 2021 farmaci con nota AIFA 39.

Rendicontazione:

- a. Il SF ha supportato le strutture sanitarie per l'abilitazione di nuovi medici all'uso della piattaforma con affiancamento per le criticità tecniche di collegamento.
- b. Si sono tenute 3 sessioni formative per la redazione dei PT per i farmaci della nota AIFA 100 ed una per quelli della nota AIFA 97.
- c. Sono stati verificati i requisiti di tutte le nuove strutture (3) che hanno fatto richiesta di abilitazione all'uso della piattaforma.
- d. È stato eseguito un monitoraggio sull'uso di PT OnLine nel periodo gennaio 2021 - novembre 2022.
- e. Sono stati realizzati i due monitoraggi sulle prescrizioni di farmaci della Nota AIFA 39, con analisi dei relativi PT.

c. Cannabis

Si intendono per medicinali cannabinoidi i medicinali di origine industriale o le preparazioni magistrali a base di cannabis, classificati secondo quanto previsto dall'art. 14 del DPR 309/90 e ss.mm.ii. ed inseriti in tabella dei medicinali, sezione B. Regione Lombardia, nel sub-allegato A alla D.G.R n. XI/491 del 02/08/2018, definisce le regole per la prescrizione, l'allestimento, l'erogazione e la rimborsabilità a carico del S. S. R. dei preparati galenici magistrali a base di cannabis per uso medico.

Programmazione:

- a. Verifica dell'andamento in termini quantitativi delle ricette magistrali, sia bianche non ripetibili che RUR, spedite dalle Farmacie del territorio dell'ATS della Val Padana.
- b. Controllo mensile dei formalismi previsti dalla normativa vigente per le ricette SSR e invio agli Organi di competenza (ISS e Regione) di tutte le copie delle ricette sia bianche non ripetibili che RUR.

Rendicontazione: sono state controllate tutte le 1.176 ricette in regime di SSN e le 83 ricette bianche non ripetibili di medicinali a base di cannabis spedite dalle farmacie afferenti ad ATS Val Padana, con relativo invio agli Organi di competenza.

Area protesica – anno 2022

La pandemia da Sars Cov 2 ha determinato un rallentamento dell'attività di vigilanza in quanto l'impegno degli operatori coinvolti nella fase emergenziale è stato orientato verso gli interventi mirati alla sorveglianza sanitaria. Pertanto, come programma per l'anno 2022 sono state modulate le attività relative a:

1. Appropriately prescrittiva;
2. Appropriately erogativa;
3. Verifica controlli programmati ASST.

1. **APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

Programmazione:

- a. Valutazione dei requisiti generali e specifici dei medici prescrittori che nell'anno hanno presentato domanda di abilitazione alla prescrizione di DM, con particolare riguardo ai titoli di specializzazione posseduti, e contestuale gestione degli elenchi finalizzata alla copertura dell'offerta nel territorio della ATS della Val Padana dei medici prescrittori nelle diverse branche specialistiche.
- b. Verifica dei centri che hanno richiesto l'abilitazione alla prescrizione protesica relativamente al profilo strutturale, organizzativo e funzionale dell'attività prescrittiva protesica. La valutazione viene eseguita in collaborazione con la SC Accreditamento Sanitario relativamente all'assolvimento e mantenimento dei requisiti di accreditamento e attraverso un'attenta analisi documentale.
- c. Monitoraggio delle prescrizioni online vs cartacee per l'individuazione di eventuali aree di criticità e conseguenti azioni di miglioramento.

Rendicontazione:

- a. ATS ha analizzato tutte le richieste (20) di nuovi inserimenti nell'elenco dei prescrittori pervenute dalle strutture, privilegiando l'attività da remoto per la gestione delle pratiche e la loro verifica.
- b. A fronte di nessuna richiesta di abilitazione di nuove strutture, ATS ha verificato il mantenimento dei requisiti per 2 strutture già abilitate.
- c. ATS ha verificato l'incidenza delle prescrizioni cartacee rispetto al totale (12%), evidenziando una maggior percentuale a carico dei MMG che sarà oggetto di futura analisi.

2. **APPROPRIATEZZA EROGATIVA**

Programmazione:

- a. Accreditamento delle nuove ditte fornitrici che presentino istanza con analisi documentale e sopralluogo nella sede di erogazione finalizzata alla verifica dei requisiti di accreditamento strutturali ed organizzativi.
- b. Vigilanza su campioni di ditte in corso di operatività attraverso la verifica dell'aggiornamento documentale e sopralluogo mirato nella sede di erogazione.
- c. Gestione elenchi delle ditte fornitrici finalizzata all'informazione dell'utenza ed alla copertura dell'offerta nel territorio della ATS della Val Padana.

Rendicontazione:

- a. Sono stati valutati i requisiti strutturali e gestionali di accreditamento di tutte le ditte per le quali è pervenuta istanza di accreditamento (3).
- b. È stato verificato il mantenimento dei requisiti per 2 strutture già abilitate valutando i requisiti strutturali e gestionali di accreditamento di un campione (3) di fornitori già in corso di attività (66).
- c. È stato concluso l'aggiornamento dell'elenco dei fornitori, attualmente in fase di pubblicazione sul sito aziendale.

3. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA, EROGATIVA E CONTABILE - VERIFICHE E CONTROLLI ASST

Al fine di verificare le procedure aziendali sulla qualità del servizio di assistenza protesica delle tre ASST del nostro territorio, ATS per il 2022 ha provveduto a monitorare da remoto, e in collaborazione con il SUPI, i controlli da queste programmati relativamente alla gestione dell'intero percorso per la fornitura di dispositivi medici a pazienti territoriali, per gli ambiti sotto descritti.

Nel dettaglio, i controlli di competenza ASST vengono effettuati da ciascuna azienda anche attraverso l'operatività delle articolazioni delle sedi operative (sedi di Mantova, Cremona e Crema) e più precisamente i relativi Uffici Protesica territoriali ai quali competono l'operatività connessa alla singola prescrizione, al singolo assistito e/o alla singola fornitura oltre che le corrispondenti verifiche di correttezza, completezza e appropriatezza dell'assistenza. I controlli si completano con le attività correlate alla gestione contabile, in capo alla sola ASST capofila (ASST Mantova).

a. Controllo di appropriatezza/congruenza prescrittiva, mediante verifica tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità

La maggior parte delle verifiche, seppure non sistematizzate e codificate all'interno di procedure standard, rientrano fra i controlli di routine effettuati dagli uffici protesi in fase di attivazione dell'erogazione del dispositivo/service, ovvero tutti quei controlli in precedenza assolti con l'autorizzazione cartacea su ogni singola pratica e ora "standardizzati" anche con processi informatici (in prevalenza peraltro già implementati in Assist@ntRL) quali il controllo della documentazione a corredo della prescrizione, il controllo dei soggetti aventi diritto rispetto al dispositivo erogato, la corrispondenza tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità.

Programmazione:

1. Controllo mensile a campione delle istanze presentate su Assist@ntRL che, per procedura e tipologia di dispositivo prescritto, sono soggette a verifica; il campione è rappresentativo e comunque non inferiore al 5% delle pratiche processate in un mese e di queste viene valutato la % di quelle oggetto di revisione.

Le motivazioni che portano la pratica in stato revisione sono per la maggior parte: mancanza verbale di invalidità, assenza di misure antropometriche, incongruenza con presidi al domicilio, prescrizioni incomplete etc.

2. Monitoraggio appropriatezza prescrittiva con attività di controllo domiciliare, sulla base della valutazione ambientale e/o valutazione di casi particolari. Il controllo viene effettuato su una sede campione (per il 2022 ASST di Mantova).

Rendicontazione:

1. ATS ha controllato un campione (5%) estratto dal 27% delle pratiche esaminate dalle ASST del mese di aprile (pari a 10 pratiche);

2. ATS ha controllato un campione (5% pari a 10 pratiche) estratto dal 100% delle pratiche esaminate dalle ASST del periodo gennaio – novembre 2022 di una sede territoriale (Mantova).

b. Controllo di effettuazioni di collaudo, verificando prescrizioni con collaudo non registrato/data di collaudo anomala

Programmazione: verifica della presenza del collaudo e valutazione del suo esito condotta per tutte le pratiche con data di prescrizione compresa tra 01/01/22 e 31/03/22.

Per il periodo successivo i controlli saranno effettuati secondo le indicazioni previste dalla nota regionale G1.2021_0063042 del 08/11/2021 e s.m.i. che ha semplificato il percorso erogativo riguardo l'obbligatorietà del collaudo per alcune tipologie di dispositivi.

Rendicontazione: ATS ha controllato un campione estratto dal 100% delle prescrizioni del 1° trimestre 2022 da sottoporre a collaudo esaminate dalle ASST.

c. Controlli sulle prestazioni rese dai fornitori della V.M.D., ovvero sulla corretta e compiuta esecuzione del servizio in coerenza alle condizioni economiche contrattuali

Programmazione: verifica mensile e per ciascuna Ditta a contratto della congruità dei prodotti forniti e/o dei giorni di servizio resi (qualora si tratti di service di fornitura con le tariffe di noleggio giornaliero/mensili mediante reportistica di confronto fra il dato dichiarato dai fornitori), le fatture presentate all'Ente e il dato censito in Assist@ntRL verificato dal personale delle sedi territoriali (marca e modello ausilio fornito, RDM) ai fini della liquidazione corretta della fattura esposta.

Eventuali criticità rilevate devono essere sanate prima della liquidazione della fattura in contraddittorio con la Ditta.

Rendicontazione: ATS ha controllato un campione (pratiche di una ditta) delle pratiche esaminate da ASST nel mese di settembre 2022.

d. Recupero dispositivi da pazienti nei casi di cessato utilizzo e conseguente ricondizionamento

Programmazione:

- verifica da parte delle ASST delle pratiche relative alla fornitura di dispositivi dell'Elenco 2B dal Magazzino dei beni riutilizzabili e nuovi per valutare la possibilità di erogazione di dispositivi recuperati da pazienti che ne hanno cessato l'uso e ricondizionati, monitoraggio della percentuale di dispositivi erogati dopo ricondizionamento rispetto a quelli nuovi.
- Sopralluoghi periodici del DEC dell'azienda SUPI presso il Magazzino per la verifica dei beni usati per i quali non esiste più la convenienza del riutilizzo, ed il conseguente contraddittorio con la ditta per lo scarto degli stessi.

Rendicontazione: ATS ha controllato un campione (5% pari a 5 pratiche) delle pratiche esaminate da ASST relative al mese di giugno 2022.

Area Farmaceutica – anno 2023

Nel 2023 il Servizio Farmaceutico darà continuità agli interventi di vigilanza ispettiva già a regime nella programmazione per il 2022 e strutturerà in modo sistematico le attività relative al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, che erano state rimodulate negli anni della pandemia per liberare risorse e privilegiare le azioni necessarie legate alla gestione dell'emergenza Covid19.

Pertanto, le aree per i controlli mirati saranno:

1. Vigilanza Farmaceutica;
2. Controllo della spesa farmaceutica e del File F;
3. Appropriatezza prescrittiva e monitoraggio.

Si riporta di seguito una sintesi dei dati di contesto che caratterizzano il nostro territorio:

ANALISI DI CONTESTO: SERVIZIO FARMACEUTICO - SEZIONE FARMACEUTICA	
	CONTESTO ESTERNO AL 31/12/2022
N. farmacie	273
N. dispensari	23
N. parafarmacie	33
N. grossisti	2
N. depositi	13
N. esercizi e GDO che erogano alimentazione particolare	63
N. esercizi autorizzati al commercio online	9
N. altre strutture potenzialmente oggetto di controllo	12 RSA+3ASST
% DDD per farmaci equivalenti e biosimilari	88,20% equivalenti su farmaceutica convenzionata (Farmavision - rep BMK01 progr. 12_2022) Per i biosimilari il dato non è stato ancora pubblicato in Farmavision
<i>% Raggiunta 2023</i>	
Spesa Farmaceutica	Euro 141.156.545d (convenzionata netta+DPC senza oneri di servizio+remunerazione aggiuntiva)
N. Record File F	245.999
Valore File F	€ 104.144.621,28
N. di strutture erogatrici File F	10
N. di RSA	87

1 VIGILANZA FARMACEUTICA

Vigilanza ispettiva su farmacie pubbliche e private aperte al pubblico e dispensari

L'attività di vigilanza sulle farmacie convenzionate con il SSN consiste nell'attività di verifica e di riscontro di un atto o di un comportamento di una o più persone che sono coinvolte con l'organizzazione e lo svolgimento del servizio farmaceutico territoriale e con l'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

L'attività ispettiva, effettuata da una Commissione/sottocommissione paritetica, così come previsto dall'art. 82, legge regionale 06/2017, istituita e deliberata con decreto 573 del 23/12/2019, può essere:

- Preventiva
- Ordinaria biennale
- Straordinaria effettuata ogni volta che l'Autorità Sanitaria lo ritenga opportuno o necessario.

Il Servizio Farmaceutico, in base alla normativa regionale vigente (L.R. 6/2017), proseguirà nelle funzioni amministrative concernenti le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica, e per quanto riguarda le farmacie aperte al pubblico, negli atti relativi alla titolarità, autorizzazione all'apertura e all'esercizio, trasferimenti locali, gestioni provvisorie degli eredi, pagamenti delle indennità di residenza, sostituzioni temporanee del titolare o direttore tecnico, orari, turni di servizio e ferie annuali e ogni altro provvedimento necessario.

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

ATS della Val Padana							
ATS commissioni	n. farmacie convenzionate	n. dispensari	n. parafarmacie	n. grossisti/depositari	n. esercizi autorizzati al commercio on line	n. negozi/GDO alimenti particolari	n. RSA/RSD/IDR
MANTOVA	145	2	21	5	4	31	63
CREMONA	128	21	12	10	5	32	50
TOTALE AL 31/12/2022	273	23	33	15	9	63	113

Programmazione azioni 2023

a. Farmacie e dispensari

Nell'anno 2023 sono state pianificate 123 ispezioni ordinarie presso le farmacie del territorio e 15 presso i dispensari, per un totale di 138 ispezioni; verranno altresì eseguite ulteriori 8 ispezioni straordinarie presso le farmacie che nel 2022 hanno presentato criticità importanti.

ATS della VAL PADANA pianificazione 2023 sottocommissione	n. farmacie convenzionate	n. dispensari	totale
MANTOVA	60	2	62
CREMONA	63	13	76
TOTALE	123	15	138

b. Parafarmacie

Nell'anno 2023 sono state programmate 17 ispezioni ordinarie presso le parafarmacie, di cui 11 sul territorio mantovano e 6 sul territorio cremonese.

c. Depositari e Grossisti

L'attività ispettiva riguardante i depositari e grossisti riguarderà 1 solo grossista.

d. Vendita On line

La vendita online è possibile solo per i farmaci senza obbligo di prescrizione (SOP), che comprendono i farmaci da banco (OTC), ovvero medicinali di automedicazione.

Sono autorizzate a vendere “medicinali senza obbligo di prescrizione” on line solo le farmacie e gli esercizi commerciali “parafarmacie” o “corner della salute” della Grande distribuzione organizzata (individuati dall'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223)

Programmazione 2023

Durante l'anno 2023 verranno verificati tutti i siti web relativi alle farmacie del territorio di ATS Val Padana oggetto di ispezioni ordinarie.

Vigilanza amministrativa

Funzione preminente del Servizio Farmaceutico è garantire, in raccordo con il governo regionale, la gestione, il controllo e vigilanza sulla corretta applicazione della convenzione Nazionale e regionale vigente per le farmacie aperte al pubblico, in ottica di sviluppo di trasformazione della farmacia in farmacia dei Servizi. Da segnalare il cambio di gestione da parte di ARIA delle ricette spedite dalle farmacie, secondo quanto previsto dalla DGR XI/3676 del 13/10/2020, che ha ritardato la restituzione dei dati alle ATS.

a. Commissione Farmaceutica Aziendale

La Commissione Farmaceutica Provinciale ha competenza a pronunciarsi in merito ad ogni irregolarità ed inosservanza all'Accordo con le farmacie convenzionate e sulle difformità rilevate nell'ambito della “Distribuzione per Conto” ed a decidere, in via definitiva, in ordine alla convalida del pagamento o all'annullamento totale o parziale delle ricette sottoposte al suo esame in relazione a quanto previsto dall'art. 4 dell'Accordo Nazionale

Programmazione 2023

Per l'anno 2023 è programmata almeno una seduta (nelle due articolazioni sul territorio di Cremona e Mantova) per la discussione delle ricette spedite nel 2021 sulla base dei dati pubblicati da ARIA nel portale Farmavision.

b. Note AIFA

Per alcuni farmaci l'erogazione in regime di SSN è vincolata al rispetto delle indicazioni previste dalle note AIFA che devono essere riportate nella prescrizione farmaceutica.

L'informatizzazione della prescrizione e la dematerializzazione delle ricette hanno senza dubbio limitato notevolmente gli errori sia nella prescrizione che nell'erogazione dei farmaci. Nel tempo, pertanto, il numero delle ricette spedite con incongruenze tra Nota AIFA riportata e farmaco erogato e delle ricette con nota spedite in SSN con nota AIFA mancante si è notevolmente ridotto; pur tuttavia permane una certa quota di prescrizioni relative a farmaci con nota AIFA, soprattutto RUR redatte a mano, spedite a carico del SSN non rispondenti ai limiti normativi previsti e segnalate mensilmente da ARIA.

Programmazione 2023

Nell'anno verranno controllate tutte le ricette con nota AIFA mancante o errata anno 2021 rese disponibili da ARIA con pubblicazione sulla piattaforma Farmavision.

Le ricette con nota mancante verranno trasmesse alle farmacie e quelle con nota errata notificate al medico prescrittore per le valutazioni e controdeduzioni del caso.

c. Ricette a favore di pazienti stranieri

Le ricette dei pazienti comunitari riportanti i dati della tessera TEAM vengono segnalate alle ATS da ARIA con specifica reportistica pubblicata sul portale Farmavision per la predisposizione delle pratiche amministrative finalizzate al recupero degli importi; in modo analogo ARIA segnala alle ATS con reportistica dedicata le ricette spedite per cittadini non comunitari provenienti da Paesi con cui sussistono Accordi Internazionali che disciplinano l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Programmazione anno 2023

Verifica e rendicontazione, per il recupero degli importi, delle ricette segnalate da ARIA per pazienti comunitari e non comunitari con pubblicazione sul portale Farmavision.

d. Differenze contabili

Programmazione anno 2023

Gestione delle ricette segnalate sul portale Workflow - Farma2017, secondo il calendario di pubblicazione definito da ARIA con l'analisi, pubblicazione nel PUF delle farmacie, gestione delle richieste di approfondimento delle farmacie e applicazione delle risultanze economiche nelle prime DCR utili.

e. Mobilità Assistenza Integrativa

Mobilità attiva (pazienti non residenti in Lombardia)

Mensilmente, le ricette di prodotti AIR erogati a pazienti residenti fuori Regione Lombardia sono segnalate da ARIA alle ATS, che hanno provveduto all'erogazione, con pubblicazione di reportistica dedicata sul portale Farmavision, così come le erogazioni di alimenti per celiaci a pazienti non lombardi sono pubblicate sul portale regionale Celiachi@RL, quale documentazione per le ATS per le procedure di controllo e addebito alle ASL di residenza.

Programmazione 2023

Verranno verificate tutte le ricette, i moduli e le erogazioni segnalati da ARIA e/o trasmessi dai distretti e/o pubblicati sul portale Celiachi@RL. Per le dispensazioni che effettivamente presentano le caratteristiche indispensabili per il recupero degli importi presso le ASL di residenza saranno inviate le relative richieste di emissione fattura al Servizio Economico Finanziario.

I casi per i quali vengono riscontrate criticità o che non presentano i requisiti previsti dagli accordi per l'addebito all'ASL di residenza verranno segnalati agli uffici di assistenza integrativa che hanno gestito le pratiche autorizzative per la rivalutazione del caso e la rimozione delle criticità.

Mobilità passiva

Il Servizio Economico Finanziario aziendale richiede al Servizio Farmaceutico la verifica e l'avvallo delle richieste di rimborso emesse da ASL fuori Regione per l'erogazione di prodotti di AIR a pazienti residenti nel nostro territorio.

Programmazione 2023

Verranno verificate tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso ricevute nell'anno.

f. Ricette SASN

La liquidazione delle prestazioni farmaceutiche a favore del personale navigante è effettuata direttamente dalle ATS unitamente alle altre ricette, trattandole tutte e tariffandole secondo le stesse regole di tariffazione; le ATS inoltrano al Ministero della Salute la richiesta di rimborso comprensiva della distinta contabile con la relativa tariffazione e delle immagini digitali delle ricette cartacee.

ARIA segnala mensilmente alle ATS, con reportistica dedicata sul portale Farmavision, le ricette SASN spedite dalle farmacie del territorio

Programmazione 2023

Verifica e richiesta di rimborso, per il recupero degli importi, delle ricette pubblicate da ARIA sul portale Farmavision spedite per il personale navigante nell'anno 2021.

Eventuali errori di identificazione del paziente (esempio paziente non iscritto al SASN) saranno segnalati al medico prescrittore o agli uffici Scelte revocche per l'aggiornamento dell'anagrafe.

2. CONTROLLO FILE F

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.

Il controllo dei farmaci rendicontati con il tracciato record File F dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate richiede una continua e puntuale verifica dell'appropriatezza d'uso da parte del farmacista

Nell'ambito territoriale dell'ATS della Val Padana operano 10 strutture sanitarie che erogano farmaci in regime di File F, così ripartite tra Erogatori pubblici ed Erogatori privati accreditati:

Erogatori Pubblici

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

Erogatori Privati Accreditati

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

Programmazione azioni 2023

a. Controllo prezzi

Si procederà alla verifica completa della congruità dei prezzi dei singoli farmaci esposti nel tracciato record File F, assicurandosi che non siano superiori a quelli massimi di acquisto SSN stabiliti da AIFA.

b. Controllo farmaci innovativi

Ai sensi della Circolare Regionale Prot. G1.2022.0008040 del 7 febbraio 2022, nel I trimestre 2023 il presente Servizio porterà termine il monitoraggio delle rendicontazioni in File F, con verifica delle rispettive Schede AIFA, di tutti farmaci innovativi con accesso al fondo dedicato erogati dalle ASST e dalle strutture private accreditate afferenti all' ATS della Val Padana.

Tale monitoraggio riguarderà le rendicontazioni in File F relative a tutti i farmaci innovativi con accesso al fondo (innovatività piena), indipendentemente dall'indicazione e dalla tipologia di rendicontazione, avvenute durante il bimestre novembre – dicembre 2022.

Per ciascuna rendicontazione saranno verificate e monitorate:

- La presenza della Scheda AIFA di Registro correlata;
- L'indicazione riportata nella Scheda AIFA, verificando se trattasi di indicazione con requisito di innovatività terapeutica;
- la tipologia di rendicontazione in File F: tipologia 30 o 40 in caso di indicazione con requisito di innovatività terapeutica piena, oppure altra tipologia (es. 1, 5 o 6) in caso di indicazione con requisito di innovatività terapeutica condizionata o priva di requisito di innovatività.

c. Controllo farmaci terapia HIV e HCV

Si procederà alla verifica delle singole erogazioni in File F di farmaci per la terapia dell'HIV e dell'HCV con competenza 2022-2023, verificando il rispetto dei 60 giorni quale durata massima della terapia consegnata, in assenza di specifica autorizzazione, e il numero totale di confezioni consegnate (12/anno).

d. Controllo erogazioni terapie età pediatrica

A partire dal II semestre, verrà eseguito il monitoraggio della rendicontazione in File F, con copertura del fabbisogno oltre i 60 giorni, della terapia per uso domiciliare ad alto costo ai pazienti pediatrici

e. Controllo erogazioni a pazienti in mobilità passiva

Limitatamente ad ASST di Mantova, principale azienda ospedaliera di confine, controllo dei pazienti in mobilità passiva (CF forniti da ASST Mantova) in terapia con farmaci che richiedono scheda di monitoraggio AIFA, con verifica della prescrizione da parte della struttura fuori regione e della dispensazione da parte di ASST Mantova

f. Controllo acconti

All'inizio dell'anno 2023, sulla base delle indicazioni regionali, è stato calcolato, per ogni erogatore pubblico e privato, l'importo dell'acconto in base all'analisi dei valori validati da Regione Lombardia per il periodo gennaio – dicembre 2022(95% della produzione), in merito alla produzione dei farmaci File F. L'acconto non è comprensivo delle prestazioni File F per pazienti extra regione e per gli stranieri non regolarizzati.

Mensilmente verranno analizzati i valori validati da Regione Lombardia in merito alla distribuzione dei farmaci rilevati con il flusso File F: nel caso in cui l'ammontare degli acconti liquidati dovesse essere più alto della produzione effettiva rendicontata, verrà richiesta l'emissione della nota di credito e/o la sospensione delle fatture di acconto per i mesi successivi.

3. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA

a. Spesa farmaceutica convenzionata

Il pagamento mensile alle farmacie per le prestazioni erogate, sulla base DCR presentate dalle stesse, permette una prima raccolta tempestiva e più macroscopica dei dati sull'andamento della spesa farmaceutica. Analisi più mirate e di dettaglio su specifici gruppi terapeutici o tipi di farmaci sono possibili sui dati pubblicati da ARIA sul portale Farmavision.

Programmazione 2023

- Mensilmente, in occasione del pagamento delle DCR alle farmacie per le prestazioni erogate, viene analizzato l'andamento dei macro-indicatori della spesa farmaceutica territoriale per la condivisione con la Direzione per eventuali interventi mirati.
- Trimestralmente, analisi a livello di ATS per gruppo terapeutico dell'andamento della spesa farmaceutica; eventuali aree critiche saranno oggetto di analisi mirate di dettaglio e di azioni correttive.
- Predisposizione di una scheda medico per il monitoraggio individuale dei macro indicatori di spesa, funzionale all'autovalutazione del medico rispetto ai target condivisi e agli audit di approfondimento con le ATS/ASST per le situazioni di maggior scostamento dai benchmark regionale e aziendale.

b. Distribuzione per conto

La distribuzione dei farmaci da parte delle farmacie per conto delle ATS secondo la DGR XI/796 del 12/11/2018 avviene nel rispetto delle condizioni dettagliate nell'allegato B dell'accordo siglato dalle Associazioni di categoria e la Direzione Generale Welfare. In particolare, il punto 2 definisce i casi in cui, in via eccezionale, il farmacista può evadere nel canale della convenzionata una ricetta contenente farmaci DPC ed il punto 3 fissa in 60 giorni, dalla spedizione della ricetta, il tempo massimo per l'emissione della fattura relativa all'erogazione.

Programmazione 2023

Al fine, pertanto, di verificare la corretta applicazione delle indicazioni concordate,

- Verranno monitorate e analizzate le ricette di DPC spedite dalle farmacie in convenzionata nell'anno 2022 per i successi interventi correttivi rivolti alla farmacia o al medico prescrittore;
- Verranno monitorate e analizzate le ricette spedite nel 2022 ma che risultano ancora aperte dopo i 30 giorni, per la regolarizzazione o l'addebito del farmaco.

c. Piani terapeutici

Da gennaio 2021 è a disposizione degli specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate dell'intero territorio dell'ATS la piattaforma PT OnLine per la redazione dei PT per i farmaci per i quali AIFA prevede tale strumento regolatorio. L'applicativo permette, inoltre, ai Medici di famiglia la consultazione on line dei medesimi piani, a vantaggio dei pazienti per

i quali è stato migliorato il percorso erogativo dei farmaci di prescrizione specialistica. Da aprile 2021 la piattaforma è stata integrata con il modulo per la redazione da parte degli MMG dei PTE per i farmaci della nota AIFA 97 ed è stata aggiornata per l'estensione anche ai medici di famiglia della possibilità di redigere PT per i farmaci della nota AIFA 100.

La piattaforma ha permesso l'allineamento delle modalità di gestione dei PT nel territorio mantovano (gestione informatizzata con un programma ormai dismesso) e cremonese (gestione cartacea).

Programmazione 2023

- Supporto alle strutture Sanitarie nell'attività di abilitazione dei medici all'uso della piattaforma, al fine di incrementare la capillarità dell'informatizzazione dei PT;
- Formazione ed assistenza ai medici del territorio e specialisti relativamente all'utilizzo di PT OnLine per la prescrizione dei PT nota AIFA 97 e 100;
- Verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture di appartenenza degli specialisti da abilitare in PT OnLine;
- Analisi utilizzo di PT on Line nel territorio, per individuare eventuali aree di intervento;
- Analisi prescrizioni anno 2022 farmaci con nota AIFA 39.

d. Cannabis

Si intendono per medicinali cannabinoidi i medicinali di origine industriale o le preparazioni magistrali a base di cannabis, classificati secondo quanto previsto dall'art. 14 del DPR 309/90 e ss.mm.ii. ed inseriti in tabella dei medicinali, sezione B. Regione Lombardia, nel sub-allegato A alla D.G.R n. XI/491 del 02/08/2018, definisce le regole per la prescrizione, l'allestimento, l'erogazione e la rimborsabilità a carico del S. S. R. dei preparati galenici magistrali a base di cannabis per uso medico.

Programmazione 2023

Verrà verificato l'andamento quantitativo delle ricette magistrali, sia bianche non ripetibili che RUR, spedite dalle Farmacie del territorio dell'ATS della Val Padana.

Verrà eseguito il controllo mensile dei formalismi previsti dalla normativa vigente per le ricette SSR.

Area protesica – anno 2023

In considerazione della riorganizzazione dei servizi coinvolti nelle attività di controllo in materia di ex protesica maggiore, conseguente al nuovo POAS, e alla luce di quanto precisato nella DGR 7758 del 28/12/2022, si riporta la programmazione di minima degli interventi e la numerosità dei controlli previsti per l'anno 2023, i quali verranno integrati e rimodulati sulla base delle linee di indirizzo che emergeranno anche dal tavolo tecnico regionale dei Servizi Farmaceutici delle ATS lombarde convocato da parte della ACSS.

Le attività riguarderanno i tre ambiti sotto riportati e come di seguito dettagliato:

1. Appropriately prescriptive
2. Appropriately erogative

3. Verifica controlli programmati ASST

1. Appropriatezza Prescrittiva

- a. Verranno valutati i requisiti generali e specifici di tutti i medici prescrittori che nell'anno presenteranno domanda di abilitazione alla prescrizione di DM, con particolare riguardo ai titoli di specializzazione posseduti; contestualmente verranno gestiti e aggiornati gli elenchi dei medici prescrittori nelle diverse branche specialistiche, a copertura dell'offerta nel territorio della ATS della Val Padana.
- b. Verrà valutato il profilo strutturale, organizzativo e funzionale dell'attività prescrittiva protesica di tutti i centri che nell'anno presenteranno istanza di abilitazione alla prescrizione protesica. La valutazione verrà eseguita in collaborazione con la SC Accreditamento Sanitario relativamente all'assolvimento e mantenimento dei requisiti di accreditamento e attraverso un'attenta analisi documentale.
- c. In collaborazione con l'URP verranno gestite le segnalazioni e reclami che perverranno nel 2023.
- d. Saranno monitorate le prescrizioni online vs cartacee effettuate nel 2023 con approfondimento di un campione del 5% delle cartacee per l'individuazione di eventuali aree di criticità e conseguenti azioni di miglioramento.

2. Appropriatezza Erogativa

- a. Verranno accreditate tutte le nuove ditte fornitrici che presenteranno istanza nell'anno a seguito di analisi documentale e sopralluogo nella sede di erogazione finalizzata alla verifica dei requisiti di accreditamento strutturali ed organizzativi.
- b. Verrà effettuata attività di vigilanza su un campione di due ditte in corso di operatività attraverso la verifica dell'aggiornamento documentale e sopralluogo mirato nella sede di erogazione.
- c. Verranno gestiti e aggiornati gli elenchi delle ditte fornitrici, per informare l'utenza della copertura dell'offerta nel territorio della ATS della Val Padana.
- d. In collaborazione con l'URP verranno gestite le segnalazioni e reclami che perverranno nel 2023.

3. Appropriatezza Prescrittiva, Erogativa e Contabile - Verifiche e controlli ASST

Al fine di verificare le procedure aziendali sulla qualità del servizio di assistenza protesica delle tre ASST del nostro territorio, ATS per il 2023 provvederà a monitorare mediante un audit, e in collaborazione con il SUPI, i controlli programmati dalle ASST e la presenza di procedure scritte per la gestione dell'intero percorso per la fornitura di dispositivi medici a pazienti territoriali, per gli ambiti sotto descritti

- a. Controllo di appropriatezza/congruenza prescrittiva, mediante verifica tra il dispositivo, il PRI e la diagnosi di invalidità.
- b. Controllo di effettuazioni di collaudo, verificando prescrizioni con collaudo non registrato/data di collaudo anomala.
- c. Controllo sull'effettivo utilizzo delle CPAP anche attraverso, laddove previsti, sistemi di monitoraggio da remoto
- d. Controlli sulle prestazioni rese dai fornitori della V.M.D., ovvero sulla corretta e compiuta esecuzione del servizio in coerenza alle condizioni economiche contrattuali.
- e. Recupero dispositivi da pazienti nei casi di cessato utilizzo e conseguente ricondizionamento.

- f. Corretta imputazione dei costi nei conti economici e modalità di analisi del dato con confronto dei dati di bilancio e flusso DIT.

Nel dettaglio, i controlli di competenza ASST vengono effettuati da ciascuna azienda anche attraverso l'operatività delle articolazioni delle sedi operative (sedi di Mantova, Cremona e Crema) e più precisamente i relativi Uffici Protesica territoriali ai quali competono l'operatività connessa alla singola prescrizione, al singolo assistito e/o alla singola fornitura oltre che le corrispondenti verifiche di correttezza, completezza e appropriatezza dell'assistenza. I controlli si completano con le attività correlate alla gestione contabile, in capo alla sola ASST capofila (ASST Mantova).

Requisiti di accesso alla contrattualizzazione in area sanitaria

Le attività di verifica e controllo relative alla contrattualizzazione degli erogatori sanitari privati sono state per la prima volta inserite all'interno del Piano Controlli a seguito dell'adozione della DGR n. XI/7315 del 14.11.2022, per gli anni 2022 e 2023. Le verifiche, ancorché non inserite nel Piano Controlli, sono sempre state effettuate dalla Struttura Semplice Negoziazione e Contratti Sanitari. Le verifiche riguardano il possesso dei requisiti necessari per la sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.lgs. n. 502/99.

La normativa di riferimento è rappresentata dalla DGR n. XI/2672/2019 che approva il nuovo schema di contratto per le strutture sanitarie, integrata dalle DDGR n. XI/4773/2021, n. XI/6387/2022 e n. XI/7758/2022.

Risorse

La Struttura Semplice Negoziazione e Contratti Sanitari è composta da due unità di personale:

- n. 1 Dirigente Amministrativo – Responsabile della Struttura
- n. 1 Collaboratore amministrativo – Titolare di incarico di funzione

Monitoraggio attività di controllo 2022

Gli erogatori privati a contratto al 1° gennaio 2022 erano 28 così suddivisi:

Area sanitaria:

- n. 6 enti erogatori di prestazioni ricovero e cura e ambulatoriale
- n. 1 ente erogatore di prestazioni di ricovero e cura, subacuti e ambulatoriale
- n. 1 ente erogatore di prestazioni per subacuti e ambulatoriale
- n. 14 enti erogatori di prestazioni ambulatoriali

Rete Territoriale, con remunerazione delle prestazioni da Fondo Sanitario:

- n. 1 ente erogatore di prestazioni di psichiatria e ambulatoriale (strutture della)
- n. 2 enti erogatori di prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria
- n. 2 enti erogatori di prestazioni di psichiatria
- n. 1 ente erogatore di prestazioni di neuropsichiatria

Per completezza si indicano gli erogatori pubblici presenti sul territorio dell'ATS della Val Padana:

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

Nel corso del 2022 le verifiche sono state effettuate sul 100% degli erogatori privati, ad eccezione della verifica degli Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013) per il quale è stato verificato un campione casuale.

La maggior parte delle verifiche hanno riguardato tutti gli enti privati contrattualizzati, mentre per altre la base di controllo è stata inferiore in quanto alcuni enti per budget o dimensione non ne sono soggetti (verifiche antimafia, modello ex D.lgs. 231/01 e obblighi di trasparenza)

Ai fini della verifica dei requisiti per l'accesso alla contrattualizzazione è stata esplicitata la seguente attività:

- 1) Acquisizione di autocertificazioni (condanne penali e carichi pendenti, dichiarazione sostitutiva di comunicazione antimafia, regolarità fiscale e contributiva, provvedimenti giudiziari ex D.lgs.81, sanzioni amm.ve D.lgs. 231, famigliari conviventi)
- 2) Acquisizione di documentazione (relazione organismo di Vigilanza, relazione dell'organo di revisione sull'ultimo bilancio approvato)

Preliminarmente alle verifiche è stata acquisita la Visura Camerale aggiornata mediante accesso al portale dedicato di InfoCamere, al fine di verificare la corrispondenza fra i dichiaranti e i soggetti titolati.

Nel caso di erogatori non iscritti presso la Camera di Commercio, è acquisita una dichiarazione sostitutiva in merito.

Per quanto riguarda la verifica delle autocertificazioni di cui al punto 1) si è proceduto mediante l'inserimento nella piattaforma Net4market (in uso anche al servizio approvvigionamenti di ATS) delle richieste di verifica per *casellario giudiziale, regolarità fiscale, sanzioni amm.ve.*

Per la verifica delle autocertificazioni relative ai *carichi pendenti da reato*, la stessa è stata effettuata per il tramite della S.C. Affari Generali e Legali di ATS, la quale ha provveduto alla richiesta alle Procure di residenza dei dichiaranti.

In relazione alla verifica della *regolarità contributiva* la richiesta del DURC viene effettuata dalla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità in occasione dei pagamenti (acconti mensili e/o saldi annuali).

Per la verifica delle certificazioni Antimafia (comunicazione e informazione) si è proceduto mediante accesso diretto alla Banca Dati Nazionale Antimafia.

Per quanto riguarda le documentazioni di cui al punto 2) si è proceduto alla loro analisi al fine di verificare l'assenza di criticità nella gestione degli enti e la presenza della dichiarazione di sussistenza della continuità aziendale.

Si specifica che nel caso di erogatore non soggetto agli obblighi di revisione, è stata acquisita una dichiarazione resa dal Legale rappresentante in ordine alla sussistenza della continuità aziendale.

Inoltre, annualmente, viene acquisita dagli erogatori la dichiarazione sul possesso di un Bilancio superiore a € 500.000 ai fini della assoggettabilità agli obblighi di trasparenza;

Le verifiche programmate sono state effettuate come previsto e non vi sono stati esiti negativi.

In relazione all'incompatibilità del personale (c.d. pantouflage) in data 21.12.2022 con nota prot. n. 103005 è stato ricordato tale obbligo contrattuale agli enti, sollecitandoli ad adottare misure idonee a garantirne il rispetto.

Programmazione attività di controllo 2023

Gli strumenti e le modalità di verifica previste per l'anno 2023, sono le stesse già utilizzate nel 2022, ma a seguito dell'intensificarsi degli adempimenti riguardanti la contrattualizzazione, a parità di personale (due unità), nel corso del 2023 le verifiche sugli erogatori privati saranno effettuate in alcuni casi a campione e con le percentuali come segue:

- 1) adozione del codice etico comportamentale e corretta applicazione del modello di organizzazione e gestione (D.lgs. 231/2001):100% degli erogatori soggetti all'obbligo

- 2) regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità dell'ente (art. 2409 bis C.C.): 100% degli erogatori soggetti all'obbligo
- 3) insussistenza di motivi di esclusione a causa di sentenze penali di condanna (art. 80, comma1 lett. A), b), b bis), c), d), e), f), g) d. Lgs. 50/2016): 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali e nuovi soggetti (es. volture)
- 4) Acquisizione certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016): 100% degli erogatori soggetti all'obbligo
- 5) a) regolarità contributiva di imposte e tasse: 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali e nuovi soggetti (es. volture) b) regolarità contributi previdenziali: 100% degli erogatori la verifica della regolarità del DURC viene effettuata dalla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità in occasione dei pagamenti (acconti mensili e/o saldi annuali);
- 6) assolvimento obblighi in materia di sanzioni amministrative e carichi pendenti dipendenti da reato: 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali e nuovi soggetti (es. volture)
- 7) rispetto obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013):20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali e nuovi soggetti (es. volture)
- 8) incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012) *
- 9) ulteriori requisiti previsti dall'art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016: 20% degli erogatori che accedono ad accordi contrattuali e nuovi soggetti (es. volture)

*Per quanto riguarda l'item "incompatibilità del personale, in caso di Pantouflage (l. 190/2012)", trattandosi non di un requisito per l'accesso, ma di un obbligo contrattuale, dal momento che il potere di accertamento della violazione è in capo ad ANAC, e non di ATS, nel corso del corrente anno si procederà a valutare congiuntamente con altri servizi di ATS pertinenti all'argomento (RPCT, S.C. Accreditamento Area Sanitaria ecc.) gli strumenti, le modalità e le competenze da mettere in campo al fine di verificare la possibilità di definire una procedura di verifica.

Gli enti erogatori privati a contratto - a gennaio 2023 - sono 29 così suddivisi:

Area sanitaria:

- n. 6 enti erogatori di prestazioni ricovero e cura e ambulatoriale
- n. 1 ente erogatore di prestazioni di ricovero e cura, subacuti e ambulatoriale
- n. 1 ente erogatore di prestazioni per subacuti e ambulatoriale
- n. 14 enti erogatori di prestazioni ambulatoriali

Rete Territoriale, con remunerazione delle prestazioni da Fondo Sanitario:

- n. 1 enti erogatore di prestazioni di psichiatria e ambulatoriale
- n. 2 enti erogatori di prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria
- n. 2 enti erogatori di prestazioni di psichiatria
- n. 2 ente erogatori di prestazioni di neuropsichiatria

Requisiti di accesso alla contrattualizzazione in area sociosanitaria

Monitoraggio attività di controllo 2022

VRC_010 Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)

In merito al requisito della Continuità gestionale e finanziaria, il controllo è stato svolto da remoto sul totale degli Enti gestori a contratto. In particolare, prima della sottoscrizione del contratto è stata richiesta la trasmissione della relazione sull'ultimo bilancio approvato e, per i gruppi di impresa, sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti, ai sensi dell'art. 2409 bis del Codice Civile.

Le relazioni pervenute sono state lette e analizzate.

Inoltre, relativamente alle situazioni di importanti criticità economico-finanziarie, le relazioni e i bilanci vengono discussi in sede di Commissione per l'esercizio delle attività di vigilanza e controllo sulle persone giuridiche di diritto privato ex artt. 23 e 25 c.c. che operano in ambito sociosanitario e socioassistenziale.

VRC_012 Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)

Sulla base dell'importo del contratto sottoscritto con gli Enti gestori, ATS richiede la trasmissione della documentazione prevista per la Comunicazione (dichiarazione sostitutiva di Comunicazione Antimafia) o l'Informazione Antimafia (dichiarazione sostitutiva del Certificato di Iscrizione Alla Camera Di Commercio Industria Artigianato Agricoltura o la dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla prefettura corredate dalle dichiarazioni dei famigliari conviventi maggiorenni).

La verifica delle dichiarazioni sostitutive prodotte avviene attraverso la consultazione della Banca Dati Nazionale Unica della Documentazione Antimafia (BDNA)

Per la gestione delle tempistiche di richiesta delle Certificazioni Antimafia è stato creato un database degli enti soggetti a tale requisito per monitorare le scadenze dei certificati (6/12 mesi) emessi dal Ministero degli Interni attraverso la BDNA. Un mese prima della scadenza dei certificati, ATS ha richiesto all'EG l'invio della modulistica.

I controlli sono stati effettuati, oltre alle scadenze dei certificati, ogni qualvolta siano avvenuti, in corso d'anno, cambiamenti negli assetti societari degli enti.

Nel corso dell'anno 2022 non sono emerse criticità.

VRC_011 Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) d. lgs. 50/2016).

VRC_013 Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016)

VRC_014 Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f d.lgs. 50/2016)

VRC_016 Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016)

Rispetto ai requisiti VRC 011-13-14-16 si è proceduto, prima della sottoscrizione del contratto, a richiedere le autocertificazioni in merito all'inesistenza delle cause ostative sopra elencate sia in capo all'Ente Gestore, sia al Legale Rappresentante e sia ai componenti dell'Organo di amministrazione.

Il controllo è stato fatto su un campione del 10% degli Enti Gestori a contratto. La scelta degli Enti da sottoporre a controllo è avvenuta tramite sorteggio, tenuto conto degli Enti già controllati negli anni precedenti.

In merito al DURC si è proceduto a controllare tutti gli Erogatori ogni 120 giorni.

Non sono state rilevate criticità nell'anno 2022.

VRC_015 - Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)

Ogni anno ATSVP richiede agli Enti Gestori una dichiarazione relativamente all'assoggettamento agli obblighi di pubblicazione e trasparenza previsti dal comma 3 dell'art. 2-bis del D. Lgs. 33/2013.

Il controllo è stato fatto su un campione del 10% degli Enti Gestori a contratto rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs. 33/13.

La scelta degli Enti da sottoporre a controllo è avvenuta tramite estrazione casuale, nel rispetto dei principi di imparzialità e casualità nella selezione e nel rispetto di una suddivisione equa nei sei distretti di ATS della Val Padana, considerando, altresì, gli Enti già controllati negli anni precedenti.

Il controllo è avvenuto su alcuni item previsti dalla griglia del D. Lgs. 33/2013 e sulla scorta degli obblighi di cui alla deliberazione annuale di ANAC.

VRC_017 - Incompatibilità del personale (l. 190/2012)

In merito al divieto di pantouflage di cui alla L.190/2012 e ss.mm.ii ATS Val Padana, a fine anno 2022, ha inviato una nota agli enti gestori a contratto ricordando gli obblighi a cui sono tenuti e invitandoli ad adottare idonee misure al riguardo.

Programmazione attività di controllo 2023

Continuità gestionale e finanziaria (art. 2409 bis C.C.)

Il controllo verrà svolto da remoto sugli Enti gestori a contratto nell'anno 2023. In particolare, prima della sottoscrizione del contratto verrà richiesta la trasmissione della relazione sull'ultimo bilancio approvato e, per i gruppi di impresa, sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti, ai sensi dell'art. 2409 bis del Codice Civile.

L'attestazione deve riportare in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo. I controlli programmati per l'anno 2023 riguardano almeno il 10% degli Enti Gestori a contratto.

Certificazione antimafia (art. 80, commi 2 e 3 d.lgs. 50/2016)

Sulla base dell'importo del contratto sottoscritto con gli Enti gestori, ATS richiede la trasmissione della documentazione prevista per la Comunicazione (dichiarazione sostitutiva di Comunicazione Antimafia) o l'Informazione Antimafia

(dichiarazione sostitutiva del Certificato di Iscrizione Alla Camera Di Commercio Industria Artigianato Agricoltura o la dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla prefettura corredate dalle dichiarazioni dei famigliari conviventi maggiorenni).

La verifica delle dichiarazioni sostitutive prodotte avviene attraverso l'interrogazione della Banca Dati Nazionale Unica della Documentazione Antimafia (BDNA).

Per la gestione delle tempistiche di richiesta delle Certificazioni Antimafia è implementato costantemente un database nel quale vengono monitorate le scadenze dei certificati (6/12 mesi) emessi dal Ministero degli Interni attraverso la BDNA. Un mese prima della scadenza dei certificati, ATS richiede all'EG la dichiarazione necessaria.

I controlli del 100% delle dichiarazioni vengono effettuati mediante accesso alla BDNA per la verifica delle dichiarazioni sostitutive delle comunicazioni e delle informazioni.

I controlli vengono inoltre effettuati ogni qualvolta avvengano cambiamenti negli assetti societari degli enti.

Criticità: Per l'anno 2023 si esprime preoccupazione per i controlli relativi agli Enti Gestori a contratto iscritti al RUNTS (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore), in quanto, per questi soggetti, viene "sospesa" l'iscrizione al Registro delle Persone Giuridiche e di conseguenza gli aggiornamenti e le modifiche degli assetti organizzativi intervenuti successivamente all'iscrizione non saranno più rilevati nella visura camerale.

La BDNA dialoga, per tutte le informazioni/dati dei soggetti costituenti la compagine sociale, con il registro delle Imprese della Camera di Commercio ma, attualmente, non con il RUNTS.

La BDNA, pertanto, per Enti iscritti al RUNTS non avrà i dati aggiornati. Inoltre, essendo il RUNTS ancora in fase di implementazione, non sarà per le Pubbliche Amministrazioni consultabile al pari della Camera di Commercio.

Insussistenza motivi di esclusione a causa di sentenze di condanna (art. 80, comma 1 lett. a), b), b bis), c), d), e), f), g) d. lgs. 50/2016);

Regolarità contributiva (art. 80, comma 4 d.lgs. 50/2016);

Sanzioni amministrative e carichi pendenti da reato (art. 80, comma 5, lett. f d.lgs. 50/2016);

Ulteriori requisiti (art. 80, comma 5 d.lgs. 50/2016).

Rispetto ai requisiti sopra elencati si procede, prima della sottoscrizione del contratto, a richiedere le autocertificazioni in merito all'inesistenza delle cause ostative sia in capo all'Ente Gestore, sia al Legale Rappresentante e sia ai componenti dell'Organo di amministrazione.

Il controllo verrà effettuato su un campione del 10% degli Enti Gestori a contratto. La scelta degli Enti da sottoporre a controllo avviene tramite sorteggio, tenuto conto degli Enti già controllati negli anni precedenti.

In merito al DURC si procederà a controllare tutti gli Erogatori ogni 120 giorni.

Obblighi di trasparenza (d.lgs. 33/2013)

Ogni anno ATSVP richiede agli Enti Gestori una dichiarazione relativamente all'assoggettamento agli obblighi di pubblicazione e trasparenza previsti dal comma 3 dell'art. 2-bis del D. Lgs. 33/2013.

Il controllo è effettuato su un campione del 10% degli Enti Gestori a contratto rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs. 33/13.

La scelta degli Enti da sottoporre a controllo avviene tramite estrazione casuale, nel rispetto dei principi di imparzialità e casualità nella selezione e nel rispetto di una suddivisione equa nei sei distretti di ATS della Val Padana, considerando, altresì, gli Enti già controllati negli anni precedenti.

Il controllo avviene su alcuni item previsti dalla griglia del D. Lgs. 33/2013 e sulla scorta degli obblighi di cui alla deliberazione annuale di ANAC.

Incompatibilità del personale (l. 190/2012)

In merito al divieto di pantouflage di cui alla L.190/2012 e ss.mm.ii ATS Val Padana ha inviato a fine anno 2022 una nota agli enti gestori a contratto ricordando gli obblighi a cui sono tenuti e invitandoli ad adottare idonee misure al riguardo. Per il 2023 non sono previste azioni.

Area presa in carico

In attesa di maggiori chiarimenti normativi rispetto alle attività di competenza delle ATS e dei controlli da attuare a seguito della ridefinizione del progetto sulla base del dispositivo della deliberazione XI / 7758 del 28/12/2022, per l'anno 2023 saranno mantenute le attività di controllo ordinarie già attivate.

In ragione delle indicazioni derivanti dalle anticipazioni contenute nell'Allegato 14 - Rete Territoriale della DGR XI/7758, i controlli descritti per l'anno 2023 saranno applicati ai Gestori costituiti da cooperative di MMG/PLS al fine di dare continuità ai monitoraggi in atto fino a definizione dei target prioritari di arruolamento per ATS. In base alle disposizioni fornite da Regione Lombardia relativamente ai target di arruolamento saranno definiti obiettivi e relativi controlli applicabili anche ai Gestori costituiti da Enti accreditati e a contratto.

Si ritiene quindi di valutare in corso d'anno l'introduzione di ulteriori controlli o la soppressione di controlli attualmente identificati come ordinari in ragione di obiettivi o atti regionali propri dell'area in oggetto che indichino la necessità di aggiornamento delle attività descritte nella tabella riassuntiva sotto riportata.

ID	AMBITO DI CONTROLLO	DESCRIZIONE SINTETICA ATTIVITA' DI CONTROLLO	DESTINATARI DEL CONTROLLO	RISPETTO AD ANNI PRECEDENTI
PIC_001	Verifica del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali dei gestori	Somministrazione annuale del questionario condiviso dalle ATS per la verifica delle dotazioni tecnologiche, organizzative e di personale per la funzione di accompagnamento del paziente cronico. Alla ricezione del questionario segue la verifica in sede del centro servizi o presso gli ambulatori dei clinical manager aderenti dei requisiti autodichiarati. Per Gestori con sede legale e Centro Servizi in altre ATS si procede all'acquisizione dell'esito di verifica del controllo effettuato dall'ATS territorialmente competente.	Gestori	Attività ordinaria
PIC_002	Verifica e monitoraggio della congruenza tra le prescrizioni pianificate nel PAI e le prestazioni effettuate dai pazienti	Monitoraggio effettuato attraverso gli indicatore P04 - Indice di aderenza ambulatoriale al PAI (soglia 60%) fornito da Regione Lombardia	Gestori	Attività ordinaria
PIC_003	Monitoraggio degli indicatori presenti nell'allegato 5 della DGR 1863/2019	Monitoraggio effettuato attraverso gli indicatori: P01 - Indice di congruità di programmazione del PAI; P06 - Indice di aderenza terapeutica farmacologica; E03 - Effettuazione HB1Ac in pazienti diabetici. Indicatori forniti da Regione Lombardia.	Gestori	Attività ordinaria
PIC_004	Monitoraggio stato di validazione PAI	Invio informativo dello stato di validazione dei PAI pubblicati per trimestre, propedeutico all'eventuale modifica dei PAI entro il semestre di remunerazione.	Gestori	Attività ordinaria
PIC_005	Monitoraggio sottoscrizione contratti di avvalimento	Acquisizione sottoscrizione contratti di avvalimento semestrali fra Gestore costituito da coop MMG/PLS e Erogatori di filiera.	Gestori	Attività ordinaria