

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana



Piano dei controlli

Anno 2017

Sommario

Il contesto e la rete dell'offerta	3
<i>Il Territorio</i>	3
<i>Il Contesto Epidemiologico</i>	4
<i>L'Offerta Sanitaria e Sociosanitaria</i>	16
Controlli delle prestazioni sanitarie nell'anno 2016.....	25
<i>Ambito territoriale di Mantova</i>	25
<i>Prestazioni di ricovero - anno 2016</i>	25
<i>Prestazioni di specialistica ambulatoriale - anno 2016</i>	30
<i>Ambito territoriale di Cremona</i>	32
<i>Prestazioni di ricovero - anno 2016</i>	32
<i>Prestazioni di specialistica ambulatoriale - anno 2016</i>	40
<i>Le iniziative per l'integrazione delle equipe NOC dei due ambiti territoriali</i>	44
<i>ATS della Val Padana - Linee di sviluppo per i controlli NOC</i>	46
Autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie	59
<i>Attività anno 2016 ambito di Cremona</i>	59
<i>Attività anno 2016 ambito di Mantova</i>	62
<i>Attività di vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie prevista per l'anno 2017</i>	64
Assistenza farmaceutica.....	66
<i>Linee programmatiche 2017</i>	76
Controlli nell'ambito dei CReG.....	78
Piano dei Controlli in ambito socio sanitario	81
<i>Analisi di contesto</i>	81
<i>Esito dei controlli effettuati nel 2016</i>	84
<i>Gestione dei Flussi e accesso ai dati</i>	95
<i>Formazione</i>	96
<i>Dotazione risorse umane</i>	96
<i>Programmazione attività 2017</i>	98

Il contesto e la rete dell'offerta

Il Territorio

L'ATS Val Padana comprende i territori di competenza delle disciolte Asl di Cremona e ASL di Mantova.

L'articolazione in Distretti è la seguente:

- Distretto di Crema, corrispondente al territorio di competenza dell'ASST di Crema, con un'estensione di circa 572 Km²;
- Distretto di Cremona, corrispondente al territorio di competenza dell'ASST di Cremona, con un'estensione di circa 1.194 Km²;
- Distretto di Mantova, corrispondente al territorio di competenza dell'ASST di Mantova, con un'estensione di circa 2.341 Km².

La composizione dei tre Distretti è la seguente:

- ✓ Distretto di Cremona: 197.252 abitanti al 31/12/2015 in 67 comuni;
- ✓ Distretto di Crema: 163.218 abitanti al 31/12/2015 in 48 comuni;
- ✓ Distretto di Mantova: 412.868 abitanti al 31/12/2015 in 69 comuni.

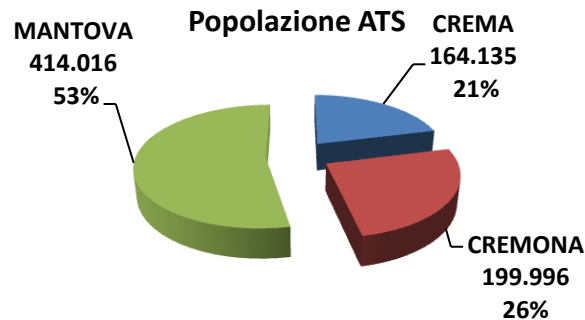


Il Contesto Epidemiologico

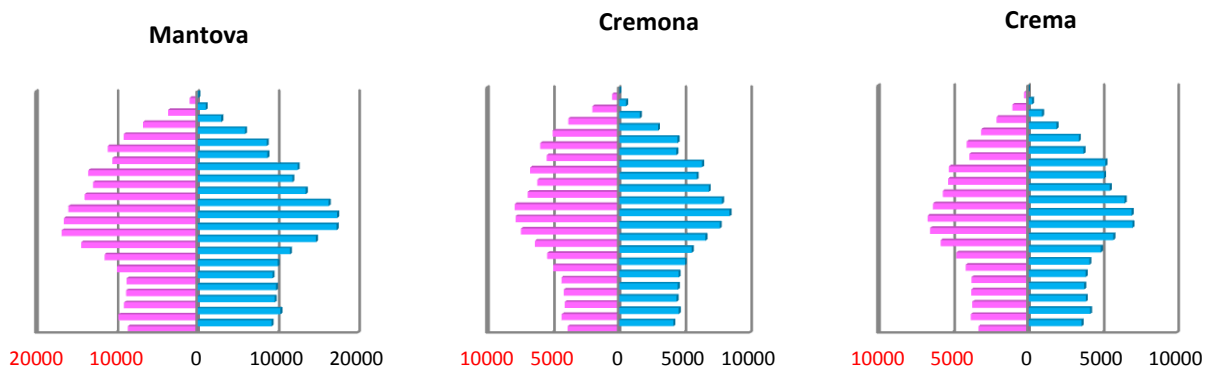
La descrizione dello stato di salute della popolazione di seguito presentata è stata condotta in modo comparativo sui 3 macro-distretti della ATS: Mantova, Cremona e Crema.

La Demografia

La ATS Val Padana, che comprende i Distretti di Mantova, Cremona e Crema, mostra una distribuzione di popolazione quantitativamente disomogenea, come emerge dall'Anagrafe Assistiti al gennaio 2016.



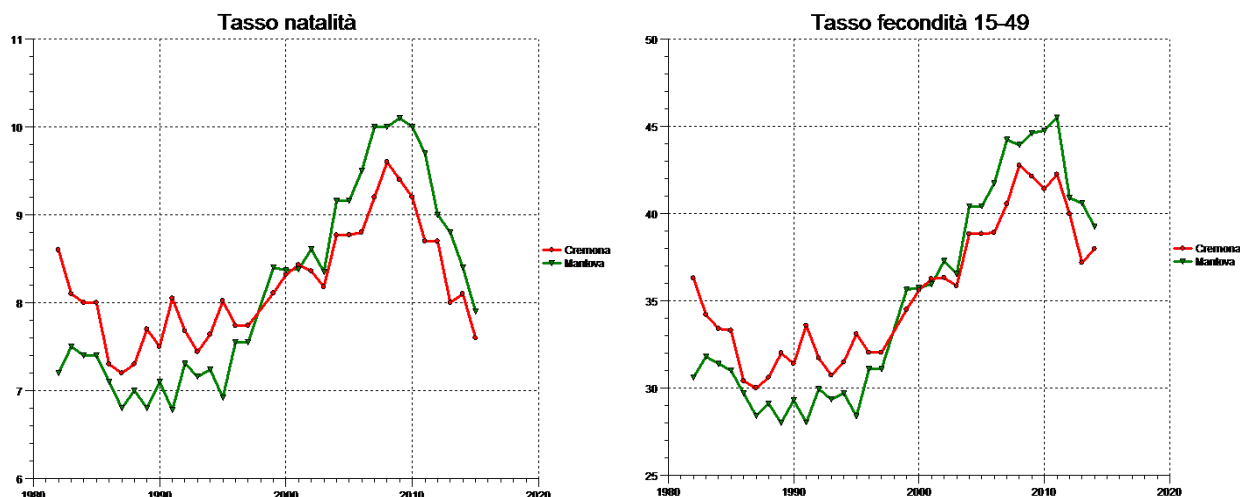
Molto più omogenea risulta invece la struttura per classi di età e genere della popolazione residente, confermando la tendenza, comune a tutta la regione Lombardia oltre che all'intero territorio nazionale, di una popolazione adulta/anziana ben superiore alla popolazione pediatrica/giovane.



Tra gli indici demografici, di particolare interesse è l'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) che risulta più elevato a Cremona, inferiore e in linea con il dato Regionale a Crema, mentre Mantova si colloca in posizione intermedia.

Distretto	Popolazione 0-14 anni	Popolazione 65+ anni	Indice di Vecchiaia
Crema	22557	35300	156
Cremona	25531	49917	196
Mantova	56894	95539	168
Totale ATS Val Padana	104982	180756	172
Lombardia	1408085	2193018	156

I tassi provinciali di fecondità e natalità risultano simili sia come andamento che come trend, evidenziando un calo significativo dal 2010 in avanti (i grafici di seguito riportati, rappresentano il confronto tra la ex provincia di Cremona – che, rispetto all’ATS Val Padana, coincide con il Distretto di Cremona e il Distretto di Crema – e la ex provincia di Mantova – che, rispetto all’ATS Val Padana, coincide con il Distretto di Mantova).



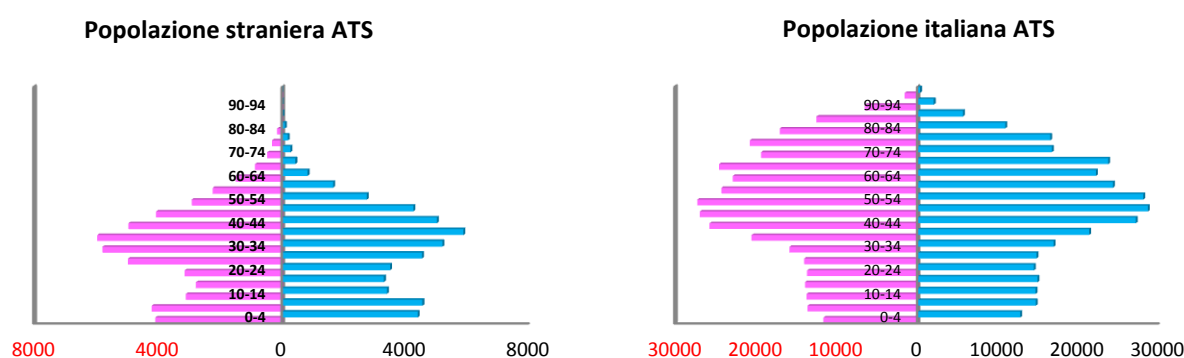
Il saldo naturale, rapporto nati/morti, risulta sempre in passivo nei 3 Distretti e più marcato nel confronto con il dato percentuale regionale (dato ISTAT 2015)

Distretto	Nati	Morti	Saldo naturale	%
Crema	1302	1686	-384	-22,8
Cremona	1489	2482	-993	-40,0
Mantova	3242	4682	-1440	-30,8
Totale ATS Val Padana	6033	8850	-2817	-31,8
Lombardia	84149	99470	-15321	-15,4

La popolazione straniera residente è presente con frequenze percentuali simili nei 3 Distretti, anche se Crema appare più allineata in difetto con il dato percentuale regionale.

Area territoriale	Italiani	Stranieri	%
Crema	146806	17325	11,8
Cremona	171140	28846	16,9
Mantova	358373	55628	15,5
Totale ATS Val Padana	676319	101799	15,1
Lombardia	10008349	1149011	11,5

Come atteso, decisamente diversa è la struttura per età della popolazione straniera in cui prevalgono le fasce di età giovani-adulte.



L'unico indicatore di status sociale analizzabile è l'esenzione per reddito, sostanzialmente in linea nei 3 Distretti, anche nel confronto con la sola popolazione attiva.

Area territoriale	Popolazione tutta	Popolazione 15-64
Crema	43,1	18,3
Cremona	43,4	17,4
Mantova	44,4	18,9

L'IMMAGINE GENERALE DELLO STATO DI SALUTE¹

¹ La descrizione dello stato di salute della popolazione residente si è avvalsa delle seguenti **fonti informative**:

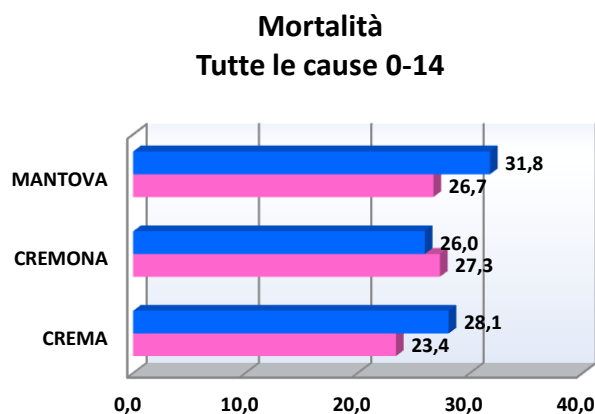
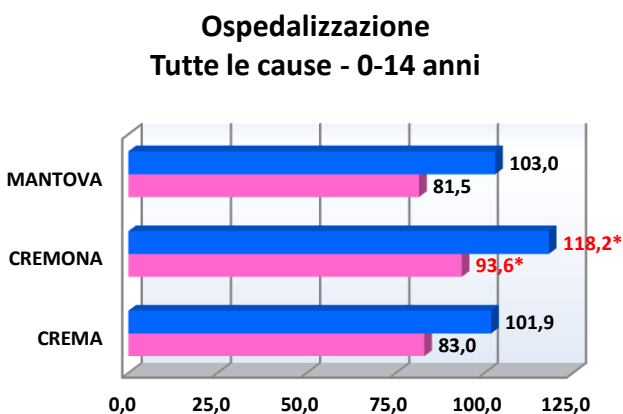
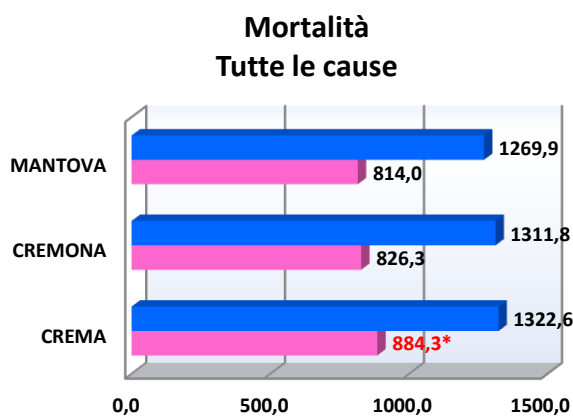
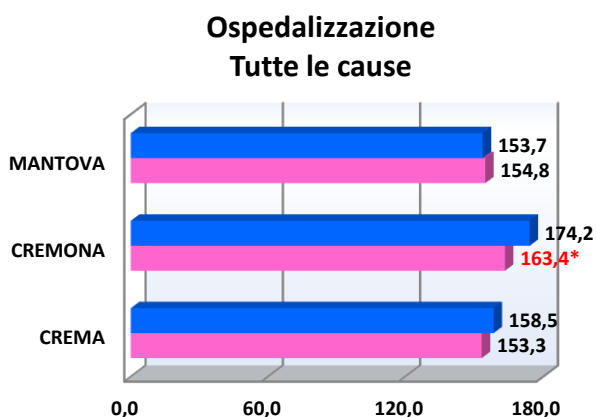
Anagrafe Assistiti. Raccoglie le variabili socio-anagrafiche di tutti gli assistiti residenti nei comuni dell'ATS, compreso l'indirizzo di residenza/domicilio che consente di operare utili georeferenziazioni. È aggiornata in tempo reale dalle anagrafi comunali con una latenza di circa un mese e concorre ad implementare la Nuova Anagrafe Regionale (NAR).

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Il flusso SDO registra tutti i ricoveri occorsi nella popolazione residente avvenuti nel periodo esaminato in qualsiasi struttura pubblica o privata accreditata dell'intero territorio nazionale. La registrazione comprende diagnosi, interventi, accertamenti e terapie eventualmente effettuati durante il ricovero. Tale flusso ha prodotto l'ospedalizzazione (**H nelle tabelle**) della popolazione nel periodo 2010-2014 espresso come tasso x1000 standardizzato sulla popolazione italiana al censimento 2011, per "tener conto" nel confronto della eventuale diversa distribuzione per classi di età.

Banca Dati Assistito (BDA). La Banca Dati Assistito è un prodotto epidemiologico che raccoglie e riassume tutti i consumi sanitari dei residenti nell'anno di calendario. Tali consumi (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaci, riabilitazione, ricoveri in strutture socio-sanitarie ecc.) sono codificati in modo dettagliato, consentendo di mappare le diverse patologie e quindi categorizzare tutti gli assistiti in funzione dello stato di salute individuale. La BDA ha fornito il dato sulla prevalenza (**P nei grafici**) al 2014 espresso come tasso x1000 standardizzato sulla popolazione italiana, ancora per "tener conto" nel confronto della eventuale diversa distribuzione per classi di età.

La *mortalità* per tutte le cause è abbastanza allineata nei 3 Distretti, anche se a Crema risulta un po' più elevata in modo statisticamente significativo nelle femmine.

La differenza più rilevante è però la maggior tendenza di Cremona (anch'essa statisticamente significativa) all'*ospedalizzazione*, sia per l'intera popolazione, sia restringendo l'osservazione alla fascia di età pediatrica. Un elemento che esprime un significato ambivalente e che si potrà chiarire solo all'interno di un'analisi rivolta ad approfondire le modalità di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie, ospedaliere e territoriali. Infatti, se l'ospedalizzazione da una parte indica che la popolazione affetta da patologia riceve un'assistenza sanitaria, dall'altra rileva come tale assistenza abbia carattere istituzionalizzante che, per le patologie croniche numericamente prevalenti, non è sempre la migliore, in primis per la salute, con particolare riferimento alle fasce di popolazione fragile, quali anziani e bambini, ma neppure sotto il profilo dell'utilizzo appropriato delle risorse.

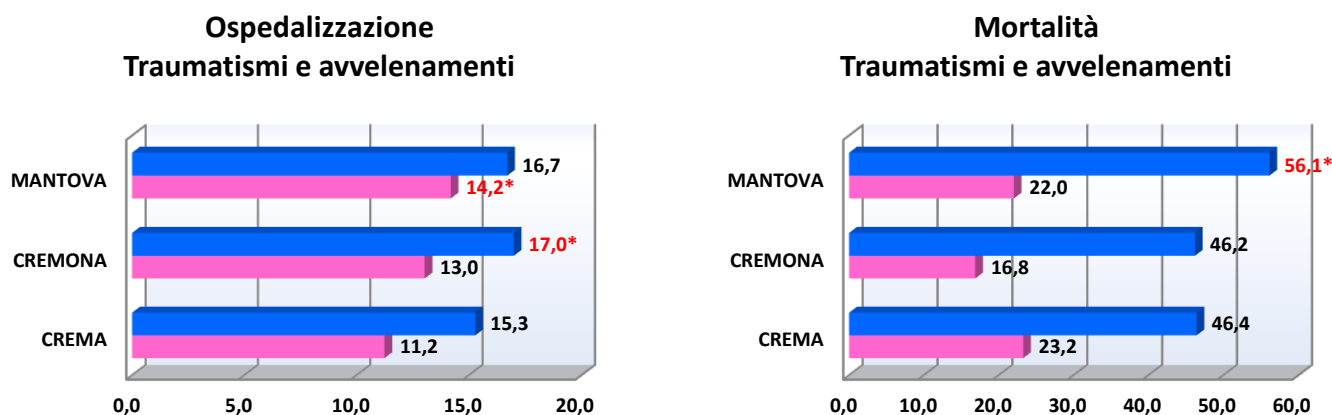


Registro Tumori. Il Registro Tumori ha fornito i tassi di incidenza, cioè il gettito nell'unità di tempo dei nuovi casi di tumore, occorsi nei residenti dell'ATS. Il periodo esaminato è il 2006-2009 per l'ex ASL di Cremona, 2006-2010 per l'ex ASL di Mantova. Il valore espresso (**I nei grafici**) è il tasso standardizzato x 100.000.

Registro Mortalità. Il Registro raccoglie tutte le schede di morte ISTAT dei residenti ovunque sia accaduto il decesso sul territorio nazionale, codifica, applicando i criteri della classificazione internazionale delle malattie, le cause che hanno concorso alla morte e, attraverso un algoritmo standardizzato, assegna la causa principale di morte. Il periodo esaminato è compreso tra il 2007 e il 2015 ed ha prodotto il tasso standardizzato di mortalità x100.000 (**M nei grafici**).

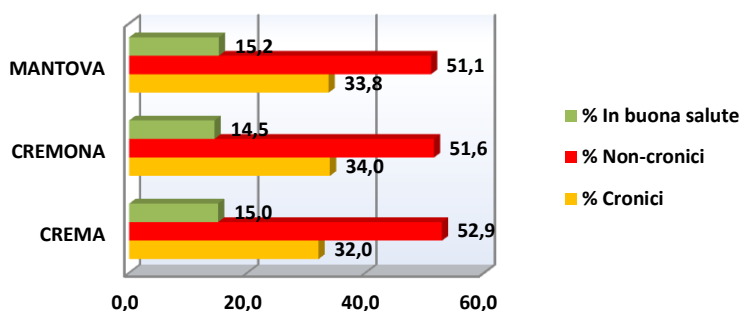
Nota Bene. Nei grafici si rappresenta in blu i tasso relativo ai maschi e in rosa quello delle femmine. I tassi statisticamente significativi in eccesso sono riportati con carattere rosso e con asterisco

Uno sguardo a parte meritano i *traumatismi*, la cui mortalità a Mantova spicca soprattutto nei maschi sopravanzando nettamente quella degli altri Distretti. La maggior ospedalizzazione, trattandosi di eventi acuti, in questo caso rafforza l'evidenza.



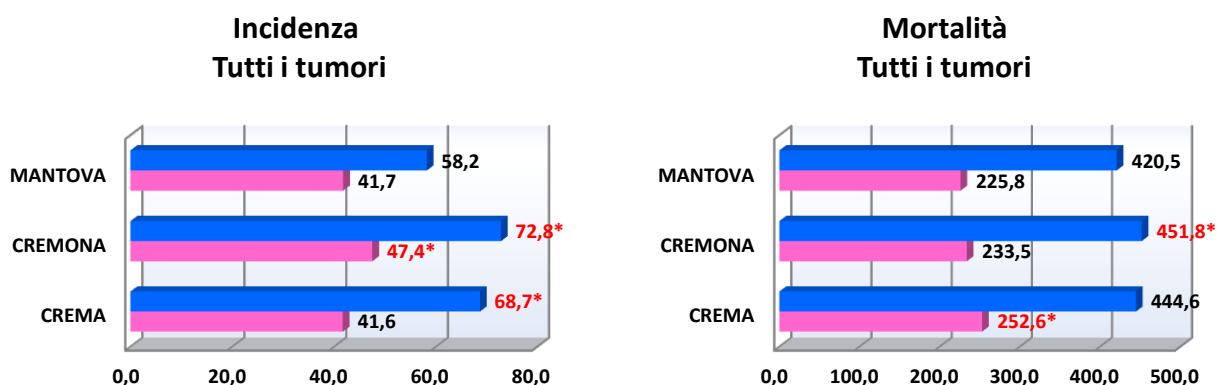
Anche la distribuzione dei consumi che categorizza la popolazione dei 3 Distretti in cronici, non-cronici e in buona salute appare sostanzialmente sovrapponibile, in coerenza con gli indicatori generali di cui sopra.

Profilo di salute della popolazione ATS

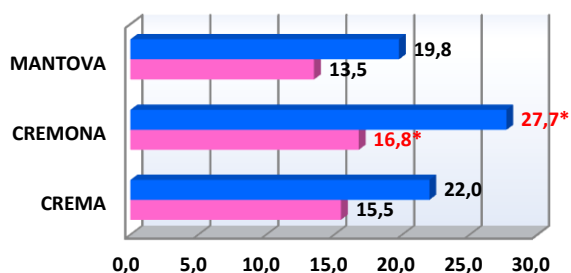


La Patologia Oncologica

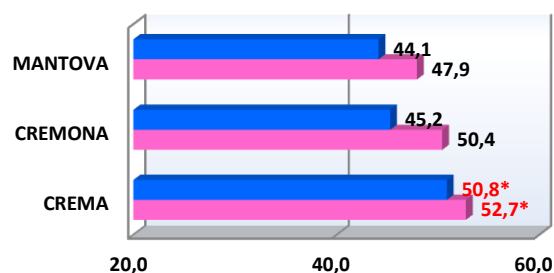
Mortalità, incidenza e ospedalizzazione per *tutti tumori* sono complessivamente più elevate a Cremona e questo indica che lì il fenomeno neoplastico è più consistente. Specularmente più basse invece a Mantova. A Crema si registra una prevalenza più alta, un indicatore che individua soltanto una maggiore domanda di assistenza in questo territorio, ma che non rileva rispetto al rischio ed alla prognosi.



**Ospedalizzazione
Tutti i tumori**



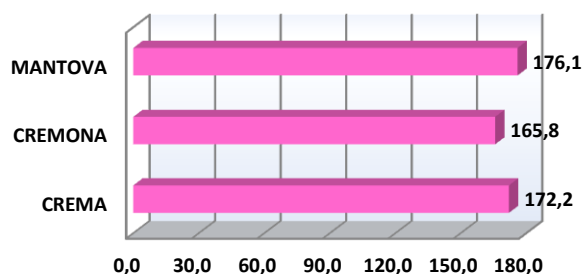
**Prevalenza
Tutti i tumori**



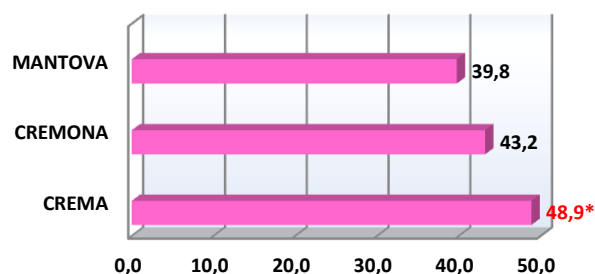
Osservando nel dettaglio le diverse sedi tumorali, emergono tuttavia altre importanti differenze. Cominciamo con i cosiddetti tumori da screening.

Per il tumore della *mammella* la mortalità è più bassa a Mantova e più alta a Crema, viceversa l'incidenza. Questo potrebbe essere la conseguenza di una migliore presa in carico da parte dello screening mammografico. Anche perché la diagnosi precoce garantisce verosimilmente un trattamento anticipato e quindi più efficace in termini di sopravvivenza.

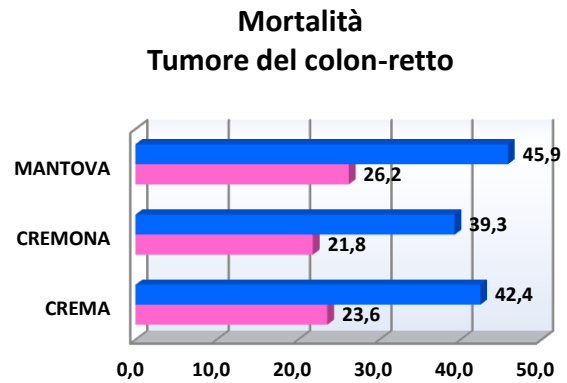
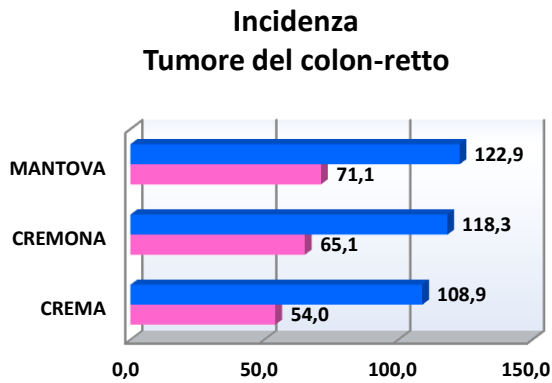
**Incidenza
Tumore della mammella F**



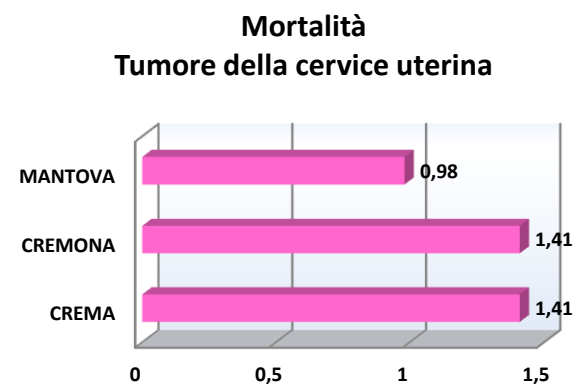
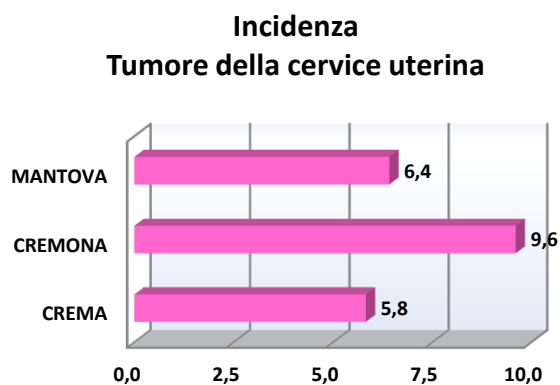
**Mortalità
Tumore della mammella F**



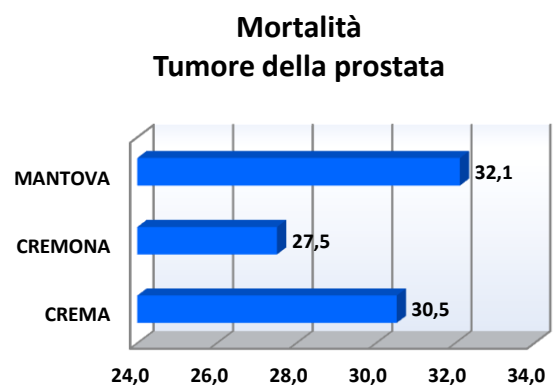
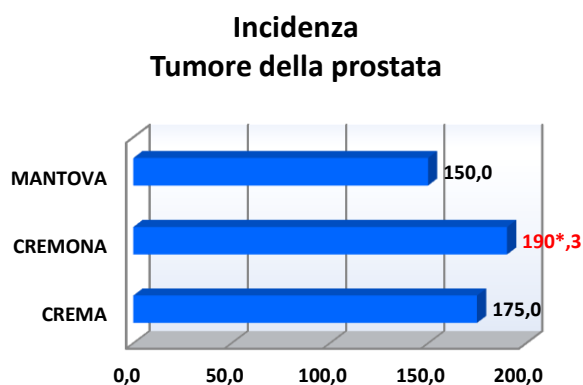
Per quanto riguarda invece il tumore del *colon retto*, la più elevata incidenza a Mantova non si traduce in un altrettanta riduzione della mortalità. Ragionevolmente perché l'adesione della popolazione a questo screening "più giovane" non raggiunge ancora livelli adeguati.



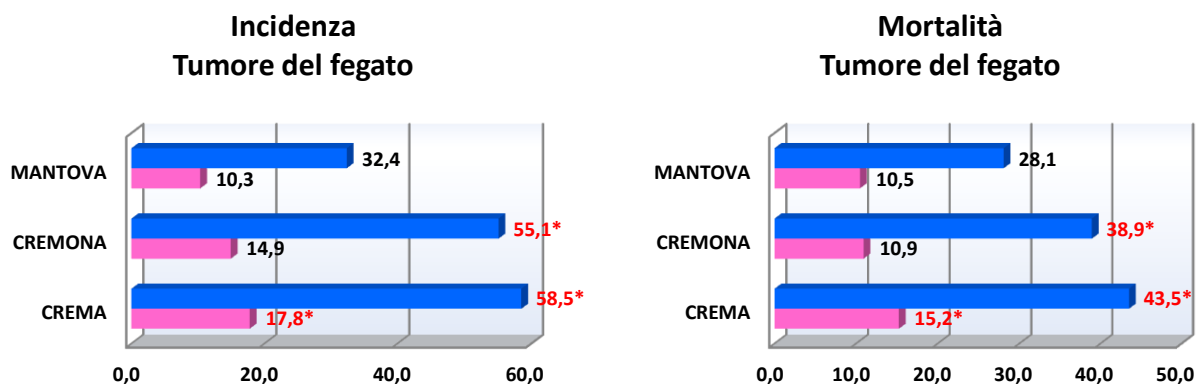
La più bassa mortalità ed incidenza del tumore della *cervice uterina* a Mantova, nel confronto con Cremona, indica invece che lo screening è probabilmente riuscito a catturare lesioni pre-neoplastiche e quindi anche a ridurre l'incidenza. Perplexità suscita invece il dato di Crema in cui alla bassa incidenza si associa un'alta mortalità.



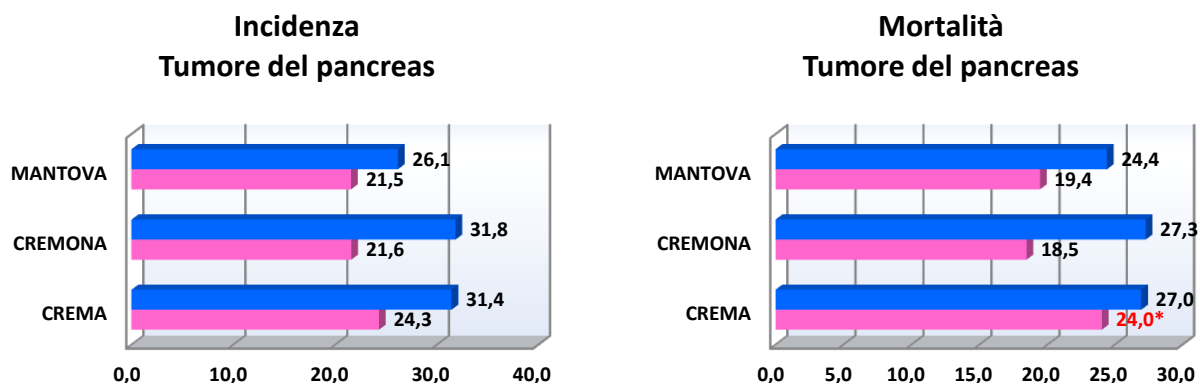
Il tumore della *prostata* mostra invece a Mantova nella distribuzione territoriale una situazione critica analoga a quella di Crema rispetto alla cervice uterina, cioè più alta mortalità a fronte di una più bassa incidenza.



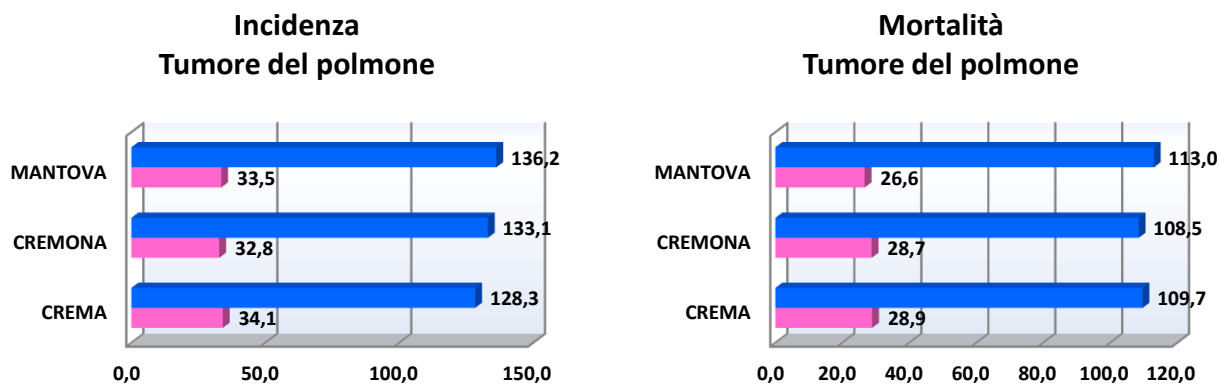
Anche per il *tumore primitivo del fegato* si colgono delle differenze importanti in entrambi i sessi. Sia l'incidenza che la mortalità decrescono progressivamente muovendo da Crema a Mantova e ciò, in considerazione dell'alta letalità di questo tumore, induce a considerare una differente presenza di fattori di rischio da esplorare.



Analogo, ma molto meno netto, questo stesso andamento per il tumore del *pancreas*.

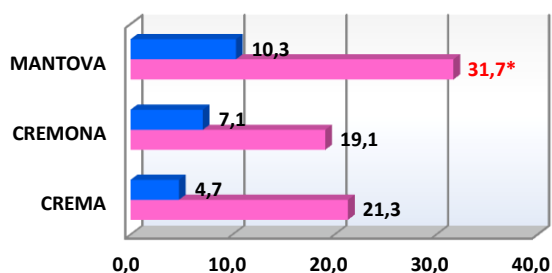


Sovrapponibile nei 3 Distretti invece il quadro per il *tumore primitivo del polmone*.

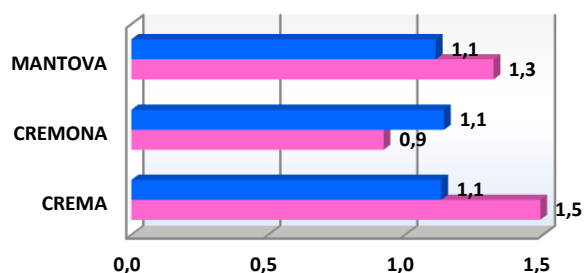


Peculiare del Distretto di Mantova è invece l'incidenza del tumore della *tiroide* soprattutto nelle femmine raggiungendo anche la significatività statistica.

**Incidenza
Tumore della tiroide**

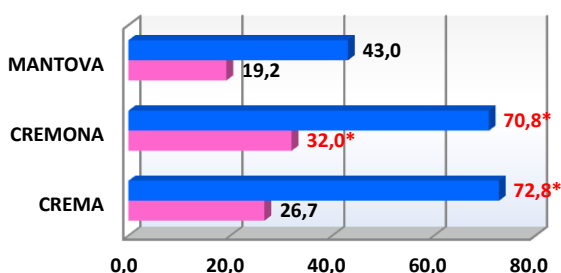


**Mortalità
Tumore della tiroide**

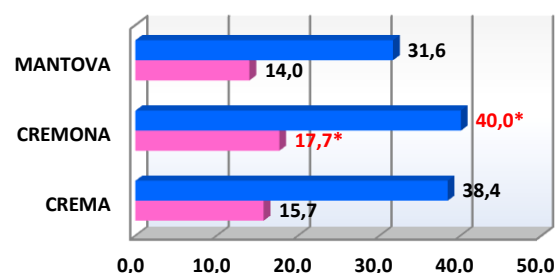


Analoga peculiarità per Cremona è l'elevata incidenza e mortalità per il tumore dello *stomaco* che storicamente caratterizza l'area attraversata dall'Oglio e che in prospettiva meriterebbe uno studio di approfondimento sui determinanti di area per questa neoplasia.

**Incidenza
Tumore dello stomaco**

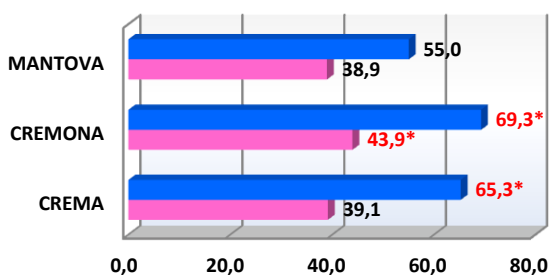


**Mortalità
Tumore dello stomaco**

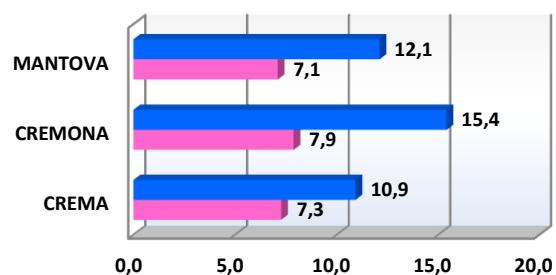


Tra i tumori del sistema emolinfopoietico, la differenza territoriale degna di maggior nota è la più elevata incidenza di *leucemie* a Cremona, sempre nel confronto con gli altri due Distretti, sia nei maschi che nelle femmine, in cui si apprezza anche la significatività statistica.

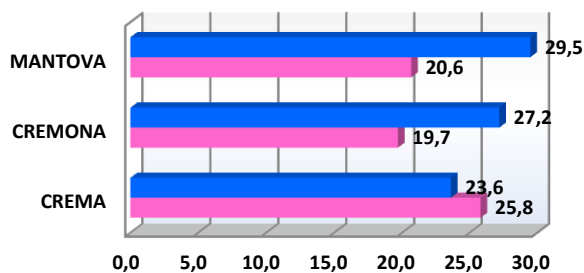
**Incidenza
Leucemie**



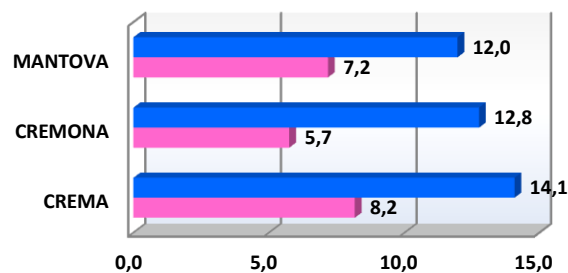
**Mortalità
Leucemia**



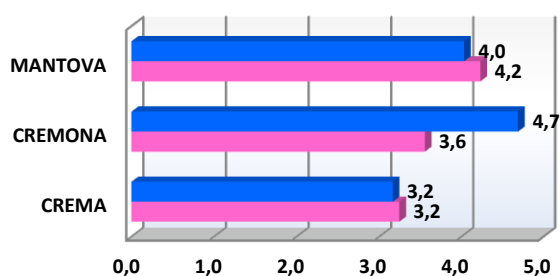
**Incidenza
Linfoma NH**



**Mortalità
Linfoma NH**



**Incidenza
Linfoma H**



**Mortalità
Linfoma H**

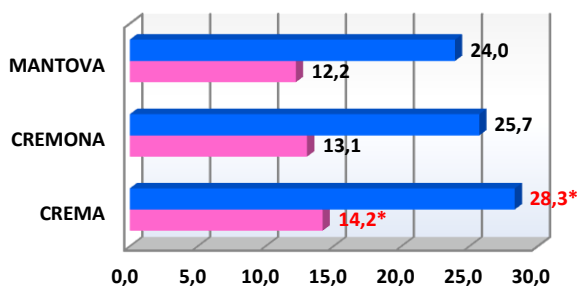


La Patologia Cardio-circolatoria

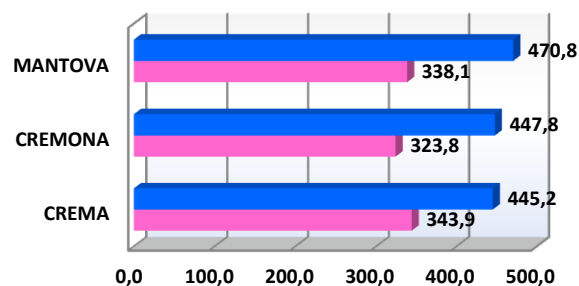
La mortalità è più elevata a Mantova sia nei maschi che nelle femmine, cui non fa riscontro una maggiore ospedalizzazione. Interessante sarà capire come si comporta l'offerta sanitaria territoriale, anche in considerazione del fatto che la prevalenza di questo *grande gruppo* di patologie a Mantova è statisticamente significativa in eccesso.

Scendendo nel dettaglio, la mortalità per *infarto* è maggiore a Crema in entrambi i sessi rispetto a Mantova. Mediana la posizione di Cremona.

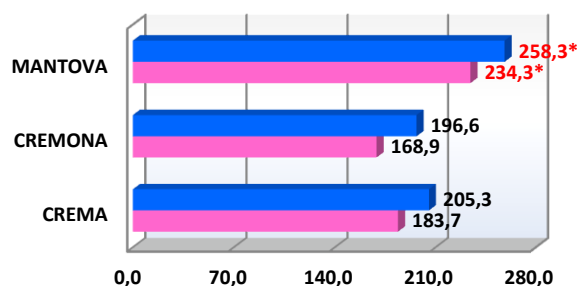
**Ospedalizzazione
Cardiovascolare**



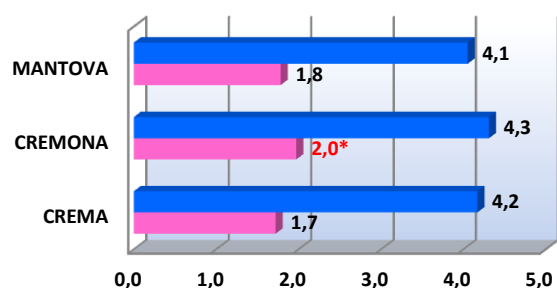
**Mortalità
Cardiovascolare**



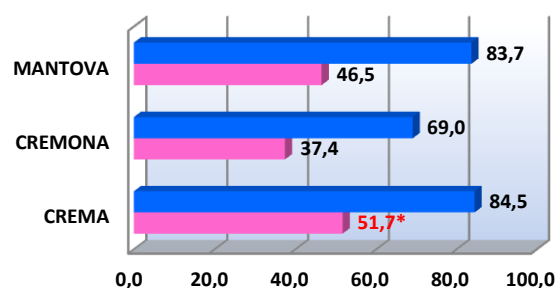
Patologia Cardiovascolare



Ospedalizzazione Infarto del miocardio



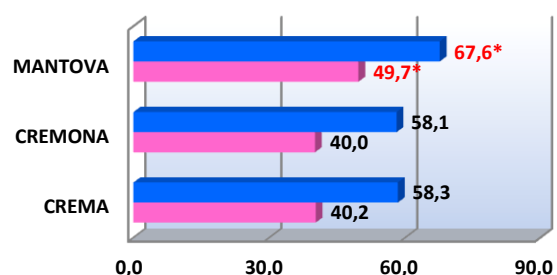
Mortalità Infarto del miocardio



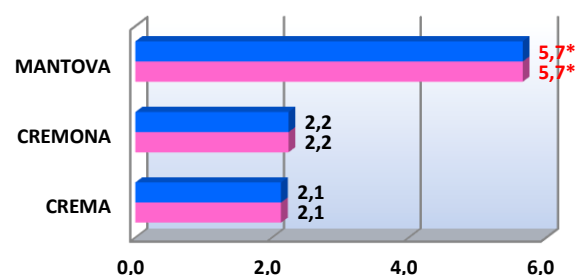
Patologie correlate

Diabete e *insufficienza renale* sono nettamente più frequenti a Mantova dove raggiungono anche la significatività statistica e verosimilmente si pongono rispettivamente come causa ed effetto del grande gruppo di patologia cardio-circolatoria.

Prevalenza Diabete



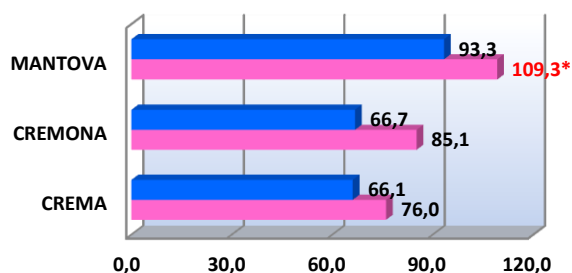
Prevalenza Insufficienza renale



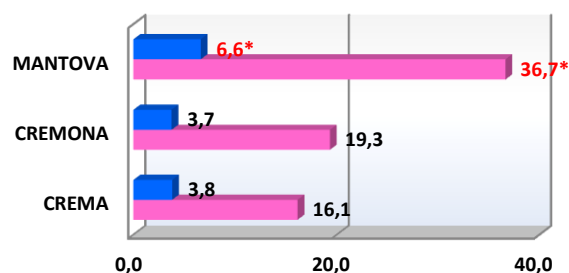
Altre Patologie

Malattie endocrine e *malattie autoimmuni* sono più frequenti a Mantova in entrambi i sessi e con significatività statistiche. Osservando che la componente principale delle malattie endocrine è fornita dalla patologia tiroidea, appare suggestivo il collegamento con l'equivalente rischio neoplastico per lo stesso organo. Sono infatti in corso studi a livello nazionale sul ruolo dei distruttori endocrini.

**Prevalenza
Malattie endocrine**



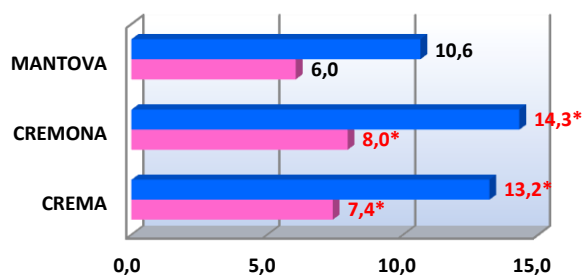
**Prevalenza
Malattie autoimmuni**



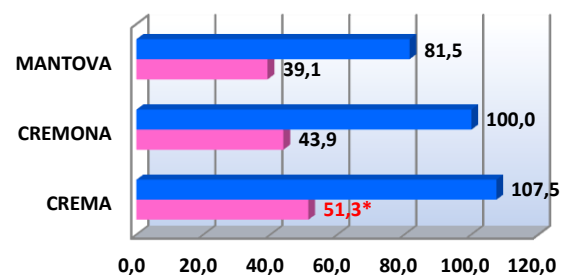
La Patologia Respiratoria

In entrambi i generi sia la *mortalità* che l'*ospedalizzazione* diminuiscono progressivamente muovendo da Crema, in cui si raggiunge anche la significatività statistica, verso Mantova dove si attestano a valori più bassi. Se invece si osserva questa patologia dal lato della *prevalenza*, la situazione si capovolge, in entrambi i generi ed in entrambe le componenti della popolazione, pediatrica e adulta. Alta a Mantova con significatività statistica e bassa a Crema. Cremona in posizione mediana.

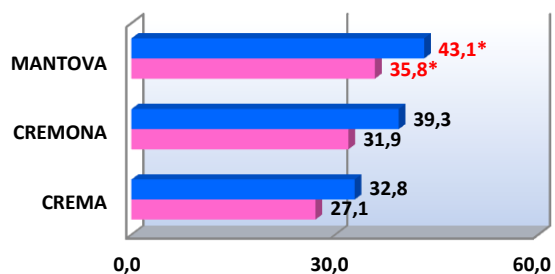
**Ospedalizzazione
Patologie respiratorie**



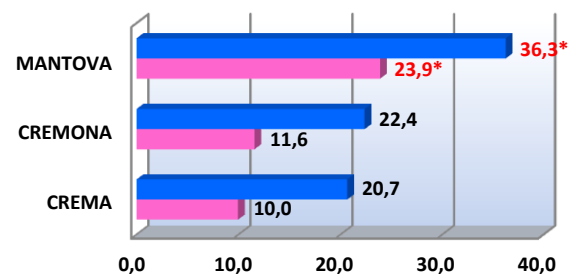
**Mortalità
Patologie respiratorie**



**Prevalenza
Broncopatie**



**Prevalenza
Broncopatie 0-14**

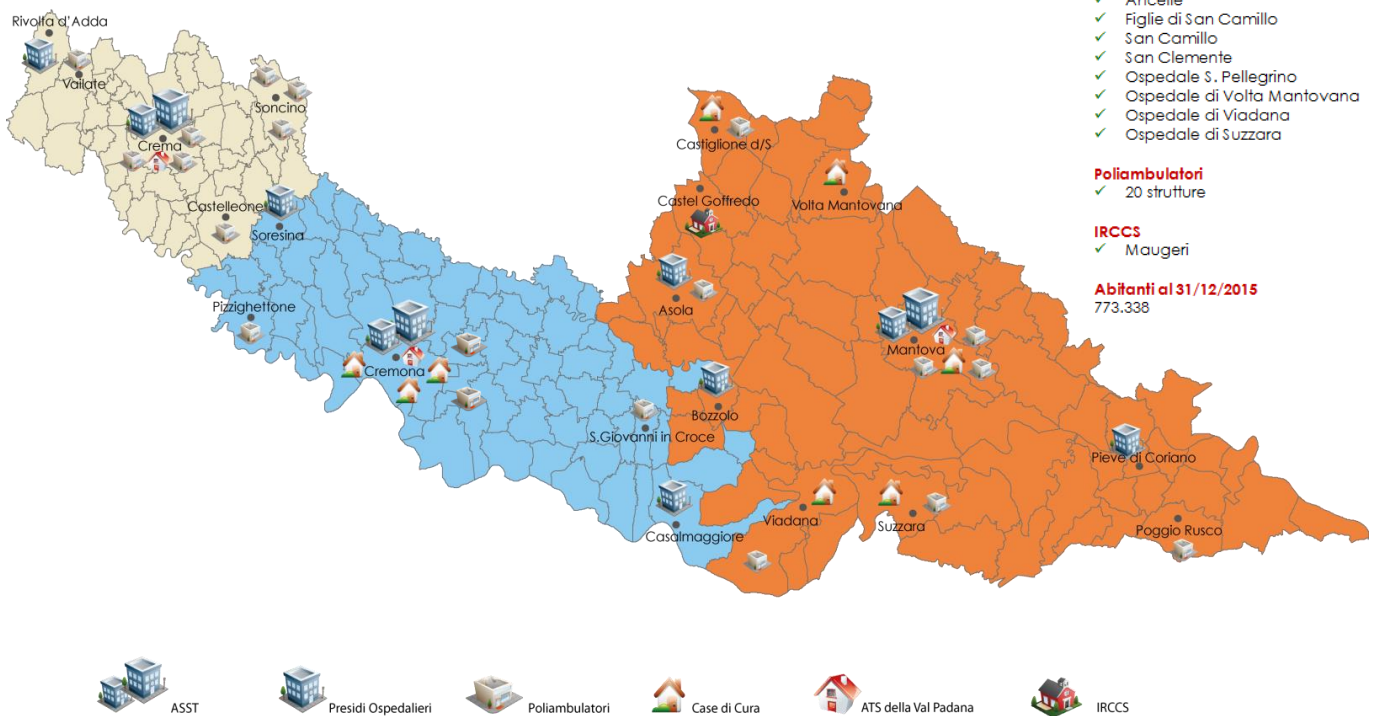


L'Offerta Sanitaria e Sociosanitaria

OFFERTA SANITARIA

Lo scenario territoriale dell'Agenzia della Tutela della Salute (ATS) della Val Padana prevede, ai sensi dell'art. 7 bis della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, la costituzione di 3 Distretti, precisamente quelli di:

- ▶ Crema, con 163.218 abitanti al 31/12/2015;
- ▶ Cremona, con 197.252 abitanti al 31/12/2015;
- ▶ Mantova, con 412.868 abitanti al 31/12/2015.



Sul territorio dell'ATS insistono innanzitutto le 3 Aziende socio sanitarie territoriali:

- ▶ ASST di Mantova (con i presidi di Asola–Bozzolo, Mantova e Pieve di Coriano)
- ▶ ASST di Cremona (con i Presidi di Cremona ed Oglio Po)
- ▶ ASST di Crema (con l'unico presidio di Crema)

cui sono afferite le rispettive Aziende Ospedaliere e le attività erogative delle ex ASL di Cremona e Mantova.

Le tabelle a seguire rappresentano l'offerta di posti letto del territorio.

Posti Letto ATS della Val Padana

UO ATS VAL PADANA	Pubblico	Privato	Totale
Cardiochirurgia	10	0	10
Cardiologia	115	15	130
Centro Day Hospital	4	5	9
Centro di Day Surgery	0	9	9
Chirurgia generale	202	98	300
Chirurgia Maxillo-Facciale	10	0	10
Chirurgia Toracica	10	0	10
Chirurgia Vascolare	19	0	19
Cure Palliative	11	4	15
Dermatologia	1	0	1
Ematologia	11	0	11
Emodialisi	4	0	4
Gastroenterologia	13	0	13
Lungodegenti	4	37	41
Malattie infettive	37	0	37
Medicina d'Urgenza	15	0	15
Medicina generale	269	154	423
Nefrologia	30	0	30
Neonatologia e TIN	41	0	41
Neurochirurgia	12	0	12
Neurologia	75	0	75
Neuropsichiatria infantile	1	0	1
Oculistica	22	8	30
Oncologia	65	0	65
Ortopedia e traumatologia	121	112	233
Ostetricia e ginecologia	170	0	170
Otorinolaringoiatria	41	6	47
Pediatria	87	0	87
Pensionanti	0	8	8
Pneumologia	85	0	85
Psichiatria	67	0	67
Radioterapia	21	0	21
Recupero e rieducazione funzionale	207	261	468
Riabilitazione generale e geriatrica	0	50	50
Riabilitazione di mantenimento	0	27	27
Terapia intensiva	36	4	40
Unità coronarica	18	0	18
Urologia	44	35	79
Totale complessivo	1.878	833	2.711

Il numero di posti letto per 1000 abitanti (calcolato sulla base dei posti letto e del numero di abitanti al 31/12/2015) viene di seguito rappresentato per ATS e Distretti.

Distretto	Posti letto	Popolazione 31/12/2015	Posti letto x 1000 abitanti
Crema	426	163.218	2,61
Cremona	999	197.252	5,06
Mantova	1.286	412.868	3,11
ATS	2.711	773.338	3,51

Distretto di Crema (Posti letto Crema)

UO Distretto di Crema	Pubblico
Cardiologia	20
Centro di Day Surgery	1
Chirurgia generale	36
Chirurgia vascolare	9
Emodialisi	4
Gastroenterologia	13
Medicina generale	46
Neurologia	22
Oculistica	2
Oncologia	22
Ortopedia e traumatologia	27
Ostetricia e ginecologia	36
Otorinolaringoiatria	21
Pediatria	22
Pensionanti	0
Pneumologia	27
Psichiatria	9
Recupero e rieducazione funzionale	75
Terapia intensiva	8
Unità coronarica	6
Urologia	20
Totale complessivo	426

Posti tecnici	
Chirurgia a bassa intensità (BIC)	10
Attività ambulatoriale complessa (MAC)	30
Centro Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL)	20
Cure Subacute	22
Totale complessivo	82

La tabella di seguito riportata rappresenta, per il Distretto di Crema, l'offerta di prestazioni di ricovero e cura e/o di specialistica ambulatoriale in regime di Servizio Sanitario Regionale erogata dalle strutture sanitarie private accreditate e a contratto.

Denominazione	Tipologia di prestazione
Centro di Medicina dello sport Città di Crema	Specialistica ambulatoriale Medicina dello Sport
Centro Medico Diagnostico San Lorenzo	Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Fisiokinesiterapia Sanitas	Specialistica ambulatoriale
San Martino Fisiokinesiterapia – Medicina Sportiva	Specialistica ambulatoriale Medicina dello Sport
Ospedale Caimi	Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Sanitas Diagnostica srl	Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Redancia Po	Prestazioni di psichiatria
Riabilita Fisiokinesiterapia Crema srl	Specialistica ambulatoriale

Distretto di Cremona (Posti letto Cremona)

UO Distretto di Cremona	Pubblico	Privato	Totale
Chirurgia generale	98	32	130
Cure Palliative	1	4	5
Ematologia	11	0	11
Lungodegenti	4	37	41
Malattie infettive	13	0	13
Medicina generale	112	57	169
Nefrologia	15	0	15
Neonatologia	11	0	11
Neurochirurgia	12	0	12
Neurologia	23	0	23
Neuropsichiatria infantile	1	0	1
Oculistica	5	8	13
Oncologia	28	0	28
Ortopedia e traumatologia	50	35	85
Ostetricia e ginecologia	52	0	52
Otorinolaringoiatria	8	6	14
Pediatria	27	0	27
Pensionanti	0	8	8
Pneumologia	30	0	30
Psichiatria	25	0	25
Radioterapia	21	0	21
Recupero e rieducazione funzionale	36	98	134
Riabilitazione di mantenimento	0	8	8
Terapia intensiva	12	0	12
Terapia intensiva neonatale	5	0	5
Urologia	8	35	43
Totale complessivo	666	333	999

Posti tecnici	
Chirurgia a bassa intensità (BIC)	33
Attività ambulatoriale complessa (MAC)	52
Centro Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL)	49
Cure Subacute	67
Totale complessivo	201

La tabella di seguito riportata rappresenta, per il Distretto di Cremona, l'offerta di prestazioni di ricovero e cura e/o di specialistica ambulatoriale in regime di Servizio Sanitario Regionale erogata dalle strutture sanitarie private accreditate e a contratto.

Denominazione	Tipologia di prestazione
Centro di Medicina dello sport Sant'Agostino	Specialistica ambulatoriale Medicina dello Sport
Casa di Cura Ancelle della Carità	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Casa di Cura Figlie di San Camillo	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Casa di Cura San Camillo	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Contact srl	Specialistica ambulatoriale
Istituto Vismara Comunità Protetta Santa Lucia	Prestazioni di Psichiatria
Fondazione Giuseppe Aragona	Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Mavis servizi srl	Specialistica ambulatoriale
Gruppo Gamma	Prestazioni di Psichiatria e Neuropsichiatria
La Ginestra	Prestazioni di Psichiatria
Varietà	Prestazioni di Psichiatria e Neuropsichiatria
ASD Interflumina – Centro di Medicina e salute per uno sport pulito	Specialistica ambulatoriale Medicina dello Sport
Polo Sanitario Nuovo Robbiani	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale

Distretto di Mantova (Posti letto Mantova)

UO Distretto di Mantova	Pubblico	Privato	Totale
Cardiochirurgia	10	0	10
Cardiologia	37	10	47
Centro Day Hospital	3	5	8
Centro di Day Surgery	0	9	9
Chirurgia generale	68	66	134
Chirurgia maxillo-facciale	10	0	10
Chirurgia toracica	10	0	10
Chirurgia vascolare	10	0	10
Cure Palliative	10	0	10
Dermatologia	1	0	1
Malattie infettive	24	0	24
Medicina d'urgenza	15	0	15
Medicina generale	111	97	208
Nefrologia	15	0	15
Neonatologia e TIN	25	0	25
Neurologia con Stroke Unit II liv	30	0	30
Oculistica	15	0	15
Oncologia	15	0	15
Ortopedia e traumatologia	44	77	121
Ostetricia e ginecologia	82	0	82
Otorinolaringoiatria	12	0	12
Pediatria	38	0	38
Pneumologia con UTIR	28	0	28
Psichiatria	33	0	33
Recupero e riabilitazione funzionale	96	163	259
Riabilitazione generale e geriatrica	0	50	50
Riabilitazione di mantenimento	0	19	19
Terapia intensiva e rianimazione	16	4	20
Unità coronarica	12	0	12
Urologia	16	0	16
Totale complessivo	786	500	1286

Posti tecnici	Pubblico	Privato	Totale
Chirurgia a bassa intensità (BIC)	24	3	27
Attività ambulatoriale complessa (MAC)	65	25	90
Centro Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL)	14	12	26
Emodialisi	23	0	23
Cure Subacute	25	11	36
Totale complessivo	151	51	202

La tabella di seguito riportata rappresenta, per il Distretto di Mantova, l'offerta di prestazioni di ricovero e cura e/o di specialistica ambulatoriale in regime di Servizio Sanitario Regionale erogata dalle strutture sanitarie private accreditate e a contratto.

Denominazione	Tipologia di prestazione
Casa di Cura San Clemente di Mantova	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Ospedale Civile di Volta Mantovana srl	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri – Centro Medico di Castel Goffredo	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Ospedale di Suzzara spa	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
In Rete S.C.P.A. – Ospedale di Viadana	Ricoveri
L.A.M.B. Laboratorio Analisi Biologiche di Delicati Rossana & C.	Specialistica ambulatoriale
X Ray One	Specialistica ambulatoriale
Centro Diagnosi e Analisi srl	Specialistica ambulatoriale
Centro Analisi Fleming – Bianalisi srl Laboratorio Analisi Biologiche Gamma srl	Specialistica ambulatoriale
Eco-Rad Diagnostica srl	Diagnostica strumentale
Ortorad srl – struttura ambulatoriale Medicenter	Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Ospedale San Pellegrino srl di Castiglione delle Stiviere	Ricoveri e Specialistica ambulatoriale / diagnostica strumentale
Laboratorio Analisi Biologiche Gamma srl	Specialistica ambulatoriale

OFFERTA SOCIO SANITARIA

Le tabelle di seguito riportate rappresentano l'offerta socio sanitaria suddivisa per tipologia di Unità d'Offerta (UdO e per Distretto).

Tipologia di Unità d'Offerta	Nr. UdO e PL	Distretto di CREMA	Distretto di CREMONA	Distretto di MANTOVA	TOT. ATS
ADI	Num. UdO	n.a.	n.a.	n.a.	50
	P.L. Autorizzati	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Accreditati	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Contratto	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
CDD	Num. UdO	3	8	12	23
	P.L. Autorizzati	70	136	344	550
	P.L. Accreditati	70	136	344	550
	P.L. Contratto	70	134	339	543
CDI	Num. UdO	5	18	20	43
	P.L. Autorizzati	130	444	345	919
	P.L. Accreditati	130	444	340	914
	P.L. Contratto	115	427	330	872
CONSULTORI (CFI)	Num. UdO	2	1	1	4
	P.L. Autorizzati	0	0	0	0
	P.L. Accreditati	0	0	0	0
	P.L. Contratto	0	0	0	0
CSS	Num. UdO	3	7	8	18
	P.L. Autorizzati	25	66	66	157
	P.L. Accreditati	25	65	66	156
	P.L. Contratto	25	65	66	156
HOSPICE	Num. UdO	1	0	2	3
	P.L. Autorizzati	14	0	18	32
	P.L. Accreditati	14	0	18	32
	P.L. Contratto	14	0	18	32
CURE INTERMEDIE (e P.L. in trasf. da riabilitazione socio sanitaria)	Num. UdO	3	5	4	12
	P.L. Autorizzati	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Accreditati	233	267	162	662
	P.L. Contratto	222	260	162	644
CICLO DIURNO CONTINUO	Num. UdO	0	3	2	5
	P.L. Autorizzati	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Accreditati	0	24	170	194
	P.L. Contratto	0	24	170	194

Tipologia di Unità d'Offerta	Nr. UdO e PL	Distretto di CREMA	Distretto di CREMONA	Distretto di MANTOVA	TOT. ATS
RSA	Num. UdO	9	24	48	81
	P.L. Autorizzati	807	3023	3573	7403
	P.L. Accreditati	795	2982	3443	7220
	P.L. Contratto	790	2890	3258	6938
RSD	Num. UdO	2	5	3	10
	P.L. Autorizzati	123	598	120	841
	P.L. Accreditati	123	595	120	838
	P.L. Contratto	123	595	120	838
Strutture residenziali / semiresidenziali per le dipendenze	Num. UdO	3	8	8	19
	P.L. Autorizzati	61	123	148	332
	P.L. Accreditati	61	123	148	332
	P.L. Contratto	61	123	141	325

Ai dati sopra rappresentati, si aggiungono le sperimentazioni in atto nel territorio dell'ATS Val Padana.

Tipo UdO / Sperm.	Distretto di CREMA	Distretto di CREMONA	Distretto di MANTOVA	TOT. ATS
MISURA 2 Residenzialità leggera	Num. UdO	1	3	10
	P.L. Autorizzati	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Accreditati	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Contratto	24	20	108
MISURA 3 Minori con grav. disabilità	Num. UdO	0	0	0
	P.L. Autorizzati	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Accreditati	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Contratto	n.a.	n.a.	n.a.
MISURA 4 RSA Aperta	Num. UdO	6	11	28
	P.L. Autorizzati	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Accreditati	n.a.	n.a.	n.a.
	P.L. Contratto	n.a.	n.a.	n.a.

Controlli delle prestazioni sanitarie nell'anno 2016

Ambito territoriale di Mantova

Prestazioni di ricovero - anno 2016

L'attività di controllo del NOC, nell'anno 2016, è stata svolta sia in applicazione delle direttive regionali, in particolare la DGR 4702/2015, sia ponendo particolare attenzione alle criticità ritenute maggiormente significative, per ogni singola area di controllo, emerse progressivamente dagli esiti di verifica effettuata negli anni precedenti.

Le sessioni di controllo di congruenza sono state pianificate anche secondo una logica di analisi comparativa della produzione delle strutture insistenti sul territorio provinciale, finalizzata a mettere in evidenza situazioni di potenziale o reale criticità, in parte risolte oppure ancora in fase di risoluzione.

In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR N.IX/4334/2012 e confermato dalla DGR 4702/2015 in tema di verifica delle prestazioni sanitarie di ricovero, anche per il 2016 si prevedeva il mantenimento della quota di controllo del 14%, con la seguente composizione:

- Quota fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010), selezionata con le modalità di campionamento casuale sulla produzione del primo trimestre 2016, e successiva verifica/concordanza dell'autocontrollo da parte dell'ATS;

ATTIVITA' DI AUTOCONTROLLO DEGLI EROGATORI 3% - 2016

Presidio	Pratiche campione	Pratiche conformi	%	Pratiche non conformi	%	valore originale	valore assegnato
ASOLA OSP. CIVILE	135	135	100	0	0	391.931	391.931
PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	204	204	100	0	0	642.047	642.047
MANTOVA C.C. S.CLEMENTE	91	91	100	0	0	241.585	241.585
VOLTA MANTOVANA OSP CIVILE SRL	94	94	100	0	0	246.682	246.682
SUZZARA OSP. DI SUZZARA SPA	203	203	100	0	0	707.490	707.490
CASTIGLIONE STIVIERE OSP. SRL	142	142	100	0	0	478.728	478.728
VIADANA OSPEDALE	10	10	100	0	0	48.253	48.253
MANTOVA OSP. C.POMA	698	696	99,7	2	0,3	2.672.479	2.664.865
CASTELGOFFREDO FOND. S.MAUGERI	33	33	100	0	0	244.454	244.454
	1610	1608		2		5.673.649	5.666.035

- Quota fino al 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata con criteri di campionamento definiti dai soggetti erogatori sulla produzione del primo semestre 2016.

Attività di Autocontrollo 4 % Degli Erogatori - 2016

Presidio	pratiche campionate	pratiche conformi	%	pratiche non conformi	%	valore originale	valore assegnato
ASOLA OSP. CIVILE	187	185	98,9	2	1,07	570.942	569.040
PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	272	272	100,0	0	0,00	1.033.005	1.033.005
MANTOVA C.C. S.CLEMENTE	130	130	100,0	0	0,00	554.421	554.421
VOLTA MANTOVANA OSP CIVILE SRL	126	125	99,2	1	0,79	349.093	348.339
SUZZARA OSP. DI SUZZARA SPA	264	263	99,6	1	0,38	785.379	785.379
CASTIGLIONE STIVIERE OSP. SRL	189	189	100,0	0	0,00	827.972	827.972
VIADANA OSPEDALE	22	22	100,0	0	0,00	127.896	127.896
MANTOVA OSP. C.POMA	927	926	99,9	1	0,11	4.667.918	4.667.918
CASTELGOFFREDO FOND. S.MAUGERI	37	37	100,0	0	0,00	329.618	329.618
	2.154	2.149				9.246.244	9.243.588

- Quota pari al 7,5 % riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato sulla base degli indicatori regionali e dell'interesse locale.

Attività di controllo di congruenza 2016 – almeno il 7 %

Presidio	pratiche campionate	pratiche conformi	%	pratiche non conformi	%	valore originale	valore assegnato
ASOLA OSP. CIVILE	230	216	93,91	14	6,09	742.269	729.567
PIEVE DI CORIANO OSP. CIVILE	338	314	92,90	24	7,10	1.587.456	1.551.267
MANTOVA C.C. S.CLEMENTE	202	199	98,51	3	1,49	788.391	786.388
VOLTA MANTOVANA OSP CIVILE SRL	183	172	93,99	11	6,01	683.179	655.943
SUZZARA OSP. DI SUZZARA SPA	381	380	99,74	1	0,26	1.211.625	1.211.208
CASTIGLIONE STIVIERE OSP. SRL	267	257	96,25	10	3,75	1.327.322	1.301.790
VIADANA OSPEDALE	40	40	100,00	0	0,00	176.386	176.386
MANTOVA OSP. C.POMA	2.164	2.096	96,86	68	3,14	10.831.116	10.699.591
CASTELGOFFREDO FOND. S.MAUGERI	64	60	93,75	4	6,25	491.273	468.769
	3.869	3.734				17.839.017	17.580.909

DETTAGLIO ESITO CONTROLLI ANNO - NOC 2016

ANNO	PRODUZIONE SDO ANNO PRECEDENTE	SDO CONTROLLATE	%	SDO CONFERMATE	%	SDO MODIFICATE	%
2016	53.915	7.633	14,15	7.491	98,13	142	1,86

Esiti controlli 2016

ESITO	DESCRIZIONE	NUMEROSITA'
0	PRATICA NON CONFERMATA	0
1	PRATICA CONFERMATA	1.608
2	PRATICA PARZIALMENTE CONFERMATA	2
A	PRATICA CONFERMATA	5.883
B	RIMBORDO ANNULATO E RICOMPRESO IN ALTRA PRATICA	3
C	RIMBORSO MODIFICATO IN AMBULATORIALE	6
D	DEGENZA MODIFICATA	8
E	DRG MODIFICATO	104
F	DRG E DEGENZA MODIFICATA	0
K	MODALITA' DIMISSIONE MODIFICATA	0
M	IMPORTO MODIFICATO	3
X	PRATICA MODIFICATA	16

Il volume di pratiche da controllare è stato calcolato sulla numerosità delle SDO prodotte nell'anno precedente.

Nel corso degli anni si è registrato un progressivo e costante miglioramento della qualità documentale della cartella clinica, non più vissuta da parte degli erogatori come mero atto burocratico, ma come aspetto fondamentale per il corretto approccio diagnostico terapeutico verso il paziente, in particolare per quanto riguarda la compilazione degli esami obiettivi, dei consensi informati alle procedure invasive, la inclusione dei referti delle prestazioni erogate al paziente nel periodo post dimissione, ma ricomprese nell'episodio di ricovero. L'aspetto qualitativo della documentazione clinica risulta, tuttavia, ancora disomogeneo in ambito provinciale e merita pertanto ulteriori perfezionamenti.

Area Medica

L'attività di controllo del 2016 ha privilegiato alcune tipologie di ricoveri, selezionati per criticità precedentemente emerse e sulla scorta delle indicazioni regionali, in base al case mix di ogni singola struttura e anche sulla base di valutazioni comparative tra le produzioni delle diverse strutture erogatrici.

Una di tali tipologie controllate è stata quella dei DRG a rischio di in appropriatezza di cui alla DGR 2057/2011, con puntuale attenzione rivolta alle criticità emerse anche nel corso degli anni precedenti (ad esempio DRG 395, 243, 183). Le pratiche conformi alla normativa (ad esempio quando il ricovero del paziente avveniva a seguito di accesso in P.S) sono state confermate, mentre si è proceduto alla decurtazione delle giornate di degenza nei casi in cui l'aspetto diagnostico è risultato prevalente.

In ambito cardiologico è proseguita l'attività di controllo sui ricoveri brevi con DRG 127 ("insufficienza cardiaca e shock"), sui ricoveri di tipo diagnostico (coronarografia) e sui ricoveri per infarto miocardico. Sono stati controllati in particolare gli episodi di ricovero per impianto/sostituzione di pace maker e di defibrillatore cardiaco per l'elevato costo del rimborso (DRG 515, 518, 551, etc.)

Sono stati controllati numerosi episodi di ricovero con DRG 316 (Insufficienza renale), modificati in una significativa percentuale dei casi che, alla luce dei contenuti delle Linee Guida delle Società Scientifiche di riferimento, riportavano codifiche non appropriate o comunque non congruenti col reale quadro clinico del paziente. In questo ambito, al fine di una puntuale e corretta diagnosi di insufficienza renale, è stato chiesto alle strutture di documentare in cartella detta patologia attraverso esami di laboratorio specifici laddove tale aspetto risultava carente.

Per quanto riguarda l'ambito neurologico, secondo quanto indicato nei PDTA, è stata oggetto di verifica la produzione di alcuni DRG (015, 016, 017, 524,) con particolare attenzione alla produzione del DRG 014 (Emorragia e infarto cerebrale) e DRG 559 (Attacco ischemico acuto con uso di agenti trombolitici), risultati coerenti ed appropriati nella maggior parte dei casi controllati, con netta diminuzione dei casi in cui, ad esempio, la diagnostica per immagini non evidenziava la presenza della lesione ischemica acuta, la sintomatologia era molto sfumata, o per la brevità della durata di degenza. La selezione di detti episodi di ricovero ha avuto l'ulteriore finalità di verificare l'appropriatezza dei trasferimenti e conseguenti ricoveri dei pazienti colpiti da stroke in Riabilitazione Specialistica o Intensiva, secondo una logica più ampia di continuità di cure e di appropriatezza di setting assistenziale. I controlli di un'ampia casistica di ricoveri a DRG 012, la cui

diagnosi principale ha descritto gli esiti di patologie cerebrovascolari di recente insorgenza, ha posto in evidenza una significativa numerosità di casi inappropriati per i quali si è modificato il tipo di setting, da Specialistica a Generale Geriatrica o Mantenimento, laddove possibile in base alle unità di offerta accreditate di ogni singola struttura oppure è stata ridotta la durata di degenza per ricondurre la valorizzazione economica pari a quella prevista per i ricoveri in Lungodegenza o in Mantenimento. Nel rispetto di quanto indicato nel piano dei controlli per l'anno di esercizio 2016, è proseguito pertanto il monitoraggio della risposta agli effettivi bisogni di salute della popolazione in termini di riabilitazione, confermando ancora un disequilibrio tra unità di offerta di tipo prevalentemente specialistico e quelle a minor intensità assistenziale. Sono stati verificati in particolare gli episodi di ricovero afferenti all'area oncologica, i DRG con diagnosi complicanti, valutando i corrispettivi DRG non complicati (c.d. "coppie di omologhi") i ricoveri prodotti in Area materno infantile e i DRG medici afferenti alla Ginecologia e Ostetricia.

PDTA e NOC

A seguito dell'emanazione della DGR 1796 del 08/05/2014 e della DGR 1845 del 16/05/2014, nonché delle successive indicazioni di obiettivi regionali in materia di PDTA e Reti di patologia, con relativi indicatori pubblicati sul portale WEB RL, nel corso del 2016 è proseguita l'attività di monitoraggio, nel contesto di tavoli di lavoro con le ASST ed erogatori privati. Parallelamente è proseguito il controllo dei DRG afferenti ai PDTA correlati alle principali Reti di patologia (Stroke, Stemi, ROL, REL, ReNe). Sono stati istituiti altresì tavoli di confronto per la valutazione della rete Trauma e per il Progetto regionale "Donazione e Trapianti", che attualmente vede inseriti ed attivi nella rete medesima gli erogatori sanitari privati accreditati e a contratto della provincia di Mantova, che partecipano attivamente al perseguimento degli obiettivi territoriali per quanto attiene la donazione di cornee e tessuto osseo.

Per quanto riguarda la rete ReNe è stato controllato in particolare il DRG 316 (Insufficienza renale per l'obiettivo DONAZIONI E TRAPIANTI) ed è stata posta particolare attenzione alla tempistica intercorsa tra le diverse prestazioni previste dal PDTA ed i tempi di attesa (ambulatoriale/SDO). In collaborazione con le U.O. di Nefrologia sono state monitorate le prestazioni di dialisi peritoneali e l'attività erogata negli ambulatori.

Per favorire la conoscenza delle Reti e PDTA presenti nell'ambito della ATS Val Padana, è stato promosso dai NOC un corso formativo di 5 giornate "I PDTA e le Reti di patologia nell'attuale assetto della ATS della Val Padana", che ha costituito il contesto per l'avvio della revisione dei PDTA vigenti, al fine della adozione di un modello unico per tutto il territorio dell'Agenzia.

Area Chirurgica

Ortopedia e Traumatologia

Come già negli ultimi anni, è stata posta ancora particolare attenzione ai ricoveri per interventi maggiori in elezione su anca, ginocchio, piede e colonna vertebrale, specificamente nei confronti delle strutture la cui produzione di questa tipologia di interventi ha avuto un progressivo incremento. Lo studio, condotto sui medesimi DRG prodotti e prendendo come riferimento la produzione media di tutte le strutture provinciali, ha messo in evidenza aspetti ritenuti di particolare interesse per alcune strutture, non solo per la numerosità degli episodi di ricoveri, ma anche per l'età molto avanzata dei pazienti sottoposti ad interventi di sostituzione di anca e ginocchio, meritevoli pertanto di ulteriore studio e verifica. I dati emersi dal controllo conferma il ricorso all'intervento di sostituzione di articolazione maggiore, soprattutto anca e ginocchio, in pazienti grandi anziani. È stata controllata anche la produzione dei DRG 210/211 ("Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 anni, con e senza CC"), DRG 537 e 538 ("Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna, eccetto anca e femore, rispettivamente con CC" e "senza CC"), risultati appropriati.

Ostetricia e Ginecologia

L'attività di controllo si è rivolta agli episodi di ricovero per aborti chirurgici e farmacologici, sia per IGV che terapeutici. Sulla base del case mix ospedaliero dei tre punti nascita provinciali ed in riferimento ai dati

statistici rilevati dal Ministero della Salute sul rapporto numerico parto vaginale/parto cesareo, è continuata la verifica sulla produzione degli episodi di ricovero a DRG 372/373 (rispettivamente “parto vaginale con diagnosi complicanti” e “parto vaginale senza diagnosi complicanti”) e 370/371 (rispettivamente “parto cesareo con CC” e “parto cesareo senza CC”).

Chirurgia Generale

Particolare attenzione è stata rivolta alla produzione dei DRG complicati per interventi maggiori sull'intestino, neoplasie dell'apparato digerente, fegato e pancreas.

Le criticità maggiormente ricorrenti sono state successivamente approfondite nel contesto di un tavolo tecnico tra ed erogatori, con la finalità di promuovere interventi di miglioramento adeguati.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale - anno 2016

Il controllo della produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriale ha privilegiato i controlli di tipo statistico formale.

Azienda	Tipo controllo	record controllati	Valore originario	Valore assegnato	Abbattimento
ASST MN	statistici	65.791	2.882.988,94	2.882.988,94	0,00
BIANALISI "FLEMING" S.R.L.	statistici	526	17.615,37	17.615,37	0,00
CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	statistici	2.348	127.081,45	127.081,45	0,00
CENTRO DIAGNOSI E ANALISI SRL	statistici	925	32.308,62	32.308,62	0,00
FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	statistici	130	5.748,16	5.748,16	0,00
LABORATORIO "GAMMA"	statistici	523	17.257,94	17.257,94	0,00
LAMB. DI DELICATI ROSSANA E C.	statistici	27	805,05	805,05	0,00
MEDICENTER	statistici	5	823,06	823,06	0,00
OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	statistici	754	64.406,56	64.406,56	0,00
OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	statistici	1.361	88.968,14	88.968,14	0,00
OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	statistici	7.254	284.743,86	284.743,86	0,00
X RAY ONE	statistici	394	48.390,67	48.390,67	0,00

Per quanto attiene l'attività di controllo in sede di erogazione, è stata condotta una sessione di controllo sulla produzione di MAC e BIC, nelle strutture erogatrici insistenti sul territorio provinciale.

Azienda	Tipo controllo	record controllati	Valore originario	Valore assegnato	Abbattimento
ASST MN	BIC	285	337.600,45	329.717,65	7.882,80
CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	BIC	120	136.935,57	136.935,57	0,00
OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	BIC	62	68.545,36	68.545,36	0,00
OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	BIC	107	147.410,27	147.410,27	0,00
Totale BIC					7.882,80
ASST MN	MAC	1.454	2.229.772,00	2.227.323,00	2.449,00
OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	MAC	206	436.324,00	436.324,00	0,00
OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	MAC	114	445.185,00	445.185,00	0,00
OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	MAC	120	136.512,00	136.512,00	0,00
Totale MAC					2.449,00

In aderenza al dettato della DGR 2313 del 1° agosto 2014, è stata dedicata una sessione di controllo delle prestazioni di diagnostica per immagini (RM e TAC) relative alle patologie dell'apparato osteomuscolare. Tale controllo ha avuto la finalità di effettuare, in particolare, una valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni ad elevata esposizione a radiazioni (TAC) e ad elevato costo, a fronte della numerosità di referti negativi.

Alla luce di quanto stabilito dalla DGR 2057/2011, dalla DGR 4716 del 23/01/2013, e nelle regole di esercizio per l'anno 2015, è stata condotta una sessione di controllo relativa a prestazioni di genetica medica di laboratorio. È stato verificato, in particolare, il rispetto dei criteri di prescrivibilità individuati nelle sopraccitate DGR. Laddove la documentazione è risultata carente o insufficiente al soddisfacimento di detti criteri, si è proceduto all'annullamento delle pratiche e, in un caso, è stata irrogata la sanzione amministrativa.

Azienda	Tipo controllo	record controllati	Valore originario	Valore assegnato	Abbattimento
ASST MN	altri	1.308	628.277,79	571.501,55	56.776,24
CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	altri	147	14.255,80	14.195,95	59,85
OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	altri	361	71.341,71	66.775,94	4.565,77
OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	altri	122	24.212,93	22.577,69	1.635,24
Totale					63.037,10

Prospetto complessivo controlli specialistica ambulatoriale – anno 2016				
Ente	Record controllati	Valore originario	Valore assegnato	Abbattimento
ASST MN	68.838	6.078.639,18	6.011.531,14	67.108,04
BIANALISI "FLEMING" S.R.L.	526	17.615,37	17.615,37	0,00
CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	2.615	278.272,82	278.212,97	59,85
CENTRO DIAGNOSI E ANALISI SRL	925	32.308,62	32.308,62	0,00
FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	130	5.748,16	5.748,16	0,00
LABORATORIO "GAMMA"	523	17.257,94	17.257,94	0,00
LAMB. DI DELICATI ROSSANA E C.	27	805,05	805,05	0,00
MEDICENTER	5	823,06	823,06	0,00
OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	1.383	640.617,63	636.051,86	4.565,77
OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	1.475	534.153,14	534.153,14	0,00
OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	7.603	592.879,06	591.243,82	1.635,24
X RAY ONE	394	48.390,67	48.390,67	0,00
Totale				73.368,90

Sono state dedicate inoltre due sessioni di verifica dei tempi di attesa riguardanti alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, attraverso sopralluoghi effettuati presso i CUP degli enti erogatori.

Sanzioni amministrative

Nel corso dell'esercizio per l'anno 2016 è stata irrogata una sanzione amministrativa, le cui informazioni sono state puntualmente trasmesse a regione Lombardia attraverso l'apposito flusso.

Ambito territoriale di Cremona

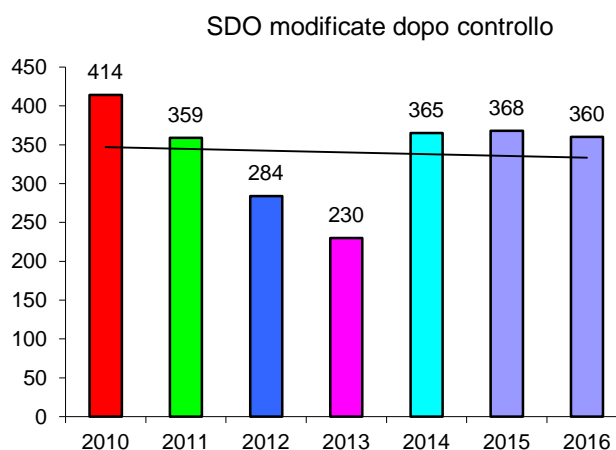
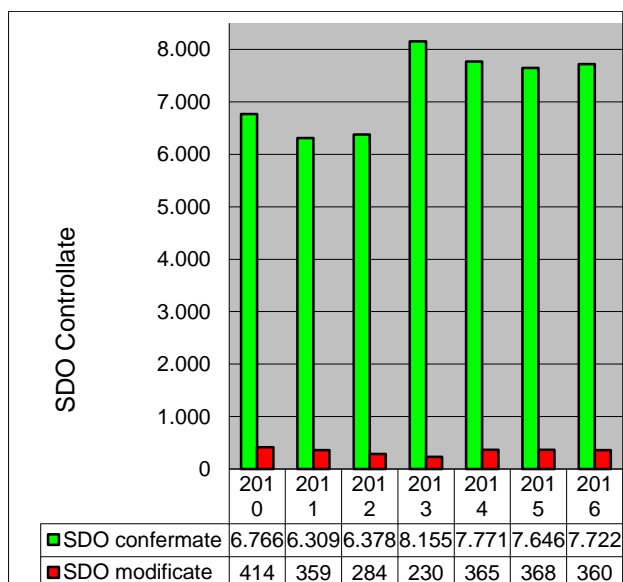
Prestazioni di ricovero - anno 2016

Si è scelto di condurre l'analisi prendendo in considerazione gli ultimi 7 anni di attività.

Nella prima tabella viene analizzata la percentuale di SDO non confermate nel corso dei 7 anni.

Il trend evidenziabile è quello di una progressiva riduzione delle SDO non confermate sino all'anno 2013 dovuta al miglioramento della appropriatezza generica, della qualità documentale della cartella clinica e della corretta codifica dell'episodio di ricovero. Negli ultimi 3 anni si riscontra un aumento della percentuale rispetto al 2013 che si spiega in parte con il miglioramento delle modalità di selezione del campione di cartelle cliniche da sottoporre ad autovalutazione di congruenza da parte delle strutture sanitarie, come verrà messo meglio in evidenza nel paragrafo dedicato all'analisi dell'andamento di questa modalità di controllo.

Anno	Produzione SDO Anno Precedente	SDO Controllate	%	SDO Confermate	%	SDO Modificate	%
2010	68.056	7.180	10,55	6766	94,23	414	5,77
2011	62.787	6.668	10,62	6309	94,62	359	5,38
2012	60.674	6.662	10,98	6378	95,74	284	4,26
2013	58.234	8.385	14,4	8155	97,26	230	2,74
2014	56.920	8.136	14,29	7771	95,51	365	4,49
2015	55.905	8.014	14,34	7646	95,41	368	4,39
2016	55.683	8.082	14,51	7722	95,55	360	4,45



Verifiche sulle attività di ricovero anno 2016

In considerazione di quanto stabilito dalla D.G.R. 4702 del 29/12/15, nell'anno 2016 doveva essere verificato un numero di cartelle cliniche pari ad almeno il 14% di quanto prodotto dalle Strutture erogatrici di prestazioni di ricovero nel corso dell'anno 2015 pari ad almeno 7.796 cartelle.

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

- Una quota di almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- Fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010), selezionata con modalità di campionamento casuale;
- Una quota fino al 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori.

Attività di verifica di congruenza ed appropriatezza generica da parte dei N.O.C. (almeno il 7%)

Le attività di verifica di congruenza ed appropriatezza generica condotte nel corso del 2016 si sono svolte secondo quanto previsto dal piano dei controlli dell'ATS Valpadana valido per il 2016 che prevedeva che i campioni selezionati dovevano rispettare i seguenti criteri:

- 1) Analisi del case mix dei singolo presidio ospedaliero.
- 2) Individuazione dei primi 20 DRGs più frequenti valutata secondo la numerosità e la comparazione produttiva tra strutture, come già negli anni precedenti.
- 3) Individuazione dei DRGs con 2 o meno casi/mese (da non campionare anche se inclusi nei 108 a rischio di inappropriatazza).
- 4) Individuazione dei 108 DRGs a rischio di inappropriatazza, con particolare riguardo per quelle strutture che supereranno il valore soglia del 22% nel rapporto tra ricoveri ordinari afferenti a tali DGR rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DGR.
- 5) Individuazione dei DRGs appartenenti ai PDTA REL – ROL – STROKE – STEMI – RENE (si controlla la numerosità intera). Ciò al fine di verificare la corretta codifica, la qualità ed esaustività della cartella clinica, ricostruire il percorso di diagnosi e cura del paziente insieme agli specialisti.
- 6) Individuazione dei DRGs che influiscono sul PDTA donazione (protesi – trapianto di cornea, dimissione con decesso).
- 7) Verifica di tutti di tutti i DRG 120, 217,440 con MPR 86.22 “rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione” e durata della degenza uguale o superiore a 6 giorni.
- 8) Verifica a campione delle SDO in cui è presente il codice 86.22 tra le procedure sottolineando in proposito che il codice di procedura 86.22, come già chiarito nella DGR n. IX/2057/2011, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria. Le procedure medicate e di toelette chirurgica, eseguite al letto del paziente, devono essere codificate invece con il codice 86.28 “rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione”. La rimozione asportativa di cui al codice 86.22 è l'asportazione definitiva di tessuto cutaneo e/o sottocutaneo devitalizzato, necrosi o depositi, per tramite di un'incisione (taglio) estesa all'esterno ed oltre il margine della ferita: la relativa documentazione clinica deve render conto della procedura effettuata, per la quale deve corrispondere una descrizione “dettagliata” sul verbale di intervento.
- 9) Verifica dei DRG 120,217,439 in abbinamento con i codici di prestazione 86.66, 86.67 e 86.69 relativi all'impiego di innesti e di sostituti dermici, per i quali la tariffa ordinaria prevista a partire dalla terza giornata di ricovero è orientata a sostenere gli oneri riconosciuti necessari per il trattamento di situazioni di particolare fragilità e complessità, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica da parte del Nucleo Operativo di Controllo;
- 10) Verifica della corretta applicazione di quanto previsto dalla DGR 2989/2014 per procedure chirurgiche (MPR) di cui all'allegato B sub-allegato 8 “Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza”, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo del regime di ricovero diurno in ambito odontoiatrico, il Sub Allegato A contiene specifiche indicazioni nel merito delle prestazioni odontoiatriche; a questo

proposito, si richiama altresì al rispetto dei criteri di inclusione nei LEA odontoiatrici così come definiti dalla DGR n. VIII/3111 del 1° agosto 2006.

- 11) Verifica della produzione residuale effettuata in regime diurno nelle Strutture che hanno mantenuto i letti di Day-Hospital medici negli assetti accreditati.
- 12) Verifica dei DRG di patologia neonatale (DRG 385, 386, 387, 388, 389, 390) con durata della degenza superiore a 3 giorni e sarà costantemente monitorata nel tempo l'andamento della durata delle degenze nella suddetta tipologia di ricoveri come indicato nella DGR 3976 del 06/08/2012.
- 13) Controllo a campione dei DRG la cui MDC non sia congruente con il reparto di dimissione, relativamente i ricoveri in cui non si siano verificati trasferimenti del paziente da altro reparto.
- 14) Verifica dei DRG chirurgici prodotti da reparti di Medicina.
- 15) Individuazione DRGs ad alto peso, in particolare se fenomeni di nuova produzione ed emergenti per ogni struttura;
- 16) Individuazione dei DRGs con diagnosi complicanti per verifica della evidenza in cartella del maggior assorbimento di risorse relativo alle stesse diagnosi secondarie complicanti.
- 17) Monitoraggio di tutte le aree di applicazione delle regole di sistema e delle successive indicazioni regionali.
- 18) Verifica di SDO estratte sulla base delle pratiche non confermate e delle eventuali prescrizioni verbalizzate nel corso dei controlli effettuati nell'anno 2016.
- 19) Verifiche di ambiti di interesse in relazione al nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario previsto dalla L.R. 23/2015, nell'ambito del processo di riqualificazione ed evoluzione dell'attività di controllo nella nuova ATS (neurochirurgia, cardiocirurgia, ecc.).
- 20) Verifiche dei ricoveri con modalità di dimissione "trasferimento ad altra struttura per acuti" in particolare per quei casi in cui la struttura accettante appartiene alla stessa ASST che trasferisce
- 21) Interesse locale per criticità evidenziate in precedenti sessioni di controllo.

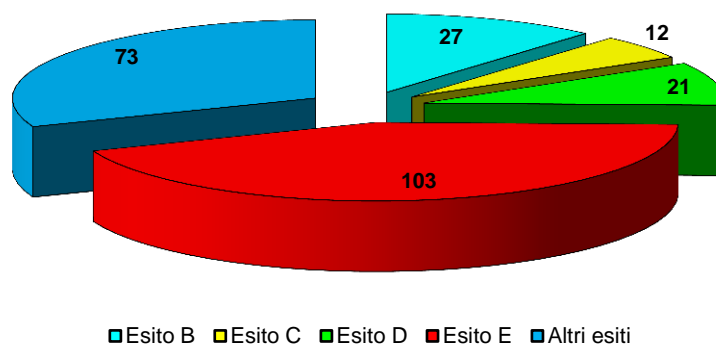
Esiti delle attività sono sintetizzate nelle tabelle seguenti

Ente	Pratiche campionate	Pratiche conformi	%	Pratiche non conformi	%	Valore Originale	Minor valore	%
ASST Crema Ospedale di Crema	1.134	1.061	93,56	73	6,44	€ 4.037.864,00	€ 47.437,00	1,17
ASST Crema Ospedale di Rivolta D'Adda	100	100	100,00	0	0,00	€ 725.693,00	€ -	0,00
ASST Crema Ospedale di Soncino	35	28	80,00	7	20,00	€ 145.660,00	€ 1.590,00	1,09
ASST Cremona Ospedale di Cremona	1.655	1.564	94,50	91	5,50	€ 7.155.015,00	€ 131.968,00	1,84
ASST Cremona Ospedale Oglio Po	484	462	95,45	22	4,55	€ 2.108.105,00	€ 26.662,00	1,26
Casa di Cura Figlie di San Camillo	401	377	94,01	24	5,99	€ 1.334.803,00	€ 18.218,00	1,36
Casa di Cura San Camillo	236	226	95,76	10	4,24	€ 758.455,00	€ 9.595,00	1,27
Casa di Cura Ancelle della Carità	100	98	98,00	2	2,00	€ 98.918,00	€ -	0,00
Polo Sanitario Nuovo Robbiani	40	32	80,00	8	20,00	€ 208.790,00	€ 1.250,00	0,60
Totale	4.185	3.948		237		€ 16.573.303,00	€ 236.720,00	1,43

La percentuale delle cartelle cliniche non confermate risulta in riduzione rispetto agli anni precedenti a testimonianza di un progressivo miglioramento della codifica e della appropriatezza dei setting assistenziali adottati. La maggior parte delle modifiche si è registrata nell'area dei DRG complicati nei quali la diagnosi secondaria complicante, pur presente, non aveva comportato una significativa modifica della durata della degenza o delle risorse assistenziali richieste.

Nella tabella seguente vengono analizzati gli esiti delle verifiche di congruenza ed appropriatezza generica.

Esito	Descrizione	Numerosità
Esito B	SDO non finanziata	27
Esito C	Prestazione ambulatoriale	12
Esito D	Modifica della durata di degenza	21
Esito E	Modifica del DRG	103
	Altre modifiche	73
Totale		236



Attività di autovalutazione della Qualità documentale da parte dei soggetti erogatori (Fino al 3%)

La Delibera 4702 del 29/12/15 aveva stabilito che il 3% dei 14 complessivi riguardanti la quantità di pratiche di ricovero da controllarsi nel corso del 2016, dovesse essere soggetto ad autocontrollo da parte degli erogatori, sulla base di un campione estratto dall'ASL ed applicando quanto previsto dalla DGR VIII/9581/09 e dalla DGR 621/2010 per le verifiche della qualità documentale della cartella clinica.

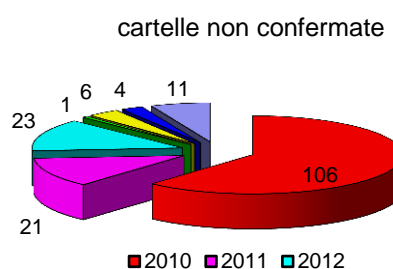
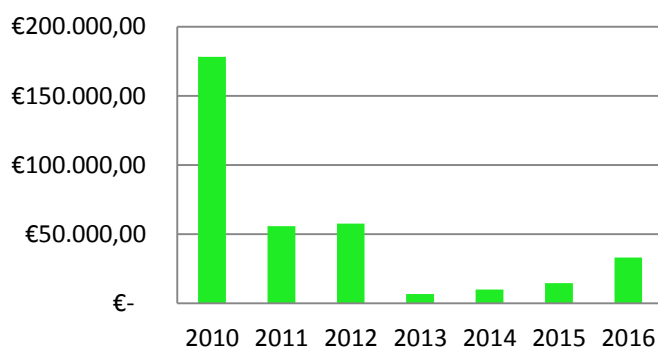
L'andamento storico di questa tipo di autovalutazione viene riassunto a partire dalla sua entrata in vigore nell'anno 2009.

Si evidenzia la progressiva riduzione del numero delle pratiche non conformi fino al 2013 ed una leggera tendenza all'aumento negli ultimi tre anni. I dati testimoniano dei significativi progressi compiuti dagli erogatori cremonesi in tema di qualità documentale della cartella clinica nel corso degli anni.

Autocontrollo di qualità

Anno	Cartelle campionate	Cartelle confermate	Cartelle non confermate	% Confermate	Minor valore
2009	2.179	1.713	466	78,61%	€ 1.200.395,00
2010	2.165	2.059	106	95,10%	€ 178.099,00
2011	2.014	1.993	21	98,96%	€ 55.924,00
2012	1.984	1.961	23	98,84%	€ 57.632,00
2013	1.753	1.752	1	99,94%	€ 6.800,00
2014	1.708	1.702	6	99,65%	€ 10.042,00
2015	1.675	1.671	4	99,76%	€ 14.588,00
2016	1.670	1.659	11	99,34%	€ 33.168,00

Minor valorizzazione



Attività di Autocontrollo di congruenza (fino al 4%)

La Delibera 4702 del 29/12/15 in tema di verifica delle prestazioni sanitarie di ricovero aveva stabilito che una quota fino al 4% delle cartelle prodotte erano da controllare mediante attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero a cura dei soggetti erogatori.

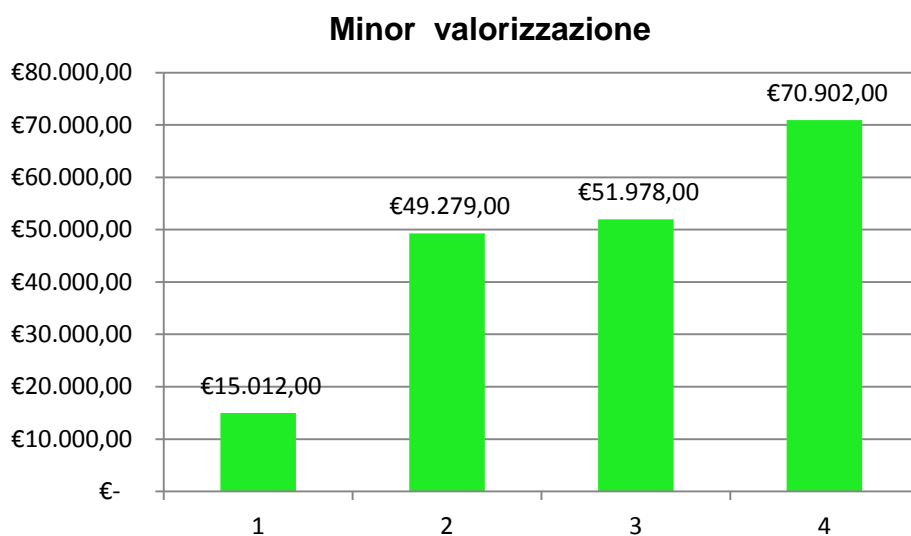
Oggetto dell'autocontrollo di congruenza dovevano essere le cartelle cliniche prodotte nell'anno solare 2016, selezionate, sperimentalmente, con criteri di campionamento definiti dagli stessi erogatori che dovevano declinarli mediante la stesura di un Piano aziendale dei controlli che doveva pervenire alle ASL di afferenza entro il 31 gennaio 2016.

I risultati delle verifiche condotte dagli erogatori nel corso del 2016 sono sintetizzati nella tabella successiva in cui vengono messi a confronto con quelli relativi agli anni 2013 - 2015

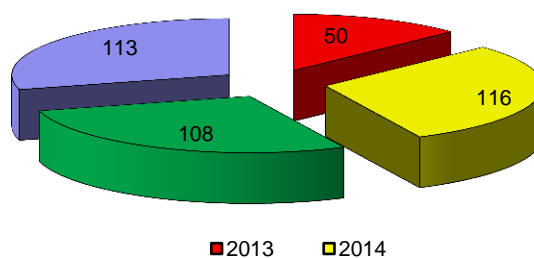
Le Strutture erogatrici di prestazioni di ricovero hanno negli ultimi 3 anni meglio recepito le caratteristiche vantaggiose offerte da questa tipologia di controllo, per cui le cartelle selezionate sono risultate maggiormente significative ai fini delle verifiche. Questa maggiore accuratezza ha più che raddoppiato il numero delle pratiche non confermate rispetto al 2013. La minor valorizzazione derivante dalla verifica è più che quadruplicata passando dai 15.012 euro del 2013 ai 70.902 euro del 2016.

Autocontrollo di congruenza

Anno	Campione 4%	Verificate NOC	Confermate	Non confermate	Minor valorizzazione
2013	2.344	461	2.294	50	€ 15.012,00
2014	2.275	452	2.151	116	€ 49.279,00
2015	2.235	458	2.127	108	€ 51.978,00
2016	2.228	455	2.115	113	€ 70.902,00



Autocontrollo di congruenza 4% Cartelle non confermate



Effetti sul finanziamento a seguito delle verifiche NOC sulle cartelle cliniche anno 2016

ASST Cremona

Struttura	Tipologia	Pratiche	Conformi	Non conformi	Minor valore	Valore Ambulatoriale	Esito Valore	Minor Valore X cartella
Presidio di Cremona	Mirato	1.655	1.564	91	€ 131.968,00	€ 350,00	€ 131.618,00	€ 79,53
	Autocontrollo Congruenza	914	831	83	€ 59.729,00	€ 38.701,00	€ 21.028,00	€ 23,01
	Autocontrollo Qualità	685	680	5	€ 16.036,00	€ -	€ 16.036,00	€ 23,41
	Totale	3.254	3.075	179	€ 207.733,00	€ 38.701,00	€ 168.682,00	€ 51,84
Presidio Oglio Po	Mirato	484	462	22	€ 26.662,00	€ -	€ 26.662,00	€ 55,09
	Autocontrollo Congruenza	262	249	13	€ 2.709,00	€ -	€ 2.709,00	€ 10,34
	Autocontrollo Qualità	196	194	2	€ 10.670,00	€ -	€ 10.670,00	€ 54,44
	Totale	942	905	37	€ 40.041,00	€ -	€ 40.041,00	€ 42,51
Totale Azienda 724		4.196	3.980	216	€ 247.774,00	€ 38.701,00	€ 208.723,00	€ 49,74

ASST Crema

Struttura	Tipologia	Pratiche	Conformi	Non conformi	Minor valore	Valore Ambulatoriale	Esito Valore	Minor Valore X cartella
Presidio di Crema	Mirato	1.134	1061	73	€ 47.437,00	€ 1.239,91	€ 46.197,09	€ 40,74
	Autocontrollo Congruenza	609	608	1	€ 1.298,00	€ -	€ 1.298,00	€ 2,13
	Autocontrollo Qualità	456	456	1	€ -	€ -	€ -	€ -
	Totale	2.199	2.125	75	€ 48.735,00	€ 1.239,91	€ 47.495,09	€ 21,60
Presidio di Rivolta d'Adda	Mirato	100	100	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Autocontrollo Congruenza	50	50	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Autocontrollo Qualità	38	38	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Totale	188	188	0	€ -	€ -	€ -	€ -
Presidio di	Mirato	35	28	7	€ 1.590,00	€ -	€ 1.590,00	€ 45,43

Soncino	Autocontrollo Congruenza	12	10	2	€ 2.840,00	€ -	€ 2.840,00	€ 236,67
	Autocontrollo Qualità	9	9	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Totale	56	47	9	€ 4.430,00	€ -	€ 4.430,00	€ 79,11
Totale Azienda (726)		2.443	2.360	84	€ 53.165,00	€ 1.239,91	€ 51.925,09	€ 21,25

Azienda C.d.C. Figlie di San Camillo

Struttura	Tipologia	Pratiche	Conformi	Non conformi	Minor valore	Valore Ambulatoriale	Esito Valore	Minor Valore X cartella
C.d.C. Figlie di San Camillo	Mirato	401	377	24	€ 14.786,00	€ 176,50	€ 14.609,50	€ 36,43
	Autocontrollo Congruenza	202	192	10	€ 4.026,00	€ -	€ 4.026,00	€ 19,93
	Autocontrollo Qualità	152	148	4	€ 6.462,00	€ -	€ 6.462,00	€ 42,51
	Totale	755	717	38	€ 25.274,00	€ 176,50	€ 25.097,50	€ 33,24

Azienda Fondazione Opera San Camillo

Struttura	Tipologia	Pratiche	Conformi	Non conformi	Minor valore	Valore Ambulatoriale	Esito Valore	Minor Valore X cartella
C.d.C. San Camillo	Mirato	236	226	10	€ 9.595,00	€ 2.346,50	€ 7.248,50	€ 30,71
	Autocontrollo Congruenza	124	124	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Autocontrollo Qualità	93	93	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Totale	453	443	10	€ 9.595,00	€ 2.346,50	€ 7.248,50	€ 16,00

Azienda Fondazione Teresa Camplani

Struttura	Tipologia	Pratiche	Conformi	Non conformi	Minor valore	Valore Ambulatoriale	Esito Valore	Minor Valore X cartella
C.d.C. Ancelle della carità	Mirato	100	98	2	€ -	€ -	€ -	€ -
	Autocontrollo Congruenza	42	42	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Autocontrollo Qualità	31	31	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Totale	173	171	2	€ -	€ -	€ -	€ -

Azienda Polo Sanitario Nuovo Robbiani

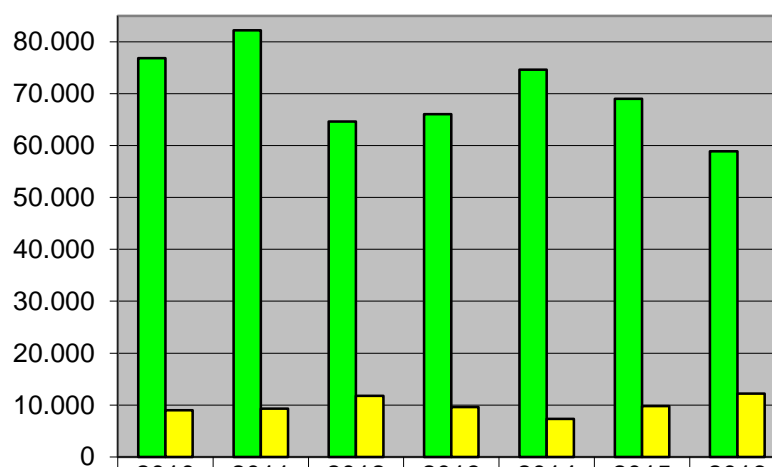
Struttura	Tipologia	Pratiche	Conformi	Non conformi	Minor valore	Valore Ambulatoriale	Esito Valore	Minor Valore X cartella
Polo Sanitario Nuovo Robbiani	Mirato	40	32	8	€ 1.250,00	€ -	€ 1.250,00	€ 31,25
	Autocontrollo Congruenza	13	9	4	€ 300,00	€ -	€ 300,00	€ 23,08
	Autocontrollo Qualità	10	10	0	€ -	€ -	€ -	€ -
	Totale	63	51	12	€ 1.550,00	€ -	€ 1.550,00	€ 24,60

Complessivamente le attività di verifica sulle prestazioni di ricovero condotte nel corso dell'anno 2016 hanno comportato una minor valorizzazione complessiva per le strutture erogatrici della sede territoriale della provincia di Cremona pari ad **euro 336.465**.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale - anno 2016

Nella tabella sono riportati i dati riguardanti le operazioni di controllo sulle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale condotte negli ultimi 7 anni dal Nucleo Operativo di controllo dell'ASL della provincia di Cremona ora ATS Val Padana sede territoriale di Cremona. Le verifiche hanno privilegiato gli aspetti statistico formali in particolare per quel che riguarda il rispetto delle indicazioni riguardanti l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino, la verifica dei record contrassegnati con indicatori al controllo da parte della DGS Regione Lombardia, le prestazioni risultanti dagli incroci con il database delle prestazioni di ricovero. I ricoveri con sopralluogo sono stati incentrati sulla verifica di congruenza tra prescrizione medica, referti attestanti le prestazioni eseguite e rappresentazione nel debito informativo da parte delle strutture, dal 2012 si è proceduto alla verifica di congruenza dei nuovi settings assistenziali relativi alla macroattività chirurgica a bassa intensità (B.I.C.) ed alle macroattività ambulatoriali ad alta complessità assistenziale (M.A.C.)

Anno	Tipologia	Record prodotti	% attesa	Record controllati attesi	Record controllati	% Controllati
2010	controlli statistico formali	1.927.857	3,5	67.475	76.821	4,45
	controlli con sopralluogo				8.994	
	totale				85.815	
2011	controlli statistico formali	1.699.239	3,5	59.473	82.226	5,39
	controlli con sopralluogo				9.319	
	totale				91.545	
2012	controlli statistico formali	1.749.706	3,5	61.240	64.636	4,37
	controlli con sopralluogo				11.798	
	totale				76.434	
2013	controlli statistico formali	1.709.561	3,5	59.835	66.066	4,43
	controlli con sopralluogo				9.608	
	totale				75.674	
2014	controlli statistico formali	1.723.815	3,5	60.334	74.606	4,78
	controlli con sopralluogo				7.818	
	totale				82.424	
2015	controlli statistico formali	1.748.250	3,5	61.189	69.029	4,51
	controlli con sopralluogo				9.814	
	totale				78.843	
2016	controlli statistico formali	1.714.556	3,5	60.009	58.866	4,14
	controlli con sopralluogo				12.187	
	totale				71.053	



■ Controlli amb. statistico Formali	76.821	82.226	64.636	66.066	74.606	69.029	58.866
■ Controlli amb. Con sopralluogo	8.994	9.319	11.798	9.608	7.344	9.814	12.187

Verifiche sulle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale anno 2016

Le attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali, hanno riguardato prevalentemente verifiche statistiche - formali incentrate sul controllo dei record di prestazioni con "indicazione al controllo" secondo quanto previsto dalla DGR X/4702 del 29/12/15.

Si è inoltre proceduto all'incrocio dei database delle prestazioni di ricovero e delle prestazioni ambulatoriali per verificare l'eventuale rendicontazione di prestazioni ambulatoriali eseguite in corso di ricovero o direttamente collegabili ad un episodio di ricovero.

Sono stati controllati 71.053 record di prestazioni ambulatoriali pari al 4,14% della produzione 2015 degli erogatori. L'obiettivo fissato dalle regole di sistema era di almeno 60.009 record da verificare corrispondente al 3,5% della produzione nell'anno precedente.

Nella tabella seguente sono sintetizzate le attività di verifica condotte nel corso del 2016 mediante controlli con sopralluogo.

Struttura	Record controllati	Record modificati	Valore pre controllo	Valore post controllo	Minor valorizzazione
ASST Cremona Presidio Oglio Po	516	0	€ 61.586,27	€ 61.586,27	€ 0,00
ASST Cremona Presidio Cremona	1.526	0	€ 218.512,87	€ 218.512,87	€ 0,00
Sanitas Diagnostica - Crema	735	0	€ 93.758,47	€ 93.758,47	€ 0,00
CdC Figlie di San Camillo	273	0	€ 16.418,32	€ 16.418,32	€ 0,00
CdC San Camillo	76	0	€ 5.896,25	€ 5.896,25	€ 0,00
CdC Ancelle	312	0	€ 16.085,14	€ 16.085,14	€ 0,00
CMD San Lorenzo - Crema	509	1	€ 70.333,63	€ 70.329,03	-€ 4,60
CdC Figlie di San Camillo	1.299	13	€ 458.255,67	€ 457.343,59	-€ 912,08
Sanitas Diagnostica - Crema	1.045	1	€ 53.612,15	€ 53.589,65	-€ 22,50
Nuovo Robbiano - Soresina	533	3	€ 34.037,89	€ 33.975,84	-€ 62,05
Riabilita - FKT Crema	182	5	€ 9.201,80	€ 8.951,20	-€ 250,60
Contact S.r.l.	131	0	€ 7.058,17	€ 7.058,17	€ 0,00
CdC Ancelle	232	1	€ 74.101,13	€ 74.099,58	-€ 1,55
Fond. Ospedale Caimi - Vailate	544	7	€ 14.197,32	€ 14.083,07	-€ 114,25
FKT Sanitas - Soncino	202	0	€ 23.797,01	€ 23.797,01	€ 0,00
Fond. Ospedale Aragona - S. Giovanni in Croce	515	0	€ 14.599,69	€ 14.599,69	€ 0,00
Totale ambulatoriale sul campo	8.630	31	€ 1.171.451,78	€ 1.170.084,15	-€ 1.367,63

Sono stati controllati 3.557 record relativi ai settings assistenziali di più recente introduzione BIC (Chirurgia a bassa intensità assistenziale) e MAC (macroattività ambulatoriale complessa). Le verifiche hanno comportato la mancata conferma di 62 prescrizioni che hanno portato ad una minor valorizzazione complessiva pari a 41.360 euro in incremento rispetto ai dati degli anni precedenti.

Struttura	Tipologia	Record controllati	Record modificati	Valore pre controllo	Valore post controllo	Minor valorizzazione
ASST Cremona - Presidio Oglio Po	BIC e MAC	543	17	€ 590.117,93	€ 576.067,85	-€ 14.050,08
ASST Cremona - Presidio di Cremona	BIC e MAC	804	29	€ 865.836,57	€ 841.106,38	-€ 24.730,19
ASST Crema: Crema e Rivolta 'Adda	BIC e MAC	932	10	€ 958.394,44	€ 956.493,84	-€ 1.900,60
CdC Figlie di San Camillo	BIC	624	0	€ 680.369,43	€ 680.369,43	€ 0,00
CdC San Camillo	BIC	556	6	€ 617.194,03	€ 616.514,82	-€ 679,21
CdC Ancelle	MAC	98	0	€ 112.467,00	€ 112.467,00	€ 0,00
Totale		3.557	62	€ 3.824.379,40	€ 3.783.019,32	-€ 41.360,08

Nella tabella successiva sono sintetizzati i risultati dei controlli statistico - formali condotti nel corso del 2016.

Struttura	Prescrizioni	Modificate	Valore pre controllo	Valore post controllo	Differenza
ASST Crema	20.716	314	€ 1.744.142,02	€ 1.735.538,62	-€ 8.603,40
ASST Cremona	33.263	681	€ 2.967.897,21	€ 2.942.101,46	-€ 25.795,75
CdC Ancelle	828	1	€ 45.045,38	€ 45.034,53	-€ 10,85
CdC Figlie San Camillo	1.301	51	€ 216.924,01	€ 215.312,53	-€ 1.611,48
CdC San Camillo	1.309	64	€ 96.747,48	€ 91.608,23	-€ 5.139,25
CMD San Lorenzo - Crema	424	50	€ 16.096,56	€ 15.444,46	-€ 652,10
Contact Laser - Cremona	7	5	€ 616,05	€ 411,55	-€ 204,50

FKT Riabilita - Crema	18	15	€ 625,70	€ 273,50	-€ 352,20
Fondazione Aragona	140	0	€ 5.396,77	€ 5.396,77	€ 0,00
Fondazione Caimi	105	1	€ 5.315,65	€ 5.288,75	-€ 26,90
Nuovo Robbiani - Soresina	327	7	€ 16.524,59	€ 16.326,34	-€ 198,25
Sanitas Diagnostica - Crema	428	40	€ 27.082,29	€ 26.454,01	-€ 628,28
totale	58.866	1.229	€ 5.142.413,71	€ 5.099.190,75	-€ 43.222,96

Complessivamente le attività di verifica condotte sulle prestazioni ambulatoriali nel corso del 2016 hanno comportato una minor valorizzazione complessiva per le strutture erogatrici della sede territoriale della provincia di Cremona pari ad **euro 85.950,67** con un incremento del 9,6% rispetto ai 78.414,33 euro relativi ai controlli dell'anno 2015.

Le iniziative per l'integrazione delle equipe NOC dei due ambiti territoriali

Nel nuovo scenario prospettato dalla nuova ATS della Val Padana nella quale sono confluite le due precedenti ASL, è diventata fondamentale l'integrazione degli operatori e delle funzioni dei territori accorpati.

Per accompagnare tale cambiamento i gruppi NOC sanitari delle due ex Asl hanno attuato alcune iniziative volte al confronto e all'interscambio, al fine di ottenere una sistematica e coerente interpretazione delle regole, delle codifiche, degli strumenti a disposizione, nonché per condividere la conoscenza degli erogatori di prestazioni presenti nelle due ex aree provinciali.

Le principali iniziative sono state le seguenti.

- **Il Corso "Evoluzione e riqualificazione nell'attività di controllo NOC"**, otto giornate alle quali hanno partecipato tutti i professionisti delle due ex equipe (Mantova e Cremona), oltre ad un confronto sulle modalità in atto presso le due équipes, ha comportato la discussione ed analisi della normativa vigente, delle opportunità/criticità di ogni territorio; la dialettica sulle conoscenze dei territori e l'adozione di una modalità di campionamento e controllo in sede erogatore condiviso.

- **Le sessioni di controllo in integrazione – interscambio:**

In data 26 settembre 2016. Controllo di congruenza presso le ASST di Mantova e Cremona. Controllo senza criticità o disparità di interpretazione. Controllo ha permesso la raccolta di informazioni relative, in particolare, ai DRG di interesse PDTA, ovvero 014 – 559/ 121 – 122/ 316/ 210 ed altri DRG del politrauma/ 110 ed altri DRG di cardiocirurgia.

In data 11 ottobre 2016. Controllo di qualità documentale su autocontrollo presso la ASST di Crema e la Casa di Cura San Clemente – Teresa Camplani a Mantova. Controllati e confrontati tutti gli items previsti dalle regole vigenti, in particolare i consensi informati e loro stesura. Raccolte difformità tra le strutture che, comunque, rispettano i requisiti. Il consenso informato sarà oggetto di valutazione per un miglioramento qualitativo anche per il 2017.

In data 8 novembre 2016. Controllo di congruenza guidata su autocontrollo presso Ospedale di Suzzara Spa e Casa di Cura Figlie di San Camillo. Le pratiche sono state selezionate in base all'interesse locale, ai PDTA, ai criteri NOC. Non sono emerse criticità.

Molto importante è stato il confronto delle esperienze delle due ex ASL di Mantova e Cremona e il modello integrato proposto ha ottenuto consenso anche da parte degli erogatori. Di contro è emerso che i cambiamenti repentini delle regole impongono la necessità di un aggiornamento continuo. Utile la conoscenza delle strutture sanitarie, pubbliche e private di ogni singola provincia. Ottimo il benchmark. Sono emersi anche, attraverso il lavoro di analisi dei dati, pregressi e nuovi, quali ambiti sono maggiormente da indagare, al fine di minimizzare fenomeni che le regole regionali e nazionali vogliono in progressiva diminuzione. Il confronto anche con i dati del PNE hanno dato indicazioni per strutturare un piano dei controlli 2017, al fine del confronto con le strutture e il miglioramento della qualità.

- **Il corso "I PDTA e le Reti di Patologia nell'attuale assetto della ATS della Val Padana"** ha rappresentato un'ulteriore opportunità formativa, promossa dai NOC, finalizzata a realizzare l'integrazione e la riqualificazione del territorio voluta dalla legge di riforma della sanità lombarda. Cinque giornate dedicate alle Reti di patologia e ai PDTA per favorirne la conoscenza nell'ambito della ATS Val Padana. Il corso ha costituito il contesto per l'avvio della revisione dei PDTA vigenti, al fine della adozione di un modello unico per tutto il territorio dell'Agenzia. Hanno partecipato al corso più di 70 relatori appartenenti alle realtà sanitarie pubbliche e private dell'ATS ed una media di 60 discenti

ogni giornata, sempre dell'ambito sanitario citato. I risultati ottenuti, strategici per la qualità dell'offerta sanitaria, sono stati, oltre alla conoscenza ed il dialogo reciproco, la rivisitazione di alcuni PDTA e la loro già realizzata adozione. Inoltre sono emersi punti di forza e criticità che, già sotto attenta valutazione, possono fornire indicazioni utili per la programmazione di cui la ATS è la regista principale.

Ricoveri

La DGR n. 5954 del 05/12/2016, relativa alle regole di sistema per l'esercizio 2017, ribadisce l'importanza della attività di controllo delle prestazioni sanitarie da parte dei NOC delle ATS.

“La Regione Lombardia, sulla base delle risorse disponibili, stabilisce i tetti di spesa annuali per le varie attività di assistenza ed attribuisce ad ogni ATS la quota di competenza, onde consentire ad esse di acquistare, controllare e pagare le prestazioni rientranti nel proprio ambito assistenziale. Le prestazioni sanitarie rese in regime di ricovero ed ambulatoriale, vengono acquistate dalle ATS sulla base di contratti (o convenzioni) di erogazione, per nome e per conto del Sistema Sanitario Lombardo, stipulati con strutture accreditate, sia di diritto pubblico che privato. Le regole cui fanno riferimenti i suddetti contratti in tema di tipo e di volumi di prestazioni, di remunerazione e di modalità di pagamento sono definite annualmente dalla stessa Regione Lombardia: viene così a determinarsi un servizio pubblico (di cui fanno parte Regione, ATS ed Erogatori pubblici e privati) non obbediente a criteri ordinari di mercato bensì a criteri universalistici di erogazione, tendenzialmente gratuita, di prestazioni assistenziali con remunerazione (a tariffa o a funzioni predefinite) a carico dell'erario. Il contratto (o convenzione) che l'ATS stipula con la struttura accreditata è dunque un contratto di diritto pubblico (concessione), i cui elementi costitutivi non determinano una relazione paritetica tra i soggetti: in quest'ambito l'Erogatore viene infatti qualificato dalla giurisprudenza quale concessionario di pubblico servizio.

L'Erogatore, nell'espletamento delle proprie funzioni, si impegna a partecipare agli obiettivi del SSR, rivestendo, con riferimento all'attività svolta, la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. La ATS stipula con l'erogatore un contratto di diritto pubblico. L'erogatore diventa concessionario di pubblico servizio, a pieno titolo chiamato a realizzare gli obiettivi del SSR e pertanto tenuto al rispetto del quadro normativo sanitario nazionale e regionale, nonché dei vincoli impostigli dalla Pubblica Amministrazione sullo stesso tema”.

In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. 5954 del 05/12/2016, che conferma quanto già stabilito dalla DGR n. 4334/2012 e ripreso dalle DGR n. 1185/2013 e 2989/2014 in tema di verifica delle prestazioni sanitarie di ricovero, anche per il 2017 si prevede il mantenimento della quota di controllo raggiunta nel corso dei precedenti esercizi, al fine di raggiungere il valore complessivo del 14%, il quale risulterà così composto:

- quota fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010), selezionata con le modalità di campionamento casuale sulla produzione del primo trimestre 2017 e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte dell'ASL;
- quota di almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- quota fino al 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata con criteri di campionamento definiti dai soggetti erogatori sulla produzione del primo semestre 2017.

La DGR n. 5954 del 05/12/2016 chiarisce che la regola a suo tempo definita circa la non ammissibilità di controlli ripetuti sulla stessa pratica di ricovero o ambulatoriale (controllo doppio) aveva significato non perentorio, finalizzato esclusivamente all'obiettivo di promuovere un ordine ed un'eshaustività dell'attività di controllo da ottenersi prioritariamente nel corso di un unico episodio ispettivo.

Ne risulta quindi che in casi particolari, in cui emergessero elementi nuovi e rilevanti che rendessero necessario verificare ipotesi di opportunismo nelle modalità di rendicontazione, risulta all'opposto doveroso riesaminare pratiche già controllate.

Raccomandazioni comuni ai controlli sui ricoveri e sulla specialistica ambulatoriale

- Il preavviso della visita ispettiva e la trasmissione degli elenchi delle pratiche soggette a controllo non può essere inoltrato dalla ATS alla struttura prima delle 48 ore precedenti il controllo e che il preavviso non è più da considerarsi obbligatorio (DGR 4799/2007);
- L'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di errori che superano la soglia statistica di significatività del 5%;
- Alla fine del controllo, qualora si ravvedono le condizioni per irrogare la sanzione amministrativa, la struttura deve essere informata formalmente;
- La non sospensione del controllo a seguito di "interpello" alla Direzione Generale Welfare, così come previsto dalla Circolare n. 37/SAN/2003 e con le modalità introdotte dal DDGS n. 4304 del 13.05.2011, privilegiando, nel caso di contestazione, l'interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ATS;
- L'attuazione, come previsto dalla LR n. 8/2007, della sovra-territorialità della funzione di controllo prevedendo la possibilità che le ATS verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ATS, superando la previsione del DDG n. 1375/05 e della DGR n. VIII/3776/2006 in tema di controlli tra territori vicini.

Autocontrollo di congruenza

Oggetto dell'autocontrollo di congruenza saranno le cartelle cliniche prodotte nel primo semestre dell'anno solare 2017 (gennaio-giugno), 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 4% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2016 e sarà tempestivamente comunicato dall'ATS della Val Padana alle Aziende interessate.

Le strutture di ricovero provvedono, entro il 31 gennaio 2017, ad inviare alla ATS un Piano di Controllo Aziendale in cui siano esplicitati in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate nel pieno rispetto del quadro normativo regionale. Si sottolinea che i Piani di controllo aziendali sono soggetti alla approvazione da parte dell'ATS e che le attività relative all'autocontrollo di congruenza non possono esaurirsi con le verifiche implementate negli anni passati allo scopo di correggere gli errori più frequenti in sede di prima trasmissione della SDO col debito informativo.

Si ritiene pertanto opportuno che una quota significativa delle verifiche sia condotta su fattispecie che hanno presentato criticità di codifica nel corso degli anni precedenti e relative a SDO che siano già state trasmesse in Regione cogliendo appieno le opportunità offerte da questa modalità di autocontrollo. A tal proposito si ricorda che, come già anticipato con la DGR n. IX/4334/2012, tutta l'attività svolta in autocontrollo da parte degli erogatori, seguita poi da verifica di concordanza da parte delle ATS, non sarà soggetta a possibilità di sanzione, in applicazione del principio del "ravvedimento operoso". Detto principio è da intendersi applicabile però solo nel caso in cui l'esito di concordanza ATS/Erogatore sia positivo.

Si precisa che in caso di concordanza negativa, si procederà all'estensione della verifica all'intera produzione disponibile nell'ambito dello stesso episodio ispettivo, l'estensione riguarderà almeno le fattispecie di errore riscontrate nel mini-campione di concordanza; in questo caso, se ne incorrono gli estremi, si procederà quindi anche alla sanzione amministrativa. In caso di concordanza positiva, sarà invece cura della struttura di ricovero operare le correzioni per l'anno solare in corso, nei tempi previsti (fino al 15 febbraio 2018), esclusivamente per la quota che eccede il 4% autocontrollato.

L'elenco delle cartelle selezionate dall'Erogatore sarà inviato mensilmente alla ATS di appartenenza, in considerazione del fatto che le stesse saranno individuate man mano con il procedere delle produzioni. I suddetti elenchi non potranno comprendere cartelle già controllate dalle ASL o oggetto di futuri controlli già ufficialmente comunicati. Nel caso in cui si verificassero sovrapposizioni tra le pratiche selezionate dall'Erogatore e quelle campionate dalle ATS nel corso delle consuete verifiche di congruenza, sarà facoltà delle stesse ATS disporre eventualmente la sostituzione, ad opera della struttura di ricovero, di parte del

campione selezionato. Si sottolinea che non sono ammesse correzioni in Regione (tramite il consueto flusso SDO) da parte degli Erogatori, a fronte degli esiti di autocontrollo (congruenza e qualità documentale), si chiarisce che il suddetto divieto si rifà ad un principio generale secondo cui le correzioni/cancellazioni operate dalle Strutture sanitarie sulla propria produzione nei termini previsti, non sono ammesse sulla quota parte di prestazioni sanitarie (di ricovero e di specialistica ambulatoriale) oggetto di verifica da parte delle ATS, entrando le stesse nell'esclusiva disponibilità dei NOC per quanto attiene modifiche e correzioni; ciò sin dal momento stesso dell'invio agli Erogatori dell'elenco di prestazioni campionate e fino alla conclusione degli episodi ispettivi, i cui esiti (con le relative modifiche) devono essere trasmessi in Regione esclusivamente ad opera della ATS. Gli esiti della descritta attività, dovranno pervenire alla ATS di appartenenza entro il 30 settembre 2017, la quale procederà quindi alla verifica di concordanza sugli esiti prodotti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la consueta scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (10 marzo 2018).

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 settembre 2016), avverrà invece secondo quanto indicato alla Circolare prot. n. H1.2013.0022981 del 02.08.2013 tenendo conto di quanto indicato nell'allegato A della DGR 2313 del 01/08/2014.

Si richiamano quindi tutte le Strutture di Ricovero e Cura coinvolte nella suddetta attività ad un puntuale e scrupoloso rispetto delle indicazioni tecniche fornite dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia attivandosi per le necessarie verifiche sui protocolli impiegati dai propri supporti informativi, se esistenti, o per la loro necessaria implementazione.

Autocontrollo della qualità documentale

L'attività di autocontrollo è rivolta al soddisfacimento del requisito di completezza della compilazione della cartella clinica come previsto dal Manuale della Cartella clinica (II ed. 2007) e dalle DGR n. 1007/2009 e 621/2010 Per il campionamento delle pratiche oggetto di autocontrollo della qualità documentale permarrà anche per quest'anno la modalità di campionamento casuale da operarsi da parte della ATS, che utilizzerà come riferimento per detto campionamento la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare (gennaio - marzo 2017).

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2016.

L'Erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente, entro il 30 settembre 2017.

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 marzo 2018).

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

Consenso informato

Deve essere acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio. Deve essere datato e firmato dalla persona assistita, deve essere completo e deve contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico. Nel caso di un minore o di persona non in grado di firmare devono essere inclusi moduli esplicativi che identifichino le persone che danno il consenso.

Consenso informato alla trasfusione per la chirurgia elettiva

il consenso deve essere presente (completo e firmato sia dal paziente che dal medico) *anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata; ciò a tutela del principio che il consenso sia prestato dal paziente prima del verificarsi dell'evento trasfusivo.*

Al fine di fornire agli organi di controllo delle ATS un indicatore certo della correttezza del processo informativo del paziente, escludendo quindi dalla verifica descritta tutti i casi in cui essa risulterebbe non pertinente (es. chirurgia dermatologica in anestesia locale ecc.), si suggerisce che gli Erogatori forniscano alle ATS i propri documenti MSBOS ("Maximum Surgical Blood Order Scheduling", ovvero quantità massima di sangue/emocomponenti richiedibile per intervento chirurgico), ritenendo che la "non pertinenza" del consenso informato alla trasfusione in chirurgia elettiva, sia deducibile per tutti gli interventi in cui l'MSBOS non preveda l'opportunità della richiesta di emocomponenti.

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

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

Consenso per minori

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

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

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

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

Esame obiettivo all'ingresso

Deve essere orientato all'esame dei diversi sistemi specie quelli correlati alle motivazioni del ricovero, è assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione del pronto soccorso (in tempi brevi). Inoltre è valido anche il questionario anamnestico auto compilato dalla persona assistita, il quale deve essere sempre firmato dal medico che ne prende visione. Si ricorda che la grafia, nel caso la cartella clinica sia compilata a

mano, deve essere facilmente leggibile, l'uso di sigle è possibile solo qualora sia conforme a standard internazionali o ufficialmente approvati dall'azienda ospedaliera.

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

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

Lettera di dimissione

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

1. Circostanze, motivo del ricovero;
2. Iter diagnostico –terapeutico e accertamenti significativi;
3. Modificazioni del quadro clinico dalla ammissione alla dimissione;
4. Terapia farmacologica attuale;
5. Terapia successiva alla dimissione ed istruzioni di follow-up;
6. Eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie o sociali;
7. Suggestimenti su abitudini di vita.

Documentazione cartella anestesilogica

Tale documentazione racchiude le valutazioni relative a:

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

Verbale operatorio

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

Cartella riabilitativa

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

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

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

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

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

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

Verifiche di concordanza

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

Controlli di Congruenza

L'attività di controllo sarà effettuata sia sulla *produzione dell'anno in corso (2017)* sia su quella dell'anno precedente (2016) allo scopo di uniformare le modalità di campionamento e le singole pratiche saranno valutate sia con i criteri della appropriatezza che della congruenza, nonché con la verifica dei requisiti essenziali della cartella clinica, di cui alla DGR VIII/9014/2009 e alla DGR 621/2010, parte integrante del controllo.

Nella scelta delle cartelle per il controllo della congruenza mirata *il peso medio del DRG delle cartelle controllate non sarà inferiore a 1,3.*

Al fine di uniformare l'omogeneità nel campionamento per i DRG 365, 430, 270, 104, 014,428, 260, 256, 443,149,266 la frazione di campionamento non dovrà essere superiore a quanto indicato nella seguente tabella

DRG	% Campionamento
365	fino a 11%
430	fino a 12%
270	fino a 24%
104	fino a 16%
014	fino a 9%
428	fino a 14%
260	fino a 14%
256	fino a 5%
443	fino a 16%
149	fino a 7%
266	fino a 19%

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

DRG	% Campionamento
169	superiore al 46%
408	superiore al 23%
576	superiore al 12%
359	superiore al 8%

Il Piano dei controlli quadro elaborato per l'anno 2017 da parte dell'Agenzia del Controllo del sistema socio-sanitario lombardo precisa inoltre che *a partire dalle attività di verifica dell'anno 2017 i NOC dovranno*

effettuare sempre la verifica sulla completezza della documentazione sanitaria in base a quanto previsto dalla DGR 1007/2009 e dalla DGR 621/2010 prima di procedere ai controlli di congruenza.

La DGW a tal scopo modificherà il flusso mensile di rendicontazione della congruenza mirata in modo da poter identificare contestualmente l'esito del controllo sulla completezza documentale.

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

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

Nel corso dell'anno di esercizio 2017 verrà dato rilievo ai controlli dei DRG afferenti alle reti di patologia (STROKE, STEMI, patologie nefrologiche, neoplasie della mammella e del sistema emolinfopoietico). Tra gli obiettivi prioritari si pone la valutazione della appropriatezza assistenziale dell'offerta anche secondo una logica basata sul benchmarking tra le strutture provinciali, da sviluppare e concretizzare nel tempo non solo in ambito di controllo, ma anche attraverso la contrattazione di obiettivi specifici di miglioramento con i singoli erogatori.

I criteri sui quali si intende svolgere l'attività di controllo del 2017 relativa alla produzione dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:

1. Analisi del case mix del singolo presidio ospedaliero.
2. Individuazione dei primi 20 DRG più frequenti valutata secondo la numerosità e la comparazione produttiva tra strutture, come già negli anni precedenti.
3. Individuazione dei DRG con 2 o meno casi/mese (da non campionare anche se inclusi nei 108 a rischio di inappropriata).
4. Individuazione dei 108 DRG a rischio di inappropriata, con particolare riguardo per quelle strutture che supereranno il valore soglia del 22% nel rapporto tra ricoveri ordinari afferenti a tali DRG rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DRG.
5. Individuazione dei DRG appartenenti ai PDTA REL – ROL – STROKE – STEMI – RENE (si controlla la numerosità intera). Ciò al fine di verificare la corretta codifica, la qualità ed esaustività della cartella clinica, ricostruire il percorso di diagnosi e cura del paziente insieme agli specialisti.
6. Individuazione dei DRG che influiscono sul PDTA donazione (protesi – trapianto di cornea, dimissione con decesso).
7. Verifica di tutti i DRG 120, 217, 440 con MPR 86.22 "rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione" e durata della degenza uguale o superiore a 6 giorni.
8. Verifica a campione delle SDO in cui è presente il codice 86.22 tra le procedure, sottolineando in proposito che il codice di procedura 86.22, come già chiarito nella DGR n. IX/2057/2011, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria. Le procedure mediche e di toelette chirurgiche, eseguite al letto del paziente, devono essere codificate invece con il codice 86.28 "rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione". La rimozione asportativa di cui al codice 86.22 e l'asportazione definitiva di tessuto cutaneo e/o sottocutaneo devitalizzato, necrosi o depositi, per tramite di un'incisione (taglio) estesa all'esterno ed oltre il margine della ferita: la relativa documentazione clinica deve render conto della procedura effettuata, per la quale deve corrispondere una descrizione "dettagliata" sul verbale di intervento.
9. Verifica dei DRG 120, 217, 439 in abbinamento con i codici di prestazione 86.66, 86.67 e 86.69 relativi all'impiego di innesti e di sostituti dermici, per i quali la tariffa ordinaria prevista a partire dalla terza giornata di ricovero è orientata a sostenere gli oneri riconosciuti necessari per il trattamento di situazioni di particolare fragilità e complessità, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica da parte del Nucleo Operativo di Controllo.
10. Verifica della corretta applicazione di quanto previsto:

- dalla DGR 2989/2014 per procedure chirurgiche (MPR) di cui all'allegato B sub-allegato 8, "Revisione Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza" di cui alla DGR n.X/1185/2013",
 - dalla DGR 1185/2013, Allegato 3 - Sub Allegato A, "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza", in particolare per quanto riguarda l'utilizzo del regime di ricovero diurno in ambito odontoiatrico;
 - e altresì dalla DGR n. VIII/3111 del 1° agosto 2006 relativamente al rispetto dei criteri di inclusione nei LEA odontoiatrici, così come definiti.
- 11.** Verifica della produzione residuale effettuata in regime diurno nelle Strutture che hanno mantenuto i letti di Day-Hospital medici negli assetti accreditati.
 - 12.** Verifica dei DRG di patologia neonatale (DRG 385, 386, 387, 388, 389, 390) con durata della degenza superiore a 3 giorni, con costante monitoraggio dell'andamento della durata delle degenze nella suddetta tipologia di ricoveri, come indicato nella DGR 3976 del 06/08/2012.
 - 13.** Controllo a campione dei DRG la cui MDC non sia congruente con il reparto di dimissione, relativamente ai ricoveri in cui non si siano verificati trasferimenti del paziente da altro reparto.
 - 14.** Verifica dei DRG chirurgici prodotti da reparti di Medicina.
 - 15.** Individuazione DRG ad alto peso, in particolare se fenomeni di nuova produzione ed emergenti per ogni struttura;
 - 16.** Interesse locale per criticità evidenziate in precedenti sessioni di controllo;
 - 17.** Individuazione dei DRG con diagnosi complicanti per verifica della evidenza in cartella del maggior assorbimento di risorse relativo alle stesse diagnosi secondarie complicanti. Nella estrazione del campione si terrà conto del documento scientifico elaborato da parte della "Agenzia del controllo Socio Sanitario" che prende in esame l'andamento, negli ultimi 6 anni, dei trend relativi alle coppie DRG complicato/DRG non complicato su tutto il territorio regionale, allo scopo di evidenziare le aree di disomogeneità meritevoli di approfondimento da parte dei NOC.
 - 18.** Monitoraggio di tutte le aree di applicazione delle regole di sistema e delle successive indicazioni regionali.
 - 19.** Verifica di SDO estratte sulla base delle pratiche non confermate e delle eventuali prescrizioni verbalizzate nel corso dei controlli effettuati nell'anno 2015.
 - 20.** Verifiche di ambiti di interesse in relazione al nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario previsto dalla L.R. 23/2015, nell'ambito del processo di riqualificazione ed evoluzione dell'attività di controllo nella nuova ATS (neurochirurgia, cardiocirurgia, ecc.).
 - 21.** Verifiche dei ricoveri con modalità di dimissione "trasferimento ad altra struttura per acuti" in particolare per quei casi in cui la struttura accettante appartiene alla stessa ASST che trasferisce.

Attività di verifica delle prestazioni di ricovero in DH, in particolare nella disciplina di "Dermatologia"

Le valutazioni propedeutiche al Piano dei Controlli Quadro della ACSS della Regione Lombardia hanno evidenziato che, nel corso degli anni, si è assistito ad un utilizzo dei Day Hospital (DH) da parte degli erogatori talvolta improprio, limitandosi ad una visione parcellare della normativa attualmente vigente (DGR 2645/2006 e DGR 3111/2006). Ciò ha condotto ad un ricorso inappropriato del DH che non sempre ha soddisfatto i requisiti minimi previsti dalle DGR su citate. Nell'attività di controllo 2017, pertanto, si provvederà alla verifica della contestuale applicazione della normativa in riferimento ai DH, in particolare a quelli dermatologici, al fine di valutarne i criteri di appropriatezza."

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

La Deliberazione 1185 del 20/12/2013 dispone di modificare in parte i criteri di accesso del paziente alle cure sub-acute individuati dalla DGR n. IX/1479/2011, rivedendo al contempo gli item (e i relativi punteggi) utili alla determinazione dell'Indice di Intensità Assistenziale. Le verifiche condotte sui ricoveri prodotti nel corso del 2016, tenendo presenti le modifiche introdotte, verteranno principalmente su:

A. Appropriatazza dei ricoveri:

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

B. Qualità documentale della cartella clinica con particolare riguardo alla presenza ed alla consistenza del Piano di Assistenza Individuale(PAI)

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

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

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

Le attività di verifica condotte nel corso del 2016 dovranno tener conto del processo di riorganizzazione e verteranno sui seguenti punti:

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

Diagnosi principale

La diagnosi principale deve essere descrittiva del quadro clinico che ha determinato il maggior assorbimento di risorse e coerente con il progetto riabilitativo svolto durante il ricovero. Tale diagnosi può essere costituita da un codice di postumo o di patologia o di segno o sintomo o di fattori che influenzano lo stato di salute. Per esempio le sostituzioni articolari maggiori genereranno codici V43. _.

Diagnosi secondarie

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

Procedure

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

Dimissioni

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

Verifica della presenza e consistenza Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

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

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

La procedura di verifica si articolerà nei seguenti punti:

3. Valutazione della qualità documentale della cartella clinica secondo quanto previsto dall'allegato 3 della DGR 9014/2009.
4. Verifica che l'inizio del trattamento riabilitativo avvenga al massimo entro il giorno successivo all'ingresso.
5. Verifica che la dimissione del paziente avvenga entro il giorno successivo all'ultimo trattamento riabilitativo.
6. 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.
7. 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.

Prestazioni ambulatoriali anno 2017

Per le attività di specialistica ambulatoriale è prevista, per il 2017, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche.

La quota attesa di controlli sulle prestazioni ambulatoriali è calcolata considerando il 3,5% del totale delle prescrizioni a carico del SSR dell'anno precedente all'esercizio in corso.

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

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

Il Piano dei controlli quadro stilato dalla Agenzia di controllo del Sistema socio-sanitario lombardo ha espresso le seguenti raccomandazioni relative ai controlli sulla specialistica ambulatoriale sulle seguenti aree di interesse regionale.

Area Odontostomatologia – Chirurgia Maxillo facciale

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

Per questa area saranno sottoposti a verifica almeno il 10% dei record di prestazioni prodotti nel corso dell'anno precedente.

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

Si procederà alla verifica di almeno il 10% dei record di prestazioni di Medicina fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi e del 50% dei record di MAC riabilitative erogate dalle Strutture sanitarie pubbliche e private della ATS Val Padana al fine di verificare l'aderenza ai contenuti della DGR 3111/2006 e s.m.i. per le prestazioni ambulatoriali semplici, mentre per le Mac si procederà alla verifica del setting assistenziale e del rispetto dei protocolli concordati con l'ATS.

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

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

Ulteriori ambiti di controllo

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

- diagnostica per Immagini ad alto impatto economico (TC e RM rachide, spalla e ginocchio per patologie degenerative dell'apparato muscolo scheletrico), secondo i disposti della DGR 2313/2014;
- indagini di genetica medica di laboratorio, per gli aspetti di appropriatezza prescrittiva stabiliti dalla DGR 4716 del 23/01/2013, al fine di verificare gli aspetti di appropriatezza clinica e prescrittiva di prestazioni ad

alto impatto economico ed in una logica di continuità delle azioni di collaborazione o di correzione rivolte ai soggetti prescrittori;

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

Visite ripetute in Pronto Soccorso

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

Paziente che abbandona il PS durante gli accertamenti

Verranno individuati nel flusso 6/san i pazienti per quali nel campo esito trattamento è stato indicato il codice 6 (il paziente abbandona il PS prima della visita e 7 (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica) per verificare l'effettiva effettuazione delle prestazioni rendicontate in circolare 28/san.

Verifiche di tipo statistico formale

Gli indicatori proposti nella DGR 12692/2003 che hanno guidato i controlli di tipo statistico formale nel corso degli ultimi anni sono stati incrementati con nuovi indicatori a partire dai controlli effettuati nell'anno 2010 e saranno utilizzati anche nel corso dell'anno 2017 per scansionare la produzione ambulatoriale.

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

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

1. Il codice 91.36.5 (estrazione DNA/RNA), ricompreso nelle prestazioni di Biologia molecolare.
2. 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".
3. 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.
4. Data una determinata "data contatto" verrà verificato che l'assistito nella stessa data non risulti ricoverato in degenza ordinaria per acuti o riabilitazione.
5. Data una determinata "data contatto" verrà verificato che l'assistito non risulti deceduto precedentemente a tale data.
6. Dato un determinato "codice medico prescrittore", data una determinata "data compilazione" verrà verificato che lo stesso medico non risulti cessato precedentemente a tale data.
7. 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. (Prima visita neurologica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi)
- c. 89.7B.5 (Prima visita odontostomatologica) e 98.01 (Rimozione corpo estraneo intraluminale dalla bocca senza incisione)
- d. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.11 (Rimozione corpo estraneo intraluminale dall'orecchio senza incisione)
- e. 98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.12 (Rimozione corpo estraneo intraluminale 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 intraluminale 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 intraluminale dalla vagina senza incisione)
- j. 89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.71 (Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino)

Macroattività chirurgica a bassa complessità assistenziale:

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

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

Attività anno 2016 ambito di Cremona

L'attività di autorizzazione, vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie svolta nell'anno 2016 si suddivide in 2 parti:

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

Per quanto riguarda il punto 2 l'attività è stata distribuita uniformemente tra gli erogatori pubblici e privati accreditati. In tabella è evidenziata la tipologia di struttura oggetto di sopralluogo e la tipologia di ispezione (documentale, strutturale, impiantistica) e in particolare sono indicate quelle ispezioni che hanno generato delle prescrizioni. Le verifiche di dette prescrizioni sono state in parte già effettuate, negli altri casi saranno controllate nell'anno 2017.

Tabella 1 Dettaglio dei sopralluoghi effettuati per nuove istanze di accreditamento nell'anno 2016

Descrizione struttura	Motivazione
ASST Cremona: Presidio di Soresina	Verifica requisiti di accreditamento a seguito di voltura da ASST Crema a ASST Cremona
Poliambulatorio TOTEM Crema	Richiesta attivazione punto prelievo (istanza rigettata)
Casa di Cura San Camillo	istanza ampliamento branca specialistica ginecologia

**Tabella 2 - Riepilogo attività vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti
minimi di accreditamento anno 2016**

Descrizione struttura/attività oggetto di controllo	Numerosità sopralluoghi effettuati	Verifiche documentali e strutturali	Verifiche impiantistiche	Prescrizioni
Aziende Socio Sanitarie Territoriali	8	8	8	8
Case di Cura Private Accreditate	3	3	3	3
Poliambulatori privati accreditati	12	12	11	9
Strutture Residenziali/Semiresidenziali Psichiatriche private accreditate	8	8	7	4
Unità di Raccolta AVIS	2	2	0	1
TOTALE	33	33	29	25

Tabella 3 - Rete di offerta sanitaria presso l'ASL di Cremona

Tipologia	Denominazione Ente	Distretto	Comune
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona: OSPEDALE DI CREMONA	CREMONA	Cremona
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Casa di Cura Ancelle della Carità	CREMONA	Cremona
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Figlie di San Camillo	CREMONA	Cremona
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Casa di Cura San Camillo	CREMONA	Cremona
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Casa di Cura Contact	CREMONA	Cremona
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Ambulatorio di FKT Mavis Servizi	CREMONA	Pizzighettone
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona: POLIAMBULATORI SPECIALISTICI	CREMONA	Cremona
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Nuovo Robbiani	CREMONA	Soresina
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Ambulatorio di Medicina Sportiva S. Agostino	CREMONA	Cremona
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Centro Diurno Gamma e Gamma 2	CREMONA	Cremona
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità psichiatrica residenziale "La Ginestra"	CREMONA	Pieve San Giacomo
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Soc. Coop. Varietà: Comunità di NPI Fiever e Fiever 2	CREMONA	Cremona
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità di psichiatria Varietà	CREMONA	Crotta d'Adda
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità psichiatrica e Centro Diurno Fondazione Vismara De Petri	CREMONA	San Bassano
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema: PRESIDIO DI CREMA	CREMA	Crema
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Centro Medicina Sportiva "Città di Crema"	CREMA	Crema
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	San Lorenzo	CREMA	Crema
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Sanitas Diagnostica	CREMA	Crema
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Fondazione Caimi	CREMA	Vailate
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Centro Medicina Sportiva "San Martino"	CREMA	Soncino
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema: POLIAMBULATORIO DI CASTELLEONE	CREMA	Castelleone
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema: POLIAMBULATORIO DI PANDINO	CREMA	Pandino
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema: POLIAMBULATORIO DI SONCINO	CREMA	Soncino
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema: PRESIDIO SANTA MARTA	CREMA	Rivolta d'Adda
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema: PRESIDIO CURE SUBACUTE DI SONCINO	CREMA	Soncino
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Fisiokinesiterapia Sanitas	CREMA	Soncino
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Riabilita Fisiokinesiterapia Crema	CREMA	Crema
Struttura privata accreditata e contrattualizzata	Comunità psichiatrica Redancia Po s.r.l.	CREMA	Crema
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Aragona	CASALMAGGIORE	San Giovanni in Croce
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona: OSPEDALE OGLIO PO	CASALMAGGIORE	Vicomosciano
Struttura pubblica	Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona: POLIAMBULATORI SPECIALISTICO EXTRAOSPEDALIERO	CASALMAGGIORE	Casalmaggiore
Poliambulatorio privato accreditato e contrattualizzato	Interflumina Centro di Medicina dello Sport	CASALMAGGIORE	Casalmaggiore

Attività anno 2016 ambito di Mantova

Nel 2016, l'attività ha previsto:

- la processazione delle istanze di autorizzazione/accreditamento entro i termini previsti dalle vigenti normative, in attuazione alla LR 33/2009 e LR 23/2015, ed in linea con le indicazioni della DGR n. X/2989/2014;
- la valutazione, con produzione di apposita check list, della richiesta di apertura di Attività di prelievo, in attuazione della DGR n. X/2989/2014, ed espressione di parere favorevole per due Attività;
- l'effettuazione di procedimenti documentali e sopralluoghi ispettivi per rimodulazione di spazi ed assetti accreditati, legati ad effettuazione di lavori di adeguamento strutturale in locali già precedentemente accreditati;
- la verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento in UU.OO./macroattività di tutti i Presidi di ricovero e cura della Provincia, in strutture ambulatoriali non recentemente ispezionate ed in strutture che avevano presentato criticità negli anni precedenti. Durante l'attività di vigilanza si è posta particolare attenzione ai requisiti specifici ed ai requisiti tecnologici e strutturali generali SGTECO2 (presidi antiincendio), SGTECO4 (sicurezza elettrica ed apparecchi elettromedicali). In un PS/DEA, durante il sopralluogo, si è presa visione anche della presenza delle dotazioni tecnologiche, strutturali e di arredi descritti nel relativo Piano di Gestione del Sovraffollamento.

L'attività 2016 si è articolata come indicato nelle seguenti tabelle A e B:

A) Nuove attività/modifica di Strutture

Descrizione struttura	Motivazione
A.O. Poma - Presidio di Asola e Bozzolo - Stabilimento di Asola	Istanza di Autorizzazione all'esercizio ed accreditamento della nuova sede dell'Ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitazione della U.O. Poliambulatorio
A.O. Poma - Presidio di Mantova	Istanza di Autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento di nuovo Punto Prelievi Esterno, afferente allo SMEL 455 del Presidio Ospedaliero di Mantova, posto in struttura dedicata nel comune di Porto Mantovano (MN) in strada Kennedy F.lli n. 73/C
A.O. Poma - Presidio di Mantova - UO Terapia Intensiva	Accreditamento nuova sede per trasferimento in locali sottoposti ad adeguamento strutturale
Laboratorio GAMMA - Attività di Prelievo Ceresara	Comunicazione nuova attività
ASST Cremona – Presidio Oglio Po - Attività di Prelievo Dosolo	Comunicazione nuova attività

B) Mantenimento dei requisiti/altro

Struttura/attività oggetto di controllo	Totale sopralluoghi effettuati	Motivo del sopralluogo		
		Mantenimento Requisiti aut. ed accreditamento	Sistema Trasfusionale	Adeguamento strutturale ex DGR 898/2010 e rimodulazioni/variazioni spazi accreditati
ASST Mantova	14	14	0	0
ASST Cremona	2	2	0	0
Strutture di ricovero e cura private accreditate	10	10	0	0
Poliambulatori privati accreditati	1	1	0	0
SMeL privati accreditati	0	0	0	0
Strutture termali	0	0	0	0
Unità Raccolta AVIS	10	10	0	0
Totale	37	37	0	0

In sintesi, nell'anno si sono verificati i requisiti di autorizzazione e di accreditamento in 43 strutture/macroattività, per un totale di 49 sopralluoghi.

Non sono state comminate diffide e/o sanzioni amministrative per mancato rispetto di requisiti di accreditamento. Le altre verifiche si sono concluse con esito positivo, in alcuni casi a seguito interventi di adeguamento e successiva rivalutazione.

Sono, inoltre, stati deliberati 3 provvedimenti, uno dei quali per variazione Ragione Sociale e denominazione Ente Gestore e Struttura.

Attività di vigilanza e controllo sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie prevista per l'anno 2017

Per l'anno 2017 si conferma l'effettuazione delle verifiche periodiche sulle Unità di offerta con particolare attenzione a quelle strutture presso le quali sono state date prescrizioni non ancora verificate nel corso del 2016.

Oltre a ciò nel corso dell'anno 2017 sarà programmata la seguente attività di controllo:

Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta Sangue ed Emocomponenti:

entro la fine dell'anno, dovrà essere completata, su tutte le strutture della Rete Regionale insistenti sul territorio dell'ATS della Val Padana la verifica post-riclassificazione, prevista con frequenza bi-annuale, per il mantenimento dei requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 (recepito con DGR n. 3465/12), e successive modifiche ed integrazioni (vd. in particolare il DM Salute del 02.11.2015), allo scopo di garantire ai massimi livelli possibili, qualità e sicurezza nell'uso del sangue e degli emocomponenti.

- Indicatore: esecuzione del 100% delle verifiche previste

Verifica puntuale sul possesso degli specifici titoli abilitanti per i vari profili professionali del personale sanitario impiegato nelle Strutture sanitarie, con particolare riferimento alla copertura di ruoli apicali e/o di rilevanza strategica nella organizzazione aziendale ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente (a partire dalla DGR 38133/98 e successive integrazioni e modificazioni).

Verrà data prevalente attenzione all'esame delle posizioni di nuova nomina, alle UO oggetto di istanza / comunicazione / intervento programmato ovvero su richiesta, alle strutture non recentemente ispezionate, a quelle che hanno evidenziato negli anni precedenti criticità di carattere gestionale.

Servizi di Medicina di Laboratorio:

sulla scorta delle segnalazioni periodiche inviate alle ATS da parte del Centro di Riferimento regionale per la qualità degli SMEL, sulla partecipazione, e relativi esiti, ai programmi di Valutazione Esterna della Qualità dovrà essere attuato un piano di monitoraggio nei confronti degli SMEL presenti nel territorio con evidenza documentale delle verifiche regolarmente effettuate e degli atti conseguenti eventuali.

- Indicatore: esecuzione di almeno tre verifiche annuali per ogni SMEL territoriale

Riclassificazione delle Unità di Offerta Cure Palliative ai sensi della DGR n. 5918/16.

Coerentemente al disposto deliberativo ed alle indicazioni operative pervenute, nel corso dell'anno 2017 si provvederà alla verifica del possesso dei nuovi requisiti necessari per la prosecuzione dell'erogazione delle attività previste secondo la tempistica indicata nella già citata DGR 5918 presso tutti gli erogatori che presenteranno istanza di riclassificazione.

- Indicatore: verifica dei requisiti presso il 100% delle strutture che hanno presentato domanda

Governo della domanda: avvio della presa in carico dei pazienti cronici e fragili (DGR 30/1/2017 – n. X/6164)

Nel corso dell'anno 2017 si provvederà alla verifica dei requisiti previsti dalla norma secondo le indicazioni e la tempistica successivamente comunicata da Regione Lombardia.

- Indicatore: verifica de requisiti presso il 100% delle strutture che hanno presentato domanda

Trasferimento dei compiti di istruttoria e autorizzazione delle attività sanitarie autorizzate sin qui in capo al Dipartimento di Prevenzione Medica

A seguito della approvazione del nuovo POAS i compiti relativi alla gestione di tali istanze nonché la verifica periodica del mantenimento dei requisiti transiteranno dal Dipartimento di Prevenzione Medica al Dipartimento PAAPSS che si farà carico della nuova attività.

Assistenza farmaceutica

La legge regionale n. 23 “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo” ha profondamente innovato l’organizzazione del sistema regionale.

La costituzione delle ATS ha comportato, anche in sede locale, una riorganizzazione territoriale che ha unificato le aree già di competenza delle ASL di Mantova e Cremona.

Per tale motivo, anche nella predisposizione del piano dei controlli per quanto attiene alla farmaceutica, si pone l’esigenza di integrare ed armonizzare, nel limite del possibile, attività storicamente articolate in maniera non omogenea, stante la complessità della materia e la peculiarità dei singoli servizi.

Nel corso degli anni si è assistito ad un incremento progressivo del consumo dei farmaci determinato da una serie di fattori, tra i quali hanno avuto maggiore rilevanza l’innalzamento dell’età media della popolazione e l’aumento dell’incidenza delle patologie croniche.

Va ricordato infatti che la popolazione residente di età maggiore/uguale a 65 anni rappresenta il 24% del totale e quella di età maggiore/uguale a 85 il 4%; inoltre, dall’anno 2000, si è registrato un ulteriore invecchiamento della popolazione con un aumento del 2,9% degli ultrasessantacinquenni, del 3% degli ultrasessantacinquenni e dell’1,1% degli ultraottantacinquenni.

A tale fenomeno, non sempre ha corrisposto un proporzionale aumento della spesa che, al contrario, ha registrato una complessiva contrazione negli ultimi anni per effetto delle misure messe in atto sia a livello nazionale che locale, tra cui è necessario ricordare l’adozione della normativa in merito al prezzo dei farmaci a brevetto scaduto e l’introduzione ed ampliamento di forme alternative di distribuzione, quali la dispensazione per conto (DPC).

Va peraltro sottolineato che tale processo virtuoso sembra essersi arrestato a partire dal 2014, anno in cui la spesa ha ripreso ad aumentare e tale andamento sembra trovare conferma ed ulteriore rafforzamento nel 2015 e nel 2016.

Ciò premesso, stante la limitatezza delle risorse disponibili, appare indispensabile porre particolare attenzione al controllo della spesa farmaceutica, secondo una prospettiva che non si limiti esclusivamente ad una logica di puro contenimento della medesima, ma piuttosto tenda a garantire sempre più l’appropriatezza della terapia.

Pertanto, sulla base delle analisi del contesto farmaco-epidemiologico condotte durante l’anno, si allega la rendicontazione relativa al Piano dei controlli attuato nel corso del 2016

Sede Territoriale di Mantova

ATTIVITA' VIGILANZA ISPETTIVA E AMMINISTRATIVA – anno 2016			
Attività di controllo	Controlli 2016	Criticità rilevate	Obiettivi 2016
Vigilanza ispettiva su farmacie del territorio	N. 74 ispezioni ordinarie, di cui 68 a farmacie degli ex distretti di Asola, Guidizzolo, Ostiglia e Suzzara e 6 congiunte 3 ispezioni straordinarie N. 9 ispezioni preventive	Difficoltà di convocazione della Commissione ispettiva	Ispezionare tutte le farmacie degli ex distretti di Suzzara, Ostiglia, Asola e Guidizzolo
Vigilanza ispettiva su esercizi commerciali	2 esercizi commerciali ispezionati su 23 corner	Spedizione di tutte le tipologie di ricette di veterinaria	Ispezionare tutti gli esercizi commerciali che spediscono ricette di veterinaria, in collaborazione con il Dipartimento di Veterinaria dell'ATS
Vigilanza ispettiva su RSA, RSD e IDR	N. 12 ispezioni (3 al trimestre, in collaborazione coi NOC socio sanitari)	Gestione dei dispositivi medici e dei farmaci in generale (compresi gli stupefacenti) complessa e difficoltosa	3 ispezioni al trimestre
Ispezioni a SERT e servizi afferenti ASL	Non eseguito alcun controllo, in quanto strutture non più afferenti all'ATS		
Ispezioni su depositari e grossisti	N. 2 Ispezioni ordinarie N. 1 ispezione straordinaria Su un totale di 8 grossisti/depositari presenti sul territorio	Un contenzioso con un farmacista che svolge attività anche di grossista	1 ispezione al trimestre
Controlli contabili e tecnici sulle ricette farmaceutiche SSR	Controlli di natura contabile amministrativa, sia su requisiti formali che sulla legittimità della richiesta. Verifica copertura della prescrizione con relativo PT per un totale di 740 ricette (tutte le ricette DPC dell'ex distretto di Suzzara che hanno richiesto attivazione di PT)	N. 139 ricette senza pT N. 121 ricette con PT scaduto N. 22 ricette pazienti fuori provincia	Mantenere l'attività di controllo sulle ricette di farmaci che richiedono la presenza di PT per l'erogazione in SSN, garantendo almeno lo stesso numero di ricette verificate nel 2015
Controllo ricette con note CUF/AIFA non segnalate o segnalate in modo errato	Tutte le ricette segnalate sul tabulato RU 4043/1 e 2 del 2015 (per un totale di 143 ricette)	Ancora la presenza di ricette compilate manualmente	Tutte le ricette estratte da Santer e pervenute nel corso del 2016
Controllo delle sezioni terze Buono Acquisto sostanze stupefacenti e triplici copie	Tutte quelle pervenute nel 1° semestre 2016 (1427 B.A.)	I documenti non pervengono con cadenza regolare e pertanto, a volte, si riferiscono a movimentazioni di trimestri	Tutte quelle che perverranno nell'anno 2016

		precedenti a quello di rendicontazione	
<i>Commissione Farmaceutica Aziendale</i>	2 sedute per le farmacie pubbliche e 2 per quelle private per le ricette farmaceutiche	Mancanza dell'indicazione di esenzione TDL a fronte della mancata corresponsione del ticket per i farmaci per la terapia del dolore	2 sedute per le farmacie pubbliche e 2 per quelle private

MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA ED APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA			
<i>Attività di controllo</i>	<i>Controlli 2016</i>	<i>Criticità rilevate</i>	<i>Obiettivi 2016</i>
<i>Controllo PT Piani terapeutici</i>	Verifica della appropriatezza e dei formalismi prescrittivi previsti dei Piani Terapeutici AIFA per la prescrizione dei farmaci in regime di SSN e dei farmaci per le malattie rare pervenuti nell'anno 2016 (16.985 PT)	Mancato invio da parte delle strutture fuori provincia dei PT di pazienti mantovani. Mancanza dei parametri previsti da AIFA per la rimborsabilità in SSN dei farmaci	Continuare l'attività di verifica dei PT terapeutici, funzionale ad un'attività di formazione in merito alle modalità prescrittive dei farmaci che richiedono PT, al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva
<i>File F</i>	Trimestralmente: - incroci per verificare che l'erogazione di farmaci in File F non sia stata effettuata in regime di ricovero ordinario: contestati 52 record alla struttura pubblica e 7 alle strutture private accreditate; - incrocio fra i dati del flusso ambulatoriale 28SAN (MAC) e quelli del File F: nessun record contestato	Differenza nella disponibilità temporale tra i dati File F e dati dei ricoveri e ambulatoriale	Trimestralmente: - incroci per verificare che l'erogazione di farmaci in File F non sia stata effettuata in regime di ricovero ordinario; - incrocio fra i dati del flusso ambulatoriale 28SAN (MAC) e quelli del File F
	Mensilmente controllo fra fatturato e quanto esposto nel flusso validato dalla Regione	---	Proseguire nel controllo mensile
	1 ispezione al mese per la struttura pubblica e 1 al bimestre/semestre per le strutture private accreditate per la verifica dei farmaci del 100% dei record relativi all'erogazione di farmaci oncologici ad alto costo, farmaci oftalmologici, farmaci per HCV. Complessivamente nelle 17 ispezioni effettuate, sono stati "fisicamente" verificati 17.851 record relativi a 5.608 pazienti, recuperando 12.148,73 € per 17 erogazioni non appropriate	Difficoltà nel rispettare il budget assegnato, differenza di prezzo esposto per lo stesso P.A. nello stesso mese, mancanza di schede AIFA all'atto dell'ispezione che vengono regolarizzate in seguito	Verifica dei farmaci del 100% dei record relativi all'erogazione di farmaci oncologici ad alto costo, farmaci per HCV erogati in File F nell'anno 2016

	Verifica della corretta rendicontazione in File F, da parte delle strutture erogatrici, delle note di credito/rimborso pervenute nel 2016, per un valore totale di € 315.216,97 per la tipologia 15 e di € 6.314.066,25 per la tipologia 19		Verifica della corretta rendicontazione in File F, da parte delle strutture erogatrici, delle note di credito/rimborso pervenute nel 2016 (tipologia 15 e 19)
	Monitoraggio non espletato		Monitoraggio delle erogazioni di farmaci anti-HIV nell'anno 2015
<i>Controllo schede di dimissione</i>	Controllo non espletato		Proseguire nel controllo, mantenendo una numerosità del campione analoga a quella dell'anno precedente
<i>Controllo appropriatezza prescrizioni a pazienti cronici</i>	<p>Verifica della congruenza tra farmaco prescritto ed esenzione per patologia, utilizzando l'anagrafe dei soggetti esenti per patologia.</p> <p>Durante l'anno 2016 sono state controllate le prescrizioni relative a 12 patologie su ricette spedite nel 2015 e 2016 (per un totale di 52.947 prescrizioni); le prescrizioni non appropriate sono state pari allo 0,03%.</p>	Mancata corrispondenza, talvolta, fra l'informazione desumibile dal database fornito da Santer e l'immagine ottica della ricetta.	Controllo delle prescrizioni relative a 12 patologie almeno.
<i>Verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni in specifiche aree terapeutiche</i>	Trimestralmente analisi delle prescrizioni di un'area terapeutica di particolare interesse per la medicina di base e specialistica, con diffusione delle risultanze presso i medici prescrittori del territorio ed ospedalieri	Tendenziale shift verso le terapie più recenti, a scapito dei farmaci a brevetto scaduto, con conseguente incremento dei costi	4 monitoraggi su aree terapeutiche di particolare interesse per la medicina di base e specialistica
<i>Analisi prescrizioni off-label</i>	Esame non espletato		Esame delle prescrizioni effettuate nel 2015 di farmaci a base di flutamide, finasteride, ciproterone, tamsulosina, alfuzosina, dutasteride e verifica di eventuali prescrizioni off-label in pediatria di inibitori di pompa e antidepressivi
<i>Monitoraggio prescrizione farmaci a brevetto scaduto</i>	Analisi semestrale di dettaglio per medico prescrittore della percentuale di farmaci a brevetto scaduto prescritti nel 2015	Difficoltà nel raggiungimento dei target proposti da Regione Lombardia	2 analisi semestrali di dettaglio
<i>Monitoraggio prescrizione farmaci biosimilari</i>	Analisi mensile della prescrizione da parte degli specialisti di farmaci biosimilari a pazienti naive	Eventuale assenza dei Piani Terapeutici (PT) per i pazienti seguiti da strutture fuori provincia per una verifica del medico induttore.	Analisi mensile delle prescrizioni dei farmaci biosimilari e valutazione del loro andamento, anche rispetto ai valori regionali

		Prescrizione da parte dei medici di famiglia dell'originator nel caso di PT redatti per principio attivo	
<i>Analisi volumi di spesa per singolo medico</i>	Analisi non espletata e rimandata al successivo anno	---	Analisi annuale per singolo medico di medicina generale della spesa e confronto coi medici iperprescrittori (scostamento dalla media ASL di 1 o più deviazioni standard)
<i>Analisi dell'andamento dei macro indicatori di spesa</i>	Analisi mensile dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale per la programmazione di eventuali interventi mirati.	Dati desunti dall'analisi delle distinte contabili, pertanto tempestivi, ma poco di dettaglio	Analisi mensile dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale

MONITORAGGIO DELLA SPESA PER ASSISTENZA PROTESICA MINORE / INTEGRATIVA ED APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA			
<i>Attività di controllo</i>	<i>Controlli 2016</i>	<i>Criticità rilevate</i>	<i>Obiettivi 2016</i>
<i>Controlli contabili e tecnici sulle ricette di protesica Web Care</i>	I controlli sui moduli evasi sono stati eseguiti contestualmente all'analisi delle erogazioni effettuate in sede di CFA (2° semestre 2015 e 1° semestre 2016)		Proseguire nell'attività di verifica di tutti i record relativi alle erogazioni effettuate con modalità webcare per tutte le categorie gestite con addebito alle farmacie in caso di decesso e all'ASL di residenza in caso di emigrazione
<i>Verifiche moduli celiachia e nefropatia</i>	Verifica non effettuata stante l'utilizzo della modalità dematerializzata per l'erogazione dei prodotti per celiaci da parte degli esercizi e GDO		Controllare la totalità dei moduli spediti in regime di SSR con modalità Web Care dagli esercizi commerciali autorizzati

<i>Controlli tecnici sui moduli webcare da parte della Commissione Farmaceutica Aziendale</i>	Allestimento della fase istruttoria con verifica delle ricette irregolari segnalate da Santer su portale Farmavision. Disamina delle ricette irregolari in sede di CFA (277 moduli esaminati - periodo 2° sem. 2015 e 1° sem. 2016) e condivisione degli addebiti. Sono state convocate 2 sedute per le farmacie pubbliche e 2 per le farmacie private	Eccessivo numero di irregolarità segnalate sul portale Farmavision per errata lettura degli importi sui moduli webcare.	Esaminare le irregolarità relative al II sem 2015 e I sem 2016 con convocazione di 2 sedute per le farmacie pubbliche e 2 per le farmacie private.
<i>Liquidazione fatture celiachia</i>	Verifica della correttezza contabile di tutte le fatture provenienti dalla Grande Distribuzione Organizzata e dai negozi specializzati con validazione degli importi per mezzo del software CeliachiaRL prima della loro liquidazione	Mancato allineamento fra l'anagrafica dei prodotti erogabili in SSR inseriti in CeliachiaRL e la loro effettiva rimborsabilità	Verifica e validazione di tutte le fatture della GDO e dei negozi convenzionati
<i>Flusso PROMIN, PROMAG, DIABET, DIETET secondo normativa di Regione Lombardia</i>	Verifica mensile dei formalismi dei 4 files di flusso prima del loro caricamento su piattaforma regionale SMAF Verifica trimestrale della congruità dei flussi e dati inseriti nella Certificazione trimestrale nonché nel bilancio economico		Verifica ed allestimento mensile del flusso di rendicontazione come da normativa regionale. Analisi trimestrale dei dati di flusso con CETe Bilancio

Sede Territoriale di Cremona

N°	Area settore del controllo	Criticità rilevate	Obiettivi 2016	Indicatori quantitativi	Esito dei controlli
N. 1	Spesa Farmaceutica SSN	La spesa farmaceutica necessita di un monitoraggio periodico	Monitoraggio dell'andamento della spesa e confronto in ambito regionale	n. 12 report mensili con indicazione dei dati di consumo e di spesa al I° livello ATC per ATS e Regione	Produzione dei 12 reports indicati con individuazione delle criticità più rilevanti relativamente alla sede territoriale di Cremona ed alla ATS in rapporto a Regione Lombardia; predisposizione ed invio in data 12/01/2017 a tutti i MMG e PDF di una scheda personalizzata relativa agli aspetti più

					rilevanti dell'attività prescrittiva.
N. 2	Tavolo Governo spesa farmaceutica		Monitoraggio dell'andamento della spesa e confronto in ambito regionale	Produzione report prescrizione e spesa con focalizzazione sulle aree di maggiore criticità e confronto con gli erogatori	Incontro con gli erogatori pubblici e privati in data 5 maggio 2016 - illustrazione dei dati di consumo e spesa con particolare riferimento alle aree di maggiore criticità: focus sui farmaci ipoglicemizzanti orali di nuova generazione e confronto con i dati regionali – esposizione dell'andamento delle classi terapeutiche di interesse regionale con analisi di dettaglio dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.
N. 3	Appropriatezza d'uso dei farmaci	Prescrizione/ erogazione inappropriata di farmaci a carico del SSN	Controllo a campione di prescrizioni/erogazioni potenzialmente inappropriate (es. Tasmulosina e Ciproterone in soggetti di sesso femminile)	Controllo a campione	Sono state controllate 380 prescrizioni di Ciproterone per un importo di € 17.339,37, 19.003 prescrizioni di Alfuzosina per un importo di € 192.747,95 e 63.485 prescrizioni di Tamsulosina per un importo di € 354.125,00. Sono state evidenziate rispettivamente n. 10, 31 e 138 prescrizioni a soggetti di sesso femminile per un importo complessivo di € 1.381,88.

N. 4	Spesa farmaceutica File F	Incrementi di spesa con particolare riferimento a farmaci innovativi ad alto costo	Verifica della correttezza dei costi esposti, dell'appropriatezza d'uso e delle note di accredito (tipologia 15 e 19)	Almeno N. 12 accessi per verifiche presso le strutture erogatrici con redazione dei relativi verbali secondo gli obiettivi regionali.	<p>Effettuati 24 accessi con redazione di altrettanti verbali controllo di n. 25.738 record;</p> <p>conferma di n. 25.716 record;</p> <p>verifica di n. 8.840 schede AIFA secondo le indicazioni regionali relative al 100% delle prescrizioni di farmaci per HCV ed all'85% dei farmaci oncologici;</p> <p>verifica del 100% dei record relativi alle tipologie 15 e 19</p> <p>controllo dei record relativi a farmaci per malattie rare, non registrati in Italia, oftalmologici e ad alto costo indipendentemente dalla tipologia;</p> <p>annullamento di prestazioni per € 24.140,53</p>
N. 5	Spesa farmaceutica File F	Verifica della coerenza tra i dati esposti nel flusso e i dati di bilancio.	Allineamento dei dati di bilancio e dei flussi	4 verifiche trimestrali in occasione della redazione del CET	Effettuazione delle verifiche previste in occasione delle redazioni del CET, anche in collaborazione con la sede territoriale di Mantova.
N.6	Spesa Farmaceutica SSN per farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto	Monitoraggio dell'andamento della spesa dei farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto al fine di promuoverne l'uso nel rispetto delle indicazioni	Quantificazione mensile dell'utilizzo dei farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto dal punto di vista quantitativo ed economico per ASL e Regione Lombardia	n. 12 reports.	Elaborazione di n. 12 reports relativi alla prescrizione ed alla spesa di farmaci a brevetto scaduto per sede territoriale di Cremona e per ATS.

		regionali			
N. 7	Monitoraggio prescrizione farmaci a brevetto scaduto	Prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto al di sotto della media regionale	Monitoraggio dell'andamento dell'utilizzo dei farmaci a brevetto da parte di MMG e	Predisposizione di report trimestrali individuali per MMG e PDF	Predisposizione di n. 2 reports semestrali individuali relativi alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto per il II semestre 2015 ed il I semestre 2016; invio a tutti i MMG e PDF in data 2/05/2016 e in data 22/02/2017;
n. 7	Vigilanza ispettiva su farmacie del territorio		Ispezioni ordinarie	73 ordinarie	Effettuate n. 70 ispezioni ordinarie a farmacie e dispensari – elevate n. 14 sanzioni amministrative.
n. 8	Vigilanza ispettiva su esercizi commerciali			6 ispezioni	Effettuate n. 2 ispezioni.
n.9	Vigilanza ispettiva su RSA, RSD, IDR			9 ispezioni	Effettuate n. 3 ispezioni ed elevate n. 2 sanzioni amministrative.
n. 10	Ispezioni a SERD e servizi afferenti ASST			6 ispezioni	Nessuna ispezione effettuata
n.11	Ispezioni grossisti/depositari			2 ispezioni	Nessuna ispezione effettuata
n.12	Rispetto della convenzione con le farmacie aperte al pubblico: controllo tra prescritto ed erogato			1 controllo a campione mensile	Controllate n. 25 farmacie per un totale di n. 44.837 ricette ed effettuati addebiti per un totale di € 160,82.
n.13	Controllo delle ricette con nota AIFA no segnalata o segnalata in modo errato			Come da documentazione pervenuta	Sono state valutate rispettivamente n. 61 e n. 9 ricette con conseguente regolarizzazione.

n.14	Commissione Farmaceutica Aziendale			Come da documentazione pervenuta	<p>Effettuate n. 6 CFA di cui 3 per le farmacie pubbliche e 3 per le private, riferite all'anno 2015 ed al I semestre 2016 – sono state annullate 160 ricette;</p> <p>per l'anno 2015 addebitati € 3.153,09 e per il I semestre 2016 € 601,09;</p> <p>elevate n. 9 sanzioni per l'art 89 comma 3 D.Lgs.vo 219/2006</p>
------	------------------------------------	--	--	----------------------------------	--

Linee programmatiche 2017

Farmaceutica ospedaliera

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

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

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

Le visite ispettive riguardano le ASST di Crema, di Cremona e di Mantova, nonché le Case di Cura presenti sul territorio dell'ATS Val Padana: Ancelle della Carità, San Camillo e Figlie di San Camillo (Cremona), Ospedale San Pellegrino, Ospedale di Volta Mantovana, Ospedale di Suzzara, IRCCS Maugeri sede di Castel Goffredo e Casa di Cura Teresa Camplani (Mantova) e si riferiscono all'intera produzione del file F annuale per tutte le tipologie esposte previa analisi del tracciato sui report mensili.

Il campione oggetto di verifica nelle due sedi territoriali viene predisposto secondo quanto indicato nei documenti regionali delle Regole 2017 e della Agenzia di Controllo regionale, che dispongono, come obiettivo per l'anno in corso, il controllo della prescrizione/erogazione in file F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione, come di seguito indicato.

Farmaci HCV	<ul style="list-style-type: none">• 100% dei record, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata
	<ul style="list-style-type: none">• verifica:<ul style="list-style-type: none">- della presenza/assenza della scheda AIFA che deve essere allegata alla Cartella Clinica, nelle percentuali indicate dalla regione;- delle date di somministrazione e dispensazione del farmaco;- delle rendicontazioni relativamente all'assenza di farmaci con AIC revocato;- dei farmaci esposti a rimborso il cui costo deve essere al massimo quello dei prezzi massimi di acquisto.
Farmaci oncologici ad alto costo	<ul style="list-style-type: none">• 75% dei record presenti, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione:
	<ul style="list-style-type: none">• verifica:<ul style="list-style-type: none">- della presenza/assenza della scheda AIFA che deve essere allegata alla Cartella Clinica, con controllo nelle percentuali indicate dalla regione;- delle date di somministrazione e dispensazione del farmaco;- che nelle rendicontazioni non siano presenti farmaci con AIC revocato;- dei farmaci esposti a rimborso il cui costo deve essere al massimo quello dei prezzi massimi di acquisto.

Presidio	tipologia
ASST- MANTOVA- PRESIDIO DI ASOLA	altri
ASST- MANTOVA- PRESIDIO DI MANTOVA	altri
ASST- MANTOVA- PRESIDIO DI PIEVE DI CORIANO	altri

Oltre a tali categorie saranno oggetto di verifica:

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

1. Farmaceutica territoriale

L'attività ispettiva rivolta alle farmacie aperte al pubblico, peculiare dei due settori farmaceutici che operano negli ambiti geografici differenti del territorio di Cremona e Mantova, presenta un'ampia componente istituzionale, o comunque normata da direttive regionali, e, pertanto, è largamente sovrapponibile in termini di settori di intervento.

Poiché esistono innegabili difficoltà di natura anche logistica legate alle dimensioni molto estese del territorio della nuova ATS della Val Padana e sulla base delle evidenze emerse dalle visite ispettive condotte congiuntamente nel corso del 2016 dalle due commissioni ispettive, per il 2017 continuerà l'attività di controllo nel rispetto territorialità delle farmacie.

Il criterio della territorialità è inoltre confermato dalla nuova Legge regionale n.6/2017 che prevede l'istituzione di una Commissione ed eventuali sottocommissioni nel rispetto degli ambiti territoriali.

Nel corso del 2017 le attività di verifica degli adempimenti normativi e della corretta gestione e distribuzione del farmaco sul territorio verranno condotte secondo i criteri individuati dall'ACSS di seguito riportati:

Farmacie aperte al pubblico	• 50% delle farmacie aperte al pubblico sul territorio
------------------------------------	--

Controlli nell'ambito dei CReG

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

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

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

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

Tabella 1.1 : Obiettivi e indicatori all'adempimento degli impegni contrattuali

TIPO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO	STRUMENTI
PROCESSO	Presa in carico degli assistiti conformemente al PAI e applicazione dello stesso con verifica mediante flusso informatico	≥ 70% dei pazienti arruolati	Linkage tra flussi PAI, EPR, flussi amministrativi regionali (specialistica ambulatoriale, farmaceutica)
QUALITÀ	Customer Satisfaction su pazienti arruolati secondo modello fornito da ATS	<ul style="list-style-type: none"> • N° questionari compilati/ totale arruolati ≥ 30%; 	<ul style="list-style-type: none"> • Invio di un flusso informativo concordato con l'ATS; • Verifica durante le attività di controllo
PROCESSO	Tutoraggio del Centro Servizi (Call Center) su pazienti arruolati: % di pazienti contattati dal Centro Servizi	N° pazienti contattati /totale pazienti ≥ 70 % (percentuale annuale)	Analisi flusso informativo di rendicontazione dell'attività del Centro Servizi
PROCESSO	Sperimentare innovazioni di processo	Attività di pertinenza connesse al piano annuale SISS (es. ricetta elettronica)	Strumenti definiti anche a seguito delle indicazioni fornite dal piano annuale SISS

PROCESSO	Promozione attiva degli screening oncologici e della vaccinazione antinfluenzale in soggetti target	Attività previste dagli accordi di Governo Clinico 2016 e accordi locali relativi alla campagna vaccinale antinfluenzale 2016	Portali di registrazione dati già in uso ai MMG
-----------------	---	---	---

Tabella 1.2 : Obiettivi e indicatori di risultato del progetto sperimentale

TIPO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO	STRUMENTI
RISULTATO	Reclutamento degli arruolabili	Compilazione del PAI per almeno il 70% degli arruolabili	Portale regionale CReG
RISULTATO	<i>Outcome</i> di salute specifici	<ul style="list-style-type: none"> • riduzione delle Hb Glicate superiori a 8 • pazienti con adeguato controllo • PA >= 70% dei casi selezionati 	I riscontri anche campionari rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute deriveranno dalle attività di controllo sui medici partecipanti
RISULTATO	Sensibilizzazione attiva su pazienti arruolati: % pazienti contattati	Compilazione della nota di contatto per almeno il 40% degli arruolati	Portale di gestione screening Dedalus
RISULTATO	Proposta attiva vaccinazione antinfluenzale: % pazienti arruolati	Registrazione dell'avvenuta vaccinazione per almeno il 50% degli arruolati	Portale di registrazione campagna vaccinale antinfluenzale R.I.Va.I.

Verranno inoltre avviate le azioni elencate nella tabella successiva.

Area/Settore del controllo	Criticità da prevenire	Obiettivi	Indicatori
MMG: - ADI, ADP e PA PLS: - APA e PA	Non conformità alle indicazioni convenzionali	MMG: 1) Verifica del rispetto degli obblighi convenzionali contenuti negli specifici accordi collettivi e nelle eventuali linee guida di appropriatezza condivise a livello locale, attraverso il controllo dei riepiloghi presentati dai medici. 2) Verifica del grado di appropriatezza dei pazienti in ADP (non deambulabilità/patologie) e dei relativi accessi (frequenza/tenuta scheda sanitaria/ ecc.) sui MMG. PLS: 1) Verifica mensile delle APA rendicontate dai PLS. 2) Verifica mensile delle PA nel rispetto delle linee guida di appropriatezza.	MMG: 1) Verifica sul 100% dei riepiloghi presentati mensilmente. 2) Verifica diretta del 5% delle nuove attivazioni di ADP e del 5% dei casi attivi. PLS: 1) Verifica mensile del 100% delle APA. 2) Verifica mensile delle PA indicate nelle linee guida di appropriatezza.
Medici di Continuità Assistenziale: turni di guardia effettuati dai Medici di Continuità Assistenziale	Adeguata copertura dei turni	Verifica del costante rispetto della normativa, anche ai fini del pagamento, attraverso il controllo formale dei fogli firma presentati dai medici dei diversi Presidi di Guardia in considerazione anche del rispetto degli standard di riposo psicofisico.	Verifica sul 100% dei prospetti turni e dei fogli firma presentati mensilmente.
Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta: requisiti organizzativi dei medici convenzionati (standard orari, utilizzo personale, conformità avvisi esposti, carta servizi, regolamento forme associative, ecc.)	Non conformità alle indicazioni convenzionali	Verifica del rispetto degli obblighi convenzionali da parte del Medico relativamente all'organizzazione degli studi medici mediante sopralluogo presso gli stessi.	Sopralluoghi sul 5 % almeno dei medici convenzionati più tutte le riviste conseguenti a precedenti prescrizioni.
Medici di Medicina Generale: PRESCRIZIONI SANITARIE	Iperprescrizione, inappropriata, disattesa "note"	Analisi della prescrizione attraverso la valutazione dei profili prescrittivi (prescrizioni di ricovero, di specialistica e di farmaceutiche), al fine di valutare l'appropriatezza prescrittiva, individuare i medici "iperprescrittori" ed organizzare eventuali colloqui con i medesimi. L'attività è svolta con di concerto e con il supporto del Servizio Farmaceutico.	Valutazione sul 100% dei profili dei MMG. Incontro verbalizzato con il 100% dei MMG risultati "iperprescrittori" secondo criteri predefiniti. Sono esclusi dagli incontri gli iperprescrittori che già dalla BDA e altre fonti risultano "giustificati" per la "complessità" dei casi trattati o per altri motivi. Gli stessi saranno comunque informati dell'istruttoria condotta. Di essi sarà redatta comunque relazione. Non rientrano nei controlli i medici con un numero contenuto di pazienti da definire.
AUTOCERTIFICAZIONI rilasciate: - da Medici convenzionati - da cittadini per operazioni di Scelta e Revoca Medico	Dichiarazioni non conformi	Verifica della conformità delle dichiarazioni rilasciate dai Medici convenzionati e dai cittadini attraverso richiesta di conferma agli Enti competenti.	20% delle autocertificazioni ricevute mensilmente.

Piano dei Controlli in ambito socio sanitario

Il Piano dei Controlli delineato per l'anno scorso in ambito socio sanitario era stato formulato in base alle indicazioni contenute nelle:

- Dgr 2569/2014 “Revisione del sistema di esercizio ed accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo”;
- Dgr 1765/2014 “Il sistema dei controlli in ambito socio sanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR 1185/2013”;
- L. R. n. 23 del 11.08.2015 “Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo: modifiche al titolo I e al Titolo II della L. R. 30.12.2009 n. 33”;
- Dgr 4702 del 29.12.2015 “Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario Regionale per l'esercizio 2016”;
- Prime indicazioni operative per i controlli di appropriatezza ai sensi della dgr.1765/2014: protocollo G1.2015.0001996 del 19/02/2015
- Ulteriori indicazioni in merito ai controlli di appropriatezza: protocollo G1.2015.0022069 del 23/12/2015

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

In data 30.03.2016 la Direzione Generale Welfare ha comunicato l'esito positivo della verifica della coerenza tra la programmazione contenuta nel Piano di Vigilanza e Controllo 2016 e le indicazioni oggetto della DGR 4702/2015.

Pur nei limiti e con le cautele necessarie in un momento storico così particolare, in cui si va progressivamente a concretizzare l'evoluzione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale delineato dalla già citata L.R. 23/15, per quanto riguarda le attività di accreditamento, di vigilanza sul mantenimento dei requisiti e di controllo di appropriatezza, si ritiene utile proseguire nel solco dell'azione già avviata, prevedendo azioni di controllo che –puntando sul rispetto degli standard assistenziali, di tutti i requisiti previsti e sull'appropriata erogazione delle prestazioni- mirino a migliorare il benessere degli ospiti/utenti delle UdO sociosanitarie e delle loro famiglie.

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

Analisi di contesto

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

Nella popolazione residente il divario tra femmine e maschi è piuttosto lieve: 395.000 femmine rispetto a 380.000 maschi.

La distribuzione della popolazione per fasce d'età è la seguente:

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

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

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

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

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

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

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

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

LA RETE DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE

Le strutture sociosanitarie presenti sul territorio al 1.1.2017 sono 285.

In tabella 1 riportiamo il quadro generale delle Unità d'Offerta, indicando il numero totale di esse suddiviso per tipologia, il numero di posti in esercizio, il numero di posti accreditati e quello dei posti a contratto.

Tab. 1: UdO presenti sul territorio della ATS

UDO	MN	CR	totale UdO	POSTI LETTO ESERCIZIO	POSTI LETTO ACCREDITATI	POSTI LETTO CONTRATTO	TOTALE
RSA	51	34	85	250	470	6938	7658
CDI	25	24	49	20	115	872	1007
Cure Int	4	8	12	9	18	711	738
Riab. Amb/Dom	4	0	4				
CDD*	13	11	23	0	7	543	550
RSD	5	7	12	0	34	838	872
CSS	8	10	18	1	0	82	83
Com. Tox.	8	11	19	0	0	184	184
HOSPICE	2	1	3	0	0	32	32
ADI **	18	16	34				
Consultori privati	3	3	6				
Consultori pubblici	13	3	16				
SERD	1	3	4				
totale	154	131	285	280	644	10200	11124

*1 CDD del mantovano non è attivo

**nel territorio operano inoltre altri 21 Enti Erogatori ADI accreditati in altre sedi regionali

Grafico1: Distribuzione % UdO presenti sul territorio della ATS

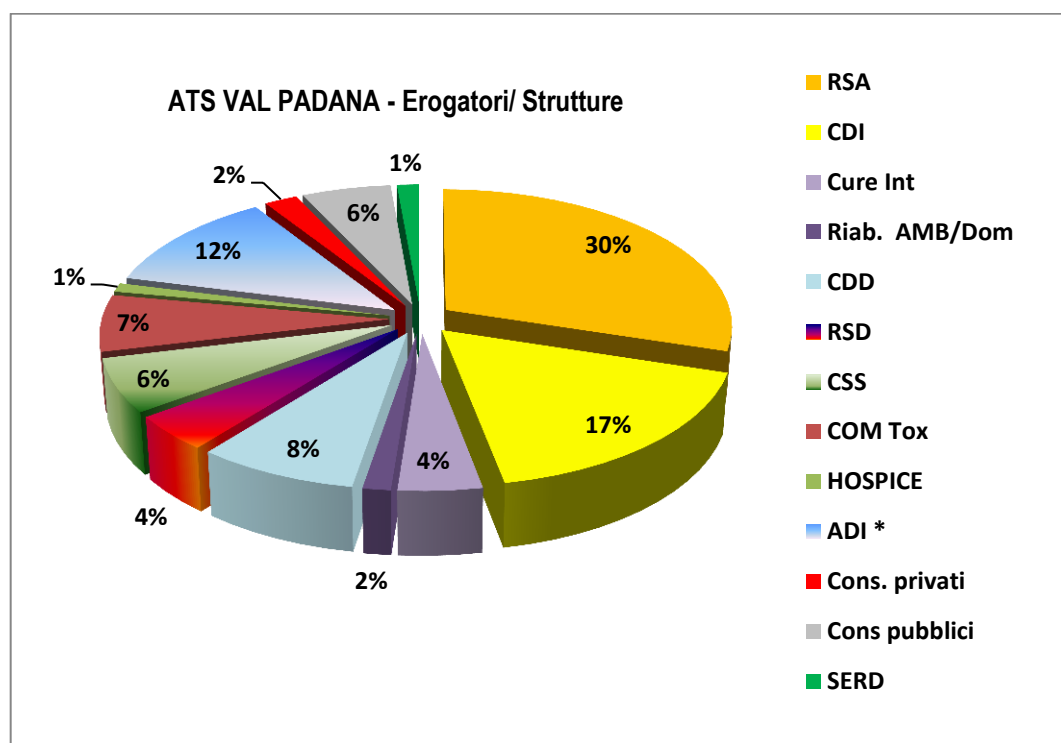
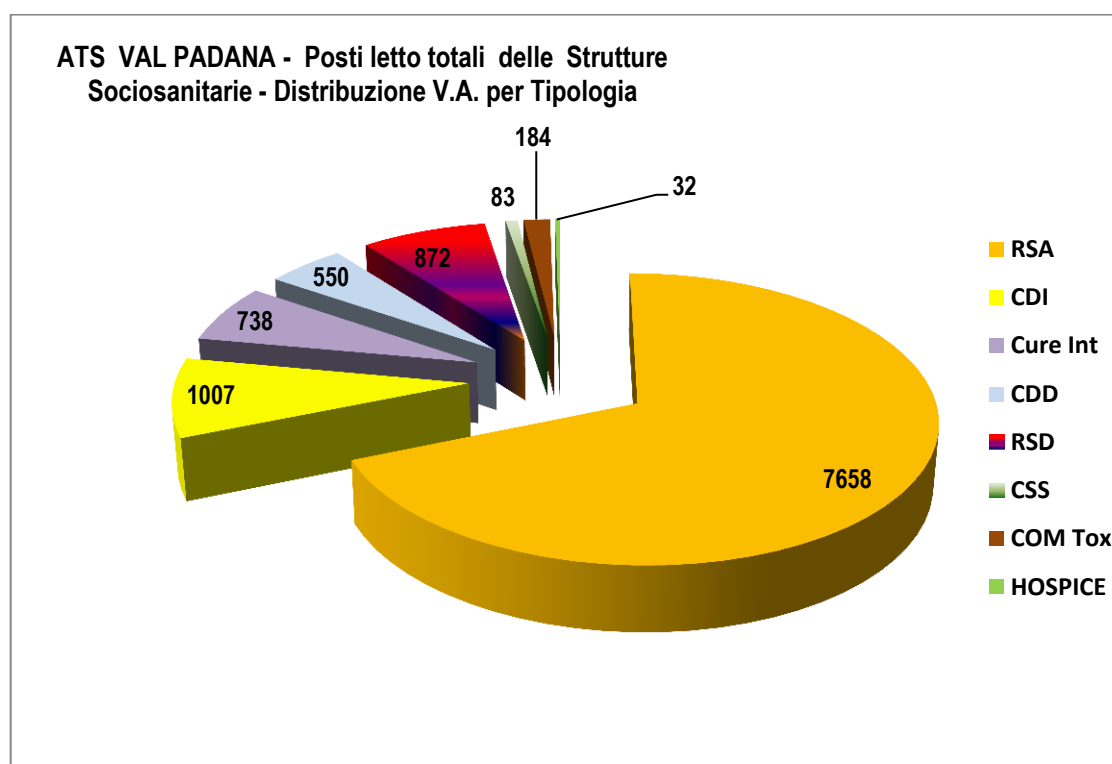


Grafico 2: Numero posti letto Totali – V.A. -Distribuzione per Tipologia



Esito dei controlli effettuati nel 2016

Analizziamo ora l'esito dei controlli di appropriatezza e di vigilanza effettuati nel corso del 2016 utilizzando –per l'appropriatezza- gli indicatori ex dgr 1765/14 e le check list regionali, in uso dal secondo trimestre 2015.

Per quanto riguarda l'esito dei controlli sulle unità d'offerta socioassistenziali e i controlli ex artt. 23 e 25 C.C. già si è relazionato separatamente.

a) Controlli di appropriatezza 2016

La programmazione dei controlli, come indicato nel Piano dei Controlli 2016 presentato ed approvato dalla Regione, era stata fatta nel rispetto delle indicazioni fornite dalla dgr 4702/15:

- 15% dei FASAS delle UdO residenziali semiresidenziali;
- 30% dei FASAS nelle UdO per le persone con disabilità;
- 10% dei FASAS nelle Cure Intermedie;
- 5% dei FASAS di ADI, SERT e Consultori Familiari;
- 3% dei FASAS di Riabilitazione ambulatoriale

Sulla base di quanto programmato sono poi stati fatti controlli, così come riportato in tabella 2. Come si può notare, molto spesso le percentuali di controlli effettuate superano abbastanza largamente il programmato. In alcuni casi, nei controlli in ADI in particolare, ciò è dovuto al fatto che nell'effettuazione dei

controlli si sono rilevate situazioni e carenze particolari, per cui si è deciso di aumentare il campione da verificare.

Quando ciò accade, si effettuano i controlli da programmazione e, a distanza di tempo, si torna per verificare se sono state messe in atto le modifiche proposte/richieste.

Tab. 2: Controlli di appropriatezza effettuati rispetto ai programmati

Tipologia di UdO	CR	% sul programmato	MN	% sul programmato	Totale
ADI	122	187,7	169	119,9	291
CDD	32	110,3	76	102,7	108
CDI	55	103,8	49	102,1	104
CFI	66	103,1	165	102,5	231
COM TOX	23	104,5	25	108,7	48
CSS	24	104,8	15	115,4	39
CURE INT.	235	117,5	69	100	304
HOSPICE*			46	100	46
RIAB.	31	119,2	19	108,1	50
RSA	429	102,1	596	101,5	1025
RSD	144	104,3	41	100	185
SERT	130	106,6	27	100	157
Totale	1291		1297		2588

*: Nel territorio cremonese è presente un solo Hospice, controllato nel 2015 e non in programma per il 2016

Riportiamo nelle tabelle 3 e 4 l'esito dei controlli di appropriatezza nelle diverse tipologie di UdO, in riferimento agli indicatori della dgr 1765/14.

Tab. 3: Controlli di appropriatezza sede territoriale di Mantova – Percentuali soddisfacimento indicatori

DESCR. IND. GENERALI >>	G1	G2A	G2B	G2C	G3.1	G3.2	G4	INDICATORI SPECIFICI															% media		
ADI in itinere	NP	NP	54,7%	95,7%	NP	95,7%	85,5%	94,9%	76,1%	90,6%	80,5%	82,9%	71,7%	100%											84,40%
ADI ex post	NP	NP	67,5%	98,0%	NP	100%	97,5%	85,0%	97,5%	95,7%	80,0%	92,5%	84,6%	100%											90,70%
CDD	85,0%	83,6%	100%	78,9%	87,0%	95,1%	94,1%	99,0%	96,4%	100%	98,4%	100%	100%	98,0%	99,0%	100%	100%	100%	100%						95,50%
CDI	76,3%	87,5%	98,0%	91,3%	95,1%	95,7%	95,7%	100%	87,5%	66,5%	66,5%	98,2%	95,7%	89,5%	96,5%	100%	96,9%	99,2%							90,90%
CFI	82,8%	88,6%	90,5%	90,1%	89,2%	90,4%	63,0%	76,0%	67,1%	67,1%	95,7%	100%													90,90%
COM TOX	84,0%	26,1%	100%	56,0%	95,7%	95,8%	100%																		79,70%
CSS	100%	100%	100%	92,9%	92,9%	100%	92,9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%							98,80%
CURE INT.	85,1%	91,0%	92,5%	95,5%	95,5%	100%	97,0%																		94,00%
HOSPICE	100%	84,1%	100%	73,9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%												96,80%
RIAB.	99,0%	85,7%	87,8%	98,0%	100%	100%	94,9%																		95,10%
RSA	79,5%	85,3%	98,9%	80,9%	93,6%	95,3%	87,3%	98,6%	98,0%	79,5%	92,9%	98,3%	94,2%	99,1%	97,0%	98,6%	99,0%	97,0%	97,0%	97,0%	100%	96,7%			93,80%
RSD	98,6%	87,5%	98,6%	90,5%	64,2%	84,8%	80,7%	98,6%	98,4%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83,3%	100%	97,0%	100%	100%	100%				94,10%
SERT	88,9%	85,7%	96,3%	96,3%	94,7%	100%	100%																		94,60%

Tab. 4: Controlli di appropriatezza sede territoriale di Cremona– Percentuali soddisfacimento indicatori

DESCR. IND. GENERALI >>	G1	G2A	G2B	G2C	G3.1	G3.2	G4	INDICATORI SPECIFICI													% media		
ADI in itinere	NP	NP	29,4%	100%	NP	100%	93,8%	94,7%	88,9%	100%	100%	100%	100%	100%									90,24%
ADI ex post	NP	NP	69,9%	96,1%	NP	98,1%	92,2%	90,3%	96,1%	98%	87,4%	89,3%	100%	NP									90,41%
CDD	96,9%	100%	100%	87,5%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				99,10%
CDI	98,2%	94,5%	96,4%	96,4%	96,4%	96,4%	100%	100%	100%	50,0%	100%	100%	100%	100%	100%	96,4%	95,2%	100%					97,83%
CFI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	94,3%	100%	100%	NP											99,46%
COM TOX	100%	65,2%	95,7%	91,3%	95,7%	95,7%	100%																90,85%
CSS	91,7%	91,7%	91,7%	95,8%	91,7%	91,7%	88,9%	100%	91,7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					96,39%
CURE INT.	100%	99,6%	99,6%	100%	100%	100%	100%																99,86%
HOSPICE	CONTROLLI NON PROGRAMMATI NEL 2016																						
RIAB.	100%	87,1%	100%	96,8%	100%	100%	96,2%																97,17%
RSA	99,5%	97,0%	98,4%	98,1%	99,5%	99,1%	95,8%	100%	100%	92,3%	100%	99,8%	100%	99,8%	99,6%	100%	99,4%	99,8%	99,9%	98,0%	100%	99,5%	98,84%
RSD	100%	100%	100%	97,2%	100%	100%	99,3%	100%	100%	100%	100%	97,2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			99,66%
SERT	96,9%	100%	100%	100%	100%	100%	99,0%																97,59%

LEGENDA INDICATORI

Indicatori Generali

GENERALI	G1	G2A	G2B	G2C	G3.1	G3.2	G4
	presenza valutazione / rivalutazione multidimensionale dei bisogni	elaborazione del Progetto Individuale	presenza della Pianificazione	tracciabilità degli interventi effettuati	coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	congruenza fra i dati rendicontati con flusso/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel Fasas

Indicatori Specifici

SPECIFICI ADI IN ITINERE	S1.1	S2	S3.1	S3.2	S4	S5.1	S5.2
	Comunicazioni all'utenza - presenza al domicilio del materiale informativo	Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	Presenza della valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione	Attuazione di interventi appropriati per utenti valutati a rischio di sviluppare lesioni da pressione o con lesioni in atto	Presenza in diario della registrazione degli eventi occorsi e degli interventi attuati	Presenza di P.R.I. / p.r.i. redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo in coerenza con i bisogni rilevati	Rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG 6032/12 - Allegato 1

SPECIFICI ADI EX POST	S1	S2.1	S2.2	S3	S4	S5.1	S5.2
	Presenza del monitoraggio del dolore con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	Presenza della valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione	Attuazione di interventi appropriati per utenti valutati a rischio di sviluppare lesioni da pressione o con lesioni in atto	Riscontro di corretta ed appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso presso l'ente gestore	Presenza in diario della registrazione degli eventi occorsi e degli interventi attuati	Presenza di P.R.I. / p.r.i. redatti e sottoscritti dai componenti del team riabilitativo in coerenza con i bisogni rilevati	Rispetto dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative ai sensi del DDG 6032/12 - Allegato 1

SPECIFICI CDD	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2	S3.3	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S.6
	è presente documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie?	per l'utente con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio, sono effettuati interventi coerenti con la valutazione?	è presente documentazione attestante una valutazione attraverso scale validate delle abilità nelle funzioni motorie?	se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/ trattamenti o altre strategie d'intervento motivate?	è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale?	è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione?	per l'utente con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, all'interno del FaSas sono state previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità o a rispondere ai bisogni assistenziali?	per l'utente è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	per l'utente valutato a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo sono attivate misure preventive-trattamentali?	è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali?	per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/educative/occupazionali, sia individuali che di gruppo?	per l'utente sono state attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali?

SPECIFICI CDI	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3.1	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6	S7
	è stato valutato il rischio caduta?	se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/trattamenti?	per l'utente è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica?	il Fasas dell'utente sottoposto a contenzione fisica contiene il consenso informato all'utilizzo debitamente sottoscritto?	nel Fasas è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata - almeno una volta negli ultimi tre mesi - con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona?	per l'utente è stata effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico?	per l'utente valutato a rischio / in stato di malnutrizione e/o di disidratazione, vengono attuati monitoraggio e/o misure preventive/trattamentali?	per l'utente è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare?	per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/educative individuali o di gruppo?	se l'utente presenta deterioramento cognitivo (mmse ≤19), è prevista specifica progettazione?	l'utente è coinvolto in programmi di attività motoria appropriati alle proprie condizioni?

SPECIFICI CFI	S1	S2.1	S2.2	S3	S4
	il colloquio di accoglienza ha avuto per esito un percorso di valutazione/ orientamento (Cod. Cons. 101)	Situazioni complesse per tematiche ricomprese nel Cod. Cons. 003) per le quali sono state effettuate visite colloquio (Cod. Cons. 001) da almeno due operatori con professionalità diverse	In caso di situazioni complesse (per tematiche ricomprese nel Cod. Cons. 003) è rintracciabile nel FASAS la discussione in equipe?	Evidenza di incontri operativi tra gli operatori del Consultorio ed operatori di altri Enti/servizi (Cod. Cons. 801 e 802)	Counselling (ai sensi dell'art. 5, §1, Lg 194/78) documentato prima dell'eventuale prescrizione medica (con esclusione delle situazioni d'emergenza) (Cod. Cons. 102)

	S1.1	S1.2	S2	S3.1	S3.2	S3.3	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S7
SPECIFICI CSS	è presente documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie?	per l'utente con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio, sono effettuati interventi coerenti con la valutazione?	se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/trattamenti?	è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale ?	è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione?	per l'utente con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, all'interno del FaSAs sono state previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità o a rispondere ai bisogni assistenziali?	per l'utente è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	per l'utente valutato a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo sono attivate misure preventive-trattamentali?	è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali?	per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative /educative/ occupazionali, sia individuali che di gruppo?	per l'utente sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali?

	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6.1	S6.2	S7.1	S7.2	S8
SPECIFICI RSA	è stato valutato il rischio caduta?	se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/trattamenti?	per l'utente è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica?	il Fasadell' utente sottoposto a contenzione fisica contiene il consenso informato all'utilizzo debitamente sottoscritto?	nel Fasadell' utente è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata - almeno una volta negli ultimi tre mesi - con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona?	è rintracciabile il trattamento del dolore per tutti gli stati-episodi algici	è stato valutato il rischio di sviluppare ulcere da pressione	per l'utente a rischio di sviluppare ulcere da pressione (per esempio scala BRADEN ≤ 16) o con lesioni in atto, si rilevano interventi appropriati?	per l'utente è stata effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico?	per l'utente valutato a rischio / in stato di malnutrizione e/o di disidratazione, vengono attuati monitoraggio e/o misure preventive / trattamentali?	per l'utente è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare?	per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/educative individuali o di gruppo?	se l'utente presenta deterioramento cognitivo (mmse ≤ 19), è prevista specifica progettazione?	se l'utente è accolto in nucleo Alzheimer (con CDR 2-3) è coinvolto in programmi di stimolazione cognitiva globale, individuali o di piccolo gruppo (applicare solo a nuclei Alzheimer)	l'utente è coinvolto in programmi di attività motoria appropriati alle proprie condizioni?

	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3	S4.1	S4.2	S4.3	S5.1	S5.2	S6.1	S6.2	S7
SPECIFICI RSD	è presente documentazione attestante la valutazione delle funzioni primarie?	per l'utente con valutazione delle funzioni primarie compromesse e/o a rischio, sono effettuati interventi coerenti con la valutazione?	è presente documentazione attestante una valutazione attraverso scale validate delle abilità nelle funzioni motorie?	se l'utente è stato valutato a rischio caduta e/o caduto è stato sottoposto a misure preventive/trattamenti?	nel Fasadell' utente è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona?	è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nella cura personale ?	è presente documentazione attestante una valutazione delle abilità connesse all'autonomia nell'alimentazione?	per l'utente con significative compromissioni dell'autonomia nella cura personale (igiene, abbigliamento) e nell'alimentazione, all'interno del FaSAs sono state previste strategie di intervento volte a conservare/migliorare le abilità o a rispondere ai bisogni assistenziali?	per l'utente è stata effettuata una valutazione del rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo	per l'utente valutato a rischio di/o con comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo sono attivate misure preventive-trattamentali?	è stata effettuata la valutazione delle abilità occupazionali, personali e relazionali?	per l'utente sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative /educative/ occupazionali, sia individuali che di gruppo?	per l'utente sono attive azioni di inclusione sociale o di sostegno alle relazioni interpersonali?

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

- in verde le percentuali pari o superiori al 95%
- in giallo le percentuali comprese fra l'85% e il 94,99%
- in rosa le percentuali di raggiungimento inferiori all' 85%.

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

Sono stati effettuati controlli anche in alcune UdO controllate nel 2015 nelle quali si erano rilevate carenze che meritavano di venire riverificate a breve.

A proposito delle differenze riscontrabili negli esiti dei controlli tra i territori cremonese e mantovano, bisogna considerare che i dati si riferiscono ai controlli dell'anno scorso, quando l'unificazione tra le due ex ASL si stava avviando. Provenendo da due aziende diverse, con storie, organizzazioni, modalità operative ed équipe diverse -anche in relazione alle figure professionali presenti- le differenze non devono stupire né essere considerate segno di diversa qualità delle prestazioni erogate nei due territori. Per questo, anche la analisi sulle RSA che segue è da considerarsi un esempio di "modalità" di lettura del dato, non un'analisi precisa e puntuale.

I problemi più rilevanti si ritrovano, come di consueto, a livello degli indicatori generali, in particolare nella valutazione, progettazione e tracciabilità. Un poco migliorata la pianificazione, anche se presenta ancora carenze abbastanza rilevanti.

Riportiamo di seguito una analisi più particolareggiata dei controlli effettuati nelle RSA, che corrispondono da sole al 29,9% delle unità d'offerta presenti sul territorio della ATS e che costituiscono il 68,9% dell'offerta di posti letto sociosanitari presenti sul territorio.

RSA: Nel 2016 si evidenziano per gli **indicatori generali** problematicità per quanto riguarda la valutazione multidimensionale e la tracciabilità degli interventi (circa 80% il livello di soddisfacimento) in un quadro generale (G1-G4) complessivamente inferiore (88,7%) al valore soglia 95% relativamente al territorio di Mantova, mentre per Cremona il valore del rilevato è superiore al 95% per ogni singolo indicatore (95,8% il minimo in relazione alla congruenza dati rendicontati/Fasas). Complessivamente la percentuale media di soddisfacimento per il gruppo degli indicatori generali nel territorio dell'ATS è del **93,4**.

Si riscontrano quindi problematicità accentuate per valutazione multidimensionale e tracciabilità degli interventi, più sfumate per quanto riguarda l'elaborazione del PI e la congruenza dati rendicontati/Fasas. Positiva la situazione riscontrata per la presenza della pianificazione e la coerenza degli interventi rispetto alla pianificazione stessa. Rispetto agli **indicatori specifici** l'unico indicatore con soddisfacimento inferiore all'atteso riguarda la prescrizione medica per la contenzione e -in misura minore- il relativo consenso informato. La media di soddisfacimento ATS per tutti gli indicatori specifici 2016 è del **98%**

Facendo una comparazione degli esiti dei controlli nelle RSA negli anni 2015 e 2016 abbiamo questi risultati: Indicatori Generali 2015: per Mantova si rileva un netto miglioramento nel 2015 fra il primo ed il secondo semestre, comunque registrandosi in quest'ultimo valori fra il 67% ed il 90% per gli indicatori, con media dell'80% circa - l'indicatore G2 nel 2015 non era ancora disaggregato per le componenti progettazione, pianificazione, tracciabilità. L'indicatore meno soddisfacente era appunto il G2, con percentuale del 67%.

I dati relativi al territorio di Cremona (per tutto l'anno 2015) producono una % media di soddisfacimento degli indicatori generali di poco superiore al dato di Mantova (84% vs 80,4%). Le negatività maggiormente accentuate riguardano in particolare gli indicatori G2 (progetto, pianificazione, tracciabilità: 60%) e G 3.1 (coerenza progettazione / valutazione multidimensionale: 79,7%). Era quindi l'indicatore G2,

l'aspetto di maggior problematicità nelle RSA di ATS Val Padana . Il valore medio % di soddisfacimento indicatori generali 2015 era pari all'82% circa.

Indicatori Specifici 2015: sono senza dubbio gli indicatori relativi alla contenzione (prescrizione medica e consenso informato: S2.1 – S2.2) e alla progettazione specifica per utenti con deficit cognitivo (S7.1) gli aspetti meno positivi sotto il profilo del soddisfacimento nel 2015.

Mantova (anno 2015) evidenziava rispettivamente 65%, 81%, 78% per gli indicatori citati, Cremona (anno 2015) 68%, 57%,67%. La media % di soddisfacimento degli indicatori specifici è pari all'84,2% per Mantova e all' 85,3% per Cremona.

Tab. 5: Comparazione soddisfacimento % indicatori RSA ex 1765/14 anni 2015 / 2016

Ambito territoriale	% Indic. Generali 2015	% Indic. Specifici 2015	% complessiva soddisfacimento indicatori 2015	% Indic. Generali 2016	% Indic. Specifici 2016	% complessiva soddisfacimento indicatori 2016
MN	80	85	84,2	88,7	96,2	93,8
CR	84	86	85,3	98,2	99,0	98,8
ATS	82	85,6	84,7	93,4	97,7	96,3

Risulta evidente un netto incremento dei valori complessivi di soddisfacimento degli indicatori generali e specifici fra il 2015 ed il 2016. Il miglioramento delle “performances” rispetto agli indicatori fra il 2015 e il 2016 è in ipotesi dovuto alla progressiva acquisizione, da parte delle UdO, di quanto necessario sotto il profilo organizzativo, tecnico ed amministrativo a soddisfare gli indicatori stessi; ciò si è realizzato, progressivamente, come conseguenza dei controlli effettuati e, secondariamente, in ipotesi, come esito della disaggregazione dell'indicatore G2 in “G2.1; G2.2; G2.3”, che ha consentito valutazioni positive di quegli elementi (progettazione, pianificazione, tracciabilità) che -prima considerati sinteticamente come variabile unica- producevano inevitabilmente una percentuale inferiore di soddisfacimento.

Più in dettaglio è osservabile come le percentuali complessive di soddisfacimento degli indicatori generali siano sempre inferiori ai valori riscontrati per gli indicatori specifici.

Come già accennato in precedenza la causa va ricercata nella bassa valorizzazione dell'indicatore G1: in particolare per Mantova ove, pur a fronte di un miglioramento percentuale di oltre 6 punti (73% nel 2015 – 79,5% nel 2016), l'esito permane insoddisfacente.

Rispetto agli indicatori G2 si registrava nel 2015 una media ATS del 63,5% di soddisfacimento. Gli indicatori G2A,2B e 2C nel 2016 registrano una media del 93,1%, ma con valori del 80% (MN) per G2 e del 85,3% per la elaborazione del PI. Complessivamente i valori medi ATS per gli indicatori generali 2015/2016 RSA dell' ATS sono i seguenti:

Tab. 6: Comparazione del soddisfacimento % Ind. Gen. ex 1765/14 – Media ATS Val Padana

Indicatori	G1	G2a	G2b	G2c	G3.1	G3.2	G4
2015	84,6	63,5			83,8	86,2	92,8
2016 G2		93,1					
2016	89,5	91,1	98,6	89,5	96,6	97,2	91,6

Come evidenziato in tabella 6, gli indicatori G1; G2a; G2c e G4 mostrano valori ancora inferiori al 95%, valore atteso.

La media % di soddisfacimento degli indicatori specifici nel 2016 è pari al 97,7%, mentre nel 2015 era di poco superiore all'85%. La media percentuale (sommatoria) degli indicatori S2.1-S2.2 relativi alla contenzione (prescrizione e consenso informato) è pari al 67,7 nel 2015 e al 91,2 nel 2016, segnalando quindi un forte miglioramento, tuttavia non sufficiente a raggiungere il 95%. E' sostanzialmente questo l'elemento con negatività nel contesto degli indicatori specifici, complessivamente positivo.

b) Controlli sulle unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR 116/2013

In tabella 7 riportiamo l'esito dei controlli effettuati sulle misure innovative:

-misura 2 Residenzialità leggera;

-misura 4 RSA Aperta;

misura 6: Comunità per Minori vittime di maltrattamento, violenza, abuso.

La programmazione suggerita da Regione prevedeva una percentuale di controlli di appropriatezza simile a quella prevista per le altre unità d'offerta ordinarie: 15% nelle strutture residenziali, 5% per le domiciliari, 3% per le ambulatoriali, ecc. Noi siamo partiti da queste percentuali considerandole una sorta di livello minimo di controlli da fare, ed in effetti i controlli effettuati hanno largamente superato la programmazione.

Tab. 7: Esiti controlli sulle Misure applicative dgr 116/2013

Misura	N.° Enti	Contr Progr	contr. effett	effett. VS progr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totale
2	7	14	19	136%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			100,0%
4	27	63	115	182,5%	100%	94,7%	94,7%	100%	94,7%	90,7%	100%	94,7%			96,1%
6	9	17	17	100,0%	92,3%	84,6%	100%	85,7%	84,6%	92,3%	92%	92,3%	100%	84,6%	91,0%

Evidentemente rimane ancora molto da fare, soprattutto per quanto riguarda le comunità di accoglienza di minori vittime di maltrattamento ed abuso, benché siano molto migliorate rispetto ai controlli effettuati negli anni precedenti. Anche l'RSA Aperta mostra ancora qualche carenza, ma i valori mostrati si discostano di pochissimo dalla soglia del 95% per cui riteniamo che –probabilmente- nel corso del corrente anno verrà raggiunta la soglia prevista.

c) Controlli di vigilanza

Tab. 8: UdO vigilate con sopralluoghi di vigilanza

Tipologia di UdO	Vigilanze Programmate			Vigilanze Effettuate			% sul programm.
	MN	CR	ATS	MN	CR	ATS	
RSA	30	17	47	31	18	49	104,3
CDI	16	9	25	17	10	27	108,0
CURE INT/RIAB	7	4	11	8	5	13	118,2
HOSPICE	1	0	1	1	0	1	100,0
ADI	10	8	18	10	9	19	105,6
RSD	4	3	7	4	3	7	100,0
CDD	9	5	14	9	5	14	100,0
CSS	6	5	11	6	5	11	100,0
COM TOX	6	5	11	6	6	12	109,1
SERT	4	2	6	4	2	6	100,0
CFI	9	3	12	9	3	12	100,0
Totale	102	62	163	105	66	171	104,9

In tabella 8 riportiamo l'attività di vigilanza svolta nell'anno 2016. Come si può rilevare, per alcune tipologie di UdO abbiamo rispettato la programmazione prevista mentre per altre tipologie essa è stata superata. Ciò è dovuto all'opportunità di rivedere UdO che nell'anno precedente avevano presentato carenze tali da meritare una nuova vigilanza.

La vigilanza è dalla norma prevista sul 50% delle UdO sociosanitarie non vigilate nel corso dell'anno precedente, più quelle UdO vigilate ma per le quali si è ritenuto opportuno un monitoraggio continuativo.

Oltre le vigilanze riportate nella tabella 8 sono state effettuate verifiche di altra natura (verifica dei Piani Programma, verifiche parziali su alcuni requisiti specifici, verifiche su segnalazioni, ulteriori accessi per approfondire elementi specifici non verificati in un accesso precedente, ecc.) che non figurano all'interno della tabella.

La verifica dei requisiti strutturali e tecnologici viene effettuata sul 100% delle UdO campionate, per cui il numero delle UdO in cui si sono effettuate questi controlli corrisponde al numero delle UdO vigilate. Come già ampiamente spiegato nel Piano dei Controlli 2016 (e in tutti quelli precedenti), per questi controlli ci si avvale – oltre che del TdP del Servizio di vigilanza sociosanitaria- anche della collaborazione di altri TdP messi a disposizione dai Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione Medica, col quale si concorda una programmazione di massima in sede di stesura del Piano dei Controlli.

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

In merito agli esiti di tali controlli, va rilevato che viene generalmente mantenuto il livello di adeguatezza riscontrato negli anni. Anzi, si può notare un lento ma costante miglioramento delle UdO sul piano qualitativo relativamente alla qualità documentale e alla consapevolezza dei responsabili delle varie funzioni in relazione al loro compito.

Verifica di SCIA, SCIA Contestuali e richieste di accreditamento

Come da normativa, la verifica dei requisiti organizzativo/gestionali e strutturali/tecnologici di esercizio e accreditamento è stata effettuata sul 100% delle SCIA e SCIA contestali presentate, mediante:

- esame documentale,
- sopralluogo in loco,
- attestazione del possesso di ogni singolo requisito e relativo provvedimento amministrativo.

Tab. 9: Verifica requisiti soggettivi di SCIA, Accredimenti, Voltura

Modalità	Ricevute nel 2016	Enti che hanno autocertificato	Totale Controlli	% Control.
SCIA	6	6	6	100%
SCIA CONTESTUALE	6	6	6	100%
SCIA per VOLTURA	8	8	8	100%
RICH. ACCRED.	1	1	1	100%

Ogni vigilanza è effettuata con la presenza del TdP, che si occupa della verifica della parte tecnologico/strutturale; in nessun caso sono previste eccezioni, per cui la verifica di ogni SCIA, SCIA contestuale e richiesta di accreditamento prevede sempre uno (o più, quanti sono necessari) accessi in loco per verificare la documentazione certificativa in possesso dell'Ente e il possesso dei requisiti di norma. I sopralluoghi per Voltura, invece, vengono effettuati entro i 90 gg dalla voltura dell'accREDITAMENTO da parte di Regione.

Tab. 10: Verifica mediante sopralluogo di SCIA, Scia Contestuale, ecc.

Modalità	N°	Verifica requisiti gest/org.	Verifica requisiti strutt/tecn.	% Control.
SCIA	6	6	6	100%
SCIA CONTEST.	6	6	6	100%
SCIA per VOLTURA	7*	7	7	100%
RICH. ACCRED.	1	1	1	100%
ENTE UNICO	1	1	1	100%

* la verifica di una voltura non è riportata perché è stata effettuata nel 2017

Verifica annuale de requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento

Le verifiche annuali sul possesso dei requisiti soggettivi effettuate nell'anno 2016 sono così sintetizzabili:

Tab. 11: Verifica autocertificazione dei requisiti soggettivi

N° Enti Gestori	N° Enti da cui ricevute autocertificazioni	N° Enti di cui verificate autocertificazioni	% controllo
140	140	86	61,4%

Vigilanza sulle UdO interessate da Piano Programma

Nel corso del 2016 ha chiuso il proprio Piano Programma anche l'ultima unità d'offerta (cremonese) che ancora non l'aveva terminato, per cui ad oggi tutte le unità d'offerta del territorio ATS sono in possesso di autorizzazione definitiva al funzionamento.

Come di norma, per l'UdO che risultava in Piano Programma è stato effettuato almeno un sopralluogo al semestre per monitorarne l'avanzamento e il rispetto del cronoprogramma e avere ragionevoli certezze circa il rispetto delle scadenze previste.

Tab. 12: Verifica UdO in Piano Programma

N° UdO	N° UdO verificate	% verifiche
1	1	100%

Gestione dei Flussi e accesso ai dati

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

- AFAM;
- Schede semestrali dei controlli di appropriatezza e vigilanza,
- trimestrali Rete UdO (limitatamente a Cure Intermedie e riabilitazione non residenziale, poiché le altre UdO figurano già in AFAM);
- annuali sui flussi ministeriali;
- schede struttura di tutte le tipologie (su SMAF);
- calendarizzazione trimestrale attività CDI e CDD.

Formazione

Anche per il corrente anno continuerà l'attenzione al percorso di formazione degli operatori del Servizio e della Unità Operativa, come mezzo per aiutarli a sviluppare ulteriormente una competenza professionale specifica sulle attività di vigilanza e controllo.

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

Verrà inoltre realizzato un corso sul procedimento amministrativo (*"Il procedimento amministrativo ex lege 241/90 in relazione alla legge 689/91"*) per approfondire le tematiche affrontate nei corsi sulla legge 689/91 del 2015 e del 2016, che hanno avuto un ottimo gradimento e hanno mostrato una notevole efficacia.

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

Verrà realizzato anche un corso sull'importanza e la corretta applicazione di Linee Guida, Procedure e Protocolli operativi in ambito assistenziale, con la previsione di partecipazione di circa un centinaio di operatori delle UdO sociosanitarie.

Si è avuta –da parte delle UdO- anche la richiesta di proporre momenti di formazione sulla tenuta del fascicolo elettronico e sulle problematiche ad esso connesse.

Da ultimo, un approfondimento delle tematiche legate al consenso informato e alla tutela giuridica.

A parte quello sul procedimento amministrativo, tutti questi corsi vedranno la partecipazione sia degli operatori ATS che degli operatori delle UdO sociosanitarie. Già nel 2015 e 2016 si è sperimentata questa modalità e, al di là del fatto che i questionari presentati alla fine hanno mostrato un altissimo livello di gradimento dei corsi tenuti e richieste di approfondimenti, si sono anche ottenute dichiarazioni di convincimento della elevata efficacia dei corsi in termini di apprendimento delle norme e acquisizione di una diversa consapevolezza operativa da parte degli operatori delle UdO.

Dotazione risorse umane

Nel momento in cui questo PdC viene redatto è appena giunta l'approvazione regionale del nuovo POAS, che sancirà il nuovo assetto dell'ATS Valpadana.

La nuova organizzazione prevede che all'interno del PAAPSS vi siano, tra le altre, due UOC dedicate una all'accreditamento e controlli di vigilanza sanitari e sociosanitari e l'altra ai controlli di appropriatezza sanitari e sociosanitari.

Non si è ancora arrivati a definire il personale che farà parte dell'una o dell'altra UOC e delle relative UOS –e che quindi svolgerà le funzioni tipiche di vigilanza o di appropriatezza- ma gli operatori che afferreranno a queste strutture organizzative saranno comunque i seguenti:

Tab. 13: Risorse umane

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

Continueranno a collaborare con la Vigilanza anche i TdP afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione Medica, che assicurano le competenze tecniche indispensabili per le verifiche sui requisiti strutturali e tecnologici (SCIA/SCIA contestuale, monitoraggio biennale, ecc.)

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

- presenza di operatori dedicati, così da aumentare la competenza e facilitare la gestione organizzativa dell'equipe;
- equipe multiprofessionale;
- integrazione con operatori di altri Servizi e Dipartimenti (TdP, informatici, colleghi che fanno le valutazioni di base, ecc.);
- confronto/supporto con gli enti gestori (vedi anche nel capitolo dedicato alla Formazione);

- eticità e correttezza nei controlli: ai fini di garantire lo svolgimento etico e corretto dell'attività, si continuerà ad utilizzare le modalità previste dal Piano Triennale Anticorruzione, che prevede la modifica della composizione dell'équipe, parziale o totale e la rotazione delle UdO da controllare.

Programmazione attività 2017

La dgr 5954/16 "delle Regole per il 2017" –come le precedenti, d'altronde- indica con precisione le tipologie di controlli che chiede siano effettuati, sia a livello di possesso dei requisiti in sede di presentazione SCIA e istanza di accreditamento, sia a livello di mantenimento degli stessi e di appropriatezza delle prestazioni erogate.

Le tabelle seguenti riportano le declinazioni dei controlli che verranno adottate.

CONTROLLI DI VIGILANZA

Tab. 14: Verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ATS
Soggettivi per esercizio e accreditamento	Verifiche delle autocertificazioni prodotte mediante richiesta alle P.A. competenti	Verifica del 100% delle autocertificazioni prodotte e previste dalla dgr 2569/14 in relazione all'esercizio e all'accreditamento
Organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici	Verifica sul 100% delle SCIA e istanze di accreditamento presentate, mediante analisi documentale e sopralluoghi in loco	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica di tutti i requisiti gest/organ e strutt/tecnologici sul 100% delle istanze ricevute; - sopralluoghi con integrazione costante con TdP per verifica dei requisiti strutturali e tecnologici; - adozione di provvedimento di accreditamento con richiesta alla Regione di iscrizione nell'elenco delle UdO sociosanitarie accreditate.

Tab 15: Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ATS
Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento	Verifiche di legge delle autocertificazioni presentate entro il mese di gennaio di ogni anno e, in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina.	Verifica di almeno il 10% delle autocertificazioni prodotte in relazione all'esercizio e all'accREDITamento

Tab.16: Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ATS
Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali ed organizzativi di esercizio e di accreditamento	-Verifiche sul mantenimento dei requisiti gestionali ed organizzativi, sia generali che specifici, in almeno il 50% delle UdO, -Ulteriori controlli nelle UdO con criticità riscontrate nel 2016	-Verifica delle UdO non vigilate nel 2016, comprese le loro sedi secondarie ove presenti. -Verifica delle UdO con criticità riscontrate nel 2016 e di cui non è ancora stato verificato il superamento.

Tab. 17 : Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ATS
Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici	-Verifiche sul mantenimento dei requisiti in almeno il 50% delle UdO, -Ulteriori controlli nelle UdO con criticità riscontrate nel 2016	-Verifica delle UdO non vigilate nel 2016, comprese le loro sedi secondarie ove presenti. -Verifica delle UdO con criticità riscontrate nel 2016 e di cui non è ancora stato verificato il superamento.
Vigilanza sulle UdO in Piano Programma	Verifica almeno semestrale nel 100% delle strutture coinvolte	Non sono più presenti UdO in Piano Programma

Sulla base di queste indicazioni, le UdO da vigilare saranno perciò le seguenti:

Tab.18: UdO sociosanitarie sulle quali effettuare la Vigilanza 2017

Tipologia	Strutture / Erogatori in esercizio	Vigilanza routinaria effettuata nel 2016	Vigilanza Routinaria Programmata. 2017
<i>RSA</i>	85	49	43
<i>CDI</i>	49	27	28
<i>CURE INT/ RIAB. Amb</i>	16	13	8
<i>HOSPICE</i>	3	1	2
<i>ADI</i>	34	19	19
<i>RSD</i>	12	7	5
<i>CDD</i>	23	14	12
<i>CSS</i>	18	11	9
<i>COM TOX</i>	19	12	11
<i>SERT*</i>	4	6	3
<i>CFI</i>	22	12	11
Totale	285	171	151

*SerT: Il numero delle vigilanze effettuate supera il numero di UdO perché si sono considerate le vigilanze fatte anche nelle sedi distaccate

A queste potranno aggiungersene altre in relazione all'eventuale rilevazione di carenze emerse nel corso dell'anno e a sanzioni irrogate nel 2016.

CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Tab.19 : Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ATS
Controllo di appropriatezza	<p>Verifiche di appropriatezza in almeno il 50% delle UdO.</p> <p>-Ulteriori controlli nelle UdO con criticità riscontrate nel 2016.</p> <p>-Controllo di:</p> <ul style="list-style-type: none">•15% Fasis UdO Residenziali e semiresidenziali (RSA, CDI, Com Tox, Hospice);•30% RSD, CDD, CSS;•10% Fasis Cure Intermedie, resid e semiresid;•5% ADI, SERT e CF (per il CF: nuovi utenti con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria);•3% Fasis UdO RIA ambulatoriali. <p>-Campionatura mista (casuale e mirata) con % individuata dalla ASL</p>	<p>-Controlli di appropriatezza nelle UdO non controllate nel 2016;</p> <p>-Controlli nelle UdO in cui sono state riscontrate criticità nel 2016;</p> <p>-Controlli secondo le % indicate dalla Regione (30, 15, 10, 5 e 3%).</p> <p>-Controlli mirati per almeno il 30% di quelli previsti, individuati secondo i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none">•modificazione della classificazione con effetto di un aumento della tariffa sociosanitaria;•-indici assistenziali (contenimento, cadute, decubiti, ecc.) superiori alla media ASL;•Altri criteri suggeriti da Agenzia di Controllo

Per effetto di queste indicazioni regionali, i controlli di appropriatezza da effettuare nel corso del 2017 saranno i seguenti:

Tab. 20: Numero di controlli di appropriatezza programmati per l'anno 2017

Tipologia	n° UdO	n° Utenti 2016 nelle strutture selezionate per il controllo 2017	% applicata	n° controlli
RSA	85	5643	15	846
CDI	49	724	15	109
CURE INT.	16	1632	10	163
RIA. Amb. CDC		2157	3	65
HOSPICE	3	351	15	53
ADI	34	2758	5	138
RSD	12	445	30	133
CDD	23	254	30	76
CSS	18	58	30	17
COM TOX	19	524	15	79
SERT	4	1864	5	93
CFI	22	5518	5	276
Totale	285	21928		2048

Anche in questo caso il numero dei controlli potrà aumentare o distribuirsi diversamente in relazione all'andamento dei loro esiti.

Per quanto riguarda le sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della dgr 116/2013 e altre dgr collegate, i controlli seguiranno le indicazioni regionali secondo la declinazione locale, come da tabella 21.

Tab.21: Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR 116/2013

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ATS
Vigilanza e controlli sulle sperimentazioni di UdO innovative e misure applicative della dgr 116/2013	Verifiche di Vigilanza e Appropriatelyzza sulle UdO innovative e sulle misure applicative della DGR 116/13	Prosecuzione dei controlli : -sulle UdO che partecipano alle misure previste; -nelle quantità percentuali previste per le altre UdO (15% residenziali, 5% ambulatoriali, ecc.)