

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

Piano dei Controlli dell’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana anno 2016

PDTA
CONTROLLO NOC
CONDIVISIONE
INTEGRAZIONE
CONTROLLO NOC
ATS

MONITORAGGIO VALPADANA
INTEGRAZIONE
VALPADANA
monitoraggio
valpadana

CONDIVISIONE INTEGRAZIONE
MONITORAGGIO PROGRAMMAZIONE
CONDIVISIONE INTEGRAZIONE
valpadana UNIONE

NOC PDTA
ATS monitoraggio
CONDIVISIONE
UNIONE qualità
appropriatezza

APPROPRIATEZZA
QUALITÀ
ATS VALPADANA
QUALITÀ APPROPRIATEZZA

CONDIVISIONE
QUALITÀ
UNIONE VALPADANA
MONITORAGGIO

CONDIVISIONE PROGRAMMAZIONE
UNIONE

PDTA APPROPRIATEZZA
ATS INTEGRAZIONE
MONITORAGGIO
QUALITÀ CONTROLLO
NOC PROGRAMMAZIONE

CONDIVISIONE INTEGRAZIONE
MONITORAGGIO
QUALITÀ CONTROLLO
PDTA APPROPRIATEZZA
NOC PROGRAMMAZIONE
PROGRAMMAZIONE

CONDIVISIONE INTEGRAZIONE
CONDIVISIONE APPROPRIATEZZA
QUALITÀ

CONDIVISIONE INTEGRAZIONE
CONDIVISIONE APPROPRIATEZZA
CONTROLLO PROGRAMMAZIONE NOC
integrazione integrazione
PROGRAMMAZIONE CONTROLLO

VALPADANA
VALPADANA monitoraggio

ATS PROGRAMMAZIONE
APPROPRIATEZZA
APPROPRIATEZZA

programmazione

INTEGRAZIONE

MONITORAGGIO

PDTA UNIONE

VALPADANA
NOC
ATS

Sommario

<i>Il contesto e i consumi sanitari</i>	3
Ambito territoriale di Cremona	4
Ambito territoriale di Mantova	26
<i>Articolazione dell'attività di controllo nell'area sanitaria</i>	36
Analisi storica dell'attività di controllo nell'ambito territoriale di Cremona	37
Analisi storica dell'attività di controllo nell'ambito territoriale di Mantova	51
ATS della Val Padana - Linee di sviluppo per i controlli NOC sulla prestazioni di ricovero per l'anno 2016	63
ATS della Val Padana - Linee di sviluppo per i controlli NOC sulla prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2016	72
ATS della Val Padana - Piano dei controlli per i tempi di attesa	76
Proposte condivise di riqualificazione ed evoluzione dell'attività di controllo nella nuova organizzazione in ATS.....	78
ATS della Val Padana - Piano dei controlli della psichiatria e della neuropsichiatria infantile	82
Controllo dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie	86
ATS della Val Padana - Piano dei controlli per i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie per il 2016	91
Assistenza farmaceutica e protesica minore integrativa	93
Sede Territoriale di Mantova	94
Sede Territoriale di Cremona.....	109
Controlli e verifiche in ambito di progetto CReG.....	119
<i>Articolazione dell'attività di controllo nell'area socio sanitaria e socio assistenziale</i>	122
Piano dei controlli relativo alla sede territoriale di Cremona	123
Piano dei controlli relativo alla sede territoriale di Mantova.....	192

Il contesto e i consumi sanitari

Ambito territoriale di Cremona

Contesto epidemiologico

Analisi del contesto territoriale ed epidemiologico

Dati socio-demografici ed epidemiologici della provincia di Cremona

Il profilo demografico

La provincia di Cremona è articolata in 3 distretti, ha una superficie di Km² 1770 con una densità di 205 abitanti/km², e comprende 115 Comuni per un bacino di utenza (popolazione residente) al 31.12.2012 pari a 361.812 unità (ultimi dati Istat disponibili), di cui 184.727 femmine (51,1%) e 177.085 maschi (48,9%).

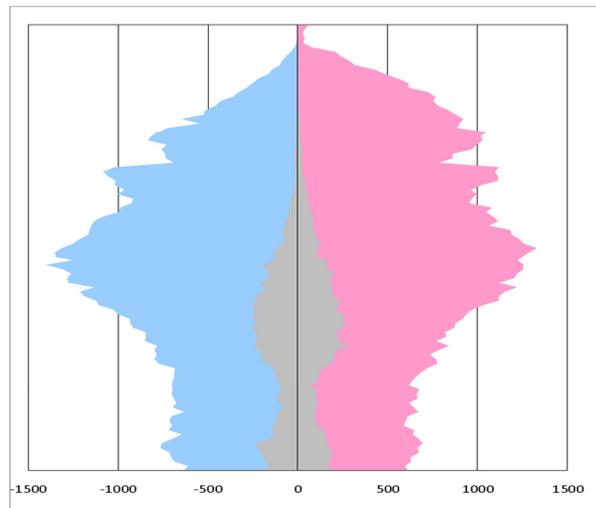
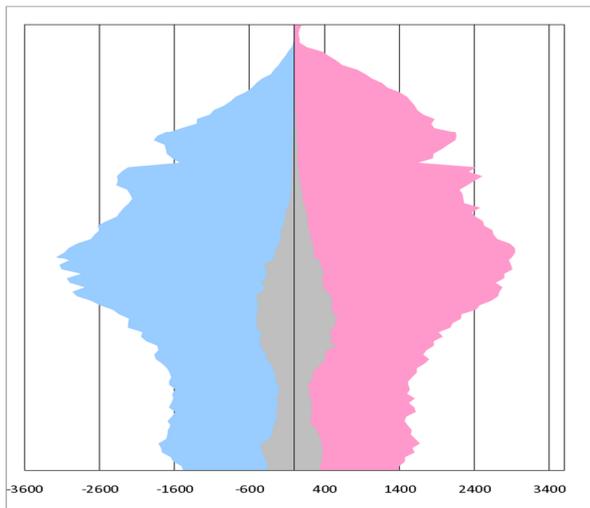


- **Ex Distretto di Casalmaggiore**
Estensione 364.45 Km², 20 Comuni 39.518 abitanti
- **Ex Distretto di Crema**
Estensione 572.55 Km², 48 Comuni 163.589 abitanti
- **Ex Distretto di Cremona**
Estensione 832.98 Km², 47 Comuni 158.503 abitanti.

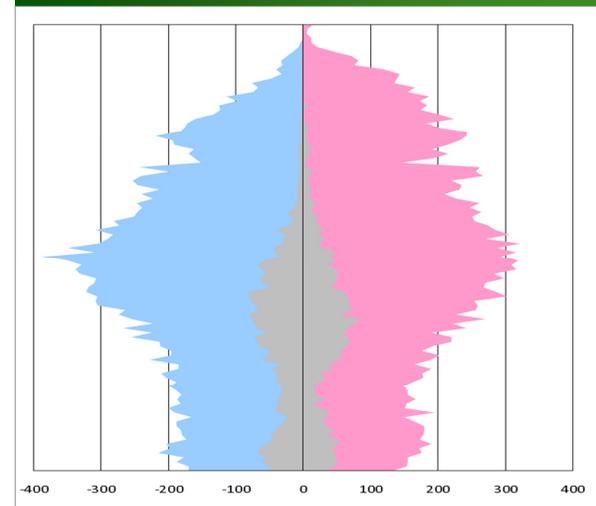
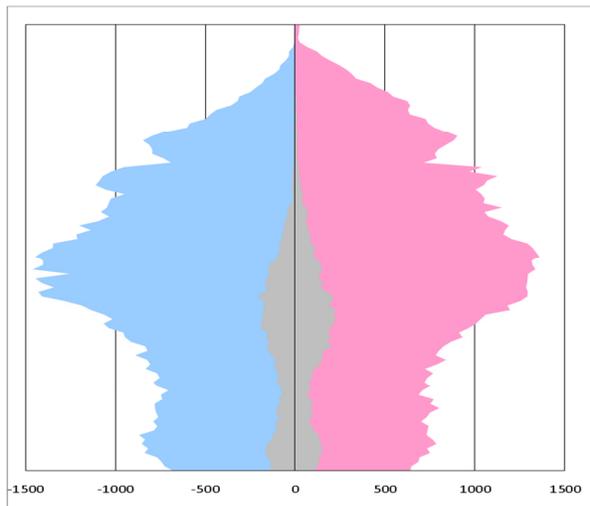
In ambito regionale, Cremona registra circa il 4% dei residenti lombardi, al pari di Mantova, seguita solo da Lecco col 3% degli abitanti e da Lodi e Sondrio, entrambe col 2%. Come evidenziato dai dati del censimento del 2011, la popolazione di Cremona si caratterizza, a livello regionale, per una bassa natalità (meno di noi in Lombardia solo Sondrio e Pavia), ed una più elevata presenza di popolazione anziana.

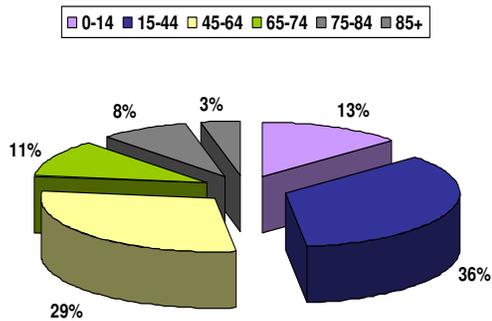
Tra gli indici demografici di particolare interesse, è l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni) che nella provincia di Cremona registra, insieme alla provincia di Pavia, i valori più alti a livello regionale. La struttura della popolazione si riflette anche nel crescente carico sociale ed economico che pesa sulla popolazione in età lavorativa; questo si osserva pressoché in tutte le province, ma con profili diversi. In provincia di Cremona, infatti, l'indice di dipendenza totale nel 2012 è pari al 55,5%, di cui il 20,5% è giovanile (inferiore alla media regionale) ed il 35% senile (superiori alla media regionale); ciò sta a significare che 100 persone in età lavorativa hanno teoricamente a carico, oltre a se stesse, altre 54 persone, di cui 32 in età post lavorativa e 22 in età prelaborativa.

Piramidi delle età al 31/12/2014 (in grigio i soggetti nati all'estero)



Residenti nel distretto di Casalmaggiore

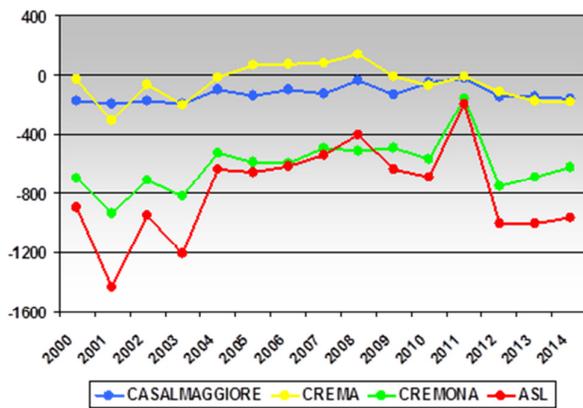




177.276 MASCHI (49.0%)



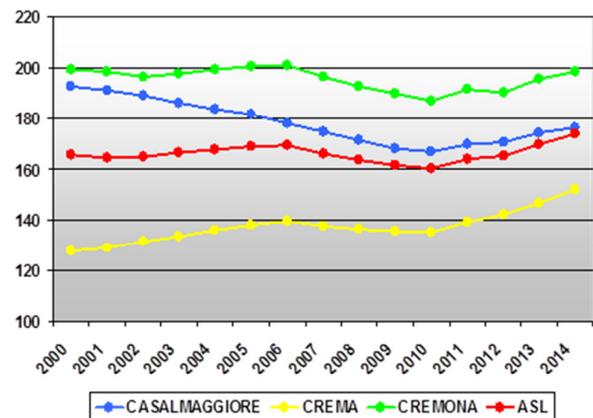
184.334 FEMMINE (51.0%)

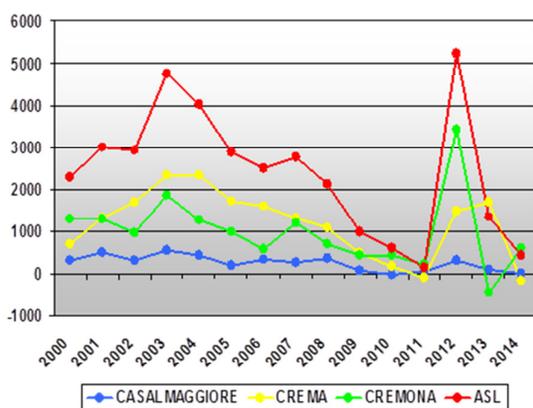


	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale distretto
Numero abitanti				
Casalmaggiore	5,293	24,886	9,339	39,518
Cremona	19,985	98,838	39,680	158,503
Crema	22,691	106,432	34,466	163,589
Totale ASL	47,969	230,156	83,485	361,610
Distribuzione percentuale				
Casalmaggiore	13%	63%	24%	11%
Cremona	13%	62%	25%	44%
Crema	14%	65%	21%	45%
Totale ASL	13%	64%	23%	100%

Indici demografici

	Casalmaggiore	Cremona	Crema	Totale ASL
Indice				
Età media	45,1	46,0	43,8	44,9
Dipendenza (carico sociale)	58,8	60,4	53,7	57,1
Ricambio pop. attiva	136,0	145,1	139,9	141,7
Struttura pop. attiva	132,4	140,9	134,3	136,9
Dipendenza giovanile	21,3	20,2	21,3	20,8
Natalità	7,7	8,1	8,1	8,1
Fecondità	38,1	39,9	37,4	38,6
Saldo naturale	-160	-621	-181	-962
Saldo migratorio	1	595	-165	431





	% popolazione >64 anni	% popolazione >74 anni	% popolazione >84 anni
2000	20,2%	8,9%	2,4%
2001	20,4%	9,2%	2,3%
2002	20,6%	9,5%	2,2%
2003	20,8%	9,6%	2,0%
2004	21,1%	9,8%	2,0%
2005	21,5%	10,1%	2,2%
2006	21,7%	10,4%	2,4%
2007	21,6%	10,4%	2,6%
2008	21,5%	10,5%	2,7%
2009	21,5%	10,6%	2,9%
2010	21,4%	10,8%	3,0%
2011	22,0%	11,1%	3,2%
2012	22,2%	11,2%	3,3%
2013	22,7%	11,5%	3,4%
2014	23,1%	11,9%	3,5%

Analisi della mortalità in provincia di Cremona

L'analisi dei dati di mortalità mostra, come negli anni passati, un quadro della mortalità in linea con quello dei paesi industrializzati. La maggior parte dei 3.859 decessi (tasso grezzo pari a 106,6 per 10.000 abitanti) è dovuta a malattie cardiovascolari o tumori. Prima dei 45 anni prevalgono le cause di morte non naturali (traumatismi ed avvelenamenti), dai 45 ai 74 anni diventano più rilevanti i tumori mentre dai 75 anni in su le cause di morte più frequenti sono quelle cardiovascolari. L'esame dei tassi standardizzati (che tiene conto della diversa struttura della popolazione) evidenzia una mortalità minore nel distretto di Crema (tasso standardizzato = 78,1) rispetto ai distretti di Cremona (tasso standardizzato = 83,6) e Casalmaggiore (tasso standardizzato = 83,0).

Per confrontare il dato provinciale con la media nazionale sono stati utilizzati i dati Istat più recenti (relativi al triennio 2011 – 2013) ed è stato calcolato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR, Standardized Mortality Ratio) tra la provincia di Cremona e l'Italia (un valore superiore a 1 identifica un eccesso di mortalità; ad esempio, un SMR pari a 1,20 individua una mortalità superiore del 20% rispetto all'Italia). In quel triennio si è registrato un eccesso di mortalità per tumore sia tra gli uomini (SMR = 1,10) che tra le donne (SMR = 1,15), a causa soprattutto dei tumori all'apparato digerente: esofago (SMR = 1,97 tra le donne e SMR = 1,62 tra gli uomini), stomaco (SMR = 1,79 tra le donne e SMR = 1,79 tra gli uomini), fegato (SMR = 1,25 tra le donne e SMR = 1,50 tra gli uomini) e pancreas (SMR = 1,39 tra le donne e SMR = 1,20 tra gli uomini). L'altra principale causa di morte, le malattie del sistema circolatorio, era invece piuttosto in linea con il dato nazionale.

Le schede nelle pagine successive permettono di confrontare i trend della provincia di Cremona con quelli della Lombardia e dell'Italia, relativamente alle principali cause di morte e alle principali sedi tumorali.

Numero di decessi per gruppi di cause (2014)

	Cremona		Crema		Casalmaggiore		ASL	
	decessi	%	decessi	%	decessi	%	decessi	%
Malattie del sistema circolatorio	604	32%	505	34%	169	36%	1278	33%
Tumori	621	32%	479	32%	121	26%	1221	32%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	134	7%	106	7%	16	3%	256	7%
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	116	6%	93	6%	27	6%	236	6%
Malattie dell'apparato respiratorio	96	5%	88	6%	35	8%	219	6%
Traumatismi e avvelenamenti	65	3%	35	2%	22	5%	122	3%
Malattie dell'apparato digerente	63	3%	43	3%	12	3%	118	3%
Disturbi psichici	66	3%	41	3%	9	2%	116	3%
Malattie del sistema genitourinario	32	2%	39	3%	12	3%	83	2%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	42	2%	16	1%	21	5%	79	2%
Malattie infettive e parassitarie	34	2%	16	1%	13	3%	63	2%
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	13	1%	10	1%	4	1%	27	1%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	14	1%	3	0%	0	0%	17	0%
Malformazioni congenite	7	0%	5	0%	1	0%	13	0%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	3	0%	2	0%	2	0%	7	0%
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	0	0%	3	0%	0	0%	3	0%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Totale	1,911	100%	1,484	100%	464	100%	3,859	100%

Cause di morte più frequenti nelle diverse fasce di età (2014)

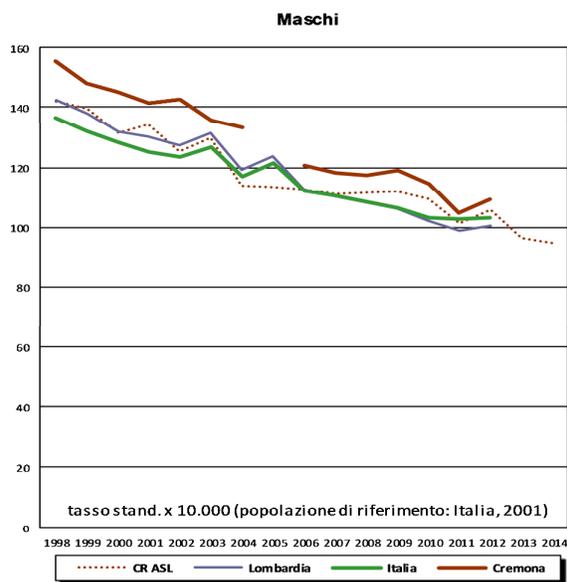
Età	Causa	Maschi		Femmine		Tutti	
		decessi	tasso	decessi	tasso	decessi	tasso
0-14	Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	3	1,2	0	0,0	3	0,6
	Sintomi, segni e stati morbosì mal definiti	0	0,0	3	1,3	3	0,6
	Traumatismi ed avvelenamenti	2	0,8	1	0,4	3	0,6
	Malattie dell'apparato respiratorio	0	0,0	2	0,9	2	0,4
15-44	Traumatismi ed avvelenamenti	14	2,2	4	0,6	18	1,4
	Tumori maligni	7	1,1	5	0,8	12	0,9
	Malattie del sistema circolatorio	3	0,5	1	0,2	4	0,3
45-64	Tumori maligni	117	22,3	84	16,3	201	19,3
	Malattie del sistema circolatorio	45	8,6	18	3,5	63	6,1
	Traumatismi ed avvelenamenti	19	3,6	6	1,2	25	2,4
65-74	Tumori maligni	198	102,2	134	63,4	332	82,0
	Malattie del sistema circolatorio	57	29,4	42	19,9	99	24,4
	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	22	11,4	13	6,1	35	8,6
75 o più	Malattie del sistema circolatorio	411	265,0	701	261,9	1.112	263,0
	Tumori maligni	361	232,7	315	117,7	676	159,9
	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	82	52,9	140	52,3	222	52,5

SMR della provincia di Cremona rispetto all'Italia (2011 – 2013)

L'SMR esprime il rapporto standardizzato di mortalità (Standardized Mortality Ratio, SMR) tra la provincia di Cremona e l'Italia. Un valore superiore a 1 indica una mortalità maggiore rispetto alla media nazionale.

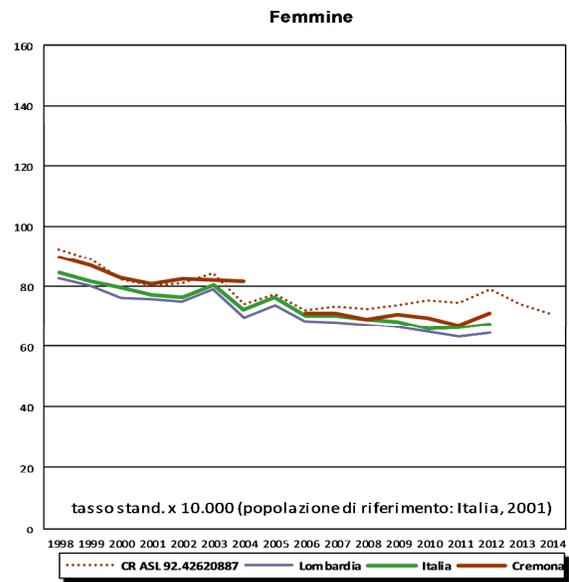
	Maschi		Femmine	
	decessi	SMR	decessi	SMR
Malattie infettive e parassitarie	137	1,28	135	1,10
Tumori maligni	1.930	1,10	1.627	1,15
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	147	0,70	224	0,73
Malattie del sangue, degli organi ematopoietici e dist. immunitari	21	1,00	37	1,05
Disturbi psichici	92	0,92	212	0,93
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	196	1,06	387	1,40
Malattie del sistema circolatorio	1.786	1,01	2.706	1,07
Malattie dell'apparato respiratorio	377	0,91	367	0,97
Malattie dell'apparato digerente	202	0,98	214	0,93
Malattie del sistema genitourinario	96	0,98	107	0,87
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	7	1,17	12	0,86
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	11	0,65	52	1,18
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	7	0,73	6	0,84
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	49	0,68	119	0,90
Traumatismi e avvelenamenti	242	1,00	156	0,82
Tutte le cause	5.387	1,02	6.446	1,05

	Maschi		Femmine	
	decessi	SMR	decessi	SMR
Malattie infettive e parassitarie	137	1,28	135	1,10
Tumori maligni	1.930	1,10	1.627	1,15
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	147	0,70	224	0,73
Malattie del sangue, degli organi ematopoietici e dist. immunitari	21	1,00	37	1,05
Disturbi psichici	92	0,92	212	0,93
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	196	1,06	387	1,40
Malattie del sistema circolatorio	1.786	1,01	2.706	1,07
Malattie dell'apparato respiratorio	377	0,91	367	0,97
Malattie dell'apparato digerente	202	0,98	214	0,93
Malattie del sistema genitourinario	96	0,98	107	0,87
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	7	1,17	12	0,86
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	11	0,65	52	1,18
Alcune condizioni morbose e di origine perinatale	7	0,73	6	0,84
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	49	0,68	119	0,90
Traumatismi e avvelenamenti	242	1,00	156	0,82
Tutte le cause	5.387	1,02	6.446	1,05



SMR

Cremona



SMR

Cremona

Analisi dei consumi

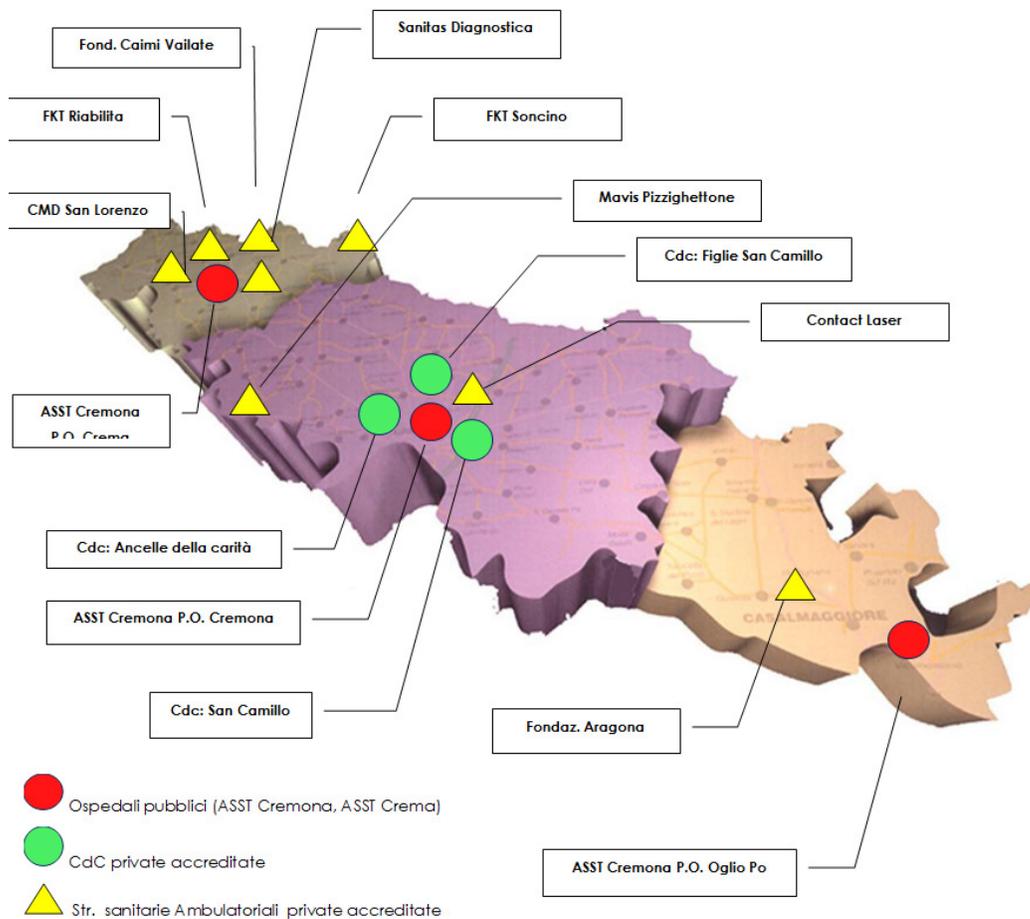
1. Indicatori di offerta

Nella tabella e nelle cartine seguenti è declinata l'offerta di prestazioni di ricovero ospedaliero, ambulatoriali e diagnostica strumentale, dotazioni tecnologiche, psichiatria nell'ATS Val Padana sede territoriale di Cremona.

Tabella Indicatori di offerta

Tipologia	Denominazione Ente	Distretto	Comune
Struttura pubblica	ASST Cremona - Presidio Ospedaliero di Cremona	Cremona	Cremona
	ASST Cremona – Poliambulatori Specialistici		
Struttura privata accreditata contrattualizzata	Fondazione Teresa Camplani – C.d.C. Ancelle della Carità		
	C.d.C. Figlie di San Camillo		
	C.d.C. San Camillo		
	Ambulatorio Contact Laser S.r.l.		
	Ambulatorio di Medicina Sportiva Sant'Agostino		
	Ambulatorio di Medicina Sportiva Sant'Agostino		
	Centro Diurno Gamma e Gamma 2		
	Soc. Coop. Varietà – Comunità di NPI Fiever e Fiever 2		
	Polo Sanitario Nuovo Robbiani		
	Ambulatorio di FKT Mavis Servizi		Pizzighettone
	Comunità Psichiatrica e Centro Diurno – Fondazione Vismara De Petri		San Bassano
Comunità di Psichiatria – Varietà	Crotta d'Adda		
Comunità Psichiatrica residenziale "La Ginestra"	Pieve San Giacomo		
Struttura pubblica	ASST Crema – Presidio Ospedaliero di Crema	Crema	Crema
	ASST Crema – Presidio Ospedaliero Santa Marta		Rivolta d'Adda
	ASST Crema – Poliambulatorio di Pandino		Pandino
	ASST Crema – Presidio Cure Sub Acute di Soncino		Soncino
	ASST Crema – Poliambulatorio di Soncino		Soncino
	ASST Crema – Poliambulatorio di Castelleone		Castelleone

Struttura privata accreditata contrattualizzata	Centro Medicina Sportiva "Città di Crema"	Casalmaggiore	Crema
	Centro Medico San Lorenzo		
	Sanitas Diagnostica		
	Riabilita fisiokinesiterapia Crema		
	Comunità Psichiatrica Redancia PO s.r.l.		
	Fondazione Caimi		
	Centro Medicina Sportiva "San Martino"		
	Fisiokinesiterapia Sanitas		
Struttura pubblica	ASST Cremona - Presidio Ospedaliero Oglio Po	Casalmaggiore	Vicomosciano
	ASST Cremona - Poliambulatorio Specialistico Extraospedaliero		Casalmaggiore
Struttura privata accreditata contrattualizzata	Centro di Medicina delle Sport - Interflumina		



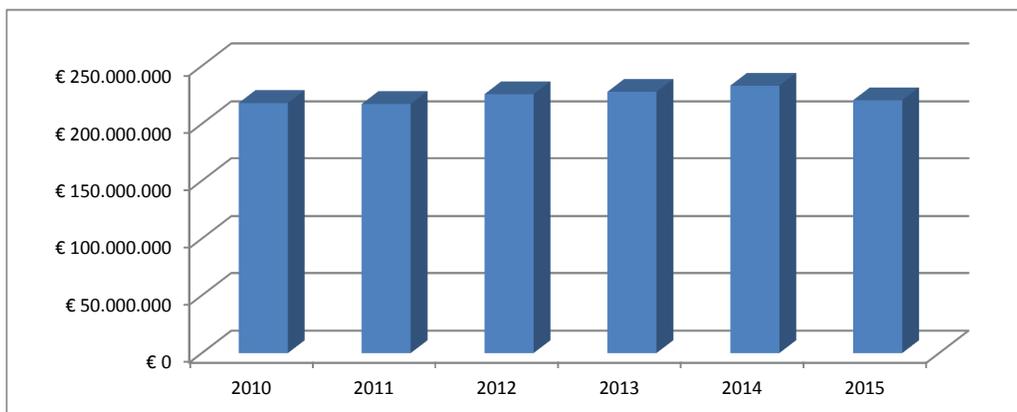
Valutazioni generali di prestazioni sanitarie sui fabbisogni 2015

Si conferma in prospettiva il trend epidemiologico evidenziato da anni: progressivo invecchiamento della popolazione (23 % a livello ASL, con punte del 25 % nel Distretto di Cremona; over 85 anni nell'ASL al 3.4 %), saldo naturale negativo nei tre Distretti, saldo migratorio positivo solo nel Distretto di Crema. La ripartizione di prestazioni ambulatoriali nel territorio provinciale ha evidenziato nel 2014 che il settore di Laboratorio ha inciso per il 17,90 %, quello di Radiologia diagnostica per il 20,87 %, le Prime Visite per il 6,77 %, lasciando alla restante parte (Visite successive e altre prestazioni strumentali) la quota del 54,46 %. Sulla base dei prossimi benchmark regionali si cercherà di analizzare gli eventuali scostamenti dalla media regionale e di intervenire ove necessario. Questo quadro, sommato a quello della costante distribuzione delle cronicità e alla valutazione dei tempi d'attesa degli ultimi mesi del 2014, permette di ritenere adeguato l'attuale assetto distributivo di erogazione di prestazioni sanitarie.

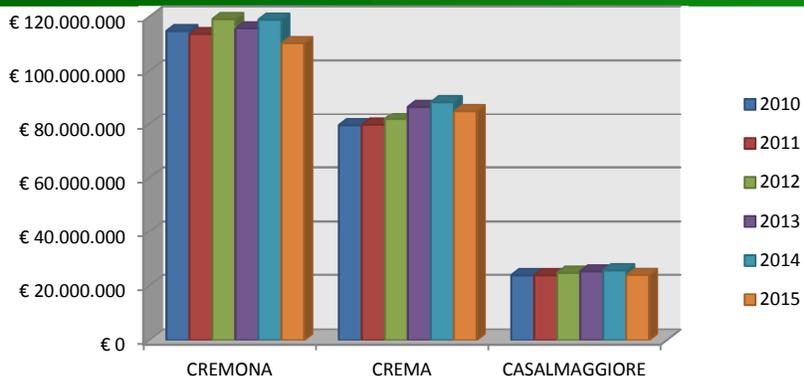
I principali indicatori di consumo sono evidenziati nelle tabelle seguenti.

RICOVERI e SPECIALISTICA AMBULATORIALE – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL Trend 2010-2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

TOTALE ASL

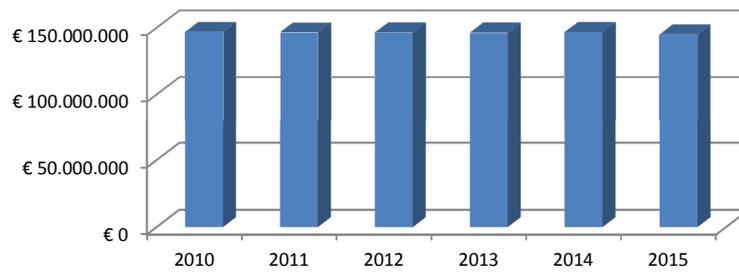


PER DISTRETTO RESIDENZA

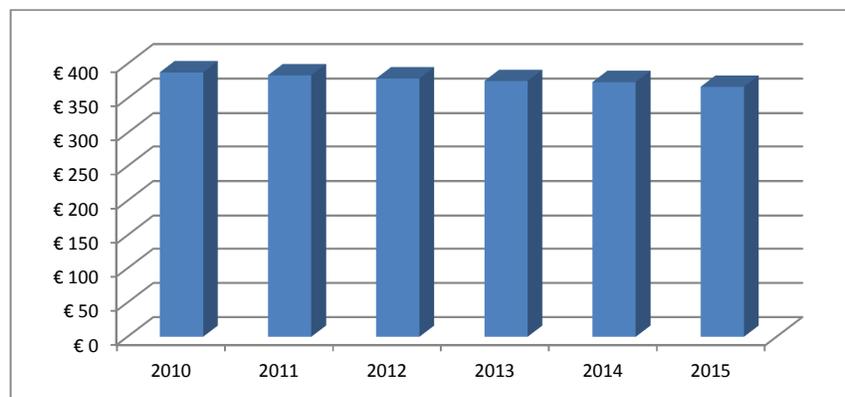


RICOVERI – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL

TOTALE ASL

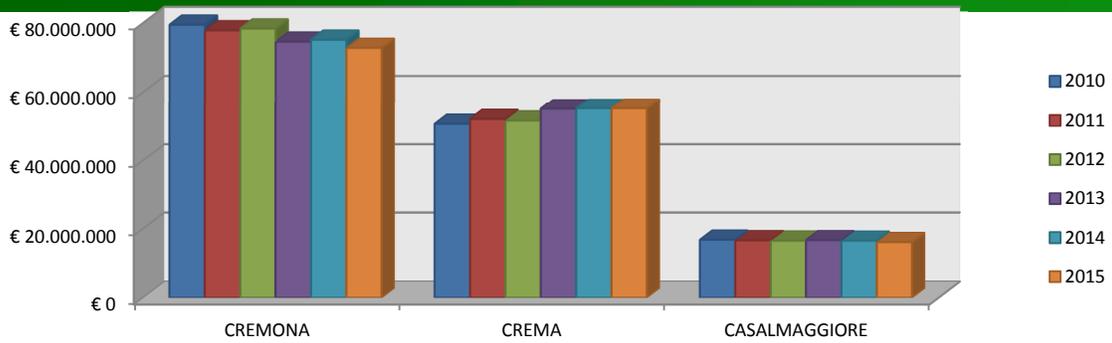


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

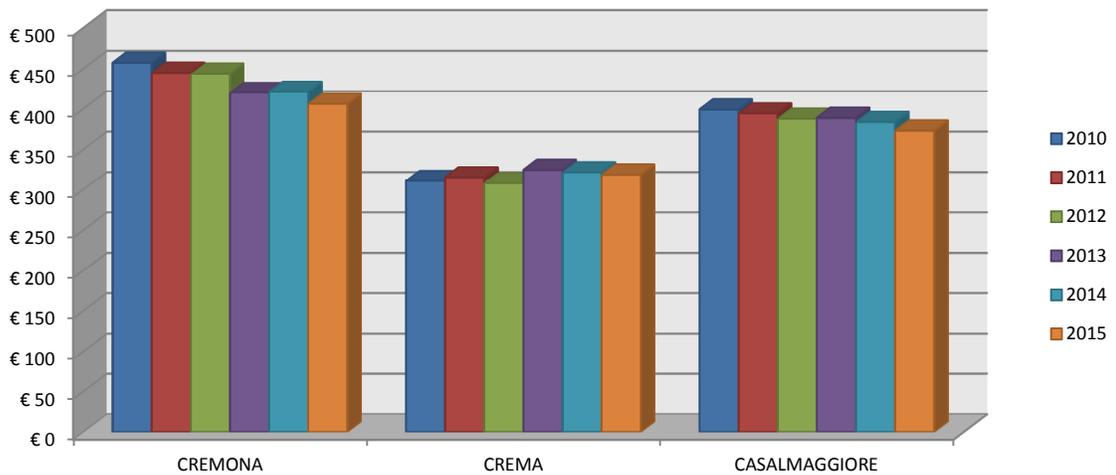


**RICOVERI – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)**

PER DISTRETTO RESIDENZA

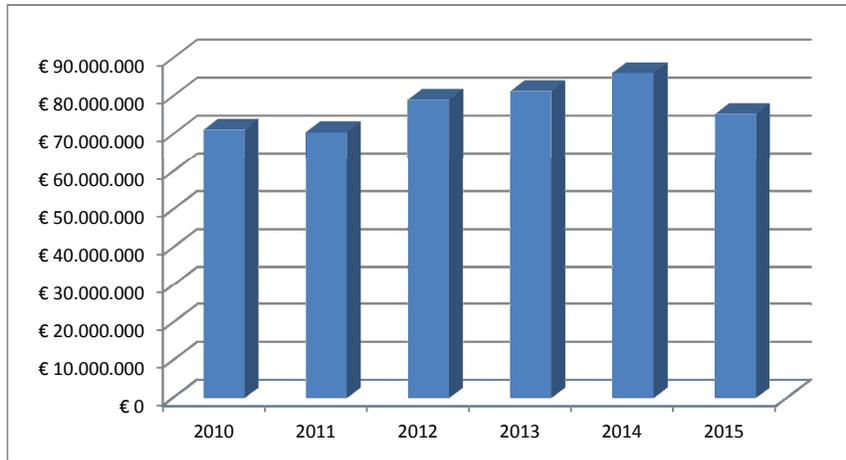


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

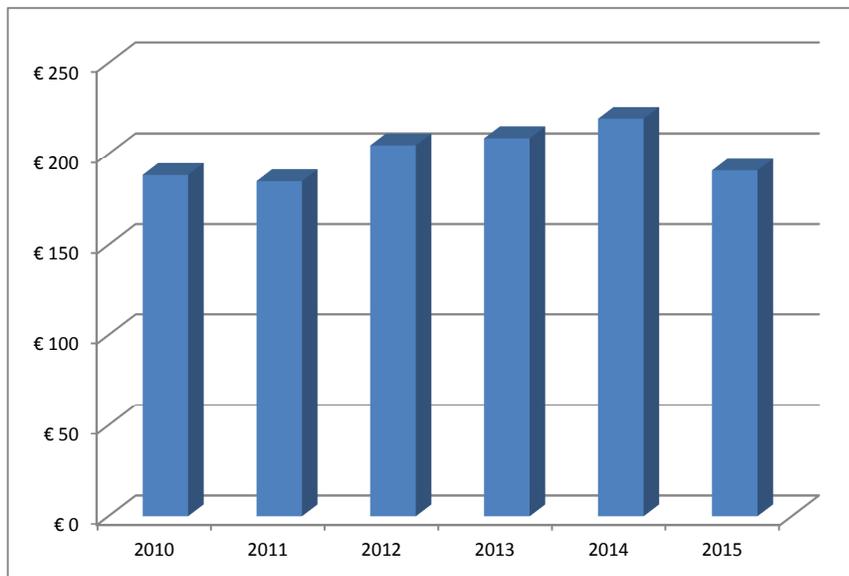


SPECIALISTICA – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

TOTALE ASL

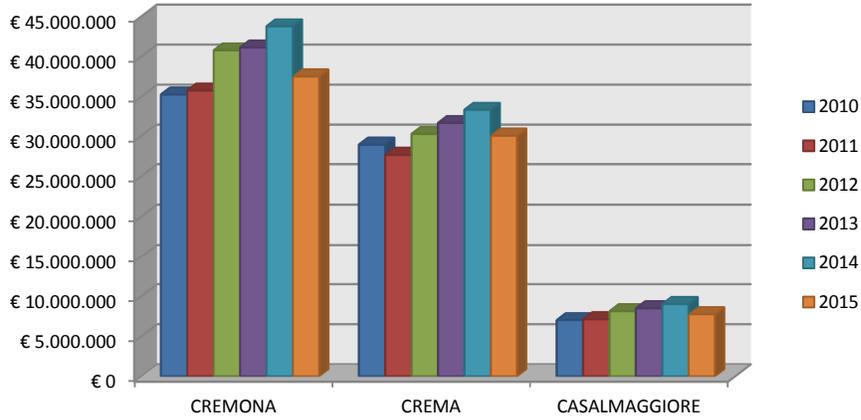


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

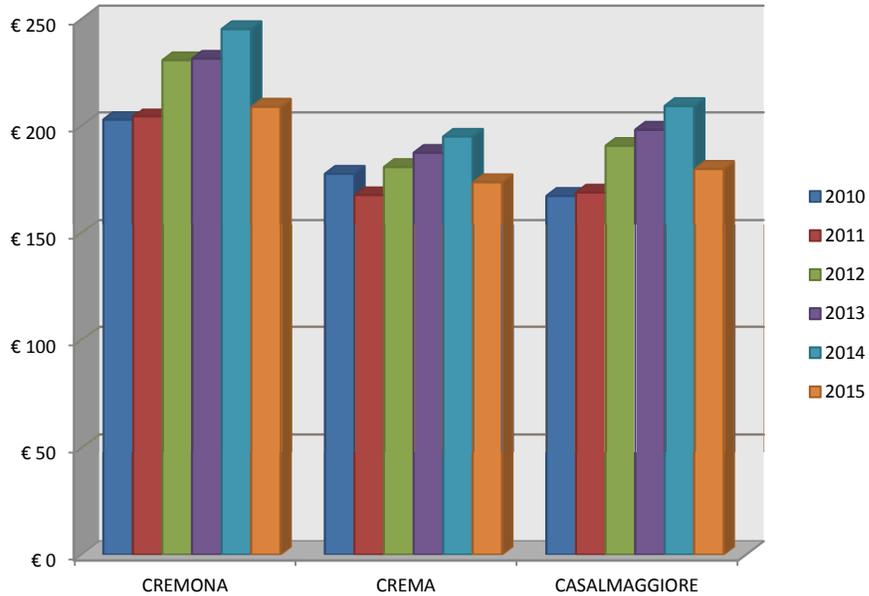


SPECIALISTICA – Valorizzazione – Domanda soddisfatta in ambito ASL
Trend 2010-2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

PER DISTRETTO RESIDENZA

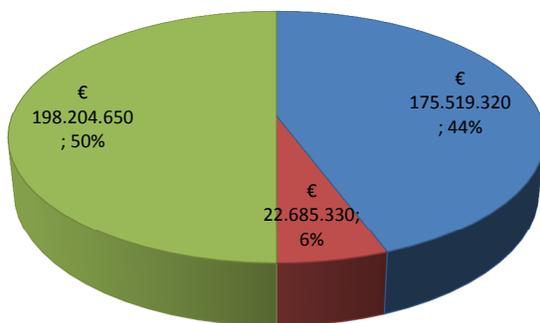


COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO PONDERATO

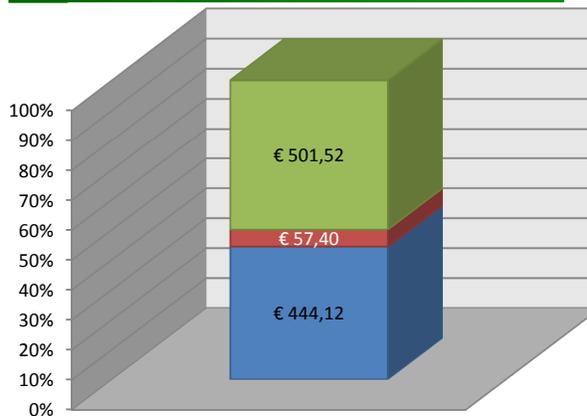


SINTESI RICOVERI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Valorizzazione 2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

TOTALE ASL



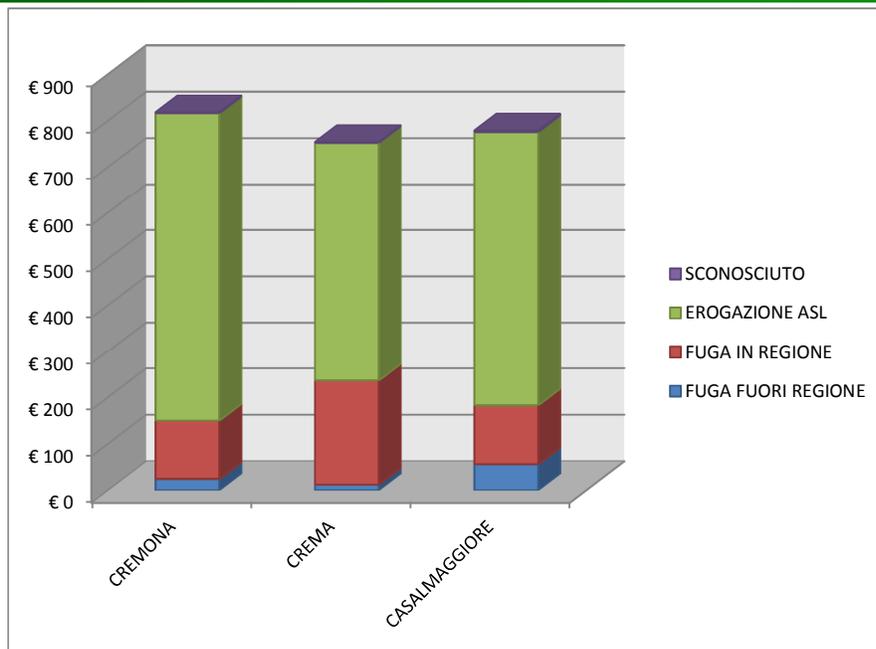
COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO



■ Ricoveri Acuti ■ Ricoveri Riabilitazione ■ Specialistica Amb.

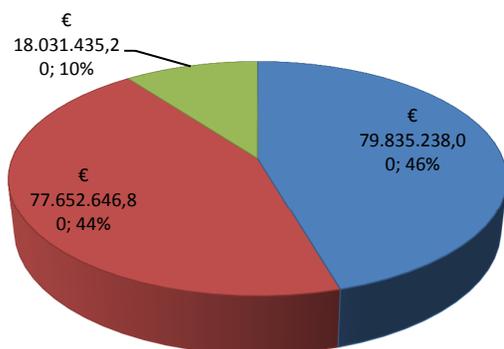
■ Ricoveri Acuti ■ Ricoveri Riabilitazione ■ Specialistica Amb.

DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2014



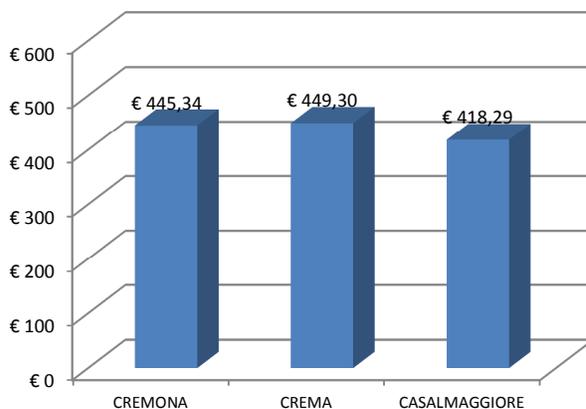
RICOVERI ACUTI - Valorizzazione 2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

TOTALE ASL

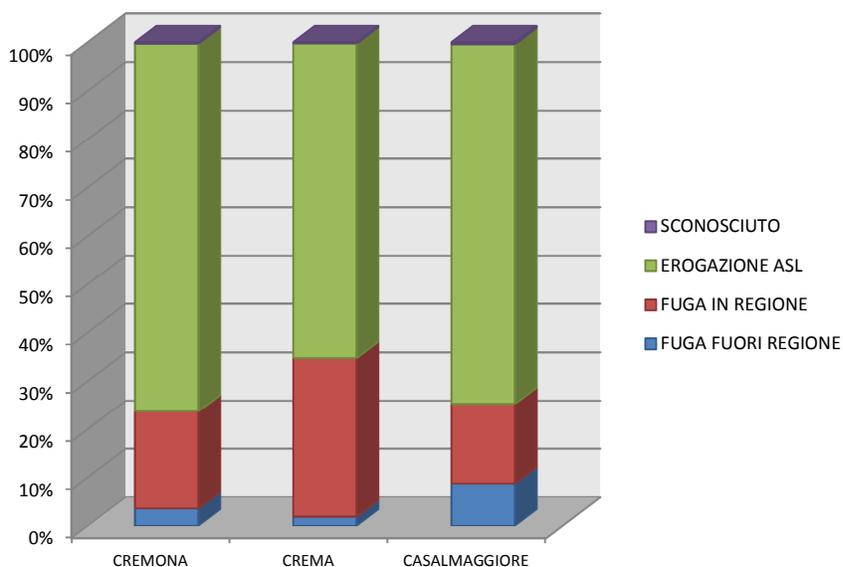


■ CREMONA ■ CREMA ■ CASALMAGGIORE

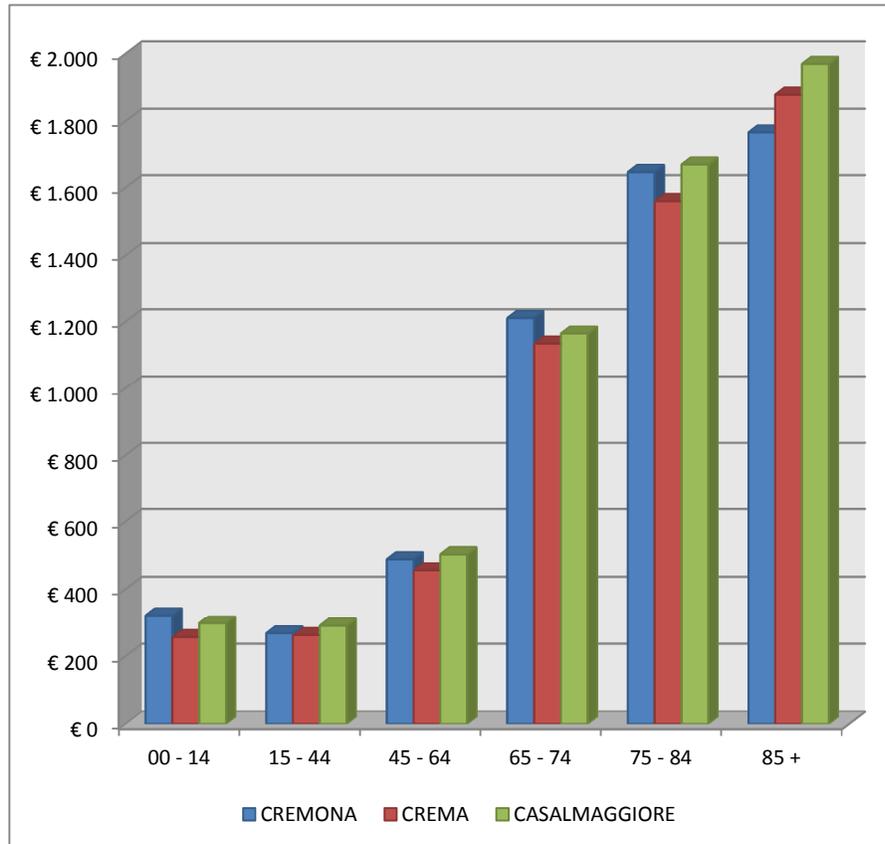
COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO



DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2014

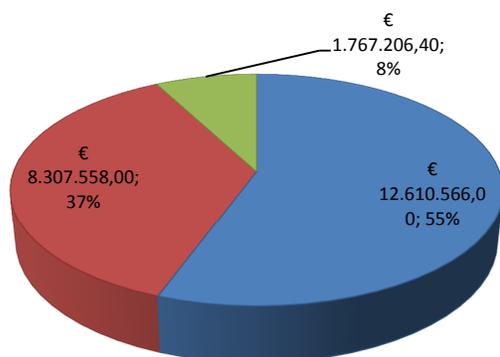


RICOVERI ACUTI - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)



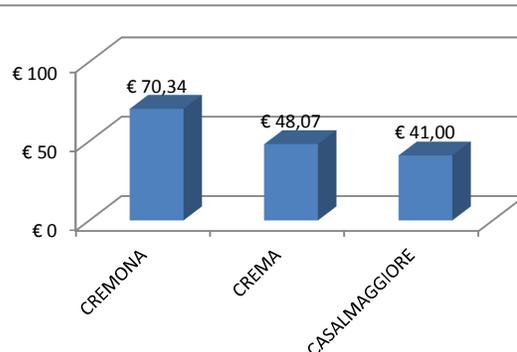
RIABILITAZIONE OSPEDALIERA - Valorizzazione 2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

TOTALE ASL

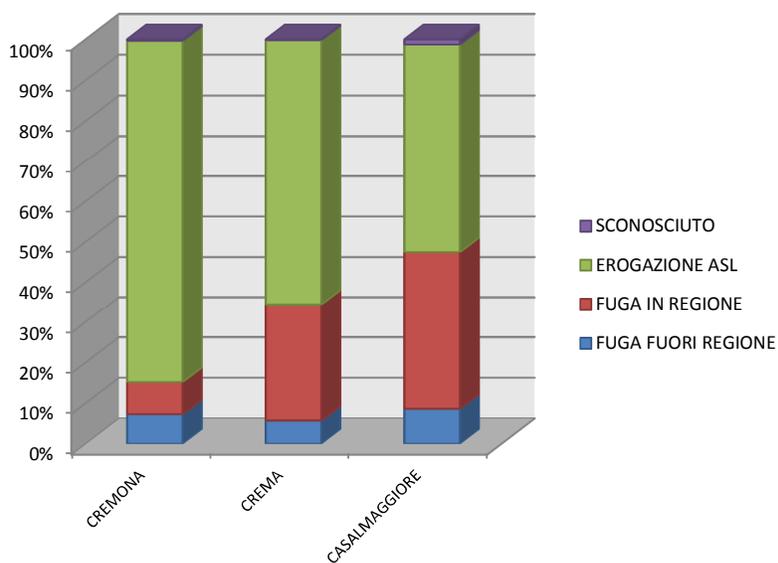


■ CREMONA ■ CREMA ■ CASALMAGGIORE

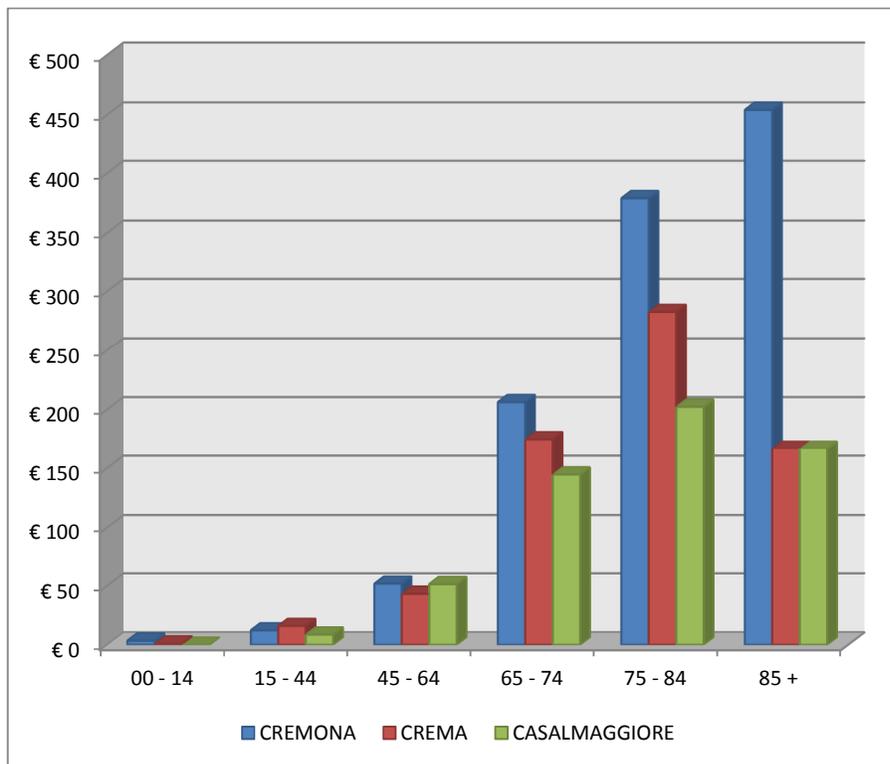
COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO



DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2014

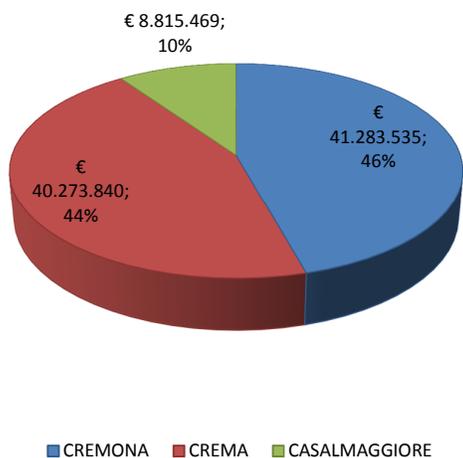


RIABILITAZIONE OSPEDALIERA - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

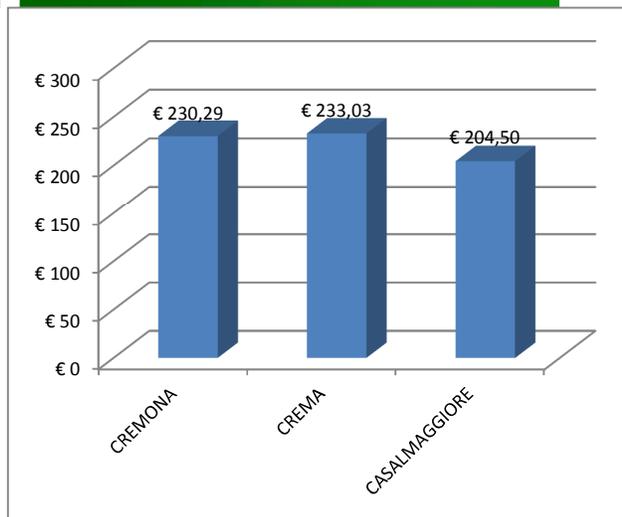


SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Valorizzazione 2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)

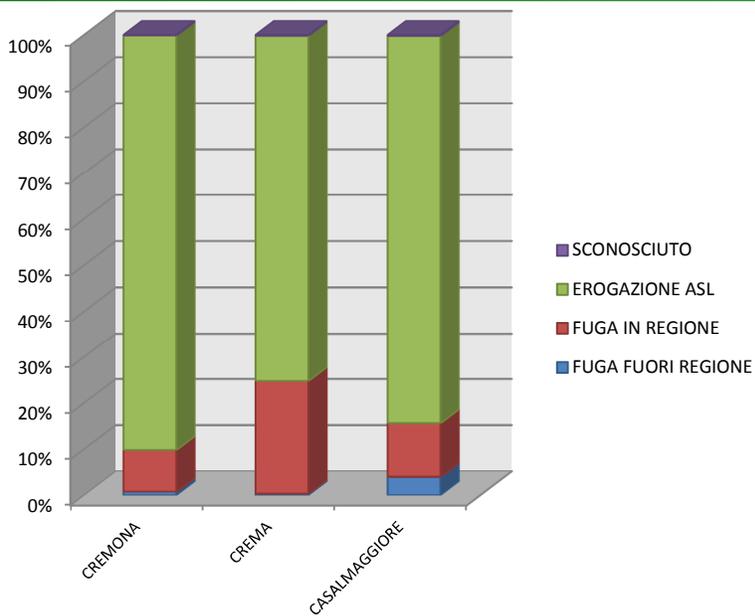
TOTALE ASL



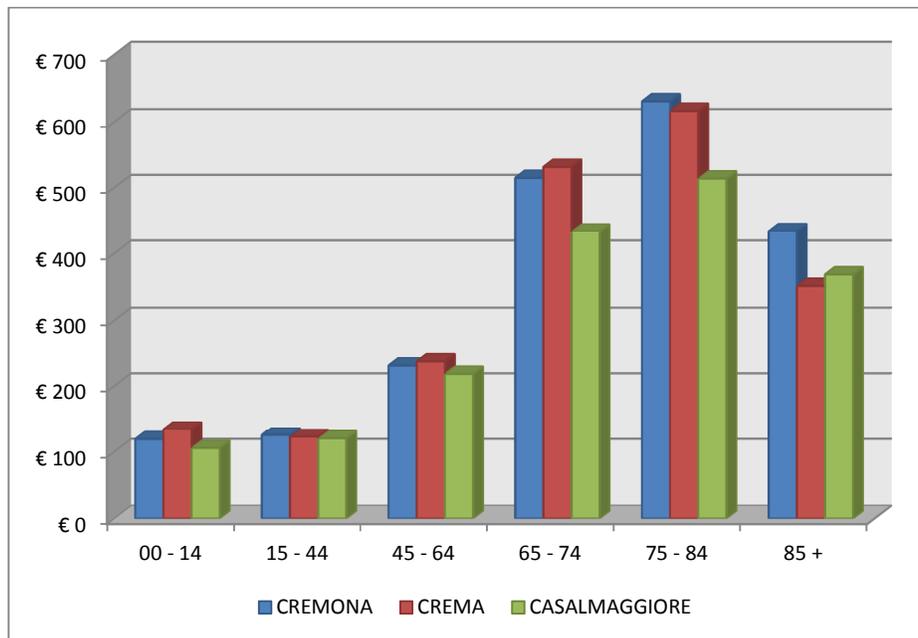
COSTO PROCAPITE PER ASSISTITO



DISTRIBUZIONE COSTI PER MOBILITA' - anno 2014



SPECIALISTICA AMBULATORIALE - COSTO PROCAPITE PER FASCIA ETA - 2015 (i dati del 2015 sono una proiezione)



Ambito territoriale di Mantova

Contesto epidemiologico

Analisi del contesto territoriale ed epidemiologico

DEMOGRAFIA

Dalle tabelle sottostanti si evidenzia che la popolazione residente nella provincia di Mantova si mantiene decisamente al di sopra dei 400 mila abitanti, pur con un saldo complessivo di segno negativo, con un massimo per il Distretto di Ostiglia e un minimo per quello di Asola. Dal computo degli assistiti sono esclusi 724 soggetti non classificati.

DISTRETTO	F	M	TOTALE
ASOLA	23.850	23.397	47.247
GUIDIZZOLO	34.327	33.100	67.427
MANTOVA	83.123	77.349	160.472
OSTIGLIA	23.995	22.342	46.337
SUZZARA	27.483	26.807	54.290
VIADANA	24.908	24.142	49.050
TOTALE	217.686	207.137	424.823

NATI	MORTI		SALDO
430	418	12	0,03
557	635	-78	-0,12
1.258	1.564	-306	-0,19
305	601	-296	-0,64
448	578	-130	-0,24
357	547	-190	-0,39
3.355	4.343	-988	-0,23

Le due successive tabelle mostrano una percentuale di popolazione straniera pari al 15,8% (stabile, nel 2013 era 15,7%, aumentata rispetto al 2012 che era pari al 13,5%), di cui un terzo concentrata nel Distretto capoluogo di provincia.

POPOLAZIONE ITALIANA

DISTRETTO	F	M	TOTALE
ASOLA	19.964	19.524	39.488
GUIDIZZOLO	29.120	27.837	56.957
MANTOVA	72.922	68.144	141.066
OSTIGLIA	21.217	19.681	40.898
SUZZARA	23.309	22.572	45.881
VIADANA	21.399	20.524	41.923
TOTALE	187.931	178.282	366.213

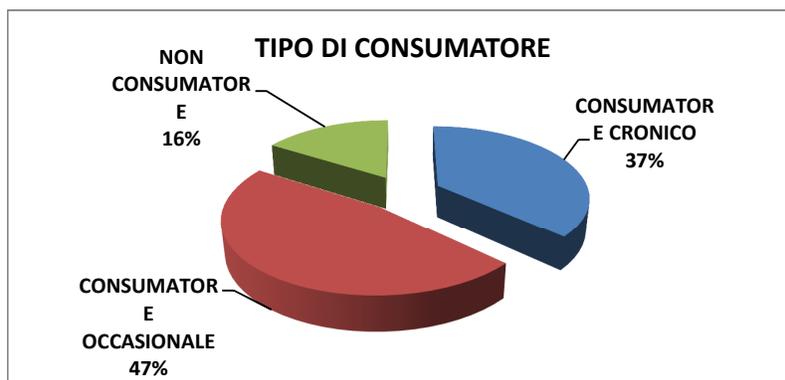
POPOLAZIONE STRANIERA

DISTRETTO	F	M	TOTALE
ASOLA	3.859	3.849	7.708
GUIDIZZOLO	5.158	5.219	10.377
MANTOVA	9.984	9.005	18.989
OSTIGLIA	2.768	2.638	5.406
SUZZARA	4.133	4.206	8.339
VIADANA	3.478	3.589	7.067
TOTALE	29.380	28.506	57.886

CONSUMI SANITARI E STATO DI SALUTE

Nel corso del 2014 sono state assistite dall'ASL di Mantova 424.823 persone. Dall'identificazione della patologia principale, si distribuiscono come da tabella. Il quadro risulta pressoché sovrapponibile a quello dell'anno precedente.

CATEGORIA PRINCIPALE	NUMERO	%
NON CONSUMATORI	68.366	16,1
CONSUMATORI OCCASIONALI	199.926	47,1
CRONICI	156.531	36,8
TOTALE	424.823	100,0



Nella tabella che segue si riportano le 13 tipologie di patologie croniche o condizioni morbose e i parti. Il gruppo di patologie a prevalenza maggiore risulta quello appartenente alle malattie del sistema circolatorio, a causa dell'elevato numero di soggetti interessati, seguito dal diabete e dalle neoplasie. I numeri assoluti, con esclusione dei parti, dei deceduti, delle malattie neuroendocrine, dei broncopatici e dei neuropatici sono aumentati di qualche centinaia di unità rispetto all'anno precedente.

PATOLOGIA PRINCIPALE	TOTALE
CARDIOPATICI	79.420
DIABETICI	21.907
NEOPLASTICI	18.169
BRONCOPATICI	7.723
MAL. ENDOCRINE	7.222
GASTRO-EPATOPATICI	5.378
MAL. AUTOIMMUNI	4.493
DECEDUTI	4.343
INS. RENALE	2.793
NEUROPATICI	2.531
PARTI	2.405
MAL. RARE	1.413
HIV-AIDS	625
TRAPIANTATI	514
TOTALE	158.936

ANDAMENTO E DISTRIBUZIONE PER PATOLOGIA PRINCIPALE

Nella seguente tabella si riproduce la spesa sanitaria, in valore assoluto, per ogni gruppo di patologie. Si confrontano gli anni 2013 e 2014. Considerando la spesa totale, si nota complessivamente nel bilancio un suo incremento di circa un punto percentuale, parimenti di quanto si verifica per la spesa assistenziale. Tuttavia nel confronto 2012-2013 soltanto la spesa assistenziale si era incrementata a fronte della riduzione di quella sanitaria.

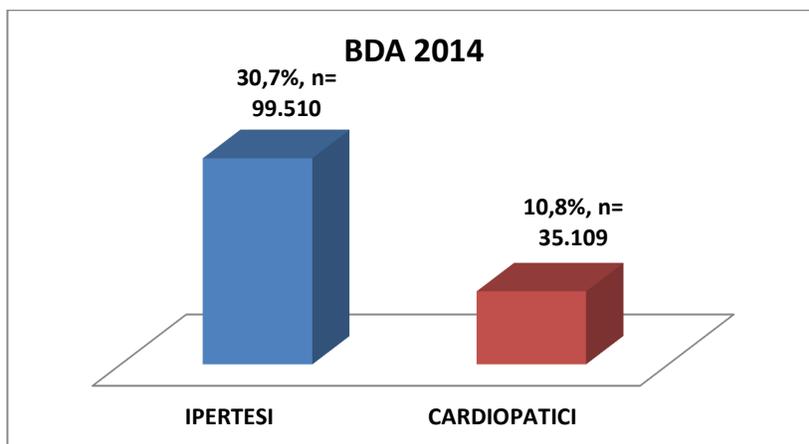
	FLUSSI 2014	FLUSSI 2013		
PATOLOGIA_PRINCIPALE	SPESA SANITARIA	SPESA SANITARIA	BILANCIO	%
BRONCOPATICI	8.109.018	8.766.915	-657.897	-8,1
CARDIOPATICI	134.345.092	127.263.887	7.081.205	5,3
CONSUMATORI	86.292.285	92.312.602	-6.020.317	-7,0
DECEDUTI	33.509.808	32.993.842	515.966	1,5
DIABETICI	52.709.147	53.191.316	-482.169	-0,9
GASTRO-EPATOPATICI	8.882.089	8.871.165	10.924	0,1
HIV-AIDS	4.878.682	4.956.084	-77.402	-1,6
INS. RENALE	25.071.237	22.912.662	2.158.575	8,6
MAL. AUTOIMMUNI	3.692.815	3.670.066	22.749	0,6
MAL. ENDOCRINE	6.493.047	7.084.602	-591.555	-9,1
MAL. RARE	4.117.188	3.575.159	542.029	13,2
NEOPLASTICI	74.741.136	72.211.160	2.529.976	3,4
NEUROPATICI	8.079.787	8.257.539	-177.752	-2,2
NON CONSUMATORI	0	0	0	0
PARTI	6.836.506	8.079.811	-1.243.305	-18,2
TRAPIANTATI	8.015.707	7.924.284	91.423	1,1
TOTALE	465.773.544	462.071.093	3.702.451	0,8

Per la spesa assistenziale si osserva la seguente fluttuazione dei gruppi di patologie.

	FLUSSI 2014	FLUSSI 2013		
PATOLOGIA_PRINCIPALE	SPESA ASSISTENZIALE	SPESA ASSISTENZIALE	BILANCIO	%
BRONCOPATICI	8.109.018	8.766.915	-657.897	-29,1
CARDIOPATICI	134.345.092	127.263.887	7.081.205	1,9
CONSUMATORI	86.292.285	92.312.602	-6.020.317	3,1
DECEDUTI	33.509.808	32.993.842	515.966	1,6
DIABETICI	52.709.147	53.191.316	-482.169	-2,2
GASTRO-EPATOPATICI	8.882.089	8.871.165	10.924	-3,3
HIV-AIDS	4.878.682	4.956.084	-77.402	-0,6
INS. RENALE	25.071.237	22.912.662	2.158.575	8,7
MAL. AUTOIMMUNI	3.692.815	3.670.066	22.749	-26,4
MAL. ENDOCRINE	6.493.047	7.084.602	-591.555	-12,3
MAL. RARE	4.117.188	3.575.159	542.029	24,3
NEOPLASTICI	74.741.136	72.211.160	2.529.976	1,1
NEUROPATICI	8.079.787	8.257.539	-177.752	-7,5
NON CONSUMATORI	0	0	0	0
PARTI	6.836.506	8.079.811	-1.243.305	32,9
TRAPIANTATI	8.015.707	7.924.284	91.423	16,7
TOTALE	465.773.544	462.071.093	3.702.451	1,2

FREQUENZA DELLE MALATTIE

Si riportano i numeri assoluti con le relative frequenze percentuali delle malattie incluse in categorie epidemiologiche, cioè delle singole patologie che possono interessare il medesimo soggetto. La somma delle categorie epidemiologiche eccede quindi sempre il totale della popolazione inclusa nella "patologia principale" di cronicità.



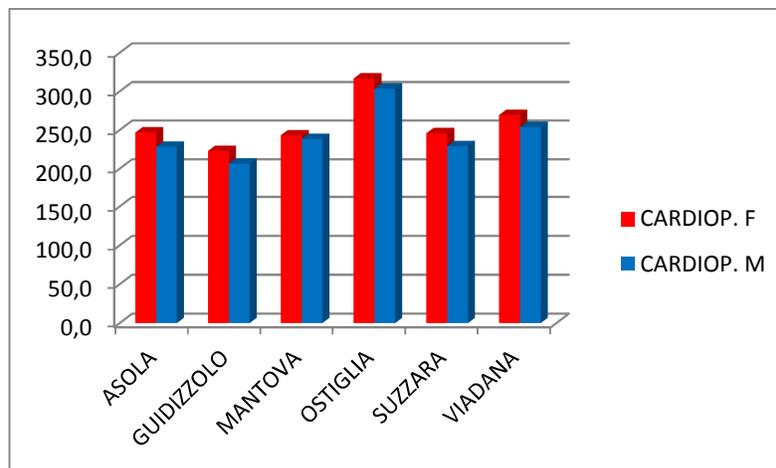
DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE MALATTIE

Si riportano i tassi standardizzati (x1000) sulla popolazione italiana al censimento 2011, suddivisi per le diverse categorie epidemiologiche di patologia. Si analizzano secondo tre blocchi distinti in funzione della loro diversa frequenza.

I tassi permangono sistematicamente più elevati nelle femmine.

I valori più elevati, che interessano il distretto di Ostiglia, e quelli più bassi, riferiti al distretto di Guidizzolo, sono allineati per genere per quanto riguarda le cardiopatie, che rappresentano la categoria epidemiologica più frequente. Complessivamente il distretto più virtuoso appare quello di Guidizzolo, mentre più svantaggiato il distretto di Ostiglia, confermando la rappresentazione dello scorso anno.

	CARDIOPATIA	
	F	M
ASOLA	246,7	228,1
GUIDIZZOLO	223,0	206,6
MANTOVA	243,3	238,5
OSTIGLIA	316,6	303,4
SUZZARA	245,8	229,0
VIADANA	269,5	253,7



DISTRETTO	DIABETICI		NEOPLASTICI		BRONCO PNEUMOPATICI		ENDOCRINO PATICI		MALATTIE AUTOIMMUNI	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
ASOLA	57,3	66,2	57,6	43,1	37,9	43,0	119,2	87,8	37,0	7,0
GUIDIZZOLO	56,3	59,8	47,7	39,4	35,1	36,8	96,8	72,0	32,0	5,9
MANTOVA	48,8	65,5	49,8	39,8	36,2	38,6	110,0	84,1	10,1	2,0
OSTIGLIA	55,5	81,8	52,6	42,2	37,5	40,9	134,6	101,8	44,7	7,7
SUZZARA	57,6	62,7	49,4	41,0	41,3	45,5	128,3	91,3	38,9	6,8
VIADANA	54,8	68,6	45,3	40,0	40,3	42,2	115,2	90,1	26,5	4,3

DISTRETTO	TRAPIANTATI		GASTRO-ENTERO-PATICI		INSUFFICIENTI RENALI		NEUROPATICI		MALATTIE RARE	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
ASOLA	0,7	0,9	52,0	55,5	6,7	6,6	24,4	18,4	7,9	4,8
GUIDIZZOLO	0,8	1,7	41,4	44,2	8,1	8,0	26,5	17,9	7,3	4,7
MANTOVA	1,0	1,6	57,5	61,4	6,4	8,8	25,5	17,9	7,2	4,5
OSTIGLIA	1,0	1,8	63,5	67,8	11,7	15,1	24,0	18,1	8,7	5,4
SUZZARA	1,3	1,6	51,3	54,8	6,9	9,4	20,9	16,6	7,5	4,6
VIADANA	1,2	1,5	59,9	64,0	11,2	10,1	28,9	19,2	7,0	4,5

CONFRONTO TEMPORALE DELL'ANDAMENTO DELLE MALATTIE SUL TERRITORIO PROVINCIALE

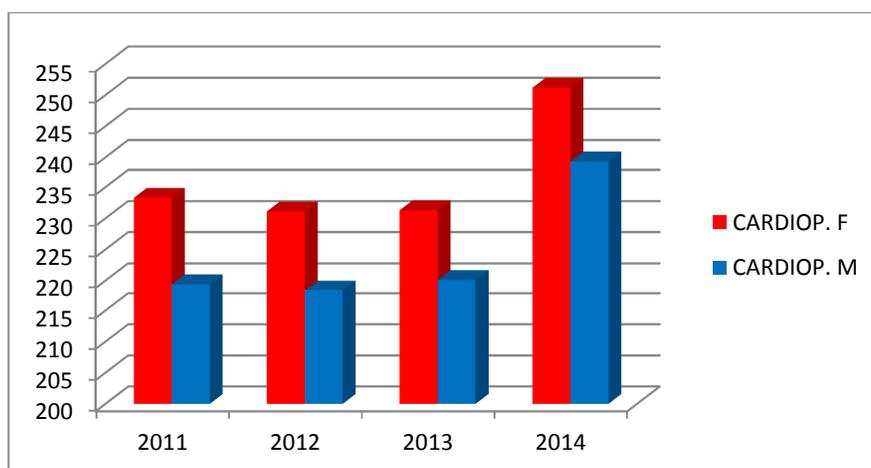
Nel confronto con l'intera provincia le oscillazioni dei tassi, che risultavano molto contenute per le cardiopatie, mostrano un salto in crescita. Pur meno evidente il fenomeno si evidenzia anche per i gastro-enteropatici e i diabetici.

Complessivamente si osserva una lievitazione dei tassi di tutte le principali patologie croniche in entrambi i generi, con la sola esclusione dell' endocrinopatie nelle femmine.

CATEGORIA EPIDEMIOLOGICA

TASSI STANDARDIZZATI PER PROVINCIA - CONFRONTO 2011 – 2014

PROVINCIA	CARDIOPATIE	
ANNO	F	M
2011	233,3	219,4
2012	231,1	218,4
2013	231,3	220,1
2014	251,2	239,4



PROVINCIA	DIABETE		NEOPLASIE		BRONCO-PNEUMOPATIE		ENDOCRINOPATIE		MALATTIE AUTOIMMUNI	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
2011	52,9	61,5	50,6	39,4	35,2	40,9	108,3	79,3	30,7	5,6
2012	53	61,8	46,8	37,9	35,5	39,4	114	83,7	33,2	5,9
2013	52,9	62,1	48	39	36,3	40,2	118,6	86,1	35,3	6,2
2014	53,4	66,4	50,0	40,5	37,4	40,3	114,8	86,4	36,8	6,4

PROVINCIA	TRAPIANTATI		GASTRO-ENTEROPATICI		IUSUFFICIENTI RENALE		NEUROPATICI		MALATTIE RARE	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
2011	0,7	1,2	40,8	36,1	6,6	8	25,4	16,9	5,7	3,4
2012	0,8	1,3	48,3	41,8	6,4	7,8	25,4	17,4	6,2	3,8
2013	0,8	1,4	51,8	44,6	6,3	8	24,9	17,3	6,8	4,2
2014	1,0	1,6	56,4	60,2	7,9	9,3	25,1	17,9	7,5	4,6

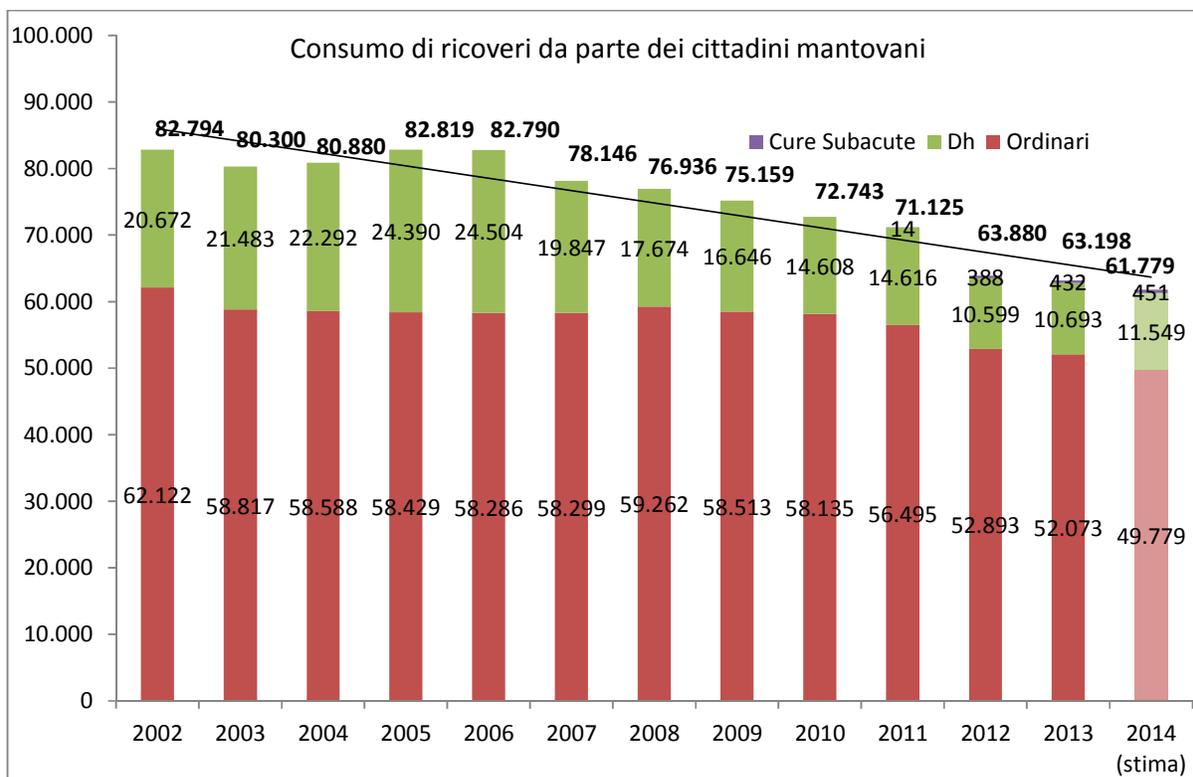
Consumi di ricoveri ospedalieri e assistenza specialistica ambulatoriale

Il consumo intraregionale di ricoveri ospedalieri da parte di cittadini residenti in provincia di Mantova, nell'anno 2014 è stato pari a 52.015 ricoveri ospedalieri, di cui 43.558 ordinari e 8.457 day hospital, con sostanziale stabilità della numerosità totale dei casi (-0,24%) e lieve riduzione del valore economico totale (-1,29%) rispetto al 2013. La componente ordinaria ha presentato ancora una riduzione (-3,01%), con incremento del regime diurno (+16,97%).

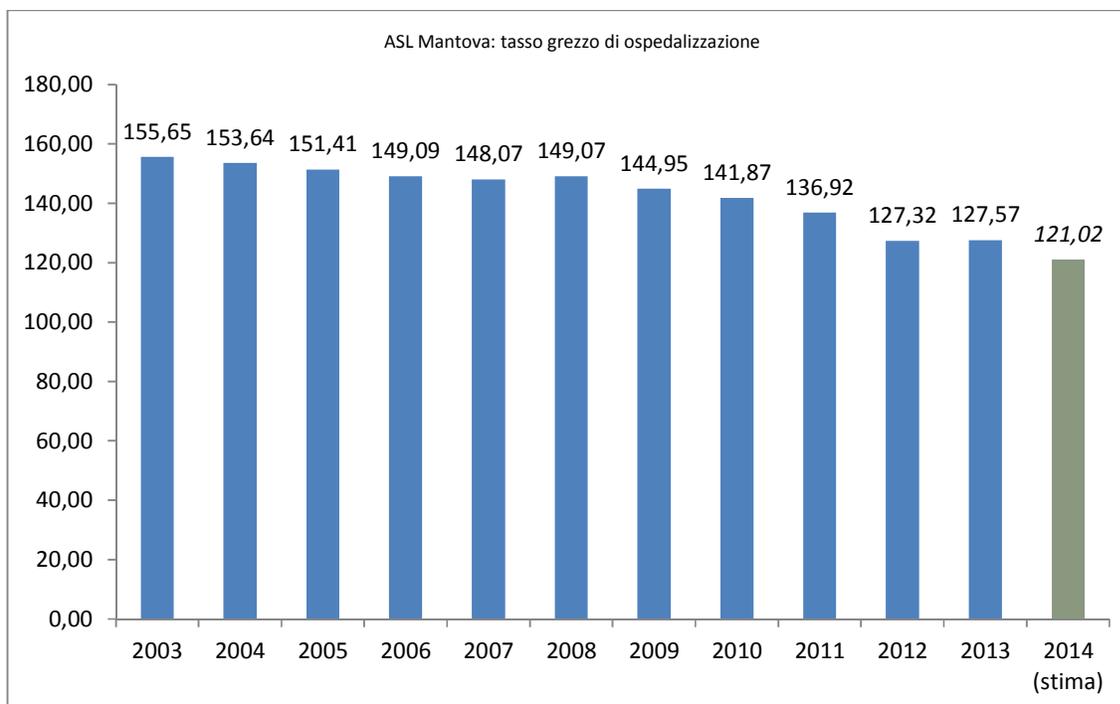
anno	ordinari	dh	totali
2013	44.912	7.230	52.142
2014	43.558	8.457	52.015

Lo scenario complessivo dei consumi 2014 e i tassi di ricovero definitivi ad oggi non sono ancora producibili in quanto si rimane in tuttora in attesa dei dati completi di mobilità passiva.

Pur tuttavia, la stima prodotta con i dati ancora parziali, che ricomprendono Veneto ed Emilia, le due regioni confinanti di maggiore attrazione, conferma la più che consolidata tendenza alla diminuzione generale, dovuta alla componente ordinaria, mentre i ricoveri diurni appaiono in incremento per il secondo anno consecutivo.



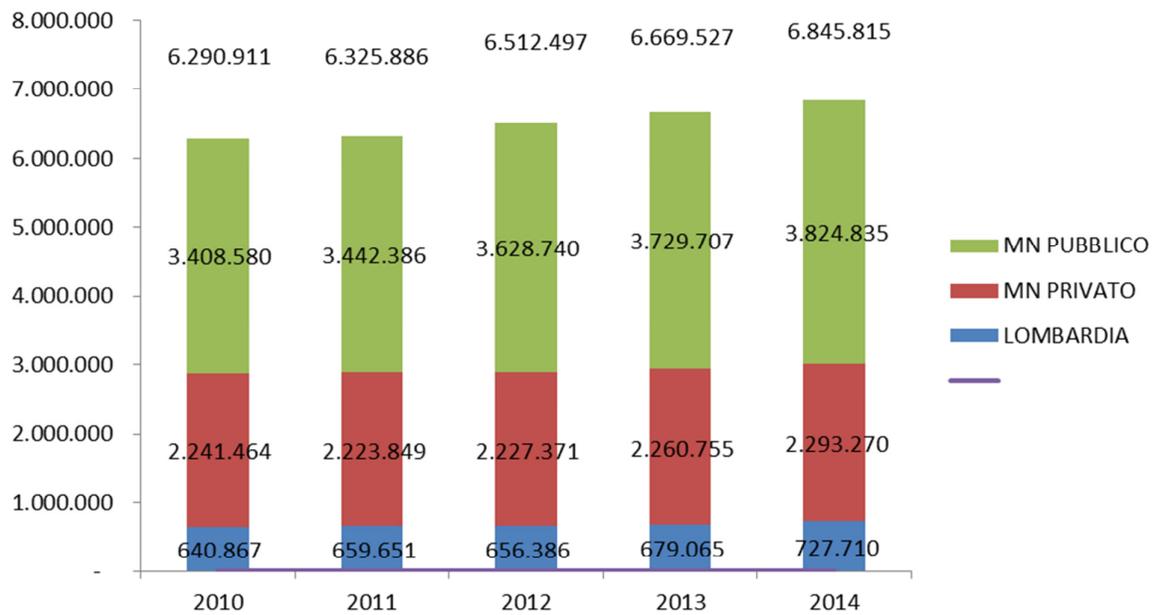
Parimenti, la stima del tasso grezzo di ospedalizzazione per ricoveri ordinari porta a 121,02 ‰ abitanti, in diminuzione rispetto al precedente esercizio e dato più basso della serie storica dell'ultimo decennio.



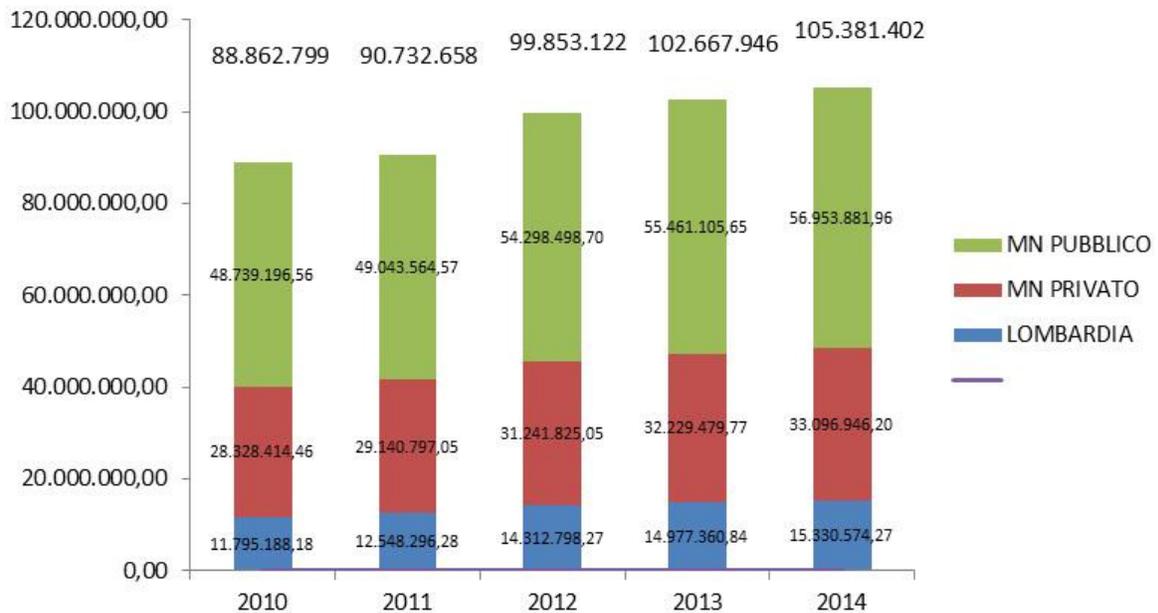
Nell'anno 2016 il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali rilevate con il flusso di cui alla circolare 28 San in Lombardia (il flusso della compensazione interregionale della mobilità non è ad oggi disponibile), erogate a favore di cittadini mantovani è stato pari a 6.845.815, per un valore lordo di € 105.381.402,43, il 16,56% del quale a carico degli assistiti, ed un conseguente valore netto a carico del SSR pari a € 87.930.972,54, in significativa riduzione rispetto al precedente esercizio (-5,76%).

Nelle strutture della provincia di Mantova nel 2014 è stato fruito il 85,45%, del valore complessivo delle prestazioni consumate nella regione dai cittadini mantovani, mentre il 14,55% è stato fruito in altre province lombarde. L'Azienda Ospedaliera ha erogato il 54,05% del valore delle prestazioni consumate in Lombardia da cittadini mantovani, mentre il 31,41% è stato erogato dalle varie strutture private.

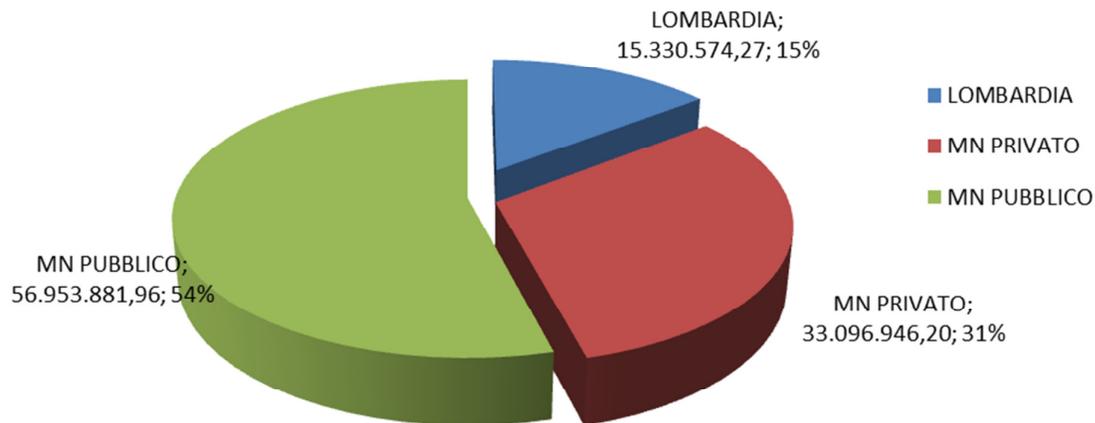
Consumo di prestazioni ambulatoriali in Lombardia: numerosità



Consumo di prestazioni ambulatoriali in lombardia: valore lordo



Anno 2014 - ex ASL Mantova: consumo di prestazioni ambulatoriali in Lombardia per risorse e tipologia di erogatore



Lo scenario dell'offerta territoriale di prestazioni specialistiche ambulatoriali è costituito dai vari punti di erogazione afferenti a 13 strutture erogatrici.

Le strutture erogatrici provinciali accreditate e contratto sono costituite da:

- una Azienda Ospedaliera: Azienda Ospedaliera Carlo Poma, che opera in 4 presidi ospedalieri e varie sedi di erogazione poliambulatoriali;
- tre sperimentazioni gestionali pubblico-privato: Ospedale di Suzzara, Ospedale San Pellegrino e Ospedale di Volta Mantovana;
- una Casa di Cura privata: Fondazione Teresa Camplani - Casa di Cura San Clemente;
- un presidio IRCSS privato: Fondazione Maugeri, presidio di Castel Goffredo;
- due strutture poliambulatoriale private: X Ray One e "Ortorad srl-Struttura ambulatoriale Medicenter", presso il centro Green Park di Mantova, a contratto dall'anno 2015
- una struttura ambulatoriale di diagnostica per immagini: Ecorad di Asola, a contratto dal 2015.
- quattro laboratori privati: Gamma, Lamb, Centro Diagnosi, Bianalisi-Fleming.

Articolazione dell'attività di controllo nell'area sanitaria

Analisi storica dell'attività di controllo nell'ambito territoriale di Cremona

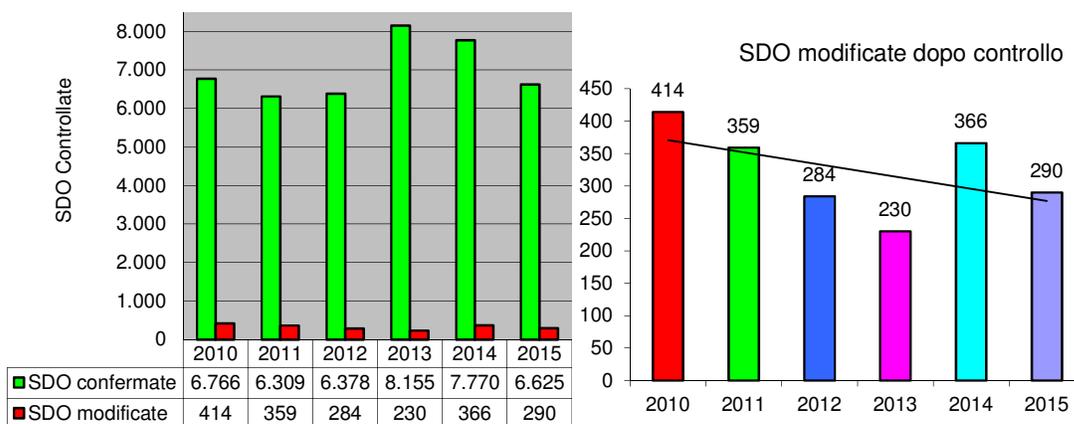
Analisi storica dei controlli sulle prestazioni di ricovero

Si è scelto di condurre l'analisi prendendo in considerazione gli ultimi 6 anni di attività.

Nella prima tabella viene analizzata la percentuale di SDO non confermate nel corso dei 6 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 2 anni si riscontra un aumento della percentuale rispetto al 2013 che si spiega in parte con più accurate 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 dei primi due anni di questa nuova 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	14,40	8155	97,26	230	2,74
2014	56.920	8.136	14,29	7771	95,51	365	4,49
2015*	55.905	6.915	12,36	6625	95,80	290	4,20

* Le operazioni di controllo relative al 2015 sono ancora in corso al momento della stesura di questo documento e si concluderanno il 29 febbraio 2016.



Per l'analisi storica circostanziata relativa agli esercizi precedenti l'anno 2015 si rimanda ai precedenti piani aziendali di controllo dell'ex ASL di Cremona.

Verifiche sulle attività di RICOVERO anno 2015

In considerazione di quanto stabilito dalla D.G.R. 2989 del 23/12/14, nell'anno 2015 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 2014, pari ad almeno 7.827 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;
- Una 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 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.

Le verifiche relative alle autovalutazioni di qualità e congruenza si sono concluse entro il 31/12/2015.

I controlli di congruenza e di appropriatezza generica delle prestazioni di ricovero sono ancora in corso e si concluderanno entro il termine previsto del prossimo 29 febbraio 2016.

Al momento della stesura di questo Piano sono state controllate 6.915 cartelle cliniche di queste 3.005 relative all'autoverifica di congruenza, 1.675 relative alla autoverifica di Qualità, 2.235 relative alla congruenza ed appropriatezza generica.

1) Attività di verifica di congruenza ed appropriatezza generica da parte dei NOC (almeno 7%)

Le attività sono sintetizzate nelle tabelle seguenti.

Percentuale di SDO non confermate

ID	Struttura	Verbale	Data inizio	Pratiche	Confermate	%	Modificate	%	Non Confermate	%
1	H. Oglio Po	2015MIR01	19/06/2015	209	201	96,17%	1	0,48%	7	3,35%
2	H. Crema	2015MIR02	06/07/2015	523	487	93,12%	9	1,72%	27	5,16%
3	Cdc San Camillo	2015MIR03	21/07/2015	114	107	93,86%	1	0,88%	6	5,26%
4	CdC Figlie di San Camillo	2015MIR04	28/07/2015	211	205	97,16%	1	0,47%	5	2,37%
5	H Cremona	2015MIR05	03/08/2015	820	768	93,66%	9	1,10%	43	5,24%
6	CdC Ancelle	2015MIR06	05/10/2015	91	91	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
7	Polo Sanitario Nuovo Robbiani	2015MIR07	13/10/2015	44	41	93,24%	0	0,00%	3	6,82%
8	H. Rivolta d'Adda	2015MIR08	19/10/2015	100	97	97,00%	0	0,00%	3	3,00%
9	H. Soncino	2015MIR09	19/10/2015	40	35	87,50%	0	0,00%	5	12,50%
10	H. Oglio Po	2015MIR10	05/11/2015	303	286	94,39%	4	1,32%	13	4,29%
11	H. Crema	2015MIR11	03/12/2015	549	508	92,53%	10	1,82%	31	5,65%
Totale				3.004	2.826	94,07%	35	1,70%	143	4,76%

Minor valorizzazione a seguito del controllo

ID	Struttura	Verbale	Valore originale	Valore assegnato	Minor valore	%	Valore ambulitoriale	Esito valore
1	H. Oglio Po	2015MIR01	€ 939.084	€ 926.238	€ 12.846	1,37%	€ -	€ 12.846
2	H. Crema	2015MIR02	€ 1.734.820	€ 1.666.055	€ 68.765	3,96%	€ 443,00	€ 68.322
3	Cdc San Camillo	2015MIR03	€ 389.248	€ 382.700	€ 6.548	1,68%	€ 62,70	€ 6.485
4	CdC Figlie di San Camillo	2015MIR04	€ 694.683	€ 689.790	€ 4.893	0,70%	€ -	€ 4.893
5	H Cremona	2015MIR05	€ 4.082.537	€ 4.000.846	€ 81.691	2,00%	€ 537,00	€ 81.154
6	CdC Ancelle	2015MIR06	€ 842.464	€ 842.464	€ -	0,00%	€ -	€ -
7	Polo Sanitario Nuovo Robbiani	2015MIR07	€ 231.260	€ 230.730	€ 530	0,23%	€ -	€ 530
8	H. Rivolta d'Adda	2015MIR08	€ 739.308	€ 737.803	€ 1.505	0,20%	€ -	€ 1.505
9	H. Soncino	2015MIR09	€ 213.970	€ 207.420	€ 6.550	3,06%	€ -	€ 6.550
10	H. Oglio Po	2015MIR10	€ 1.215.263	€ 1.195.599	€ 19.664	1,62%	€ -	€ 19.664
11	H. Crema	2015MIR11	€ 2.071.602	€ 2.004.487	€ 67.115	3,24%	€ 459,80	€ 66.655
Totale			€ 13.154.239	€ 12.884.132	€ 270.107	2,05%	€ 1.502,50	€ 268.604

Verifica di congruenza mirata anno 2015 tipologia del campione

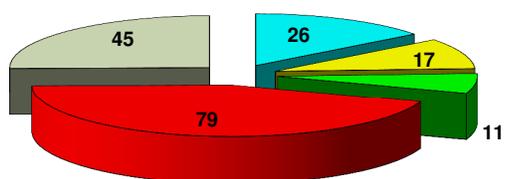
Tipo Campione	Confermate	Non confermate o modificate	%	Totale
DRG Complicati	420	30	6,67	450
DRG Anomali	0	0	0	0
Ricoveri ordinari non chirurgici con Degenza < 4 gg patologia neoplastica	119	9	7,03	128
DH con una o nessuna procedura in SDO	24	2	7,69	26
Controlli ad interesse locale	2148	118	5,16	2266
DRG dermatologici	115	19	14,18	134
Totale	2.826	178	5,89	3.004

La percentuale di cartelle cliniche non confermate è in leggero aumento rispetto al 2014 (5,84%).

Si evidenzia che la numerosità più significativa di cartelle cliniche non confermate si sono riscontrate nell'ambito dei: DRG complicati e tra le cartelle selezionate mediante i criteri di controllo ad interesse locale esplicitati nel Piano dei controlli dell'ex ASL di Cremona valido per l'anno 2015. La maggior percentuale di pratiche non confermate si riscontra tra i DRG di chirurgia dermatologica.

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

Esito	Descrizione	Numerosità
Esito B	SDO non finanziata	26
Esito C	Prestazione ambulatoriale	17
Esito D	Modifica della durata di degenza	11
Esito E	Modifica del DRG	79
	Altre modifiche	45
Totale		178



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

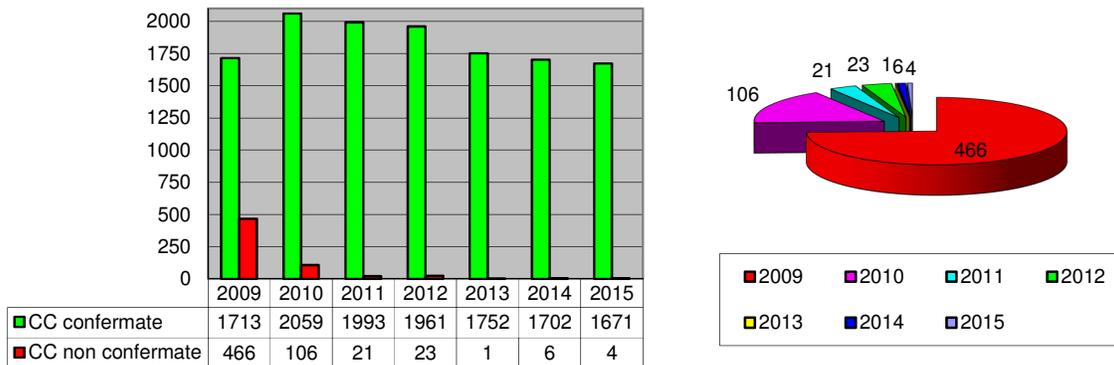
La Delibera 2989 del 23/12/14 aveva stabilito che il 3% dei 14 complessivi riguardanti la quantità di pratiche di ricovero da controllarsi nel corso del 2015, dovesse essere soggetto ad autocontrollo da parte degli erogatori, sulla base di un campione estratto dall'ex ASL ed applicando quanto previsto 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.

I dati segnalano la progressiva riduzione del numero delle pratiche non conformi a testimonianza degli enormi progressi compiuti dagli erogatori cremonesi in tema di qualità documentale della cartella clinica nel corso degli anni, come evidenziato dalla tabella e dagli istogrammi.

Anno	cartelle Campionate	cartelle confermate	cartelle non confermate	% confermate	minor valorizzazione
2009	2.179	1.713	466	78,61%	€ 1.200.395
2010	2.165	2.059	106	95,10%	€ 178.099
2011	2.014	1.993	21	98,96%	€ 55.924
2012	1.984	1.961	23	98,84%	€ 57.632
2013	1.753	1.752	1	99,94%	€ 6.800
2014	1.708	1.702	6	99,65%	€ 10.042
2015	1.675	1.671	4	99,76%	€ 14.588

cartelle non confermate



3) Attività di Autocontrollo di congruenza (4%)

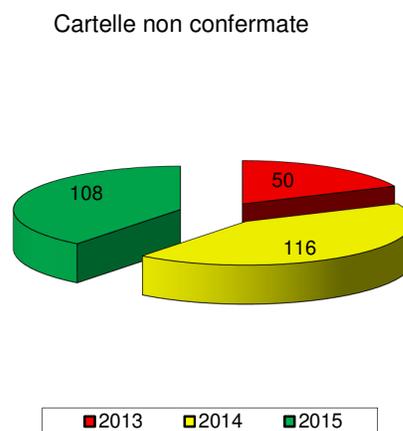
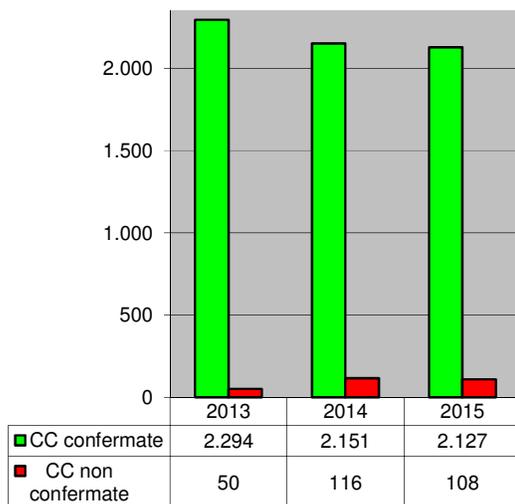
La Delibera 2989 del 23/12/14 in tema di verifica delle prestazioni sanitarie di ricovero aveva stabilito che una quota fino al 4% delle cartelle prodotte erano da controllare mediante attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero a cura dei soggetti erogatori.

Oggetto dell'autocontrollo di congruenza dovevano essere le cartelle cliniche prodotte nell'anno solare 2015 selezionate, sperimentalmente, con criteri di campionamento definiti dagli stessi erogatori che dovevano declinarli mediante la stesura di un Piano aziendale dei controlli da inviare alle ex ASL di afferenza entro il 31 gennaio 2015.

I risultati delle verifiche condotte dagli erogatori nel corso del 2015 sono sintetizzati nella tabella successiva in cui vengono messi a confronto con quelli relativi al biennio 2013 - 2014.

Le Strutture erogatrici di prestazioni di ricovero hanno negli ultimi 2 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 triplicata, passando dai 15.012 euro del 2013 ai 51.978 euro del 2015.

Anno	Campione 4%	Verificate NOC	Confermate	Non confermate	minor valorizzazione
2013	2.344	461	2.294	50	€ 15.012
2014	2.275	452	2.151	116	€ 49.279
2015	2.235	458	2.127	108	€ 51.978

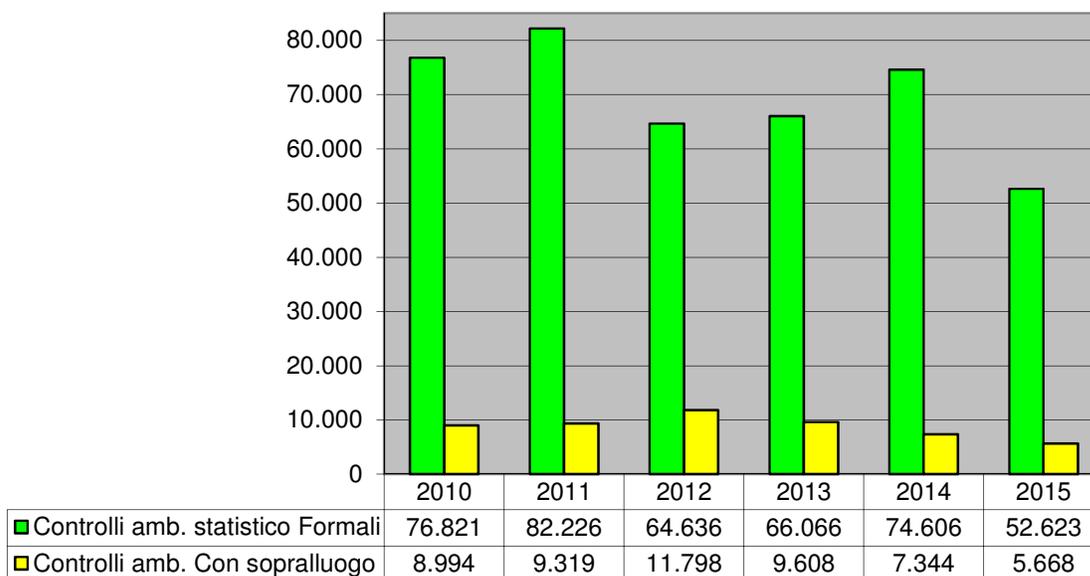


Analisi storica delle attività di controllo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Nella tabella sono riportati i dati relativi alle operazioni di controllo sulle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale condotte negli ultimi 6 anni dal Nucleo Operativo di controllo dell'ex ASL della provincia di Cremona. Le verifiche hanno privilegiato gli aspetti statistico formali in particolare per quel che riguarda il rispetto delle indicazioni relative alla esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino, la verifica dei record contrassegnati con indicatori al controllo da parte della DGW Regione Lombardia, le prestazioni risultanti dagli incroci con il database delle prestazioni di ricovero. Le verifiche con sopralluogo sono state incentrate sulla congruenza fra prescrizione medica, i referti attestanti le prestazioni eseguite e la 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	52.623	3,33
	controlli con sopralluogo				5668	
	totale				58.291	

*Il dato relativo al 2015 è ancora parziale in quanto le operazioni di controllo avranno termine il prossimo 29 febbraio 2016.



Per l'analisi storica circostanziata relativa agli esercizi precedenti l'anno 2015 si rimanda ai precedenti piani aziendali di controllo.

Verifiche sulle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale anno 2015

Le attività di controllo sulle prestazioni ambulatoriali ancora in corso al momento della stesura del presente documento, hanno riguardato prevalentemente verifiche statistiche - formali incentrate sul controllo dei record di prestazioni con "indicazione al controllo" secondo quanto previsto dalla Deliberazione 2989 del 23/12/14.

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.

Alla data di stesura del presente documento sono stati controllati 58.291 record di prestazioni ambulatoriali pari al 95,2% dell'obiettivo previsto per il 2015 cioè il controllo di almeno 61.189 record di prestazioni ambulatoriali (3,5% della produzione dell'anno 2014)

Nella tabella successiva sono sintetizzate le attività di verifica finora condotte nel corso del 2015 con controlli con sopralluogo.

Verbale	Struttura	Tipologia	Record	Confermati	Modificati	%	Valore iniziale	Valore finale	Differenza	%
AC01_RIAB	Riabilita Crema	Amb	103	103	0	0,00%	€ 2.819,58	€ 2.819,58	€ -	0,00%
AC02_SC	CdC San Camillo	BIC/MAC	97	96	1	1,03%	€ 107.758,98	€ 107.073,98	-€ 685,00	0,64%
AC03_FSC	CdC Figlie San Camillo	BIC/MAC	189	189	0	0,00%	€ 190.910,42	€ 190.910,42	€ -	0,00%
AC04_POC	H. Cremona	BIC/MAC	237	236	1	0,42%	€ 200.293,80	€ 199.395,38	-€ 898,42	0,45%
AC05_CREMA	H. Crema	BIC/MAC	368	366	2	0,54%	€ 271.805,48	€ 270.937,48	-€ 868,00	0,32%
AC06_POOP	H. Oglio Po	BIC/MAC	160	160	0	0,00%	€ 151.867,17	€ 151.867,17	€ -	0,00%
AC07_ANC	CdC An- celle	Amb	500	499	1	20,00%	€ 49.020,63	€ 48.873,07	-€ 147,56	0,30%
AC09_SLOR	C.MD. San Lorenzo	Amb	269	269	0	0,00%	€ 39.658,95	€ 39.658,95	€ -	0,00%
AC10_SCAM	CdC San Camillo	Amb	160	160	0	0,00%	€ 7.044,61	€ 7.044,61	€ -	0,00%
AC11_ARAGO	fondazione Aragona	Amb	536	535	1	0,19%	€ 20.252,61	€ 20.214,28	-€ 38,33	0,19%
AC12_POC	H. Cremona	Amb	429	428	1	0,23%	€ 12.212,79	€ 12.145,29	-€ 67,50	0,55%
AC13_PSNR	Polo Sanita- rio Nuovo Robbiani	Amb	326	326	0	0,23%	€ 11.822,69	€ 11.822,69	€ -	0,00%
AC14_POOP	H. Oglio Po	Amb	458	428	30	0,00%	€ 26.863,92	€ 26.018,91	-€ 845,01	3,15%
AC15_FSC	CdC Figlie San Camillo	Amb/PET	692	688	4	6,55%	€ 231.803,59	€ 230.612,66	-€ 1.190,93	0,51%
AC16_SANIT	Sanitas Diagnostica	Amb	660	660	0	0,58%	€ 80.480,96	€ 80.480,96	€ -	0,00%
AGEN_1	H. Cremona	Genetica Medica	380	379	1	0,26%	€ 284.099,89	€ 283.678,98	-€ 420,91	0,15%
AGEN_2	H. Cremona	Genetica Medica	104	103	1	0,26%	€ 50.437,42	€ 49.932,39	-€ 505,03	1,00%
Totale			5.668	5.625	43		€ 1.739.153,49	€ 1.733.486,80	-€ 5.666,69	0,33%

In particolare si segnalano le verifiche condotte in tema di rispetto delle raccomandazioni regionali per l'uso appropriato della PET-CT in oncologia condotte sulla Casa di cura Figlie di San Camillo che hanno riguardato complessivamente 692 record di prestazioni e le verifiche relative alla appropriatezza delle prestazioni del laboratorio di genetica dell'Ospedale di Cremona che hanno riguardato 484 record di prestazioni . Entrambe le verifiche hanno messo in evidenza un sostanziale rispetto delle raccomandazioni suggerite.

Sono stati controllati 1.051 record relativi ai setting assistenziali di più recente introduzione BIC (Chirurgia a bassa intensità assistenziale) e MAC (macroattività ambulatoriale complessa).

I controlli su queste tipologie saranno completati entro il 29 febbraio 2016.

Le attività di controllo effettuate con sopralluogo sulle prestazioni ambulatoriali relative all'anno 2015 verranno completate con verifiche sull'appropriatezza prescrittiva delle Risonanze Magnetiche (RMN) e delle TAC utilizzate per la diagnosi delle patologie osteoarticolari e della appropriatezza prescrittiva degli ecocolorodoppler dei tronchi sovra aortici e degli arti utilizzati per la diagnosi delle patologie vascolari che sono state oggetto di eventi formativi rivolti agli operatori delle strutture sanitarie erogatrici presenti sul territorio, svoltisi nel corso dell'anno appena ultimato.

Nella tabella sono sintetizzati i risultati dei controlli statistico - formali condotti nel corso del 2015.

Controllo ambulatoriale anno 2015 (controlli automatici statistico formali – indicatori al controllo).

Struttura	Campioni	Esito A	Esito B	Esito D	Esito E	Esito G	Valoriz Originale	Valorizz dopo Verifica	Differenza Valorizz
957 - Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona - P. O. Cremonese + P.O. Oglio PO, Gennaio - Agosto 2015	23.005	22.587	240	0	118	63	€ 1.885.991,44	€ 1.869.702,76	-€ 16.288,68
958 - Azienda Ospedale Maggiore di Crema, Gennaio - Agosto 2015	13.679	13.397	43	3	236	0	€ 1.295.638,90	€ 1.288.358,77	-€ 7.280,13
1401 - Casa di Cura Figlie di San Camillo Cremona, Gennaio - Agosto 2015	878	817	56	0	5	0	€ 154.472,26	€ 150.667,96	-€ 3.804,30
1501 - Casa di Cura San Camillo Cremona, Gennaio - Agosto 2015	835	773	39	0	9	14	€ 63.893,11	€ 58.962,50	-€ 4.930,61
1301 - Casa di Cura Ancelle della Carità Cremona, Gennaio - Agosto 2015	546	543	3	0	0	0	€ 47.987,49	€ 47.845,49	-€ 142,00
601 - San Lorenzo Crema, Gennaio - Agosto 2015	198	156	0	0	3	39	€ 6.956,19	€ 6.951,09	-€ 5,10
6301 - Contact S.r.l. Cremona, Gennaio - Agosto 2015	7	2	0	0	3	2	€ 726,56	€ 635,80	-€ 90,76
5601 - Fondazione Caimi Vailate (CR), Gennaio - Agosto 2015	61	43	0	0	1	0	€ 2.659,20	€ 2.632,30	-€ 26,90
802 - Sanitas Diagnostica Crema, Gennaio - Agosto 2015	225	212	0	0	12	1	€ 13.787,60	€ 13.517,67	-€ 269,93
000395- Ospedale Robbiani Soresina Gennaio - Agosto 2015	284	277	0	0	1	6	€ 16.306,29	€ 16.314,14	€ 7,85
2902 - Fondazione Aragona San Giovanni in Croce (CR), Gennaio - Agosto 2015	181	181	0	0	0	0	€ 6.517,07	€ 6.517,07	€ -
9701 - Riabilita Gennaio - Agosto 2015	1	1	0	0	0	0	€ 17,90	€ 17,90	€ -
Totale record contestati	39.900	38.989	381	3	388	125	€ 3.494.954,01	€ 3.462.123,45	-€ 32.830,56

C) Attività di controllo sulla somministrazione diretta dei farmaci (FILE F)

Nel corso del 2015 il Nucleo Operativo di Controllo dell'ex ASL di Cremona in collaborazione con il Servizio Farmaceutico ha svolto 20 sedute di Verifica sulla somministrazione diretta dei farmaci da parte delle Strutture erogatrici di prestazioni di ricovero e cura, che origina il flusso informativo denominato File F.

Le verifiche hanno privilegiato l'appropriatezza e la corretta rendicontazione delle terapie antineoplastiche, delle terapie per la cura dell'epatite HCV mediante la somministrazione di farmaci innovativi, le terapie per la cura delle degenerazioni maculari e le terapie ad alto costo.

Complessivamente si è proceduto alla verifica di 18.253 record per un importo complessivo di 23.459.984,82 €. I record confermati sono stati 18.250 i record non confermati 03 con una minor valorizzazione complessiva di 2.930,07 €.

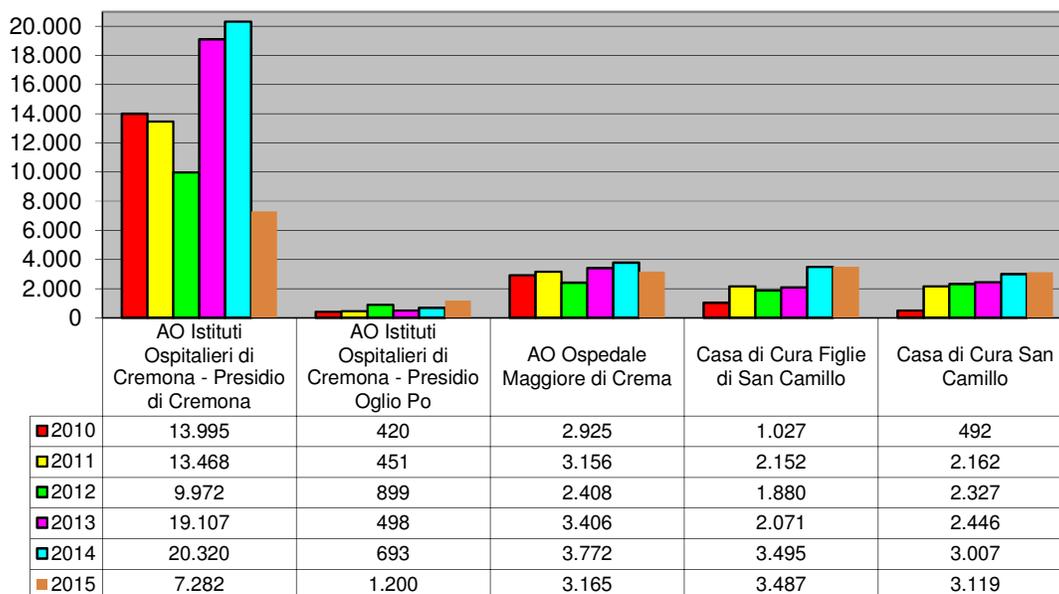
Sono state controllate tutte le schede AIFA prodotte nel corso dell'anno 2015 per un numero complessivo di 6.936 con un incremento percentuale del 20% rispetto alle schede verificate nel corso dell'anno 2014.

Si è proceduto inoltre alla verifica della tipologia 15 relativa al Risk Sharing e tipologia 19 Payment by result mediante l'incrocio tra le fatture emesse a favore delle Strutture e quanto inserito nella rendicontazione tramite il tracciato File F.

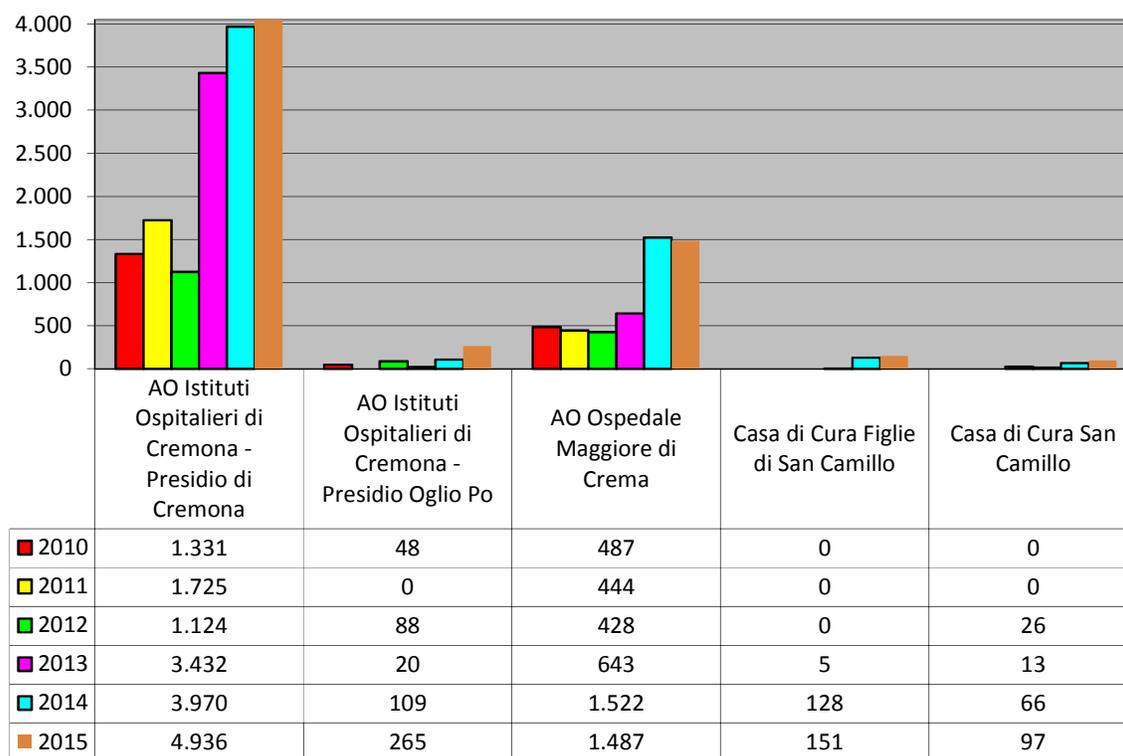
Nelle tabelle sotto riportate, relative al periodo 2010 – 2015, si evidenzia a fronte della diminuzione dei record controllati a causa di una maggiore specificità del controllo, il conseguente aumento del numero di schede di monitoraggio AIFA che precedono la somministrazione dei farmaci.

N.B. entro il 15 febbraio 2016 sono previsti ulteriori 5 controlli File F presso le strutture pubbliche e private accreditate sulla produzione dell'anno 2015

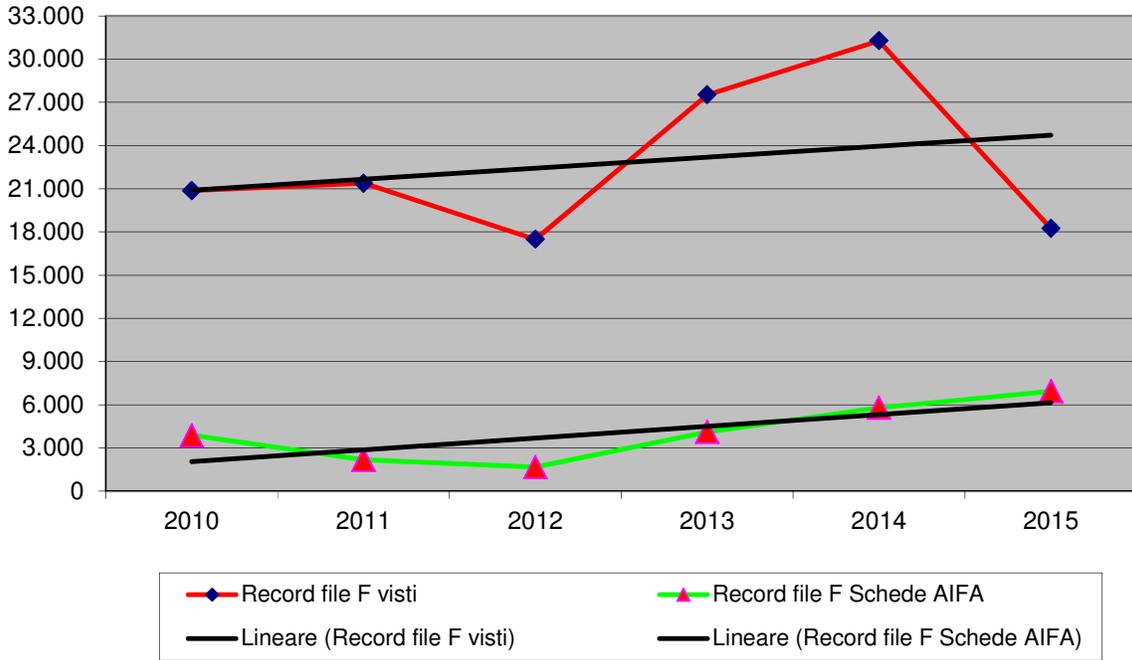
Record File F Controllati



Schede AIFA controllate



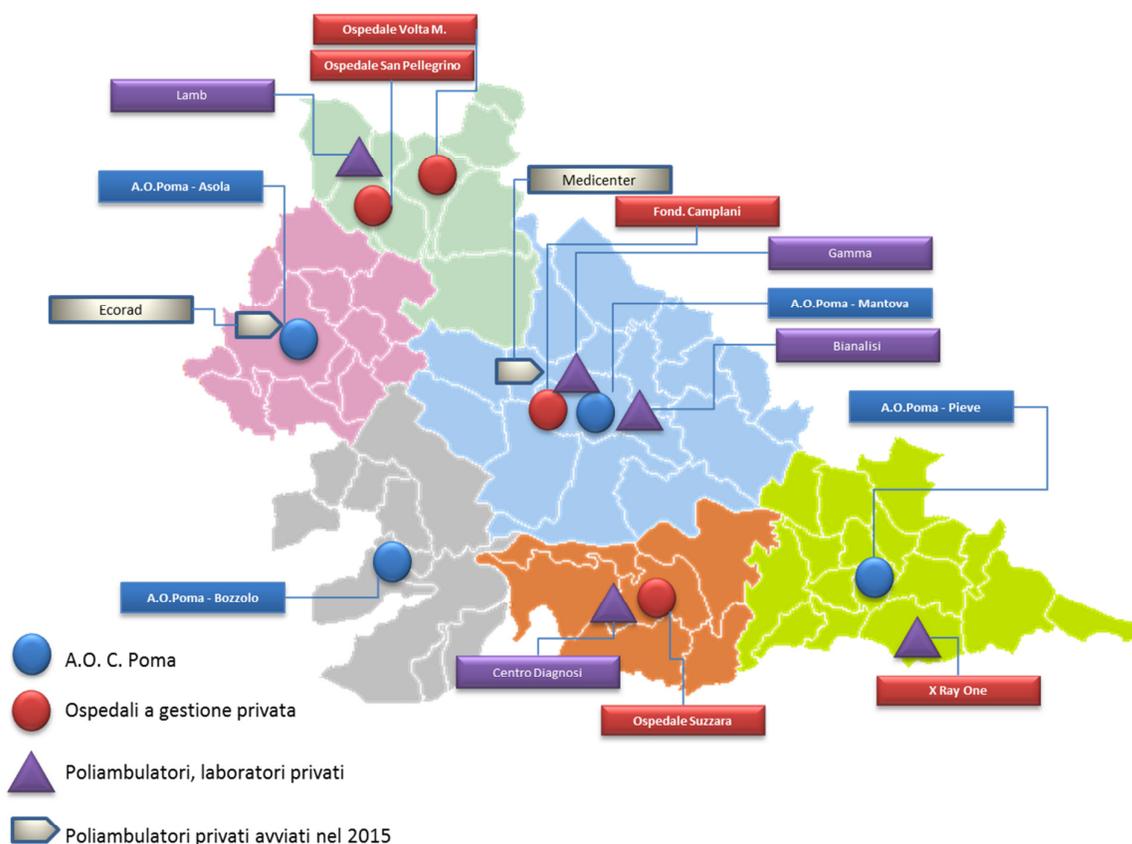
Trend record e schede aifa 2010 - 2015



Analisi storica dell'attività di controllo nell'ambito territoriale di Mantova

Analisi storica dell'attività di controllo dei ricoveri

Le strutture sanitarie della provincia di Mantova.



Nel corso dell'annualità 2015, l'attività di controllo del NOC è stata svolta sia in applicazione dei disposti delle direttive regionali sugli episodi di ricovero prodotti da tutte le strutture pubbliche e private accreditate e a contratto, 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, dando quindi grande importanza all'interesse locale, secondo una valutazione di tipo clinico-epidemiologico, socio demografico e statistico riferite alla popolazione assistita.

Come già realizzato negli esercizi degli anni precedenti, le azioni 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 e studiare situazioni di potenziale o reale criticità, in parte risolte oppure ancora in fase di risoluzione.

In ottemperanza alle disposizioni regionali vigenti, confermate dalla DGR 2989/2014, l'attività di controllo ha privilegiato la produzione finanziata del 2015 raggiungendo, alla data del 31/12/2015 e ad annualità non ancora conclusa, una quota di 7.722 pratiche controllate pari al 14,18% dei ricoveri prodotti, con la seguente articolazione:

- Quota del 3,04% riferita all'attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e selezionata dalla ex ASL di Mantova con modalità di campionamento casuale.
- Quota del 4,04%, riguardante l'attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica sulle prestazioni di ricovero effettuata secondo criteri definiti dagli stessi erogatori e selezionata dai medesimi.
- Quota del 7,09% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento guidato sulla base degli indicatori regionali e dell'interesse locale.

I volumi di attività svolta, le percentuali di pratiche modificate e i corrispondenti valori economici sono descritti nelle successive tabelle.

Anno	Dimessi al 31/12	Produzione SDO ⁽¹⁾	Controllo Atteso	Controllo Effettuato	Effettuato %	Estrazione Casuale	Casuale %	Estrazione Mirata	Mirata %	Congruenza	Congruenza %
2003	64.615	64.407	3.220	3.447	5,36%	1.124	1,75%	1.984	3,08%	3.108	4,83%
2004	63.652	63.306	3.165	4.346	6,87%	1.917	3,03%	1.894	2,99%	3.811	6,02%
2005	68.028	67.893	3.395	3.741	5,51%	630	0,93%	2.664	3,92%	3.294	4,85%
2006	68.574	68.432	3.422	4.201	6,14%	218	0,32%	3.622	5,29%	3.840	5,61%
2007	63.449	63.343	3.167	5.140	8,11%	641	1,01%	4.499	7,10%	5.140	8,11%
2008	62.898	62.743	3.137	4.993	7,96%	0	0,00%	4.493	7,16%	4.493	7,16%
2009	61.538	61.405	6.141	7.495	12,21%	1.855	3,02%	5.640	9,18%	7.495	12,21%
2010	59.496	59.398	5.940	6.510	10,96%	2.095	3,53%	4.415	7,43%	6.510	10,96%
2011	59.115	58.888	5.889	6.607	11,22%	2.135	3,63%	4.472	7,59%	6.607	11,22%
2012	54.143	53.947	5.395	6.194	11,48%	2.110	3,91%	4.084	7,57%	3.785	6,62%
2013	54.433	54.182	7.553	7.690	14,16% ⁽²⁾	3.785	7,00%	3.905	7,20%	3.905	7,20%
2014	54.095	54.427	7.585	7.621	14,01%	3.961	7,28%	3.660	6,72%	3.660	6,72%
2015		53.563	7.722	7.722	14,18%	3.863	7,09%	3.859	7,09%	3.863	7,09%

Produzione SDO⁽¹⁾: è calcolata sui dimessi da strutture ospedaliere mantovane (codice azienda 307 o 965) con pratiche finanziate (con Rimborso > €. 0,00)

Volume controlli 2015 ⁽²⁾: l'obiettivo pari ad almeno il 14% è già raggiunto al 31/12/2015, nonostante non sia ancora conclusa l'annualità di controllo (28/02/2016).

Attività di controllo sui ricoveri al 31/12/2015

TIPO CAMPIONE	n. PRATICHE CONTROLLATE	%
CASUALE - autocontrollo congruenza	2.201	4,04
CASUALE - autocontrollo documentale	1.655	3,04
MIRATO - congruenza	3.859	7,09
TOTALE	7.722	14,18

Controlli Effettuati nell'esercizio 2015 (1 marzo-2014-28 febbraio 2015, esercizio non concluso) (aggiornato al 31/12/2015)

Anno	Dimessi al 31/12	Produzione SDO	Controllo Effettuato	Effettuato %	SDO Confermate	Confermate %	SDO Modificate	Modificate %
2015		53.653	7.722	14,18%	7.562	97,92%	160	2,07%

Il volume di pratiche da controllare è stato calcolato secondo indicazioni regionali e rispetto alla numerosità delle SDO dell'anno precedente.

Nel corso degli anni si è registrato un progressivo e costante miglioramento della qualità documentale della cartella, 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 ancora disomogeneo in ambito provinciale e merita pertanto ulteriori perfezionamenti.

AREA MEDICA

I temi più significativi e oggetto di maggiore attenzione nel corso dell'attività di controllo del 2015, selezionati sulla scorta delle indicazioni regionali, per criticità emerse nel corso di sessioni di controllo precedenti e anche sulla base di uno studio comparativo del case mix di ogni singola struttura in raffronto con le altre strutture erogatrici dello stesso territorio, sono stati:

- DRG a rischio di in appropriatezza di cui alla DGR 2057/2011, con puntuale attenzione rivolta ad alcuni DRG interesse per criticità emerse nel corso degli anni precedenti, in particolare i DRG a rischio di in appropriatezza di cui alla DGR 2057/2011 (395, 243, 183), con 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 a DRG 127("insufficienza cardiaca e shock"), sui ricoveri di tipo diagnostico (coronarografia) e sui ricoveri per infarto miocardico, nonché su episodi di ricovero per alterazioni del ritmo cardiaco, etc. 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.

- Sono stati controllati numerosi episodi di ricovero (in particolare 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.
- In ambito neurologico si è posta particolare attenzione alla produzione del DRG 014 (Emorragia e infarto cerebrale), risultato coerente ed appropriato nella maggior parte dei casi. 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, in 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 la frequente inappropriata di numerosi casi 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. Nel rispetto di quanto indicato nel piano dei controlli 2015, 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 altresì verificati in particolare gli episodi di ricovero afferenti all'area oncologica,
- i DRG con diagnosi complicanti, valutando i corrispettivi DRG non complicati,
- i ricoveri prodotti in Area materno infantile,
- gli episodi di ricovero per Cure Subacute.

PDTA e NOC.

Quale modalità ulteriore e innovativa di approccio al controllo, parte dell'attività del 2014 - 2015 si è concentrata sulla analisi/codifica/appropriatezza dei DRG prodotti nell'ambito del territorio provinciale attinenti ai PDTA delle reti di patologia REL – ROL – STROKE – STEMI.

Per la rete RENE si sono controllate in 28San le dialisi peritoneali, nonché il DRG 316 e per l'obiettivo DONAZIONI E TRAPIANTI attenzione è stata posta in particolare agli interventi sulle articolazioni maggiori (per la donazione tessuto osseo) e alla donazione di cornee.

La finalità è stata quella di promuovere presso le strutture erogatrici il miglioramento dell'aderenza ai PDTA, attraverso la verifica della rispondenza agli indicatori individuati da Regione Lombardia, condotta in modo partecipato, insieme agli operatori delle stesse strutture.

Rispetto agli indicatori regionali per le reti di patologia, infatti, si è verificato, in particolare, in che misura le varie patologie trovano risposte sul territorio provinciale, la capacità della rete provinciale nel suo complesso di garantire le prestazioni con tempistiche adeguate al rispetto dei PDTA, la

numerosità delle casistiche chirurgiche a garanzia di qualità assistenziale, la correttezza delle codifiche specifiche e la qualità documentale funzionale alla descrizione puntuale dei processi di cura.

Inoltre attenzione è stata posta alla qualità della cartella clinica e alla documentazione ambulatoriale, alla tempistica intercorsa tra le diverse prestazioni previste dal PDTA ed il tempo di attesa (ambulatoriale/SDO). Il campionamento delle pratiche da sottoporre a controllo ha visto la selezione dei DRG e delle codifiche previste dalle reti di patologia, così come contenuto negli indicatori.

La numerosità delle SDO attinenti ai PDTA delle reti di patologia prodotte in provincia è quella riportata nella tabella sottostante.

Produzione SDO luglio 2014 - ottobre 2015						
OSPEDALE	RETE rel	RETE rene	RETE rol- colon	RETE rol- mammella	RETE stemi	RETE stroke
A.O. Poma Asola/Bozzolo	12	45	2		15	52
A.O. Poma Pieve di Coriano	30	185	85	8	315	97
Casa di Cura F. Camplani	11	52	47	22	1	3
Volta Mantovana Srl	5	5		1		1
Suzzara Spa	23	8	39	25	15	36
Castiglione delle Stiviere	22	50	83	8	127	79
A.O. Poma Mantova	222	428	220	402	319	644
TOTALE	325	773	476	466	792	912

L'analisi delle cartelle è stata condotta verificando l'episodio di ricovero e la appropriatezza delle codifiche utilizzate, nonché raccogliendo altre informazioni utili alla valutazione degli indicatori (per esempio la modalità di dimissione, spesso non indicata, dopo un episodio di Stroke; il tempo intercorso tra la prenotazione intervento per Ca mammella e colon retto e l'intervento stesso, altro). Tali informazioni sono risultate utili durante i tavoli di confronto e monitoraggio PDTA con gli specialisti delle strutture sanitarie del territorio.

Le SDO controllate in funzione dei PDTA sono state 959, costituenti il 25,61% dell'intera produzione afferente agli stessi PDTA ed il 12,42% del totale delle SDO verificate. L'esito del controllo ha evidenziato una elevata appropriatezza di codifica (947 pratiche confermate), con un numero di pratiche modificate pari a 12 sul totale.

Pratiche controllate	Pratiche confermate	Pratiche modificate
959	947	12

Esiti controlli SDO/PDTA							
OSPEDALE	ESITO	RETE rel	RETE rene	RETE rol-colon	RETE rol-mammella	RETE stemi	RETE stroke
A.O. Poma Asola/Bozzolo	confermate	10	11	2		8	32
A.O. Poma Pieve di Coriano	confermate	19	17	61	4	134	70
A.O. Poma Pieve di Coriano	modificate	2		5		2	
Casa di Cura F. Camplani	confermate	7	14	39	20	1	2
Casa di Cura F. Camplani	modificate			2			
Volta Mantovana Srl	confermate	1	2				
Suzzara Spa	confermate	11	3	23	20	13	29
Castiglione delle Stiviere Srl	confermate	15	11	39	5	47	45
Castiglione delle Stiviere Srl	modificate			1			
A.O. Poma Mantova	confermate	36		31	47	27	92
TOTALE CONTROLLATO		100	58	203	96	232	270

Le attività condotte, legate ai PDTA e governo clinico/governo dei dati, che hanno comportato la partecipazione sistematica ai Tavoli DIPO, convocati dalla A.O. Carlo Poma, e ai tavoli ASL/Erogatori, in sede ASL, relativi alle Reti di patologia, sono state quindi finalizzate allo studio degli indicatori regionali e del grado di raggiungimento degli obiettivi. L'attività formativa per i NOC sanitari per l'anno 2015 è stata dedicata allo studio dei PDTA delle reti di patologia ed è stata sviluppata sotto forma di workshop con partecipazione integrata di operatori di tutte le strutture della rete provinciali, dell'equipe NOC di Cremona e di NOC altre ASL lombarde.

Dal lavoro svolto sono esitate proposte di miglioramento, da realizzarsi da parte delle stesse strutture sanitarie, al fine di garantire risposte appropriate alle patologie per le quali la regione ha previsto indicatori di misurazione.

AREA CHIRURGICA

Ortopedia

È stata posta particolare attenzione ai ricoveri per interventi maggiori su anca, ginocchio, piede e colonna vertebrale, specificamente nei confronti delle strutture nelle quali la produzione di questa tipologia di interventi ha avuto un netto e considerevole incremento negli ultimi anni.

Ostetricia e Ginecologia

L'attività di controllo si è rivolta agli episodi di ricovero per aborti chirurgici e farmacologici. Sulla base del case mix 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

Nell'attività di controllo relativa all'anno 2015 si è dato ancora rilievo alla produzione degli episodi di ricovero per chirurgia bariatrica (in particolare il DRG 288) in corso da alcuni anni su tutto

l'ambito provinciale, ricercando fondamentalmente l'evidenza di un approccio multidisciplinare cui il paziente deve essere sottoposto, secondo quanto previsto dalle linee guida delle società scientifiche di riferimento. La costante azione di verifica da parte del NOC su detta produzione ha esitato in un effettivo contenimento e ridimensionamento degli episodi di ricovero per chirurgia bariatrica inappropriati e le criticità riscontrate negli esercizi precedenti, pur non risultando ancora del tutto superate, sono state considerevolmente risolte.

Particolare attenzione è stata rivolta alla produzione dei DRG complicati per interventi maggiori sull'intestino, neoplasie dell'apparato digerente, fegato e pancreas, numericamente importante se riferiti al mix di produzione della struttura. In un caso è stato annullato l'episodio di ricovero per insufficiente o incongruente documentazione clinica a sostegno delle indicazioni all'intervento.

Analisi storica controlli dell'attività di controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Controlli statistico formali

Anche per l'esercizio 2015, la verifica della produzione di specialistica ambulatoriale si è svolta privilegiando, dal punto di vista meramente numerico, i controlli di tipo statistico formale.

I record controllati informaticamente sono stati 827.978 e hanno riguardato la produzione ambulatoriale delle strutture pubbliche e private accreditate insistenti sul territorio dell'ASL di Mantova nel 2° semestre dell'anno 2014. Il controllo ha avuto la finalità di monitorare il processo di miglioramento della rendicontazione promosso presso le strutture erogatrici relativamente agli item individuati.

I controlli sono stati effettuati seguendo i seguenti criteri:

1. Livelli Essenziali di Assistenza: verifica della erogazione di prestazioni afferenti alla branca di Odontoiatria e Medicina Fisica e Riabilitazione a cittadini residenti in Lombardia;
2. Medici di Medicina Generale: verifica dell'esistenza di prescrizioni successivamente alla data di cessazione del Medico;
3. controllo campo provenienza: il campo provenienza assume valore 1 se la prescrizione della prestazione è effettuata da medico di famiglia (MMG/PLS) e va compilata con il codice regionale del medico. Assume valore 2 se compilata da medico specialista che opera in struttura pubblica o privata accreditata; in questo caso se il prescrittore è un medico specialista convenzionato va apposto il codice regionale, diversamente il codice fiscale. Il controllo ha verificato la corretta compilazione del campo in esame.
4. codici fiscali assistiti: verifica della corretta attribuzione di prestazioni a pazienti deceduti: la data prescrizione non deve essere successiva alla data di decesso del paziente;
5. - pazienti esenti per patologia: verifica della rendicontazione di una prima visita e non di una visita di controllo in pazienti affetti da patologie croniche;
6. controllo prestazione visita oculistica: si è verificato se nella stessa prescrizione siano state rendicontate visita oculistica (prima o controllo) e contemporaneamente fondo dell'occhio e/o tonometria.
7. controllo della prestazione TSH-R: verifica se nella stessa prescrizione medica sono state contemporaneamente rendicontate TSH-R e TSH e/o FT3 e /o FT4.

I record controllati sono 829.978, di cui 52.456 sono risultati non coerenti con i filtri di ricerca sotto illustrati.

Nella tabella successiva è riportato un prospetto relativo alle valorizzazioni dei record affetti da anomalie:

Controlli statistico formali: valorizzazione dei record affetti da anomalie secondo i criteri di controllo utilizzati							
tipo controllo	Ente	Presidio	descrizione presidio	Lordo	Ticket	Quota fissa	Netto
Medico cessato	307	004101	LABORATORIO "GAMMA"	4.673,79	1.796,44	526,80	2.350,55
Medico cessato	307	005601	CENTRO DIAGNOSI E ANALISI SRL	1.167,03	263,29	75,60	828,14
Medico cessato	307	006989	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	1.099,90	108,00	72,30	919,60
Medico cessato	307	006999	X RAY ONE	208,09	53,90	19,80	134,39
Medico cessato	307	007018	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	10.622,62	1.080,50	835,80	8.706,32
Medico cessato	307	007030	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	18.780,87	1.561,70	1.101,30	16.117,87
Medico cessato	307	933101	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	39,50	36,00	10,80	- 7,30
Assistito deceduto	307	005601	CENTRO DIAGNOSI E ANALISI SRL	86,35	-	-	86,35
Assistito deceduto	307	007018	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	46,55	-	-	46,55
Assistito deceduto	307	007026	EMODIALISI - CENTRO ASSISTENZA LIMITATA	10.354,18	-	-	10.354,18
Assistito deceduto	307	007027	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	17,90	-	-	17,90
Assistito deceduto	307	007031	U.O. EMODIALISI - CAL CASTIGLIONE	3.543,32	-	-	3.543,32
Assistito deceduto	307	933101	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	60,30	-	-	60,30
LEA	307	006989	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	254,40	72,00	51,00	131,40
LEA	307	006999	X RAY ONE	292,86	36,00	22,80	234,06
LEA	307	007018	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	60.886,61	1.224,00	1.020,00	58.642,61
LEA	307	007027	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	5.554,50	72,00	55,50	5.427,00
LEA	307	007030	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	4.398,00	504,00	420,00	3.474,00
LEA	307	933101	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	60,18	36,00	16,80	7,38
OCULISTI	307	006989	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	82,00	-	-	82,00
OCULISTI	307	006999	X RAY ONE	412,80	51,60	15,00	346,20
OCULISTI	307	007018	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	115.685,39	5.241,00	4.212,60	106.231,79
OCULISTI	307	007027	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	25,80	-	-	25,80
OCULISTI	307	007030	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	799,80	25,80	7,50	766,50
Provenienza 1 - MMG	307	004101	LABORATORIO "GAMMA"	35,35	-	-	35,35
Provenienza 1 - MMG	307	005601	CENTRO DIAGNOSI E ANALISI SRL	10.736,48	5.227,85	1.719,30	3.789,33
Provenienza 1 - MMG	307	006989	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	43.833,98	3.831,45	2.910,60	37.091,93
Provenienza 1 - MMG	307	006999	X RAY ONE	750.964,83	129.329,10	78.316,20	543.319,53
Provenienza 1 - MMG	307	007018	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	285,97	36,00	30,00	219,97
Provenienza 1 - MMG	307	007027	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	746.808,05	51.579,99	27.142,50	668.085,56
Provenienza 1 - MMG	307	007030	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	258,60	29,25	7,50	221,85
Specialisti convenzionati	307	004101	LABORATORIO "GAMMA"	8.303,46	1.244,55	549,00	6.509,91
Specialisti convenzionati	307	005601	CENTRO DIAGNOSI E ANALISI SRL	16.783,55	2.620,40	923,70	13.239,45
Specialisti convenzionati	307	006989	CASA DI CURA "S.CLEMENTE"	65.799,37	9.139,75	3.680,70	52.978,92
Specialisti convenzionati	307	006993	LAMB. DI DELICATI ROSSANA E C.	366,00	85,40	28,80	251,80
Specialisti convenzionati	307	006999	X RAY ONE	22.227,31	1.871,10	1.147,20	19.209,01
Specialisti convenzionati	307	007018	POLIAMBULATORIO OSP.CIV. VOLTA MANTOVANA	43.410,35	5.141,25	2.917,80	35.351,30
Specialisti convenzionati	307	007022	BIANALISI "FLEMING" S.R.L.	9.379,53	1.217,40	469,50	7.692,63
Specialisti convenzionati	307	007027	POLIAMBULATORIO DI SUZZARA (MN)	133.448,22	12.401,37	4.474,20	116.572,65
Specialisti convenzionati	307	007030	POLIAMBULATORIO DI CASTIGLIONE D/S	31.568,71	2.458,40	1.325,70	27.784,61
Specialisti convenzionati	307	933101	FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	3.724,08	480,55	216,90	3.026,63
Medico cessato	965			21.648,74	2.884,90	1.047,30	17.716,54
Assistito deceduto	965			2.759,85	5,50	1,50	2.752,85
LEA	965			177.793,98	887,15	603,90	176.302,93
OCULISTI	965		A.O.POMA	4.865,98	184,40	76,80	4.604,78
Provenienza 1 - MMG	965			476,26	167,65	54,00	254,61
Specialisti convenzionati	965			1.372.343,14	124.237,81	54.473,70	1.193.631,63
TSH	965			134,70	36,00	19,50	79,20

Controllo di BIC e MAC

Sessioni di controllo in sede di erogazione sono state dedicate alla produzione di MAC e BIC, relativamente a tutte le strutture erogatrici insistenti sul territorio provinciale.

Controllo di diagnostica per immagini

A seguito dell'emanazione della DGR 2313 del 1° agosto 2014, è stata inoltre dedicata una sessione di controllo delle prestazioni di diagnostica per immagini (RM e TAC) alle patologie dell'apparato osteomuscolare. Tale controllo ha avuto la finalità di effettuare una mera ricognizione dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni ad elevata esposizione a radiazioni (TAC) e ad elevato costo, a fronte della numerosità di referti negativi, e rappresenta il primo step nell'ambito di un progetto di formazione specifica rivolto ai medici prescrittori, Specialisti e Medici di famiglia, tenutosi nel mese di novembre 2015. Tale progetto, che ha previsto il coinvolgimento di specialisti ortopedici e radiologi operanti sia in strutture private accreditate e a contratto provinciali che nell'Azienda Ospedaliera, del Dipartimento di Cure Primarie, MMG e PdF, è stato orientato alla promozione dell'appropriatezza ed efficacia degli interventi, ad un uso più razionale delle risorse e conseguente contenimento della spesa, sulla base delle prove di evidenza (EBM) declinate nelle linee guida delle società scientifiche di riferimento, recepite dal Ministero della Salute e da RL.

Controllo di indagini di laboratorio di genetica medica

Alla luce di quanto stabilito dalla DGR 2057/201, dalla DGR 4716 del 23/01/2013, e nelle regole di esercizio per l'anno 2015, sono state controllate 2.692 prestazioni di genetica medica di laboratorio, relativamente al rispetto dei criteri individuati nell'allegato C della sopraccitata DGR. Laddove la documentazione è risultata carente o insufficiente a soddisfare detti criteri, si è proceduto all'annullamento delle pratiche e, in un caso, è stata irrogata la sanzione amministrativa.

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

Controllo prestazioni ambulatoriali (riferita al numero di ricette) in sede di erogazione.	
Ambito di cura	Pratiche controllate
Diagnostica immagini (ex DGR 2313/2014)	1.869
Genetica medica (ex DGR 4716/2013)	330
MAC/BIC	493
Totale	2.692

SANZIONI AMMINISTRATIVE

Nel corso dell'esercizio per l'anno 2015 sono state irrogate due sanzioni amministrative, le cui informazioni sono state puntualmente trasmesse a regione Lombardia attraverso l'apposito flusso.

Controlli effettuati anni 2010 – 2014 (aggiornamento 31/12/2014)									
Anno	Tipologia	Record prodotti	Record validati	Numerosità controllo atteso	Percentuale Numerosità controllo atteso	Numerosità controllo effettuato	Totale controllo effettuato	Percentuale Numerosità controllo effettuato	Note
2010	NOC statistico informatico	3.163.142	3.067.207	107.352	3,50%	4.426	190.462	6,21%	quesito diagnostico in esami di laboratorio
	Autocontrollo + NOC esterno					4.536			quesito diagnostico
	Autocertificazioni esenzione					179.165			SIATEL trasposto in tracciato NOC
	Alert NOC in 28SAN					2.335			Trasmessi con flusso mensile 28SAN
2011	NOC statistico informatico	2.202.789	2.088.406	73.094	3,50%	426.583	429.761	20,58%	controllo ticket in esami esenti/non esenti su unica ricetta
	Autocertificazioni esenzione					0			nel 2011 nessun record trasmesso a Regione (controllo effettuato >7%)
	Alert NOC in 28SAN					3.178			Trasmessi con flusso mensile 28SAN (aggiornato a Ottobre 2011)
2012	Controlli Noc in sede di erogazione	1.917.529	1.823.650	63.827	3,50%	18.545	277.645	15,22%	Verifica della presenza del quesito diagnostico
	Controlli Noc in sede di erogazione					845			Controllo attività MAC
	NOC statistico informatico					255.482			Controllo corretta rendicontazione Visite Ordinarie (O) e Visite Programmate (Z)
	Alert NOC in 28SAN					2.773			Trasmessi con flusso mensile 28SAN (aggiornato al 31/12/2012)
2013	Controlli Noc in sede di erogazione	1.958.676	1.859.230	65.073	3,50%	1.031	271.432	14,61%	Controllo attività MAC
	NOC statistico informatico					268.134			Controllo veridicità esenzione in prescrizione medica (MMG PDF)
	Alert NOC in 28SAN					2.473			Trasmessi con flusso mensile 28SAN (aggiornato al 31/12/2013)
2014	Controlli Noc in sede di erogazione	2.140.622	2.140.525	74.918	3,50%	3.644	343.902	16,07%	Controllo MAC, BIC, diagnostica immagini, riabilitazione, genetica
	NOC statistico informatico					340.258			Controllo corretta esenzione esenzione in prescrizione
2015	Controlli Noc in sede di erogazione	1.858.747	1.858.747	65.057	3,50%	2.692	830.670	44,69%	Controllo MAC, BIC, diagnostica immagini, riabilitazione, genetica
	NOC statistico informatico					827.978			<ol style="list-style-type: none"> controllo tra la data di prescrizione di prestazione specialistica da parte di medico di famiglia (MMG o PLS) con la eventuale data di cessazione del rapporto convenzionale dello stesso: scopo del controllo è verificare la corretta attribuzione del codice del medico prescrittore alla prestazione richiesta; controllo tra data di erogazione della prestazione e eventuale data di decesso del paziente: scopo del controllo è la verifica di prestazioni attribuite a paziente deceduto; controllo prestazioni in pazienti esenti per patologia: scopo del controllo è la verifica della prestazione prima visita in pazienti esenti per patologia; controllo prestazioni di odontoiatria e fisioterapia: scopo della verifica è controllare l'applicazione della DGR 3111/2006 che prevede l'erogazione a carico del SSR di queste prestazioni solo per residenti lombardi; controllo prestazione visita oculistica: scopo della verifica è controllare se nella stessa prescrizione siano rendicontate visita oculistica (prima o controllo) e contemporaneamente fondo dell'occhio e/o tonometria; controllo della prestazione TSH-R: scopo della verifica è controllare se nella stessa prescrizione siano rendicontate contemporaneamente TSH-R e TSH e/o FT3 e /o FT4.

ATS della Val Padana - Linee di sviluppo per i controlli NOC sulla prestazioni di ricovero per l'anno 2016

La DGR n. X/4702 del 29/12/2015, relativa alle regole di sistema per l'esercizio 2016, ribadisce l'importanza della attività di controllo delle prestazioni sanitarie da parte dei NOC delle ATS. Ribadisce altresì che la ATS stipula con l'erogatore un contratto di diritto pubblico (concessione) che determina una relazione non paritetica tra i soggetti. 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.

Tra tali vincoli sono annoverate le modalità di controllo che la ATS esercita attraverso l'opera dei NOC aziendali.

In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. X/4702 del 29/12/2015, 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 2016 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 2014 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 2015.

Autocontrollo di congruenza

Oggetto dell'autocontrollo di congruenza saranno le cartelle cliniche prodotte nel primo semestre dell'anno solare 2016 (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 2015 e sarà tempestivamente comunicato dall'ATS della Val Padana alle Aziende interessate.

Le strutture di ricovero provvederanno, entro il 31 gennaio 2016, 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 nuova 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 sanzionamento, 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 al sanzionamento amministrativo. 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 2016), 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 2016, 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 2017).

In merito ai suddetti esiti, si rammenta inoltre che non sono ammesse ricodifiche che comportino un aumento del rimborso previsto. Per questi motivi, le pratiche che risultassero ipervalorizzate 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

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 2016).

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2015.

L'Erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente, **entro il 30 settembre 2016**.

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 2017).

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.

Riepilogo

Volendo sintetizzare, la distribuzione dei compiti tra ATS ed Erogatori in tema di autocontrollo, può essere così riepilogata:

Autocontrollo congruenza (4%) dai dimessi dal 1° gennaio 2016

Erogatore:

- Piano di Controllo aziendale (invio ad ATS entro 31 gennaio 2016);
- campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 4% produzione 2015) su gennaio-giugno 2016;
- invio mensile ad ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo ad ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2016.

ATS:

- segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale (es. mancato rispetto quadro normativo Regionale);
- campionamento quota parte del 4% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 10.03.17.

Autocontrollo qualità documentale (3%) dai dimessi dal 1° gennaio 2016

ATS:

- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2015) su gennaio-marzo 2016;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:

- invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2016.

ATS:

- campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 10.03.17.

Controlli di Congruenza

L'attività di controllo privilegerà la produzione dell'anno in corso 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.

L'attività di autocontrollo da parte degli operatori, seguita da verifica di concordanza da parte dell'ATS, sarà oggetto di sanzionabilità.

Ai sensi della DGR 4702/2015, nel caso in cui si rilevassero criticità tali da rendere necessario verificare ipotesi di opportunismo nella selezione dei campioni di autocontrollo e nelle modalità di rendicontazione, si procederà a riesaminare pratiche già controllate, venendo meno infatti il principio di non ammissibilità di controlli ripetuti.

Nel corso dell'anno di esercizio 2016 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 2016 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 inappropriatelyzza).
4. Individuazione dei 108 DRG a rischio di inappropriatelyzza, 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 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, "Revisione Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatelyzza" di cui alla DGR n. X/1185/2013",
 - dalla DGR 1185/2013, Allegato 3 - Sub Allegato A , "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatelyzza", 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.
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 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*

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 (se non esiste data certa nell'anno, indicare aaaa0101).

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.

ATS della Val Padana - Linee di sviluppo per i controlli NOC sulla prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2016

Linee di sviluppo per i controlli NOC sulle prestazioni ambulatoriali anno 2015

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2016, 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, estratte con i seguenti criteri:

Condizioni di estrazione	
regime erogazione	1, 7, 8, 9, C
tipo di prestazione	O, U, Z

Non essendo al momento della redazione del presente piano ancora istituzionalmente chiusa la rendicontazione delle attività relative all'anno 2015 valutando i dati finora disponibili, è possibile ipotizzare che il numero minimo dei record da controllare si collocherà probabilmente in un intervallo compreso tra i 130.000 ed i 150.000.

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

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

Appropriatezza prescrittiva

Nel corso degli ultimi 2 anni la D.G.S. di Regione Lombardia ha promulgato alcuni importanti provvedimenti in tema di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale.

In particolare il decreto 5323 del 19/06/2014 conteneva il documento tecnico "Raccomandazioni per l'uso appropriato della PET-TC in Oncologia", la Deliberazione 2313 del 01/08/2014 nel suo allegato A ha declinato le "Raccomandazioni per la prescrizione di RM e TAC per le patologie di ginocchio e spalla"; la DGR 3993/2015 nel suo sub-allegato "appropriatezza ECD in angiologia" riportante le raccomandazioni per la prescrizione di ecocolor-doppler per la diagnostica delle patologie dei tronchi sovra aortici e degli arti inferiori.

I provvedimenti sono stati presentati e dibattuti nel corso di eventi formativi organizzati sia nell'ambito territoriale di Cremona, riservato agli operatori delle Strutture Sanitarie, che nell'ambito territoriale di Mantova, rientrando nelle iniziative di formazione rivolte ai MMG, con una progettualità tuttora in corso.

Anche per il 2016 proseguiranno quindi le azioni intraprese riguardo le prestazioni di TC e RM osteoarticolari con particolare attenzione alla verifica dei risultati a seguito delle indicazioni introdotte con la DGR 2313 del 1 agosto 2014.

Controlli in sede di erogazione

Ambiti di controllo in sede di erogazione saranno pertanto 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.

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 2015 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)

ATS della Val Padana - Piano dei controlli per i tempi di attesa

Nell'anno 2015 è proseguita la rilevazione mensile dei tempi d'attesa direttamente da parte degli erogatori, attraverso il portale Web dedicato, con il coordinamento dell'ASL relativamente al controllo del rispetto di tempi, modalità di rilevazione ed invio.

Sono state eseguite le programmate ispezioni nelle sedi di erogazione, presso i CUP di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, nell'ambito delle quali si sono verificate in loco la corretta tenuta delle agende di prenotazione e, come previsto dalla normativa vigente, la non sospensione delle prenotazioni, nonché i tempi d'attesa per le prestazioni a maggiore prevalenza, sia prenotate come "primi accessi" che come "controlli". Va rilevato che tutti gli erogatori provinciali hanno implementato progressivamente l'accuratezza della separazione tra primi accessi e controlli, con il risultato di una complessiva più razionale gestione dell'intero scenario d'offerta provinciale, correlata anche ad un miglioramento generale dei tempi d'attesa per primi accessi.

Anche nel 2016 le rilevazioni prospettive mensili verranno attuate attraverso il portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati.

Come da indicazioni della DGR n. X/4702 del 29.12.2015 e della successiva nota di Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia prot. G1.2015.0022702 del 30/12/2015, di comunicazione del calendario delle rilevazioni, nel corso del 2016 si prevede di effettuare 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio.

La corretta tenuta delle liste d'attesa, sia per prime visite che per controlli, costituisce ambito prioritario di attenzione, nel corso dell'attività di controllo NOC anche per il prossimo esercizio.

Il monitoraggio in materia di tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero, per l'anno 2016, si articola pertanto nelle seguenti azioni:

monitoraggio regionale *ex ante*: verrà effettuato a cadenza mensile, secondo il calendario di indicazione regionale, con 12 rilevazioni con il calendario di seguito riportato:

<i>giornata indice</i>	<i>termine inserimento</i>
13 gennaio 2016	20 gennaio 2016
3 febbraio 2016	10 febbraio 2016
2 marzo 2016	9 marzo 2016
6 aprile 2016	13 aprile 2016
4 maggio 2016	11 maggio 2016
8 giugno 2016	15 giugno 2016
6 luglio 2016	13 luglio 2016
3 agosto 2016	10 agosto 2016
7 settembre 2016	14 settembre 2016
5 ottobre 2016	12 ottobre 2016
9 settembre 2016	16 novembre 2016
14 dicembre 2016	21 dicembre 2016

- monitoraggio *ex post*: la rilevazione della data di prenotazione sul flusso informativo 28 SAN verrà periodicamente utilizzata per la verifica della puntuale compilazione (indicatore: data prenotazione diversa da data contatto), per la valutazione dei tempi medi di attesa, per la verifica della congruenza rispetto al monitoraggio *ex ante*;
- rilevazione mensile dei tempi di attesa medi su prestazioni concordate con gli Erogatori presenti sul territorio, puntualmente pubblicata e aggiornata sui siti web dei singoli Erogatori e dell'ASL;
- verifiche in corso di controllo NOC del rispetto dei tempi massimi previsti relativamente alle prescrizioni con compilazione dei campi di priorità clinica e della presenza del quesito diagnostico;
- verifica del mantenimento della apertura delle liste di attesa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e della corretta separazione delle agende per primi accessi, priorità cliniche;
- monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali oggetto di contrattualizzazione con gli Erogatori provinciali attraverso le rilevazioni periodiche di prevalenza;
- monitoraggio del rispetto delle indicazioni regionali sulla rilevazione da parte degli erogatori delle prestazioni erogate in attività Libero Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di solvenza (monitoraggio ALPI e S) nelle due rilevazioni dedicate.

Proposte condivise di riqualificazione ed evoluzione dell'attività di controllo nella nuova organizzazione in ATS

La nuova prospettiva organizzativa della L.R. 23 e di tutti gli atti conseguenti, quali la individuazione della ATS della Val Padana, mentre richiede di rivedere l'attività di controllo delle èquipe presenti in un'ottica di integrazione e progressiva omogeneizzazione delle strategie e dei comportamenti, offre l'opportunità di confronto e ampliamento di conoscenze maturate in contesti analoghi rispetto ad ambiti critici, meritevoli di studio.

Il momento del cambiamento e del riposizionamento delle aziende sanitarie viene a costituire pertanto opportunità favorevole per formulare ipotesi di lavoro condivise ed integrate, in sintonia con la filosofia di riforma, che promuovano riqualificazione e apporto innovativo al controllo classico.

In tal senso si intendono proporre alcune linee di azione, da seguire nel corso del 2016, per iniziative che prevedano integrazione ed interscambio tra le due èquipe territoriali, affinché la promozione del necessario processo di unificazione sostanziale dell'attività costituisca anche, nel contempo, occasione privilegiata per processi di miglioramento delle attività di controllo e, conseguentemente, delle varie dimensioni della qualità dell'assistenza nei territori afferenti a questa ATS, a tutto vantaggio dei percorsi di diagnosi e cura destinati ai cittadini residenti.

Gli ambiti nei quali, nel corso del 2016, si intende pertanto ricercare momenti di integrazione ed interscambio nelle attività di controllo, incentrate sulla condivisione e l'approfondimento di tematiche specifiche, nell'ottica dell'azione quale èquipe unica sull'intero territorio dell'ATS, sono i seguenti:

1. Definizione del Piano dei controlli 2016
2. Definizione delle iniziative di formazione per il 2016
3. Omogeneizzazione delle tecnologie informatiche
4. Approccio al controllo per monitoraggio e promozione dell'aderenza ai PDTA
5. Revisione dei protocolli PDTA esistenti nelle ex ASL
6. Ambiti di controllo integrato sovradistrettuale
7. Progettualità di studio che coinvolgano gli erogatori dell'ATS
8. Controllo, negoziazione e contrattualizzazione

1. Definizione del Piano dei controlli 2016

La definizione del presente Piano dei controlli come documento unitario, risulta funzionale alla ricognizione generale delle modalità organizzative dell'attività di controllo nei due territori e alla

esplicitazione di una programmazione condivisa nelle linee generali, comprendente alcune progettualità che prevedono l'integrazione dei due gruppi storici dell'equipe. Appare quindi quale primo passo nell'ottica dell'attuazione del nuovo assetto organizzativo.

2. Definizione delle iniziative di formazione per il 2016

La riforma del SSL ritiene leva strategica il capitale umano, riconoscendo a questo un ruolo chiave nella realizzazione di un sistema efficiente, appropriato e di qualità. Al fine di costruire al meglio il processo di confronto, integrazione e di omogeneizzazione dell'operatività NOC, si intende promuovere per il 2016, alcune giornate formative che sviluppino conoscenze/competenze attinenti a temi da condividere, quali, per esempio:

- studio dell'aderenza ai percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) e piani di miglioramento, in continuità con il workshop già realizzata durante il 2015 (Corso "Reti di patologia e PDTA" che ha coinvolto la rete degli erogatori della provincia, i colleghi Noc di Cremona e Varese);
- l'utilizzo degli strumenti oggi disponibili via web, sia sul portale regionale che in ambito nazionale (per esempio, il Piano nazionale esiti (PNE)).

3. Omogeneizzazione delle tecnologie informatiche

Al fine di condividere l'operatività del controllo in ATS, è necessaria una omogeneizzazione delle strumentazioni informatiche (hardware e software) che creino le condizioni ottimali a governare le numerose attività di controllo delle prestazioni sanitarie, nonché per rispondere nei tempi e modi richiesti al debito informativo regionale. In primo luogo appare indispensabile l'estensione a tutta l'equipe del software Verbena per controllo ambulatoriale.

Costituisce ulteriore gap tra i due ambiti territoriali la disponibilità di un datawarehouse dei dati correnti, che potrà certamente essere risolto nel nuovo scenario organizzativo.

4. Approccio al controllo per monitoraggio e promozione dell'aderenza ai PDTA

Relativamente alla valutazione dell'aderenza ai PDTA delle reti di patologia nell'attività di controllo, si propone di proseguire ed estendere sperimentalmente a tutto il territorio dell'ATS l'esperienza di approccio al controllo attuata nel 2014 e 2015.

Esso prevede una prima fase di analisi dei dati dei flussi informativi integrati (AMB/SDO/fle F), utili alla conoscenza dei percorsi effettuati dai singoli pazienti e all'ottenimento delle informazioni necessarie a valutare il raggiungimento degli obiettivi degli indicatori; il successivo campionamento mirato delle pratiche; la verifica in sede di erogazione delle cartelle cliniche/prestazioni ambulatoriali, ricercando anche le informazioni utili alla ricostruzione più completa possibile dei percorsi, sia in termini di tempistiche che di qualità dei processi.

5. Revisione dei protocolli PDTA esistenti nelle ex ASL

Con la nuova ATS, diventa quanto mai necessaria la revisione e la riscrittura dei PDTA vigenti nelle singole ex Asl, ad iniziare dallo Stroke, quale strumento operativo, di verifica e di miglioramento "interprovinciale" che descriva e garantisca la migliore gestione diagnostica, terapeutica e assistenziale dell'ictus. Ogni realtà territoriale ha le sue caratteristiche specifiche che devono essere considerate nell'applicazione delle linee guida nazionale ed internazionale di patologia. Questo strumento dovrebbe rappresentare un punto di congiunzione fra tutti gli anelli della catena dell'emergenza/gestione dell'ictus provinciale/interprovinciale e diventare un "documento condiviso" dove inserire/allegare poi i PDTA specifici sulla gestione extra-ospedaliera (Aeu), trombectomia dei grossi vasi cerebrali in acuto, NCH delle emorragie cerebrali, percorso riabilitativo (Nuvas).

6. Ambiti di controllo integrato sovradistrettuale

Attività di studio e controllo integrato in ambiti condivisi tra gli operatori NOC delle due ex ASL, individuati in funzione di criticità, specificità o eccellenze locali, per le quali risulta di particolare interesse il confronto:

1. attività di neurochirurgia e di cardiocirurgia (realtà uniche che rispondono ai bisogni dei cittadini di entrambe le province);
2. attività riabilitativa;
3. attività di genetica;
4. radio e chemioterapia;
5. alcuni DRG a rischio di inappropriatezza

7. Progettualità di studio che coinvolgano gli erogatori dell'ATS

Si propone, per il 2016, di sperimentare una progettualità di studio, da condividere con gli erogatori afferenti all'ATS, da sviluppare nelle fasi di negoziazione e della contrattualizzazione.

In considerazione del fatto che ricoveri complicati e ripetuti sono ancora presenti e, non di rado, le complicanze rilevate sono iatrogene (incidenti chirurgici, infezioni, altro), il tema potrebbe essere individuato nel rischio clinico, con focus sulle infezioni e complicanze chirurgiche. Il controllo diventerà strumento dello studio.

8. Controllo, negoziazione e contrattualizzazione

In linea generale, dall'attività di controllo, emergono frequentemente evidenze di criticità che richiederebbero azioni correttive da parte delle strutture erogatrici che possono utilmente essere affrontate in sede di negoziazione e contrattualizzazione, attraverso specifici obiettivi contrattuali.

Per esempio, l'esperienza maturata nell'approccio alla valutazione dell'aderenza ai PDTA ha evidenziato la difficoltà di poter disporre esaustivamente di tutte le informazioni necessarie per la conoscenza dei percorsi e per la loro corretta valutazione, quali la carenza dell'informazione sulla prescrizione o la non prescrizione di radioterapia o chemioterapia in caso di intervento per neoplasia della mammella o del colonretto, che potrebbe diventare obiettivo contrattualizzabile, da sviluppare anche al tavolo del DIPO, per quanto attiene alla rete oncologica.

L'obiettivo di miglioramento potrebbe essere costituito dal riportare in lettera di dimissione (obiettivo SISS) o in cartella informazioni utili agli indicatori.

ATS della Val Padana - Piano dei controlli della psichiatria e della neuropsichiatria infantile

Psichiatria

L'attività di vigilanza e di controllo nell'Area della Salute Mentale per l'anno 2016 è rivolta alle attività territoriali, residenziali, semiresidenziali e alla residenzialità leggera.

In particolare per quanto concerne l'attività residenziale, il Piano Salute Mentale della Regione Lombardia, disciplinato dalla DGR n. VII/17513 del 17 maggio 2004, stabilisce puntuali indicazioni in riferimento all'appropriatezza dei percorsi di cura, individuandone due strumenti fondamentali:

- PTI (Piano Terapeutico Individualizzato) – in capo ai DSM- Area territoriale/CPS;
- PTR (Piano di Trattamento Riabilitativo) – in capo alle strutture residenziali;

la cui completezza rappresenta un indicatore di qualità stabilito ed irrinunciabile.

Le criticità emerse dall'analisi storica dei controlli suggeriscono che, anche nell'anno 2016 è di fondamentale importanza monitorare la formulazione e l'attuazione dei percorsi di cura residenziali.

In tal senso il controllo di appropriatezza si declina:

A. sulla tempistica della formulazione/ rinnovo dei PTR.

In ottemperanza alla DGR n.VII/17513 del 17 maggio 2004 tale rinnovo deve avvenire:

- con cadenza mensile per gli utenti in CRA;
- con cadenza trimestrale per gli utenti in CPA;
- con cadenza almeno semestrale per gli utenti in CPM.

L'invio del PTR formulato/ rinnovato avviene tramite PEC.

I progetti terapeutici individualizzati riabilitativi verranno analizzati in relazione al PTI elaborato dal CPS di riferimento.

I criteri di appropriatezza valutati saranno:

1. criteri relativi alla diagnosi , applicabili a tutte le tipologie di Strutture Riabilitative(diagnosi elettive di schizofrenia e sindromi correlate, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità);
2. criteri relativi all'età di inserimento correlati alle tipologie delle Strutture Riabilitative:
CRA : età max 50 anni – CPA e CPM: età max 65 anni;
3. criteri di durata della degenza:
CRA : 540 giornate;
CPA : 1080 giornate;
CPM : 1080 giornate;
4. criteri di intensità assistenziale:
CRA : più di 450 interventi annui;

CPA : tra i 250 e i 450 interventi annui;

CPM : meno di 250 interventi annui.

B. Controllo di attività

Ogni struttura provvede all'elaborazione di protocolli per l'accoglimento, il trattamento e la dimissione, prevedendo una revisione almeno annuale.

In relazione all'appropriatezza dei programmi residenziali erogati dalle Strutture Riabilitative vengono definiti i seguenti indicatori elaborati in conformità dei protocolli presenti nel PRSM 2201/2206:

- a. completezza del protocollo per l'accoglimento, con particolare riferimento all'integrazione con il Case Manager e alle modalità di invio;
- b. completezza del protocollo di trattamento.

Inoltre dall'analisi storica dei controlli emerge la necessità di proseguire l'attività di:

- monitoraggio della corrispondenza tra la registrazione sulla documentazione clinica e quella rendicontata nel flusso 46/San;
- verifica delle attività riabilitative attuate, nonché la loro registrazione in cartella clinica in relazione alla tipologia della struttura.

La valutazione della qualità documentale della cartella clinica sarà attuata in ottemperanza della DGR n.4659 del 09/10/2013, avente ad oggetto l'adozione del " Manuale della documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria.

Metodologia di controllo:

- Analisi del flusso 46/SAN per verifica di congruenza;
- Verifica della tempistica relativa alla formulazione/ rinnovo dei PTR inviati tramite PEC;
- Sopralluoghi in tutte le Strutture Residenziali per la valutazione della documentazione clinica e dei PTR.

Risultati attesi

I valori degli indicatori devono correlare con il livello di intensità riabilitativa/ assistenziale delle strutture nel 90% dei singoli progetti riabilitativi degli utenti.

I protocolli di accoglimento, trattamento e dimissione sono revisionati annualmente.

I PTR sono formulati/ rinnovati in ottemperanza della normativa vigente.

La documentazione clinica è corrispondente a quanto registrato nel flusso 46/SAN nel 90%.

TEMPISTICA

- verifica mensile dei PTR inviati tramite PEC e relativo aggiornamento dei pazienti ospiti presso le Strutture Residenziali;
- 31/12/2016: controllo in tutte le strutture dei protocolli aggiornati;
- 31/12/2016: saranno verificati i PTR degli utenti ospiti presso le strutture Residenziali.

Attività Territoriale

In ottemperanza alla DGR n.7/17513 del 17 maggio 2004 “ Piano Regionale per la Salute Mentale” e del documento “ Sviluppo e innovazione in Psichiatria: linee di indirizzo regionale 2009/2011” nonché del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2013, l'attività di controllo e vigilanza si declina nelle seguenti articolazioni:

- garanzia dei LEA – “ Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti con diagnosi relative ai “ disturbi dell'umore”;
- percorso di cura “ Presa in carico”;
- residenzialità leggera;
- monitoraggio dei seguenti programmi innovativi 1. “ Adolescence in progress”;
2. “Sportello Lavoro”.

Dall' analisi storica dei controlli emerge la necessità di proseguire la verifica dei PTI, per un totale complessivo pari a 105 PTI.

Inoltre le criticità evidenziate negli anni precedenti suggeriscono di proseguire nel monitoraggio della corretta rappresentazione sulla documentazione clinica e la rendicontazione delle attività nel flusso 46/SAN.

Indicatori

1. presenza di ogni CPS dell'elenco aggiornato dei pazienti con percorso di cura “Presa in Carico”, contenente la data della presa in carico, il medico psichiatra e il case manager nonché la tempistica di rinnovo del PTI;
2. presenza in ogni CPS dell'elenco dei pazienti il cui PTI è gestito utilizzando lo Strumento “recovery star”;
3. presenza della scheda sintetica di Piano di trattamento per ogni utente, con l'indicazione del Case Manager e delle azioni attuate per il coinvolgimento dell'utente in tale percorso;
4. utilizzo di scale di valutazione basate su evidenze scientifiche ed approvate dalla Comunità nazionale ed internazionale, nonché il numero di rinnovi, con evidenza dell'utilizzo delle stesse per il monitoraggio dei PTI;
5. evidenza dell'alleanza terapeutica con il paziente (presenza in cartella dei verbali aventi ad oggetto gli incontri dedicati alla condivisione degli obiettivi del PTI).

TEMPI

- entro il 30/12/2016 saranno oggetto di controllo n.105 Piani di Trattamento Individuali di soggetti con età inferiore ai 35 anni.

RESIDENZIALITÀ LEGGERA

L'ASL di Mantova, con atto deliberativo N.517 del 29/12/2010, ha autorizzato l'avvio di n.20 programmi di residenzialità leggera.

Tali programmi necessitano di essere conformi con quanto disciplinato dalla DGR n.VIII/007861 del 30/07/2008 " Determinazioni in ordine alla residenzialità leggera in psichiatria".

Nell'anno 2016, in collaborazione con l'U.O. Servizio Autorizzazioni e Accreditamento Contratti proseguirà l'attività di controllo dei requisiti tecnici specifici per il rilascio dell'autorizzazione e del contratto.

INDICATORI

Entro il 31/12/2016 : verifica dei 20 programmi di residenzialità leggera presenti.

PROGRAMMI INNOVATIVI

Prosegue anche nel corso dell'anno 2016 la realizzazione dei due progetti approvati dall'OCSM. La Circolare Regionale n.43341 del 11/12/2009 e la nota regionale n.36178 del 17/12/2012 forniscono le indicazioni per la realizzazione e la rendicontazioni di tali programmi.

INDICATORI

1. numero pazienti inseriti nei programmi innovativi.
2. numero di prestazioni erogate.
3. numero di attività erogate in assenza del paziente.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Per l'anno 2016 sono previste verifiche in relazione all'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso il flusso dati NPIA, che consente il monitoraggio delle attività.

PROGRAMMI INNOVATIVI

Anche nell'anno 2016 prosegue la realizzazione dei due progetti approvati dall'OCSM. La DGR n.10763 del 18/11/2014 disciplina il monitoraggio e la rendicontazione dei programmi innovativi di NPIA.

INDICATORI

1. Numero pazienti inseriti nei programmi innovativi.
2. Numero di prestazioni erogate.
3. Numero di attività erogate in assenza del minore.

TEMPI

- Entro luglio 2016: rendicontazione attività primo trimestre anno 2016;
- Entro gennaio 2017: rendicontazione attività secondo semestre anno 2016.

Controllo dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie

Attività di controllo svolta nel 2015, ex ASL di Mantova

Nel 2015, 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, delle richieste di apertura di Attività di prelievo, in attuazione della DGR n. X/2989/2014, ed espressione di parere favorevole per 6 Attività e negativo per 2;
- l'effettuazione di procedimenti documentali e sopralluoghi ispettivi per rimodulazione di spazi ed assetti accreditati, legati a proposte di aree omogenee ed 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, in strutture che avevano presentato criticità negli anni precedenti ed, inoltre, in una struttura a seguito segnalazione. Durante l'attività di vigilanza si è posta particolare attenzione ai requisiti specifici ed ai requisiti tecnologici e strutturali generali SGTEC02 (presidi antiincendio), SGTEC04 (sicurezza elettrica ed apparecchi elettromedicali). In tre PS/DEA, durante i sopralluoghi, si è presa visione anche della presenza delle dotazioni tecnologiche, strutturali e di arredi descritti nei relativi Piani di Gestione del Sovraffollamento;
- per quanto attiene il Sistema Trasfusionale, la verifica dell'adeguamento ai requisiti strutturali ed impiantistici, di cui all'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, di due Unità di Raccolta AVIS, per le quali il parere favorevole alla riclassificazione espresso nel 2014 era vincolato alla conclusione lavori entro il 31.03.2015. Anche il SIMT dell'A.O. Poma è stato oggetto di ulteriore valutazione, in relazione ai cambiamenti organizzativi legati all'avvio delle macroaree;
- il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività/lavori eseguiti dalle strutture sanitarie per l'adeguamento dei requisiti tecnologici e strutturali (DGR n. IX/898/2010): nel corso dell'anno 2015 si sono effettuati vari incontri con tutte le strutture sul tema, anche al fine di condividere le modalità e le evidenze necessarie per dimostrare il possesso dei requisiti strutturali e tecnologici generali ed è stata formalizzata allo scopo una specifica commissione interdipartimentale ASL (deliberazione n. 273 del 25.08.2015). Per due Strutture di ricovero e cura, a seguito nota del

Legale Rappresentante, valutazione tecnico documentale e sopralluoghi, si è verbalizzato il possesso di tutti i requisiti tecnologici e strutturali specifici e di tutti i requisiti tecnologici e strutturali generali ad esclusione dell'SGTEC01 (adeguamento alle norme antisismiche) e SGTEC02 (prevenzione incendi), relativamente ai quali si è sospesa la valutazione per la necessità di approfondimenti normativi;

- la verifica della corretta alimentazione del flusso informativo delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie private accreditate.

L'attività 2015 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 Mantova - UO Med. Generale e SSD Diabetologia	Istanza ampliamento 20 pl (acquisizione da Geriatria) e istituzione SSD
A.O. Poma - Presidio di Mantova - UO Medicina d'Urgenza	Istanza ampliamento 5 pl (acquisizione 4 pl da Medicina Generale e 1 pl da Nefrologia)
A.O. Poma - Presidio di Mantova - UO Chirurgia Maxillo Facciale – Ambulatorio di Neurochirurgia	Istanza Ampliamento come da DGR n. X/3767/2015
A.O. Poma - Presidio di Bozzolo - UO Poliambulatori – Ambulatorio di Neurochirurgia	Istanza Ampliamento come da DGR n. X/3767/2015
A.O. Poma - Presidio di Mantova - UO Neurologia	Istanza trasformazione di 1 PL di neurologia in 1 PL Stroke Unit e istituzione Area Neuroscienze
A.O. Poma - Presidio di Asola - UO Poliambulatori – Ambulatorio di Fisiatria	Istanza accreditamento nuova sede per trasferimento (atto deliberativo nel 2016)
Ente Ospedale "San Pellegrino" - Medicina dello Sport - Ambulatorio di Mantova	Istanza accreditamento nuova sede per trasferimento
Ente Ortorad - Centro Diagnostico Ambulatoriale "Medicenter"	Istanza accreditamento nuova sede per trasferimento e variazione assetto
Laboratorio GAMMA - Attività di Prelievo Cittadella	Comunicazione nuova attività
Laboratorio GAMMA - Attività di Prelievo Rivalta sul Mincio	Comunicazione nuova attività
Laboratorio GAMMA - Attività di Prelievo Rodigo	Comunicazione nuova attività
Laboratorio GAMMA - Attività di Prelievo Castellucchio	Comunicazione nuova attività
Laboratorio GAMMA - Attività di Prelievo San Giorgio	Comunicazione nuova attività
Ospedale "San Pellegrino" di Castiglione delle Stiviere – SMEL - Attività di Prelievo (c/o Green Park)	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
Azienda Ospedaliera	13	10	1	2
Strutture di ricovero e cura private accreditate	15	10	0	5
Poliambulatori privati accreditati	2	2	0	0
SMEL privati accreditati	5	5	0	0
Strutture termali	3	3	0	0
Unità Raccolta AVIS	2	0	2	0
Totale	40	30	3	7

C) In sintesi, nell'anno si sono verificati i requisiti di autorizzazione e di accreditamento in 47 strutture/macroattività, per un totale di 54 sopralluoghi, 14 dei quali per le nuove attività/modifica di Strutture.

Sono state comminate tre diffide e relative sanzioni amministrative a tre strutture per mancato rispetto di requisiti di accreditamento e un'ordinanza e relativa sanzione amministrativa per attività non autorizzata: i relativi verbali sono agli atti. Le altre verifiche si sono concluse con esito positivo, in alcuni casi a seguito interventi di adeguamento e successiva rivalutazione.

Sono, inoltre, stati deliberati 15 provvedimenti, 5 dei quali per variazione denominazione Ente Gestore/modifica indirizzo sede legale.

Attività di controllo svolta nel 2015, ex ASL di Cremona

Nel 2015 l'attività ha riguardato:

- Processazione di nuove istanze di autorizzazione/accreditamento (vedi tabella C)
- Censimento delle attività di prelievo, come richiesto da nota regionale 14964 del 19/5/2015: si è effettuata la ricognizione di tutte le attività di prelievo esistenti prima dell'entrata in vigore della DGR 3313/2001 e delle nuove attività richieste, come previsto dalla DGR 2989/2014 (tabella C)
- Verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento in strutture accreditate a contratto e fuori contratto di tutta la provincia (tabella D)
- Effettuazione di un iter procedurale di voltura in Struttura Sanitaria Ambulatoriale Accreditata
- Sistema Trasfusionale: tutte le strutture del sistema trasfusionale dell'ex-ASL di Cremona, accreditate nel 2014 sono state oggetto di sopralluogo (1 CLV, 1 Servizio Trasfusionale, 4 UdR associative AVIS)

- Monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività/lavori eseguiti dalle strutture sanitarie per l'adeguamento dei requisiti tecnologici e strutturali (DGR n. IX/898/2010): nel corso dell'anno sono state effettuate le verifiche sullo stato dell'arte del crono programma autocertificato dalle strutture
- Flusso informativo Grandi Apparecchiature Sanitarie: a settembre 2015 è stato fatto un incontro con le Strutture, successivamente è cominciato un periodico monitoraggio delle Strutture stesse alle quali è stato richiesto l'elenco delle grandi apparecchiature inventariate. I dati trasmessi sono stati incrociati con i modelli ministeriali HSP/14 ed STS/14 e infine con l'estratto del portale ministeriale trasmesso dalla Regione Lombardia.
- Autorizzazione delle équipe dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA): nel corso dell'anno 2015 sono state valutate le nuove istanze delle équipe di cui sopra, e le integrazioni documentali relative alle équipe già autorizzate in precedenza. E' stata richiesta inoltre al Dipartimento di Prevenzione Medico la verifica della dichiarazione di inizio attività degli studi medici indicati quale sede legale delle équipes
- Neuropsichiatria Infantile: sono stati verificati i requisiti aggiuntivi previsti dalla DGR 2189 del 25 luglio 2014, per i percorsi terapeutici residenziali di tipo B (utenti complessi) e C (utenti complessi a elevata instabilità clinica)

E' stata inoltre comminata una sanzione amministrativa per erogazione di prestazioni sanitarie non autorizzate.

Tabella C

Descrizione struttura	Motivazione
Casa di Cura San Camillo	Declassamento SMEL
Fondazione Caimi ONLUS	istanza ampliamento chirurgia vascolare
Casa di Cura Figlie di San Camillo	Attività di BIC e Day-surgery
Azienda "Istituti Ospitalieri Cremona": Presidio Ospedaliero Cremonese	Servizio di Endoscopia Digestiva (attività non ancora autorizzata attualmente interruzione dei termini)
Soc. Coop. IGEA - FAMBA	Trasferimento Locali
SMEL A.O. Ospedale Maggiore di Crema	Comunicazione nuova attività prelievo presso comuni di Capergnanica, Dovera, Ticengo e Torlino Vimercati
SMEL San Lorenzo	Comunicazione nuova attività prelievo presso comuni di Capralba, Pianengo, Pieranica, Casaletto Ceredano, Palazzo Pignano, Quintano, Izano, Monte Cremasco, Trescore Cremasco, Agnadello
Casa di Cura San Camillo	istanza ampliamento branca specialistica ginecologia (in corso di processazione)

Tabella D

Descrizione struttura/attività oggetto di controllo	Numerosità sopralluoghi effettuati	Verifiche documentali e strutturali	Verifiche impiantistiche	Prescrizioni
Aziende Ospedaliere	10	10	7	8
Case di Cura Private Accreditate	4	4	2	2
Poliambulatori privati accreditati	13	13	7	9
Strutture Residenziali/Semiresidenziali Psichiatriche private accreditate	5	5	3	5
Unità di Raccolta AVIS	4	4	3	3
TOTALE	36	36	22	27

ATS della Val Padana - Piano dei controlli per i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie per il 2016

Saranno effettuate le verifiche di competenza delle istanze di proroga presentate dalle strutture ai sensi della DGR n. X/4702/2015 per completare il loro percorso di messa a norma, in particolare per gli aspetti relativi all'antisismica e prevenzione incendi, con conseguente espressione di proposta di provvedimenti di proroga alla DG Welfare.

Sempre nelle strutture di ricovero e cura, saranno oggetto di verifica alcune UU.OO. in tutti i Presidi, prevalentemente dell'area emergenza, terapia intensiva e area chirurgica, in linea con il Piano Controlli 2015.

A seguito del perfezionamento dei percorsi per la definizione dei requisiti per l'accreditamento, secondo la DGR n. X/4702/2015, di: Stroke Unit, Laboratori di elettrofisiologia, Centri PMA, Farmacie ospedaliere, POT, Servizi di Medicina di Laboratorio specialistici di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia patologica", tali attività saranno oggetto di valutazione.

Per quanto riguarda gli SMEL, sarà posta particolare attenzione alla verifica del raggiungimento delle soglie minime del numero di prestazioni da effettuare in sede e della percentuale minima di esami da effettuare in sede, come da indicazioni della DGR n. X/4702/2015, ed al controllo dell'attività di VEQ.

Saranno, inoltre, oggetto di verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento anche strutture ambulatoriali, in particolare unità d'offerta non recentemente ispezionate o che abbiano presentato criticità negli anni precedenti.

Per il Sistema Trasfusionale, per le strutture non verificate nell'anno 2015, si effettueranno le visite biennali di verifica, con particolare attenzione all'adeguamento dei requisiti organizzativi in relazione al Decreto Ministeriale 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".

Inoltre, saranno effettuate:

- processazione delle istanze di autorizzazione/accreditamento entro i termini previsti dalla normativa vigente;
- verifiche in caso di segnalazioni provenienti da altri Enti o Istituzioni e, comunque, per criteri di opportunità emergenti.

Le attività sopraindicate verranno eseguite in collaborazione con Dipartimento di Prevenzione Medico per la valutazione degli aspetti di competenza ed in sinergia con l'Area Farmaceutica per sopralluoghi congiunti a campione.

Assistenza farmaceutica e protesica minore integrativa

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.

Pertanto, si è convenuto di formulare due distinti documenti che, a partire dall’illustrazione dei contesti epidemiologici e delle criticità più rilevanti, identifichino una serie di attività di controllo, in parte sovrapponibili ed in parte più direttamente conseguenti alle caratteristiche dei singoli servizi ed alla loro articolazione locale.

Sede Territoriale di Mantova

L'aumento del tasso di invecchiamento della popolazione, con conseguente maggior incidenza delle patologie croniche, unitamente alla disponibilità di terapie sempre più avanzate e costose, nonché l'aumento della domanda di salute da parte della popolazione hanno sortito, negli anni, in un marcato incremento dei consumi per l'assistenza farmaceutica e protesica. Il parallelo incremento dei costi è stato solo in parte contrastato dalle manovre di contenimento dei prezzi dei farmaci messi in atto dalle autorità governative, il cui effetto è stato più evidente soprattutto negli ultimi anni, e dalla crescita della diffusione dei farmaci a brevetto scaduto.

Il monitoraggio dei consumi e della spesa, pertanto, è un presupposto essenziale per le attività di programmazione dell'assistenza farmaceutica e protesica in un contesto di risorse definite, attività che deve avvenire in un'ottica di riqualificazione dei consumi tesa non al razionamento delle risorse, ma ad un loro uso appropriato.

Le più recenti scoperte farmacologiche, quali, ad esempio, i farmaci innovativi per le terapie oncologiche, AIDS, Sclerosi Multipla, SLA, Artrite Reumatoide, Epatiti virali rappresentano efficaci e nuove opportunità di cura, ma ad un costo elevato.

Gli attori della filiera del farmaco, così come dei dispositivi medici, coinvolti a vario titolo (medici prescrittori, farmacisti, industria, ASL) spesso operano in questo settore con interessi che possono essere divergenti.

Pertanto, anche per l'anno 2016, si conferma la necessità di un confronto, con l'obiettivo di trovare soluzioni sinergiche e di integrazione nell'intero processo, al fine di riqualificare l'assistenza farmaceutica e protesica del territorio basata anche sulla valorizzazione del ruolo pubblico delle Farmacie. Le farmacie sul territorio, infatti, assumono la funzione di presidio sanitario facente parte della rete assistenziale (farmacia dei servizi) coniugando economicità, qualità del servizio e soddisfazione dei bisogni dei cittadini e collaborando con l'ASL nell'attività di prevenzione, di informazione sul corretto uso dei farmaci, di incentivazione del farmaco equivalente e di iniziative per l'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione.

Analisi dei bisogni

a. Farmaceutica convenzionata

Negli anni i consumi farmaceutici del territorio dell'ex ASL di Mantova hanno segnato valori, in termini di spesa/ass.le pes, superiori alle medie regionali, in conseguenza anche della peculiare composizione anagrafica della popolazione, decisamente spostata verso le fasce d'età più alte, a cui corrispondono un aumento delle patologie croniche e delle esenzioni per età.

Come evidenziato dalla tabella seguente (che riporta i consumi relativi alla spesa farmaceutica convenzionata e da distribuzione per conto), nel 2015 lo scostamento della spesa media per ass.le pes dell'ex ASL di Mantova rispetto ai valori regionali è stato del +0,5% (sebbene in calo rispetto al 2014 del -0,4%), a fronte di consumi, in termini di dosi prescritte, che superano del 7,5% circa le medie lombarde.

I farmaci dell'apparato cardiovascolare sono il gruppo terapeutico che maggiormente determina lo scostamento dalle medie regionali (+13% in DDD), seguiti da quelli dell'apparato gastrointestinale (+8% in DDD); nel complesso questi due gruppi di farmaci, specifici per la terapia di patologie croniche, rappresentano il 62% delle dosi totali prescritte. Il maggior ricorso alle terapie cardiovascolari si distribuisce in modo omogeneo tra quasi tutti i principi attivi del gruppo, i quali segnano valori di spesa (e di DDD) generalmente maggiori di quelli regionali (ad eccezione della rosuvastatina e degli omega 3 trigliceridi); tra i farmaci dell'apparato gastrointestinale risultano decisamente superiori alle medie regionali i consumi, e quindi i costi sostenuti, degli inibitori di pompa, come pantoprazolo, lansoprazolo e rabeprazolo, degli antidiabetici, come metformina+pioglitazone, insulina glargine ed insulina degludec, e della vitamina D.

Anche per i farmaci a base di preparati ormonali sistemici (ATC H) si devono segnalare consumi decisamente superiori ai valori medi lombardi (+ 13,37% in DDD) determinati soprattutto da principi attivi di largo impiego, quali levotiroxina, metilprednisolone, e da farmaci che agiscono sull'osso, come teriparatide, cinacalcet e paricalcitol; tuttavia lo spostamento della distribuzione di alcuni di questi principi attivi in modalità per conto tramite le farmacie del territorio (DPC) con costi maggiormente governabili da una parte, e la disponibilità di farmaci a brevetto scaduto dall'altra hanno permesso un contenimento della spesa la quale, in termini di €/ass/le pes, risulta inferiore alla media regionale (-1,24%).

SPESA PER ATC – ASL DI MANTOVA – anno 2015

	€ / *1000 Ass.li pes.				n. DDD / *1000 Ass.li pes.			
	ASL Mantova	Regione	Scost vs Regione	Δ 2015 vs 2014	ASL Mantova	Regione	Scost vs Regione	Δ 2015 vs 2014
A - apparato gastrointestinale e metabolismo	34.538,37	33.173,86	4,11%	6,0%	54.692,58	50.577,82	8,14%	-4,1%
B - sangue ed organi emopoietici	15.061,09	15.229,34	-1,10%	9,6%	26.743,03	25.592,33	4,50%	10,6%
C - sistema cardiovascolare	57.480,49	50.146,53	14,63%	-3,0%	171.822,81	151.739,97	13,24%	4,5%
D - dermatologici	771,45	799,24	-3,48%	-4,4%	951,62	895,42	6,28%	70,1%
G - sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	5.674,38	7.696,12	-26,27%	-1,7%	11.330,87	13.452,56	-15,77%	-0,4%
H - preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	5.494,94	5.563,93	-1,24%	-5,8%	9.780,91	8.627,19	13,37%	-3,7%
J - antimicrobici generali per uso sistemico	9.728,37	10.556,83	-7,85%	-2,3%	5.955,24	6.360,03	-6,36%	-1,0%
L - farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	7.632,16	9.810,95	-22,21%	-8,1%	2.566,45	3.182,36	-19,35%	13,0%
M - sistema muscolo-scheletrico	5.229,95	5.167,10	1,22%	-0,3%	10.232,14	10.413,10	-1,70%	2,2%
N - sistema nervoso	23.854,44	26.565,97	-10,21%	-0,8%	22.265,32	22.601,07	-1,49%	4,2%
P - farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	221,99	246,74	-10,03%	-6,1%	288,44	300,64	-4,06%	423,5%
R - sistema respiratorio	15.790,87	15.353,75	2,85%	-3,7%	14.585,94	14.192,75	2,77%	-4,1%
S - organi di senso	3.097,32	3.042,79	1,79%	-0,1%	5.709,26	5.491,52	3,97%	74,5%
V - vari	751,45	1.061,00	-29,18%	-5,9%	79,94	134,19	-40,43%	19,4%
TOTALE	185.327	184.414	0,50%	-0,4%	337.005	313.561	7,48%	3,4%

(fonte dati: Santer – SAS Farmavision)

Nel 2015 l'impiego di farmaci a brevetto scaduto è ulteriormente aumentato rispetto al precedente anno (+3% di DDD erogate nel canale della farmaceutica convenzionata e DPC) assestandosi su una media del 75,44%, superiore al valore regionale di 0,9 punti percentuali, anche se per alcune categorie terapeutiche, come i farmaci cardiovascolari, i preparati ormonali sistemici ed i farmaci antineoplastici, la prescrizione di farmaci equivalenti è inferiore ai corrispondenti valori regionali.

Spesa per ATC Equivalenti ASL di MANTOVA – anno 2015

	ASL di Mantova				REGIONE			
	n. DDD / * 1000 Ass.li pes.				n. DDD / * 1000 Ass.li pes.			
	Y	N	TOT	% Y / Tot	Y	N	TOT	% Y / Tot
A - apparato gastrointestinale e m	44.436	10.257	54.693	81,25%	40.330	10.247	50.578	79,74%
B - sangue ed organi emopoietici	13.319	13.424	26.743	49,80%	13.038	12.554	25.592	50,95%
C - sistema cardiovascolare	143.769	28.054	171.823	83,67%	127.370	24.370	151.740	83,94%
D - dermatologici	253	698	952	26,63%	278	617	895	31,10%
G - sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	6.877	4.454	11.331	60,69%	8.012	5.441	13.453	59,55%
H - preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	6.936	2.845	9.781	70,92%	6.185	2.442	8.627	71,70%
J - antimicrobici generali per uso	5.617	338	5.955	94,32%	5.977	383	6.360	93,98%
L - farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	1.759	807	2.566	68,55%	2.207	975	3.182	69,36%
M - sistema muscolo-scheletrico	10.776	3.481	14.257	75,58%	7.148	3.265	10.413	68,64%
N - sistema nervoso	16.211	6.055	22.265	72,81%	16.339	6.263	22.601	72,29%
P - farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	23	266	288	7,90%	24	276	301	8,14%
R - sistema respiratorio	5.338	9.248	14.586	36,60%	4.968	9.225	14.193	35,00%
S - organi di senso	1.929	3.780	5.709	33,79%	1.743	3.749	5.492	31,73%
V - vari	19	61	80	24,07%	23	111	134	17,28%
TOTALE	257.263	83.767	341.030	75,44%	233.643	79.918	313.561	74,51%

(fonte dati: Santer – SAS Farmavision)

b. File F

Nel corso dei primi 11 mesi anno 2015 si è registrato un incremento generale della spesa relativa al consumato File F dei pazienti mantovani sia per le tipologie 1-10 che per la tipologia 5 dei farmaci antineoplastici di nuova generazione, la cui causa è dovuta sostanzialmente al maggior numero di pazienti oncologici (tip. 1, 3 e 5) e di quelli affetti da maculopatia in terapia con Lucentis ed Eylea (tip. 2.), come si evince dalla tabella di seguito riportata:

FILE F		
	SPESA	Δ 2015 vs 2014
TIP 1-10 (ESCLUSA TIP 5 ONCOLOGICI) + 14 + 16	16.674.550	8,6%
TIP 20	2.305	-
TIP 5 ONCOLOGICI	4.803.863	49,9%
TIP 18 (FARMACI HCV)	4.909.095	2364,2%

Il dato di spesa della Tipologia 18 nel 2015 è riferito alla produzione dell'unico centro erogatore afferente al territorio mantovano, contrariamente a quello relativo al 2014 comprendente il consumo.

L'importante incremento dei costi è dovuto all'introduzione, nel corso del 2015, dei nuovi farmaci ad alto costo per la terapia dell'HCV.

La produzione per i pazienti della tipologia 18 (farmaci HCV) rilevata al 30/11, al netto dei rimborsi esposti in tipologia 19 (acconto + payback) alla stessa data, pari ad 1.239mila €, fanno presupporre il rispetto del tetto assegnato.

FILE F - RIMBORSI		
	SPESA	Δ 2015 vs 2014
TIP 15 (RISK SHARING ONCOLOGICI)	135.036	-
TIP 19 (PAYBACK FARMACI HCV)	1.238.988	-

Relativamente alle tipologie che rientrano nel tetto previsto per la farmaceutica territoriale, si registra un aumento della spesa per i farmaci della tipologia 6 (comprensiva anche dei farmaci classificati come A-PHT) e un decremento di quella relativa ai farmaci in dimissione.

FILE F		
	SPESA	Δ 2015 vs 2014
TIP 6 (DOPPIO CANALE)	3.721.578	10,4%
TIP 11 (I CICLO DI CURA)	142.924	-7,0%

c. Protesica Minore – Assistenza Integrativa (diabete, dietetica)

Contrariamente a quanto registrato negli scorsi anni, nell'anno 2015 la spesa per gli ausili per l'autocontrollo della glicemia ha registrato un lieve incremento (+1,7%) totalmente ed egualmente giustificato dall'aumento del numero di pazienti utilizzatori di tali dispositivi. Il costo per trattato rimane infatti invariato. La spesa per il diabete assorbe il 66% dell'intero importo registrato per l'assistenza integrativa.

Diversamente è in aumento il dato di spesa, così come il numero dei pazienti serviti relativo all'assistenza dietetica intesa come celiachia e nefropatia che assorbono circa il 30% del totale, e solo il 4% è determinato dai lattini per bambini intolleranti alle proteine del latte e della soia il cui numero di pazienti serviti è stato per il 2015 sensibilmente in diminuzione (-36% circa).

L'erogazione dell'assistenza integrativa è affidata alle farmacie convenzionate sul territorio ed avviene con modalità informatizzata webcare. Accanto a tale gestione si è affiancata per il 2015 una porzione erogata direttamente dall'AAF comprendente anche gli integratori utilizzati nei pazienti disfacili; l'importo di spesa complessivo ammonta a circa € 23.300.

Vanno inoltre considerati gli importi relativi alla nutrizione artificiale (enterale e parenterale) gestita al domicilio del paziente tramite service esterno. Gli importi relativi alla nutrizione parenterale sono stati rendicontati nella tipologia 13 del File F, mentre quelli relativi alla nutrizione enterale nel flusso DIETET relativo all'assistenza integrativa. Complessivamente nel 2015 gli importi registrati sono stati pari a circa € 713.000 per la nutrizione enterale e circa € 120.000 per quella parenterale.

Spesa, pazienti e costo/trattato assistenza integrativa – anno 2015

ASSISTENZA INTEGRATIVA						
	SPESA	Δ 2015 vs 2014	PAZIENTI	Δ 2015 vs 2014	costo/trattato	Δ 2015 vs 2014
DIABETE	2.739.130	1,7%	14.565	1,7%	188,1	0,0%
CELIACHIA	1.226.109	2,6%	1.060	3,2%	1.156,7	-0,6%
NEFROPATIA	166.018	1,4%	197	2,6%	842,7	-1,2%
LATTI BAMBINI INTOLLERANTI	18.969	-43,20%	23	-36,1%	824,7	-11,1%

Nel luglio 2014 l'Asl di Mantova ha aderito alla II edizione della gara ausili per incontinenti (valida sino al giugno 2016) nella quale sono stati previsti due lotti di prodotti che hanno dato origine a due diverse convenzioni, con l'obiettivo di consentire al paziente, finale utilizzatore dei prodotti, di sentirsi libero di scegliere e adattare le proprie esigenze a quanto offerto dal sistema. La valutazione dei costi, già avviata nel 2014, e proseguita nel 2015 ha imposto però la variazione di tutti i piani di fornitura dei pazienti con privilegio della consegna al domicilio (economicamente più conveniente) rispetto a quella in farmacia: questo ha consentito di chiudere l'anno con un dato di spesa diminuito di circa il 5% nonostante l'aumento del numero dei pazienti serviti (+3%).

L'erogazione degli ausili per l'incontinenza a raccolta e la stomia è proseguita privilegiando la farmacia come canale di gestione ovvero l'applicativo webcare. In riferimento, in particolare, alla stomia si è dato avvio ad una nuova modalità di distribuzione in nome e per conto basata su un accordo quadro stipulato fra questa azienda e le ditte produttrici. Questo ha consentito di chiudere il 2015 con un decremento del dato di spesa relativo ai prodotti di circa il 22%. A questo importo vanno tuttavia sommati € 36.000 riconosciuti alle farmacie per il servizio di distribuzione, il che porta a valorizzare un decremento complessivo di circa il 15% rispetto alla gestione 2014. Il dato relativo all'incontinenza a raccolta invece aumenta del 3% circa ed è supportato da un parallelo incremento del numero di pazienti (+7%).

Spesa, pazienti e costo/trattato assistenza protesica minore – anno 2015

ASSISTENZA PROTESICA						
	SPESA	Δ 2015 vs 2014	PAZIENTI	Δ 2015 vs 2014	costo/trattato	Δ 2015 vs 2014
INCONTINENZA AD ASSORBENZA	1.639.498	-4,9%	8.630	3,0%	190,0	-7,7%
INCONTINENZA A RACCOLTA	570.736	2,9%	954	7,1%	598,3	-3,9%
STOMIA	431.727	-21,6%	569	6,6%	758,8	-26,4%

Anche per la protesica minore, accanto alla gestione webcare delle farmacie si è affiancata una quota minima di erogazioni dirette effettuate a pazienti i cui quantitativi autorizzati eccedevano le quantità stabilite da nomenclatore tariffario (DM n. 332 del 27/08/1999). Tali pazienti sono stati autorizzati su “*delibera ad personam*” dalla Direzione Aziendale. L’importo relativo a tali erogazioni è stato pari a circa € 40.000.

Piano dei Controlli sull’assistenza farmaceutica e protesica

Nell’attuale contesto sanitario la funzione di controllo, nella sua più ampia accezione, rappresenta uno strumento fondamentale per l’equilibrio del sistema e la sicurezza dei pazienti.

L’efficacia di questa funzione dipende dalla chiarezza, dall’equilibrio e dal coinvolgimento interattivo di tutti gli attori del sistema.

L’Area Assistenza Farmaceutica ha quale missione:

- controllo e vigilanza autorizzativa ed ispettiva su farmacie, parafarmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie;
- governo e monitoraggio della spesa e dell’appropriatezza in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
- programmazione, pianificazione e monitoraggio delle differenti modalità erogative afferenti al complessivo tetto della farmaceutica territoriale

ATTIVITA' VIGILANZA ISPETTIVA E AMMINISTRATIVA

Attività di controllo	Controlli 2015	Criticità rilevate	Obiettivi 2016
Vigilanza ispettiva su farmacie del territorio	<ul style="list-style-type: none"> • N. 45 ispezioni ordinarie (distretto di Mantova e Viadana) • 0 ispezioni straordinarie • N. 4 ispezioni preventive 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di convocazione della Commissione ispettiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Ispezionare tutte le farmacie dei distretti di Suzzara, Ostiglia, Asola e Guidizzolo

<i>Vigilanza ispettiva su esercizi commerciali</i>	9 esercizi commerciali ispezionati su 24 corner	Spedizione di tutte le tipologie di ricette di veterinaria	Ispezionare tutti gli esercizi commerciali che spediscono ricette di veterinaria, in collaborazione con il servizio di Veterinaria dell'ATS
<i>Vigilanza ispettiva su RSA, RSD e IDR</i>	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
<i>Ispezioni a SERT e servizi afferenti ASL</i>	N. 6 SERT ispezionati e tutte le sedi ambulatoriali (consultori, Guardie Mediche, ...) del distretto di Viadana	Non sempre presente il monitoraggio tracciabile e documentabile della temperatura dei locali dove sono stoccati farmaci e dispositivi medici	In attesa di indicazioni da parte degli organi regionali
<i>Ispezioni su depositari e grossisti</i>	N. 3 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
<i>Controlli contabili e tecnici sulle ricette farmaceutiche SSR</i>	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 1.552 ricette (tutte le ricette DPC	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

dei distretti di Ostiglia, Asola, Viadana e Guidizzolo che hanno richiesto attivazione di PT)

Controllo con CUF/AIFA segnalate segnalate modo errato	ricette note non o in	Tutte le ricette segnalate sul tabulato RU 4043/1 e 2 del 2014 (per un totale di 263 ricette) in corso di ultimazione	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 nell'anno (2.541 B.A. e 130 T.C.)

I documenti non pervengono con cadenza regolare e pertanto, a volte, si riferiscono a movimentazioni di trimestri precedenti a quello di rendicontazione

Tutte quelle che perverranno nell'anno 2016

Commissione Farmaceutica Aziendale

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

Attività di controllo	Controlli 2015	Criticità rilevate	Obiettivi 2016
Controllo PT Piani terapeutici	Verifica della appropriatezza e dei	Mancato invio da parte delle strutture	Continuare l'attività di verifica dei PT terapeutici,

formalismi prescrittivi previsti dei Piani Terapeutici AIFA per la prescrizione dei farmaci in regime di SSN e dei farmaci per le malattie rare (13.704 PT, di cui 350 rifiutati)	fuori provincia dei PT di pazienti mantovani. Mancanza dei parametri previsti da AIFA per la rimborsabilità in SSN dei farmaci	funzionale ad un'attività di formazione in merito alle modalità prescrittive dei farmaci che richiedono PT, al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva
---	--	---

Trimestralmente:

- incroci per verificare che l'erogazione di farmaci in File F non sia stata effettuata in regime di ricovero ordinario: contestati 17 record alla struttura pubblica;
- 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

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 27 ispezioni effettuate,

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

sono stati "fisicamente" verificati 16.566 record relativi a 5.818 pazienti, recuperando 9.718,75 € per 25 erogazioni non appropriate

Verifica della corretta rendicontazione in File F, da parte delle strutture erogatrici, delle note di credito/rimborso pervenute nel 2015, per un valore totale di € 135.063,14 per la tipologia 15 e di € 1.238.988,13 per la tipologia 19 (valori riferiti a 11 mesi)

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 delle erogazioni di farmaci anti-HIV nell'anno 2014. Dei 545 pazienti esaminati, 540 (99,08%) sono risultati regolari.

Impiego off-label di atazanavir 200 mg cps non boosterato con ritonavir

Monitoraggio delle erogazioni di farmaci anti-HIV nell'anno 2015

Controllo schede di dimissione

Controllo di un campione di schede di dimissione dell'anno 2015 degli erogatori pubblici e privati a contratto del territorio mantovano (pari a 3.209 lettere), in termini di verifica della prescrizione di farmaci

Difficoltà nel differenziare le terapie di nuova introduzione da quelle già in atto, impossibilità (allo stato attuale) di estendere l'analisi anche ai consigli terapeutici che accompagnano le visite

Proseguire nel controllo, mantenendo una numerosità del campione analoga a quella dell'anno precedente

a brevetto scaduto per specialistiche/ambula
specifici gruppi toriali
terapeutici (89%
regolari) e
dell'adesione al
Prontuario alle
dimissioni (81%
regolari).

Verifica della congruenza
tra farmaco prescritto ed
esenzione per patologia,
utilizzando l'anagrafe dei
soggetti esenti per Mancata
patologia. corrispondenza,
Durante l'anno 2015 sono talvolta, fra
state controllate le l'informazione Controllo delle prescrizioni
a prescrizioni relative a 12 desumibile dal relative a 12 patologie
patologie su ricette database fornito da almeno.
spedite nel 2014 e 2015 Santer e l'immagine
(per un totale di 82.930 ottica della ricetta.
prescrizioni); le prescrizioni
non appropriate sono
state pari allo 0,23%.

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, 4 monitoraggi su aree
a scapito dei farmaci terapeutiche di particolare
a brevetto scaduto, interesse per la medicina di
con conseguente base e specialistica
incremento dei costi

Analisi prescrizioni Esame delle prescrizioni Mancata Esame delle prescrizioni

<i>off-label</i>	effettuate nel 2014 di farmaci a base di flutamide, finasteride, ciproterone, tamsulosina, alfuzosina, dutasteride e di inibitori di pompa e antidepressivi in ambito pediatrico: 55 ricette off-label contestate a medici specialisti e del territorio	corrispondenza, talvolta, l'informazione desumibile dal database fornito da Santer e l'immagine ottica della ricetta.	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. Prescrizione da parte dei medici di famiglia dell'originator nel caso di PT redatti per principio attivo	Analisi mensile delle prescrizioni dei farmaci biosimilari e valutazione del loro andamento, anche rispetto ai valori regionali
--	---	--	---

<i>Analisi volumi di spesa per singolo medico</i>	Analisi annuale per singolo medico di medicina generale della spesa e confronto coi medici iperprescrittori (scostamento dalla	---	Analisi annuale per singolo medico di medicina generale della spesa e confronto coi medici iperprescrittori (scostamento dalla media
---	--	-----	--

	media ASL di 1 o più deviazioni standard)		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 condivisione con i direttori di distretto 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

Attività di controllo	Controlli 2015	Criticità rilevate	Obiettivi 2016
<i>Controlli contabili e tecnici sulle ricette di protesica Web Care</i>	Verifica trimestrale della legittimità delle erogazioni (304.066) incrociando i dati dei moduli evasi mediante web Care e l'anagrafe regionale degli assistiti mantovani. 9 moduli contestati per decesso del paziente, 87 moduli per emigrazione in altra provincia.	Mancata tempestività di comunicazione delle date di decesso e di emigrazione dei pazienti fra utente/Comuni di residenza e gestionale webcare	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 della correttezza dei 3.632 moduli di erogazione di prodotti per celiaci e 41 moduli di prodotti per nefropatici erogati da esercizi commerciali che utilizzano Web Care, prima di autorizzare la liquidazione della fattura. Per i moduli non conformi è stata richiesta la relativa nota di accredito	Non corrispondenza tra quanto fatturato e fustelli attestanti la consegna dei prodotti	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	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.

irregolari in sede di CFA (277 moduli esaminati - periodo anno 2014 e I semestre 2015) e condivisione degli addebiti. Sono state convocate 2 sedute per le farmacie pubbliche e 2 per le farmacie private

<p><i>Liquidazione fatture celiachia</i></p>	<p>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</p>	<p>Mancato allineamento fra l'anagrafica dei prodotti erogabili in SSR inseriti in CeliachiaRL e la loro effettiva rimborsabilità</p>	<p>Verifica e validazione di tutte le fatture della GDO e dei negozi convenzionati</p>
--	--	---	--

<p><i>Flusso PROMIN, PROMAG, DIABET, DIETET secondo normativa di Regione Lombardia</i></p>	<p>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</p>		<p>Verifica ed allestimento mensile del flusso di rendicontazione come da normativa regionale. Analisi trimestrale dei dati di flusso con CETe Bilancio</p>
--	--	--	---

Sede Territoriale di Cremona

Quadro farmaco-epidemiologico

Storicamente, il consumo dei farmaci nel territorio cremonese (come pure , in linea di massima, quello della fascia sud della regione Lombardia) è più alto rispetto a quello della maggior parte delle altre province lombarde.

Una delle motivazioni principali risiede nell'elevato tasso di invecchiamento della popolazione che determina una presenza sempre più rilevante di polipatologie che necessitano pertanto di un approccio terapeutico complesso e diversificato.

Va ricordato che la popolazione residente di età maggiore/uguale a 65 anni rappresenta il 23% del totale (con punte del 25% nel distretto di Cremona) e quella di età maggiore/uguale a 85 il 3,5%; inoltre, dall'anno 2000, si è registrato un ulteriore invecchiamento della popolazione con un aumento del 2,9% degli ultrasessantacinquenni, del 3% degli ultrasettantacinquenni e dell'1,1% degli ultraottantacinquenni.

Nella tabella seguente, vengono riportati i dati di consumo riferiti al periodo gennaio-novembre 2015 nel territorio dell'ex ASL della provincia di Cremona rispetto all'andamento medio di Regione Lombardia per la farmaceutica convenzionata, comprensiva della DPC. I dati sono espressi in DDD/1000 assistibili pesati.

L'analisi della tabella evidenzia che lo scostamento maggiore si concentra proprio in aree terapeutiche di grande rilevanza clinica, quali l'area cardiovascolare e quella gastrointestinale/metabolica, che da sole determinano oltre il 65% del totale dei consumi.

E' altrettanto evidente che in tali aree terapeutiche si ritrova il maggior carico di patologie croniche, quali ipertensione, dislipidemie, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco da una parte, diabete mellito e patologie acido-correlate dall'altra.

Anche i farmaci ematologici presentano uno scostamento notevole sul piano dei consumi, prevalentemente determinato da TAO, eparine a basso peso molecolare e antiaggreganti piastrinici. Va sottolineato invece che l'utilizzo di NAO si presenta complessivamente più basso rispetto alla media regionale: in modo particolare, si attesta su valori più alti per il Dabigatran, ma su indici molto più bassi per apixaban e rivaroxaban.

Infine anche i farmaci del sistema nervoso centrale e periferico evidenziano un maggior consumo (+ 5,96%), a carico di numerose molecole afferenti a diverse categorie (antidepressivi, farmaci per le neuropatie periferiche, oppioidi per la terapia del dolore, antiepilettici ed antiparkinsoniani).

Gennaio - novembre 2015	DDD per 1000 Ass.li pesati		
Descrizione ATC	ASL Cremona	REGIONE	Δ %
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	48.405,69	46.156,35	4,87%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	26.221,38	23.489,24	11,63%
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	151.599,49	138.410,49	9,53%
D - DERMATOLOGICI	749,65	818,74	-8,44%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	12.157,82	12.287,87	-1,06%
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI	7.268,56	7.913,72	-8,15%
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	5.334,45	5.822,63	-8,38%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	2.777,31	2.908,78	-4,52%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	9.082,94	8.907,20	1,97%
N - SISTEMA NERVOSO	21.876,61	20.645,19	5,96%
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	241,94	270,58	-10,59%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	13.184,92	13.187,00	-0,02%
S - ORGANI DI SENSO	4.745,39	4.997,99	-5,05%
V - VARI	88,98	121,95	-27,04%
TOTALE	303.735	285.938	6,22%

Fonte dei dati BMK02 Farmavision

A maggiori consumi, corrisponde, in misura più o meno simmetrica, una maggiore spesa, che si manifesta di particolare significato nell'area cardiovascolare: in tale area si concentrano le criticità più rilevanti, anche per il fatto che il maggior consumo (+9,53%) si accompagna ad un differenziale di spesa ancora più alto (+15,93%), determinato verosimilmente dalla scelta di molecole a più alto costo ed ancora coperte da brevetto. Appare invece di minore entità, ma pur sempre apprezzabile (+6,29%) la spesa per farmaci dell'area gastrointestinale/metabolica e per farmaci del sistema nervoso (+ 7,43%). In tali ambiti si evidenzia una maggiore simmetria tra dati di consumo e dati di spesa. Infine, diversamente da quanto evidenziato nell'analisi dei consumi, appare trascurabile lo scostamento della spesa nell'area ematologica, presumibilmente a causa di un più frequente utilizzo di farmaci a più basso costo.

Gennaio - novembre 2015	Spesa per 1000 Ass.li pesati		
Descrizione ATC	ASL Cremona	REGIONE	Δ %
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	32.198,29	30.293,15	6,29%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	14.175,42	13.891,51	2,04%
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	53.149,77	45.848,36	15,93%
D - DERMATOLOGICI	742,98	735,53	1,01%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	6.613,33	7.066,65	-6,41%
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI	5.118,91	5.095,67	0,46%
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	8.733,33	9.679,45	-9,77%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	8.386,63	8.995,01	-6,76%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	4.522,04	4.736,66	-4,53%
N - SISTEMA NERVOSO	26.154,04	24.344,52	7,43%
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	195,04	223,65	-12,79%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	13.787,88	14.118,49	-2,34%
S - ORGANI DI SENSO	2.650,65	2.786,10	-4,86%
V - VARI	466,94	990,77	-52,87%
TOTALE	176.895	168.806	4,79%

Fonte dei dati BMK02 Farmavision

Nel contesto precedentemente descritto, assume particolare rilevanza la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, al fine di conciliare, nella misura maggior possibile, efficacia della terapia e contenimento dei costi.

La prescrizione di tali farmaci nel cremonese evidenzia un'area di criticità stante il permanere degli indicatori al di sotto della media regionale (73,70% vs 74,50 rispettivamente).

Le tabelle seguenti illustrano l'andamento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto nell'anno 2015 nell'ex ASL di Cremona e in Regione Lombardia stratificata al 1° livello ATC.

ASL della provincia di Cremona		DDD			Spesa		
ATC	Descrizione	Equiv.	Non Equiv.	% su Tot	Equiv.	Non Equiv.	% su Tot
I	N/A	0	0	0,00%	0	19028,79	0,00%
A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	16.740.461,85	4.212.178,88	79,90%	8.162.360,14	5.758.746,91	58,60%
B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	5.741.794,14	5.551.416,39	50,80%	1.203.131,35	4.931.578,46	19,60%
C	SISTEMA CARDIOVASCOLARE	53.947.779,93	11.654.021,75	82,20%	13.190.039,52	9.745.124,32	57,50%
D	DERMATOLOGICI	91.511,37	235.499,12	28,00%	101.891,31	219.568,28	31,70%
G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	3.203.493,28	2.049.140,58	61,00%	1.084.302,49	1.761.227,38	38,10%
H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI	1.971.953,19	1.156.936,88	63,00%	321.141,64	1.866.569,58	14,70%
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	2.147.308,51	155.889,47	93,20%	3.002.718,47	767.980,46	79,60%
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	832.469,50	367.977,43	69,30%	1.618.848,92	1.996.966,30	44,80%
M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	2.676.319,61	1.256.943,74	68,00%	893.481,75	1.050.007,05	46,00%
N	SISTEMA NERVOSO	6.778.073,92	2.680.112,42	71,70%	4.880.105,65	6.362.668,16	43,40%
P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	2.925,51	103.041,76	2,76%	1.473,62	83.199,85	1,74%
R	SISTEMA RESPIRATORIO	1.992.977,72	3.609.781,86	35,60%	767.061,57	5.160.222,33	12,90%
S	ORGANI DI SENSO	601.630,69	1.460.739,05	29,20%	221.052,46	923.085,28	19,30%
V	VARI	6.840,88	31.987,14	17,60%	53.224,78	149.265,47	26,30%
	TOTALE:	96.735.540,00	34.525.666,00	73,70%	35.500.834,00	40.795.239,00	46,50%

Regione Lombardia		DDD			Spesa		
ATC	Descrizione	Equiv.	Non Equiv.	% su Tot	Equiv.	Non Equiv.	% su Tot
I	N/A	0	67,74	0,00%	0	415310,76	0,00%
A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	428.342.566,10	108.836.282,80	79,70%	198.942.542,60	153.391.709,40	56,50%
B	SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	138.475.276,50	133.336.679,20	50,90%	27.895.867,27	133.852.479,10	17,20%
C	SISTEMA CARDIOVASCOLARE	1.352.778.502,00	258.827.237,90	83,90%	324.702.471,90	207.895.676,00	61,00%
D	DERMATOLOGICI	2.957.693,16	6.552.433,63	31,10%	2.855.928,11	5.632.668,59	33,60%
G	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	85.089.029,30	57.788.490,23	59,60%	26.675.625,73	55.063.673,43	32,60%
H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI	65.693.899,73	25.934.129,70	71,70%	10.560.061,61	48.533.590,93	17,90%
J	ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	63.484.672,65	4.064.215,60	94,00%	88.173.451,71	23.948.919,44	78,60%
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	23.444.629,98	10.354.672,65	69,40%	45.768.337,34	58.432.174,23	43,90%
M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	75.915.127,44	34.680.770,32	68,60%	24.835.569,04	30.043.322,28	45,30%
N	SISTEMA NERVOSO	173.528.685,70	66.513.627,56	72,30%	126.624.353,70	155.528.555,00	44,90%
P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	259.813,72	2.933.200,42	8,14%	93.504,83	2.527.095,44	3,57%
R	SISTEMA RESPIRATORIO	52.759.404,50	97.979.449,60	35,00%	18.643.886,65	144.425.788,20	11,40%
S	ORGANI DI SENSO	18.508.402,56	39.816.171,47	31,70%	6.954.446,07	25.362.508,16	21,50%
V	VARI	246.277,06	1.178.960,93	17,30%	1.661.079,20	9.607.666,56	14,70%
	TOTALE:	2.481.500.000,00	848.800.000,00	74,50%	904.390.000,00	1.054.700.000,00	46,20%

Un'altra area di grande interesse è costituita dai farmaci rendicontati nel tracciato di rimborso file F, per terapie specialistiche prescritte ed erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Anche in questo ambito si è assistito ad un progressivo incremento dei consumi e della spesa, che nel 2015 ha raggiunto la cifra di € 36.000.000 circa, comprensiva della nuova area dei farmaci destinati al trattamento dell'HCV. Come è noto, il file F comprende farmaci di grande rilevanza

terapeutica, destinati a pazienti oncologici, oppure affetti da malattie rare, artrite reumatoide, HIV e HCV. Proprio quest'ultima patologia ha rappresentato e rappresenterà nel 2016 un'area di particolare criticità, stante la recente immissione sul mercato di numerosi nuovi farmaci dal costo particolarmente elevato.

Nelle tabelle seguenti viene rappresentato l'andamento del File F nel triennio 2013-2015 sia per quanto riguarda la produzione da parte degli erogatori di competenza che per quanto si riferisce invece al consumo di pazienti cremonesi in strutture lombarde. I dati sono espressi per grandi raggruppamenti, strutturati in relazione alle indicazioni riportate negli obiettivi regionali. (Nella tabella non vengono considerati i rimborsi derivanti dalle tipologie 15 e 19 pari ad €1.136.162,76 al novembre 2015)

FILE F - PRODUZIONE (Gennaio-Novembre)									
PER RAGGRUPPAMENTO									
Raggruppamento	Anno VALORE			Val%			DiffAP		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ALTOCOSTO	€ 855.640,04	€ 951.803,60	€ 884.584,38	4,2%	4,2%	3,0%		11,2%	-7,1%
ANTIRETROVIRALI (HIV)	€ 4.112.812,44	€ 4.074.946,21	€ 4.065.295,06	20,0%	17,9%	13,7%		-0,9%	-0,2%
FARMACI PER L'EPATITE C (HCV)	€ 101.924,11	€ 148.361,08	€ 5.593.753,66	0,5%	0,7%	18,8%		45,6%	3670,4%
OFTALMICI	€ 657.093,81	€ 826.915,45	€ 853.942,85	3,2%	3,6%	2,9%		25,8%	3,3%
ONCOLOGICI e IMMUNOMODULATORI	€ 10.951.850,61	€ 12.924.326,29	€ 14.571.726,93	53,4%	56,8%	49,0%		18,0%	12,7%
Altro	€ 3.846.237,30	€ 3.823.014,98	€ 3.787.461,37	18,7%	16,8%	12,7%		-0,6%	-0,9%
Totale	€ 20.525.558,31	€ 22.749.367,61	€ 29.756.764,25	100,0%	100,0%	100,0%		10,8%	30,8%

FILE F - CONSUMO (Gennaio-Novembre)									
PER RAGGRUPPAMENTO									
Raggruppamento	Anno VALORE			Val%			DiffAP		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ALTOCOSTO	€ 896.671,61	€ 895.847,74	€ 862.986,51	3,7%	3,4%	2,4%		-0,09%	-3,67%
ANTIRETROVIRALI (HIV)	€ 6.262.543,84	€ 6.227.507,14	€ 6.075.111,09	25,9%	23,7%	17,1%		-0,56%	-2,45%
FARMACI PER L'EPATITE C (HCV)	€ 211.875,87	€ 234.549,99	€ 7.670.965,13	0,9%	0,9%	21,5%		10,70%	3170,50%
OFTALMICI	€ 759.216,84	€ 827.215,17	€ 949.301,33	3,1%	3,1%	2,7%		8,96%	14,76%
ONCOLOGICI e IMMUNOMODULATORI	€ 12.093.249,50	€ 14.096.319,79	€ 16.045.855,02	50,1%	53,6%	45,1%		16,56%	13,83%
Altro	€ 3.918.051,92	€ 4.021.732,63	€ 3.998.383,33	16,2%	15,3%	11,2%		2,65%	-0,58%
Totale	€ 24.141.609,58	€ 26.303.172,46	€ 35.602.602,41	100,0%	100,0%	100,0%		8,95%	35,35%

Le tabelle precedenti illustrano in modo molto evidente il peso assunto dai farmaci innovativi per il trattamento dell'epatite C di recente introduzione sul mercato. Va inoltre sottolineato che anche l'area oncologica ha registrato un incremento rispetto all'anno precedente sia nella produzione che nel consumo.

L'attività di controllo del File F è stata attuata presso gli erogatori di competenza in collaborazione strutturata con il Nucleo Operativo di Controllo ed ha consentito di attuare il seguente volume di attività:

	Erogatore	N.Verba le File F	Record Control lati	Recor d Conf ermati	Differ enza recor d	Sche de AIFA contr ollate	Valorizzazi one Pre controllo	Valorizzazi one post controllo	Differ enza Valo rizza zion e
1	AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Presidio di Cremona (ottobre - dicembre 2014)	01/2015	1.441	1.441	0	904	€ 2.929.072,5 1	€ 2.929.072,5 1	€ -
2	AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Presidio Oglio Po (luglio - dicembre 2014)	02/2015	441	441	0	55	€ 339.671,32	€ 339.671,32	€ -
3	Casa di Cura Figlie di San Camillo (ottobre - dicembre 2014)	03/2015	740	740	0	28	€ 35.213,06	€ 35.213,06	€ -
4	AO Ospedale Maggiore di Crema* (ottobre - dicembre 2014)	04/2015	374	374	0	290	€ 659.567,41	€ 659.567,41	€ -
5	Casa di Cura San Camillo* (ottobre - dicembre 2014)	05/2015	666	666	0	14	€ 69.510,80	€ 69.510,80	€ -
6	AO Ospedale Maggiore di Crema (gennaio - febbraio 2015)	06/2015	621	621	0	158	€ 684.587,53	€ 684.587,53	€ -
7	AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Presidio di Cremona (gennaio - febbraio 2015)	07/2015	965	965	0	682	€ 1.965.700,4 1	€ 1.965.700,4 1	€ -
8	Casa di Cura San Camillo (gennaio - febbraio 2015)	08/2015	463	463	0	18	€ 56.597,41	€ 56.597,41	€ -
9	Casa di Cura Figlie di San Camillo (gennaio - febbraio 2015)	09/2015	567	567	0	24	€ 28.783,26	€ 28.783,26	€ -
10	AO Ospedale Maggiore di Crema (marzo - aprile 2015)	10/2015	332	332	0	182	€ 835.853,37	€ 835.853,37	€ -
11	AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Presidio di Cremona (marzo - aprile 2015)	11/2015	1.262	1.259	3	961	€ 2.683.591,9 1	€ 2.680.661,8 4	-€ 2.930 .07
12	AO Ospedale Maggiore di Crema (maggio - luglio 2015)	12/2015	1.230	1.230	0	432	€ 1.797.941,9 5	€ 1.797.941,9 5	€ -
13	AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Presidio di Cremona (maggio -	13/2015	1.807	1.807	0	1.047	€ 4.525.597,8	€ 4.525.597,8	€ -

	luglio 2015)						4	4	
14	AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Presidio Oglio Po (gennaio - giugno 2015)	14/2015	759	759	0	210	€ 516.957,68	€ 516.957,68	€ -
15	Casa di Cura Figlie di San Camillo (marzo - giugno 2015)	15/2015	1.151	1.151	0	29	€ 76.684,77	€ 76.684,77	€ -
16	Casa di Cura San Camillo (marzo - giugno 2015)	16/2015	1.036	1.036	0	36	€ 124.924,36	€ 124.924,36	€ -
17	AO Ospedale Maggiore di Crema (agosto - ottobre 2015)	17/2015	608	608	0	425	€ 1.479.831,31	€ 1.479.831,31	€ -
18	Casa di Cura Figlie di San Camillo (luglio - ottobre 2015)	18/2015	1.029	1.029	0	70	€ 74.073,14	€ 74.073,14	€ -
19	Casa di Cura San Camillo (luglio - ottobre 2015)	19/2015	954	954	0	29	€ 112.340,50	€ 112.340,50	€ -
20	AO Istituti Ospitalieri di Cremona - Presidio di Cremona (agosto - ottobre 2015)	20/2015	1.807	1.807	0	1.342	€ 4.463.484,28	€ 4.463.484,28	€ -
	Totale		18.253	18.250	3	6.936	€ 23.459.984,82	€ 23.457.054,75	-€ 2.930,07

* Controllo effettuato su record File F 2014

Sulla base del quadro farmaco-epidemiologico sinteticamente illustrato nelle note precedenti e della conseguente spesa farmaceutica, sono state attuate nel corso degli anni diverse azioni di monitoraggio e controllo, prevalentemente orientate all'individuazione delle maggiori criticità del processo prescrittivo e delle successive fasi di erogazione del farmaco. Ove ritenuto opportuno, tali criticità sono state oggetto di valutazioni congiunte con le Direzioni Sanitarie, i Servizi di Farmacia Ospedaliera ed i clinici delle strutture pubbliche e private presenti sul territorio, nell'ambito delle attività del tavolo di governo della farmaceutica, attivo anche nell'anno 2015, nonché con i referenti delle forme associative dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in occasione di incontri appositamente organizzati nella tarda primavera e nel mese di ottobre dello stesso anno.

Per quanto attiene alla promozione della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto sono stati prodotti e diffusi a tutti i medici di medicina generale e pediatri di famiglia appositi report individuali strutturati sulla base degli obiettivi regionali relativi.

Pertanto, sulla base del contesto farmaco-epidemiologico descritto nelle precedenti note, si definisce l'allegato piano dei controlli:

PIANO DEI CONTROLLI 2016 – PROGRAMMAZIONE

N°	Area settore del controllo	Criticità rilevate	Obiettivi 2016	Indicatori quantitativi
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 1° livello ATC per ATS e Regione
1/bis	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
N. 2	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
N. 3	Spesa farmaceutica File F	Incrementi di spesa con particolare riferimento a farmaci innovativi ad alto costo	Verifica: a) della correttezza dei costi esposti, b) dell'appropriatezza d'uso c) 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.
N. 4	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
N. 5	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 regionali	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.
N. 6	Monitoraggio prescrizione farmaci a brevetto scaduto	Prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto al di sotto della	Monitoraggio dell'andamento dell'utilizzo dei farmaci a brevetto da parte di MMG e	Predisposizione di report trimestrali individuali per MMG e PDF

		media regionale		
n. 7	Vigilanza ispettiva su farmacie del territorio		Ispezioni ordinarie	73 ordinarie
n. 8	Vigilanza ispettiva su esercizi commerciali			6 ispezioni
n.9	Vigilanza ispettiva su RSA, RSD, IDR			9 ispezioni
n. 10	Ispezioni a SERD e servizi afferenti ASST			6 ispezioni
n.11	Ispezioni grossisti/depositari			2 ispezioni
n.12	Rispetto della convenzione con le farmacie aperte al pubblico: controllo tra prescritto ed erogato			1 controllo a campione mensile
n.13	Controllo delle ricette con nota AIFA no segnalata o segnalata in modo errato			Come da documentazione pervenuta
n.14	Commissione Farmaceutica Aziendale			Come da documentazione pervenuta

Proposte condivise di evoluzione ed integrazione delle attività di controllo nella nuova organizzazione in ATS

Le attività di controllo peculiari dei due settori farmaceutici che operano negli ambiti geografici differenti del territorio di Cremona e Mantova presentano un'ampia componente istituzionale, o comunque normata da direttive regionali, e, pertanto, sono largamente sovrapponibili in termini di settori di intervento.

Tuttavia, al fine di contribuire alla realizzazione degli intenti declinati nella LR 23/2015, che ha previsto l'evoluzione del sistema socio sanitario lombardo in un'ottica di integrazione e progressiva omogeneizzazione delle attività in un'unica agenzia per la tutela della salute, si è individuata quale prima area in cui sviluppare collaborazioni e sinergie tra le due equipe, quella relativa all'attività di vigilanza ispettiva sulle farmacie del territorio.

Poiché esistono innegabili difficoltà di natura anche logistica legate alle dimensioni molto estese del territorio della nuova ATS della Val Padana, si è condiviso di iniziare nel 2016, nell'ambito

dell'attività di vigilanza ispettiva dei due servizi, un'attività di controllo congiunto presso alcune farmacie (in un numero ancora da definire) che per la loro ubicazione a ridosso dei confini geografici delle due ex ASL permettono un più semplice accesso delle due commissioni ispettive, al fine di uniformare il processo di verifica, a tutela della omogeneità della qualità dei servizi erogati dalle farmacie del territorio.

Controlli e verifiche in ambito di progetto 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;
- del numero degli accessi "codici bianchi/verdi" effettuati in Pronto Soccorso e riferiti ai pazienti inseriti nel CReG;
- 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	Arruolamento dei pazienti conforme alle indicazioni secondo bando di ammissione	≥60% dei pazienti arruolabili	Analisi flusso informativo portale CReG
PROCESSO	Omogeneità del case mix arruolati	Omogeneità fra pazienti arruolabili ed arruolati	Analisi flusso informativo portale CReG
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	<i>Customer Satisfaction</i> su pazienti arruolati secondo modello fornito da ATS Attuazione piano di formazione	<ul style="list-style-type: none"> N° questionari compilati/ totale arruolati ≥ 30%; Partecipazione agli eventi previsti dal piano >= 80% 	<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 % (<i>percentuale annuale</i>)	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	Arruolamento di non meno del 60% degli arruolabili	Portale regionale CReG
RISULTATO	Omogeneità del case mix	appartenenza alle categorie CreG degli arruolati non superiore al 65%	Portale regionale CReG
RISULTATO	Reclutamento degli arruolabili	Compilazione del PAI per almeno il 70% degli arruolabili	Portale regionale CReG
RISULTATO	Accesso al PS in codice bianco o verde	N° dimessi dal P.S. tra i pazienti CReG anno 2016/N° anno 2015 ≤ 1	Verifica diretta dell'ASL confronto 2016 vs anni precedenti
RISULTATO	Outcome di salute generali N° ricoveri ripetuti 2016/2015 ≤ 1	Aderenza alle terapie farmacologiche 2016/2015 ≥ 1	Analisi dei flussi informativi
RISULTATO	Outcome di salute specifici	<ul style="list-style-type: none"> • calo ponderale sui pazienti obesi • 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 70% degli arruolati	Portale di gestione screening Dedalus
RISULTATO	Proposta attiva vaccinazione antinfluenzale: % pazienti arruolati	Registrazione dell'avvenuta vaccinazione per almeno l'85% degli arruolati	Portale di registrazione campagna vaccinale antinfluenzale R.I.Va.I.

Articolazione dell'attività di controllo nell'area socio sanitaria e socio assistenziale

ATS VAL PADANA

Servizio Accreditamenti e Controlli Sociosanitari

Piano dei controlli relativo alla sede territoriale di Cremona

anno 2016

Indice

Premessa

Analisi di contesto

La rete delle strutture sociosanitarie

La rete delle strutture socioassistenziali

Esito controlli 2015

Primo semestre

Appropriatezza

Sperimentazioni e misure innovative dgr 116/13

Vigilanza sociosanitaria

Controlli ex art 23 e 25 Codice Civile

Vigilanza socioassistenziale

Secondo semestre e totale anno 2015

Appropriatezza

Sperimentazioni e misure innovative dgr 116/13

Vigilanza sociosanitaria

Controlli ex art 23 e 25 Codice Civile

Vigilanza socioassistenziale

Gestione Flussi e accesso ai dati

Formazione

Dotazione risorse umane SACSS e UO VICO

Pianificazione attività 2016

Rendicontazione economica fondi vigilanza

1. Premessa

Il Piano dei Controlli dell'anno scorso iniziava con un breve excursus sul panorama normativo che, negli ultimi anni, ha accompagnato i profondi cambiamenti avvenuti nel mondo sociosanitario, introducendo l'attuale ulteriore evoluzione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale che si è concretizzata con la L.R. 23/15 che ha –tra le altre modifiche sostanziali- introdotto l'Agenda di controllo del servizio sociosanitario, alla quale le équipes di controllo delle ATS dovranno essere funzionalmente collegate.

Il presente Piano è steso in base alle indicazioni fornite dalla dgr 4702 del 29 dicembre 2015, in attesa del pieno avvio dell'attività dell'Agenda di controllo; senza ripetere quanto già illustrato nel precedente Piano dei Controlli, ci sembra comunque necessario almeno richiamare:

- da una parte le dgr 1765/14 e 2569/14, la prima che individuato indicatori univoci per lo svolgimento dei controlli di appropriatezza, favorendo così una maggiore omogeneità tra le ASL; la seconda che ha sostituito la dgr 3540/12, anche alla luce delle indicazioni pervenute alla Regione attraverso i previsti organismi di consultazione;

-dall'altra parte la dgr 116/13 e i suoi provvedimenti attuativi, che hanno prodotto notevoli sperimentazioni relativamente a Unità d'Offerta innovative a favore dei soggetti fragili e delle loro famiglie.

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 la vigilanza e l'appropriatezza la dgr 4072/15 ("delle regole" per il 2016) prosegue 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- mirano a migliorare il benessere degli ospiti/utenti delle UdO sociosanitari e delle loro famiglie.

In quest'ottica si collocano il 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.

2. Analisi di contesto

Il territorio della ex ASL di Cremona era articolato in 3 distretti (Casalmaggiore Cremona e Crema), ora ridotti a due distretti ATS, e corrispondenti ai territori delle due ASST di Cremona (che ricomprende anche il territorio di Casalmaggiore) e Crema.

Ha una superficie di 1.770 Km² con una densità di 205 abitanti/km²; comprende 115 Comuni e circa 365.000 abitanti, di cui a Cremona a circa 205.000 e circa 160.000 a Crema.

Un quinto (21%) della popolazione dell'ASL è ultra 65enne; di questi, la metà è ultra 75enne. 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 gli ultimi dati forniti dalla dgr 4662 del 23.12.2015: "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità"), 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

Come già più volte evidenziato, la provincia di Cremona si è storicamente caratterizzata per una "vocazione" assistenziale per cui, in rapporto alla popolazione, il numero e la varietà di tipologie di unità di offerta presenti superano –a volte considerevolmente- le percentuali medie regionali, assorbendo anche numerose richieste extra territoriali.

Le strutture sociosanitarie presenti sul territorio al 1.1.2016 sono 131.

In tabella 1 riportiamo il quadro generale delle UdO, 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 : Complesso delle UdO sociosanitarie presenti nel territorio della ASL di Cremona

UDO	NUMERO	POSTI LETTO ESERCIZIO	POSTI LETTO ACCREDITATI	POSTI LETTO CONTRATTO
RSA	34	3866	3777	3680
CDI	24	601	598	539
Cure Int	8	524	524	513
Riab. AMB/Dom	1	-	-	-
CDD	11	206	204	204
RSD	7	721	718	718
CSS	10	91	90	90
COM Tox	10	176	176	176
HOSPICE	1	14	14	14
ADI *	16	-	-	-
Cons. privati	3	-	-	-
Cons pubblici	3	-	-	-
SERD	3	-	-	-
totale	131	6199	6101	5934

*nel territorio operano inoltre altri 15 Enti Erogatori ADI accreditati in altre sedi regionali

Nelle tabelle da 2a – 2o viene riportato il dettaglio di ogni singola UdO.

Tab 2a: Cure Intermedie presenti nel territorio della ASL di Cremona divise per Distretto

COMUNE	DENOMINAZIONE	POSTI AUTORIZZATI/ACCREDITATI				POSTI A CONTRATTO					
		SPEC GEN e GER	MANTENIM. STAB	REINS	TOT.	SPEC	GEN e GER	MANTENIM. STAB	REINS	TOT.	
CASTELLEONE	FONDAZIONE GIUSEPPINA BRUNEGHI	15	10	5	30	15	10	5	30		
CREMA	FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI	22	77	31	6	136	22	75	29	4	130
VAILATE	FONDAZIONE OSPEDALE CAIMI	42	10	15	67	37	10	15	62		
Totale Distr. CREMA	3	22	134	51	26	233	22	127	49	24	222
CREMONA	ASC CREMONA SOLIDALE	20	28	26	4	78	20	28	26	4	78
SAN BASSANO	FONDAZIONE ISTITUTO VISMARA DE PETRI	12	15	20	47	12	15	20	47		
SOSPIRO	FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO	15	20	2	37	15	20	2	57		
Totale Distr. CREMONA	3	35	60	43	24	162	35	60	43	24	182
CINGIA DE' BOTTI	FONDAZIONE E. GERMANI	8	2	10	20	8	2	10	20		
S. GIOVANNI IN CROCE	FONDAZIONE GIUSEPPE ARAGONA	30	55	20	4	109	30	55	20	4	109
Totale Distr. CASALMAGGIORE	2	30	63	22	14	129	30	63	22	14	129
Totale Cure Int. ASL	8	87	257	116	64	524	87	250	114	62	513

Tab 2b: Riabilitazione (CDC, Ambulatoriale e domiciliare) nel territorio della ASL di Cremona

COMUNE	DENOMINAZIONE	CDC	PRESTAZ.	PRESTAZ.
		posti	AMBUL.	DOMIC.
CREMA	FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI		6000	
CREMA	FOND. DON GNOCCHI *		2800	300
Totale Distr. CREMA		-	8.800	300
CREMONA	ASC CREMONA SOLIDALE	1	1500	
SAN BASSANO	FONDAZIONE ISTITUTO VISMARA DE PETRI		1300	
SOSPIRO	FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO	20	12000	
Totale Distr. CREMONA		21	14.800	-
CINGIA DE' BOTTI	FONDAZIONE E. GERMANI	3	3000	
S. GIOVANNI IN CROCE	FONDAZIONE GIUSEPPE ARAGONA		4500	
Totale Distr. CASALMAGGIORE		3	7.500	-
Totale Riabilitazione ASL		24	31.100	300

*Fondazione don Gnocchi cesserà l'attività il 30 aprile 2016

Tutte le prestazioni ambulatoriali e domiciliari elencate sono a contratto

Tab 2c: RSA presenti nel territorio della ASL di Cremona: Distretto di Crema

COMUNE	DENOMINAZIONE	posti	posti	posti
		autorizzati	accreditati	a contratto
CAPRALBA	RSA RESIDENZA GUARRESCHI	40		
CASTELLEONE	RSA FONDAZIONE GIUSEPPINA BRUNEGHI	125	124	124
CREMA	RSA FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI - via Zurla	200	200	200
CREMA	RSA FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI - via Kennedy	20	20	20
PANDINO	RSA FONDAZIONE CASA DI RIPOSO OSPEDALE DEI POVERI	106	103	101
RIVOLTA D'ADDA	RSA CASA FAMIGLIA PADRE F. SPINELLI	51	48	48
ROMANENGO	RSA FONDAZIONE G. VEZZOLI	60	56	56
SONCINO	RSA FONDAZIONE RSA DI SONCINO	64	62	62
TRIGOLO	RSA ASP MILANESI E FROSI	120	120	117
VAILATE	RSA FONDAZIONE OSPEDALE CAIMI	62	62	62
Totale Distretto CREMA		848	795	790

Tab 2c: RSA presenti nel territorio della ASL di Cremona: Distretto di Cremona

COMUNE	DENOMINAZIONE	posti autorizzati	posti accreditati	posti a contratto
ANNICCO	RSA FONDAZIONE BEVILACQUA RIZZI	39	35	35
CASALBUTTANO	RSA FONDAZIONE OSPEDALE DELLA CARITA'	300	300	300
CASALMORANO	RSA FONDAZIONE VILLA SACRO CUORE C.GI PREYER	111	111	101
CASTELVERDE	RSA FONDAZIONE OP SS REDENTORE	140	140	135
CREMONA	RSA AZZOLI ASC CREMONA SOLIDALE	120	120	120
CREMONA	RSA SOMENZI ASC CREMONA SOLIDALE	124	121	121
CREMONA	RSA MAINARDI ASC CREMONA SOLIDALE	84	84	84
CREMONA	RSA B SOSPIRO ASC CREMONA SOLIDALE	40	40	40
FENGO di ACQUANEGRA	RSA FONDAZIONE GUIDA DR. VENCESLAO	42	41	41
ISOLA DOVARESE	RSA ASP SAN GIUSEPPE	49	49	49
OSTIANO	RSA ASP BRUNO PARI	94	90	90
PIZZIGHETONE	RSA FONDAZIONE OP LUIGI MAZZA	96	96	96
ROBECCO D'OGLIO	RSA FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI ROBECCO D'OGLIO	130	130	130
SAN BASSANO	RSA FONDAZIONE ISTITUTO VISMARA DE PETRI	267	258	247
SESTO ED UNITI	RSA CASA DI SOGGIORNO NOLLI E PIGOLI	72	70	70
SORESINA	RSA ZUCCHI E FALCINA MED SERVICES	213	213	213
SOSPIRO	RSA FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO	200	200	200
STAGNO LOMBARDO	RSA CASA DI RIPOSO MORI	71	71	71
VESCOVATO	RSA FONDAZIONE E. F. SOLDI	135	135	135
Totale Distretto CREMONA	20	2.411	2.388	2.313

Tab 2c: RSA presenti nel territorio della ASL di Cremona: Distretto di Casalmaggiore

COMUNE	DENOMINAZIONE	posti autorizzati	posti accreditati	posti a contratto
CASALMAGGIORE	RSA FONDAZIONE CONTE C. BUSI	175	165	165
CINGIA DE' BOTTI	RSA FONDAZIONE E. GERMANI	259	256	241
PIADENA	RSA CASA DI RIPOSO S.VINCENZO	108	108	106
SAN GIOVANNI IN CROCE	RSA FONDAZIONE GIUSEPPE ARAGONA	65	65	65
Totale Distretto CASALMAGGIORE	4	607	594	577

Totale RSA ASL	34	3.866	3.777	3.680
-----------------------	-----------	--------------	--------------	--------------

Tab 2d: CDI presenti nel territorio della ASL di Cremona divise per Distretto

COMUNE	DENOMINAZIONE	posti autorizz ati	posti accredit ati	posti a contrat to
CASTELLEONE	CDI PROF. ANGELO MALFASI FONDAZIONE GIUSEPPINA BRUNEGHI	25	25	20
CREMA	CDI FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI	20	20	20
CREMA	CDI S. TEODORO ARCHE' COOP. SOCIALE	25	25	25
SONCINO	CDI BONIZZI GUASCONI FONDAZIONE RSA DI SONCINO	20	20	10
VAILATE	CDI FONDAZIONE OSPEDALE CAIMI	40	40	40
Totale Distretto CREMA	5	130	130	115
CASALBUTTANO	CDI FONDAZIONE OSPEDALE DELLA CARITA'	30	30	30
CASTELVERDE	CDI PROF. MARIO GUARNERI FONDAZIONE OP SS. REDENTORE	12	12	12
CREMONA	CDI ALZH. ASC CREMONA SOLIDALE, VIA BRESCIA 207	20	20	20
CREMONA	CDI CASA OZANAM ASC CREMONA SOLIDALE	20	20	20
CREMONA	CDI SOLDI ASC CREMONA SOLIDALE, VIA BRESCIA 207	40	40	40
CREMONA	CDI BARBIERI ASC CREMONA SOLIDALE - VIA XI FEBBRAIO 58/60	40	40	40
CREMONA	CDI GIOVANNI E LUCIANA ARVEDI FONDAZIONE LA PACE ONLUS	30	30	0
GRUMELLO CREMONESE	CDI ANNI AZZURRI SOC. COOP. L'OASI	30	30	30
ISOLA DOVARESE	CDI ASP SAN GIUSEPPE	10	10	10
OSTIANO	CDI SMERALDO ASP BRUNO PARI	18	15	15
PIZZIGHETTONE	CDI PLACIDA MAZZA FONDAZIONE OP LUIGI MAZZA	15	15	15
ROBECCO D'OGGIO	CDI FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI ROBECCO D'OGGIO	15	15	15
SAN BASSANO	CDI SAN RICCARDO PAMPURI FONDAZIONE ISTITUTO VISMARA DE PETRI	29	29	15
SORESINA	CDI ZUCCHI E FALCINA MED SERVICES	40	40	40
SOSPIRO	CDI ALZH FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO	20	20	20
VESCOVATO	CDI IL GIRASOLE FONDAZIONE E. F. SOLDI	20	20	20
Totale Distretto CREMONA	16	389	386	342
CASALMAGGIORE	CDI FIORELLA FONDAZIONE CSRLO BUSI	22	22	22
CINGIA DE' BOTTI	CDI FONDAZIONE ELISABETTA GERMANI	40	40	40
SAN GIOVANNI IN CROCE	CDI L'ARCOBALENO FONDAZIONE GIUSEPPE ARAGONA	20	20	20
Totale Distretto CASALMAGGIORE	3	82	82	82
Totale CDI ASL	24	601	598	539

Tab 2e: CDD presenti nel territorio della ASL di Cremona divisi per Distretto

COMUNE	DENOMINAZIONE	posti autorizzati	posti accreditati	posti a contratto
CREMA	CDD Il Sole	30	30	30
FIESCO	CDD Lo Scricciolo	20	20	20
RIVOLTA D'ADDA	CDD S. Alberto	20	20	20
Totale Distretto CREMA	3	70	70	70
CREMONA	ASC CREMONA SOLIDALE - VIA PLATANI 20	28	28	28
CREMONA	ASC CREMONA SOLIDALE - VIA MINCIO 2	18	18	18
CREMONA	ASC CREMONA SOLIDALE - VIA TOFANE 10	10	10	10
PESSINA CREMONESE	CDD L'Orizzonte	15	15	15
PIZZIGHETTONE	CDD L'incontro	15	15	15
SORESINA	CDD Comunale	20	20	20
Totale Distretto CREMONA	6	106	106	106
CASALMAGGIORE	CDD Santa Federici	20	20	20
CINGIA DE' BOTTI	CDD Il Portico	10	8	8
Totale Distretto CASALMAGGIORE	2	30	28	28
Totale CDD ASL	11	206	204	204

Tab 2f: RSD presenti nel territorio della ASL di Cremona divise per Distretto

COMUNE	DENOMINAZIONE	posti autorizzati	posti accreditati	posti a contratto
RIVOLTA D'ADDA	RSD CASA FAMIGLIA PADRE F. SPINELLI	93	93	93
SONCINO	RSD FONDAZIONE RSA DI SONCINO	30	30	30
Totale Distretto CREMA	2	123	123	123
CASTELVERDE	RSD FONDAZIONE OP SS REDENTORE	60	60	60
SAN BASSANO	RSD FONDAZ. ISTITUTO VISMARA DE PETRI	90	90	90
SOSPIRO	RSD A FONDAZ. SOSPIRO	350	350	350
SOSPIRO	RSD A FONDAZ. SOSPIRO	58	58	58
Totale Distretto CREMONA	4	558	558	558
CINGIA DE' BOTTI	RSD FONDAZIONE E. GERMANI	40	37	37
Totale Distretto CASALMAGGIORE	1	40	37	37
Totale RSD ASL	7	721	718	718

Tab 2g: CSS presenti nel territorio della ASL di Cremona divise per Distretto

COMUNE	DENOMINAZIONE	autorizz	posti accreditati	posti a contratto
CREMA	CSS San Giacomo Coop. San Giacomo	7	7	7
CREMA	CSS Casa Anffas	10	10	10
RIVOLTA D'ADDA	CSS Casa Famiglia Padre Spinelli	8	8	8
Totale Distretto CREMA		25	25	25
CORTE DE' CORTESI	CSS L'Oasi Soc. Coop. L'Oasi	9	9	9
CREMONA	CSS ASC Cremona Solidale	9	8	8
CREMONA	CSS LAE Assoc. Casa Famiglia LAE	10	10	10
CREMONA	CSS Fondazione Dopo di Noi Insieme	8	8	8
PIZZIGHETTEONE	CSS L'Oasi 2 Soc. Coop. L'Oasi	10	10	10
Totale Distretto CREMONA		46	45	45
CASALMAGGIORE	CSS I Girasoli I Fondazione Conte C. Busi	10	10	10
CASALMAGGIORE	CSS Casa Giardino Coop. L'Arca	10	10	10
Totale Distretto CASALMAGGIORE		20	20	20
Totale CSS ASL		91	90	90

Tab 2h1: Enti Erogatori ADI con SEDE REGIONALE nel territorio della ASL di Cremona

RAGIONE SOCIALE ENTE GESTORE	CURE PALLIATIVE
A.S.P. BRUNO PARI	
FONDAZIONE BENEFATTORI CREMASCHI ONLUS	SI
FONDAZIONE "CONTE C.BUSI" ONLUS	
FONDAZIONE OSPEDALE DELLA CARITA' CASA DI RIPOSO ONLUS	
AZIENDA SPECIALE CREMONA SOLIDALE	
FONDAZIONE ELISABETTA GERMANI - ONLUS	
SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE IGEA	
FONDAZIONE CASA DI RIPOSO OSPEDALE DEI POVERI ONLUS	
COOP. PROGETTO ASSISTENZA s.c.s	
COOPERATIVA PROGETTO SALUTE SOSTEGNO A CASA S.C.S	
FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI ROBECCO D'OGGIO ONLUS	
CONSORZIO SOL.CO CREMONA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	
FONDAZIONE RSA SONCINO ONLUS	
PRONTOCURA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	
ARCHE' c.s.a.r.l.	
COOPERATIVA OPERATORI SANITARI ASSOCIATI ONLUS	

Tab 2h2: Enti Erogatori ADI con SEDE REGIONALE extra territorio ASL di Cremona

RAGIONE SOCIALE ENTE GESTORE	SEDE LEGALE	CURE PALLIATIVE
VIVISOL S.R.L.	SESTO SAN GIOVANNI	SI
FONDAZIONE OPERA IMMACOLATA CONCEZIONE ONLUS	BOZZOLO	
COOPERATIVA SOCIALE SOCIETA' DOLCE SOCIETA' COOPERATIVA	CREMONA	SI
EURONURSING COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	CARAVAGGIO/SERiate	SI
LA CURA ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA SOC. COOP. SOCIALE	CREMONA	
FONDAZIONE SANTA CHIARA	LODI	SI
CONSORZIOPRIVATASSISTENZA	CREMA	
FONDAZIONE SAN GIULIANO	CISERANO	
NUOVI ORIZZONTI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	MILANO	
ASSOCIAZIONE GLI SHERPA ONLUS	CURTATONE MN	SI
CAMEDI S.r.l.	MILANO	SI
C.S.A.P	BERGAMO	SI
HABILITA	ZINGONIA DI CISERANO BG	SI
C.S.A. COOP. SERVIZI ASSISTENZIALI	MANTOVA	
COOP. SOCIALE LAVORO SOLIDALE	CECCANO (FR)	

Tab 2i: HOSPICE

COMUNE	DENOMINAZIONE	posti autorizzati	posti accreditati	posti a contratto
CREMA	HOSPICE FONDAZIONE BENEFATT.CREMASCHI	14	14	14
Totale Hospice ASL	1	14	14	14

Tab 2l: Com Tox presenti nel territorio della ASL di Cremona

COMUNE	DENOMINAZIONE	Posti	Posti per trattamento specifico:	TOTAL E POSTI
CASTELLEONE	CENTRO TERAPEUTICO L'ADDOLORATA	25		25
CREMA	COMUNITA' IL CUORE DI CREMA	14	7 alcol dip.	21
RIPALTA CREMASCA	CENTRO ACCOGLIENZA BUON PASTORE	10	5 coppie/famiglia/figli	15
Totale Distretto CREMA	3	49	-	61
CASTELVERDE	COMUNITA' SAN FRANCESCO	10	3 accogl e 2 coppie/nuclei fam/figli	15
CREMONA	COMUNITA' SAN GIOVANNI (Di Bessimo)	19		19
CREMONA	COMUNITA' LA ZOLLA	15	15 accoglienza	15
GABBIONETA BINANUOVA	COMUNITA' DI GABBIONETA	24	24 coppie/famiglia/figli	24
SPINADESCO	CENTRO DIURNO PS. FUXIA	12		12
SPINADESCO	CENTRO RESIDENZIALE FUXIA	14	14 accoglienza	14
Totale Distretto CREMONA	6	94	-	99
SAN GIOVANNI IN CROCE	COMUNITA' LA TENDA DI CRISTO 2	16		16
Totale Distretto CASALMAGGIORE	1	16	-	16
Totale Com. Tox ASL	10	159	17	176

Tab 2m: CONSULTORI PRIVATI presenti nel territorio della ASL di Cremona

COMUNE	DENOMINAZIONE	autor.	accred.	contratto
CREMA	CONSULTORIO PRIVATO FAMILIARE DIOCESANO	si	si	si
CREMA	CONSULTORIO FAMILIARE KAPPADUE	si	si	si
Totale Distretto CREMA	2	2	2	2
CREMONA	CONSULTORIO PRIVATO UCIPEM	si	si	si
Totale Distretto CREMONA	1	1	1	1
Totale Consultori Privati ASL	3	3	3	3

Tab 2n: CONSULTORI PUBBLICI presenti nel territorio della ASL di Cremona

COMUNE	DENOMINAZIONE	Autorizz.	Accred.	contratto
CREMA	Consultorio ASL	si	si	si
CREMONA	Consultorio ASL	si	si	si
SORESINA	Consultorio ASL	SEDE STACCATA DEL CONS. DI CREMONA		
CASALMAGGIORE	Consultorio ASL	si	si	si
Totale Consultori Pubblici ASL	3 (+ 1 SEDE STACCATA)	3	3	3

Tab 2o: SER.T. presenti nel territorio della ASL di Cremona

COMUNE	DENOMINAZIONE	Autorizz.	Accred.	contratto
CREMA	Ser.T. ASL	si	si	si
CREMONA	Ser.T. ASL	si	si	si
CASALMAGGIORE	Ser.T. ASL	si	si	si
Totale SER.T ASL	3	3	3	3

Le unità d'offerta sociosanitarie risultano così distribuite sul territorio provinciale cremonese:

- 35 UdO nel territorio cremasco;
- 63 in quello cremonese;
- 18 in quello casalasco.

Tab 3 :Numero di UdO per territorio di riferimento

Tipologia	Cremasco	Cremonese	Casalasco	Totale
RSA	10	20	4	34
CDI	5	16	3	24
Cure Int / Riab. Amb.	4	3	2	9
CDD	3	6	2	11
RSD	2	4	1	7
CSS	3	5	2	10
COM Tox	3	6	1	10
HOSPICE	1	0	0	1
ADI	/	/	/	16
Cons. privati	2	1	0	3
Cons pubblici	1	1	1	3
SERD	1	1	1	3
Totale	35	63	17	131*

**In questa tabella non vengono conteggiate le 16 UdO ADI con sede regionale extra ASL, che comunque entrano nel conteggio dei controlli di appropriatezza*

In fig. 1 riportiamo la distribuzione delle UdO sociosanitarie nelle tre zone del territorio cremonese: cremasco, cremonese e casalasco.

Figura 1: Distribuzione delle Unità di Offerta nel territorio

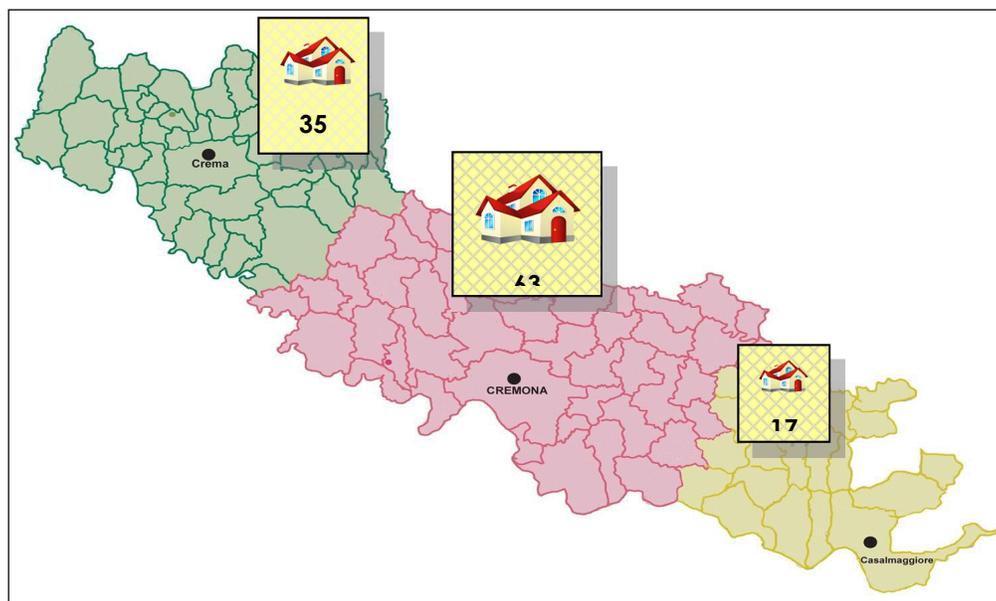


Figura 2: Distribuzione delle Unità di Offerta per Tipologia Asl Cremona

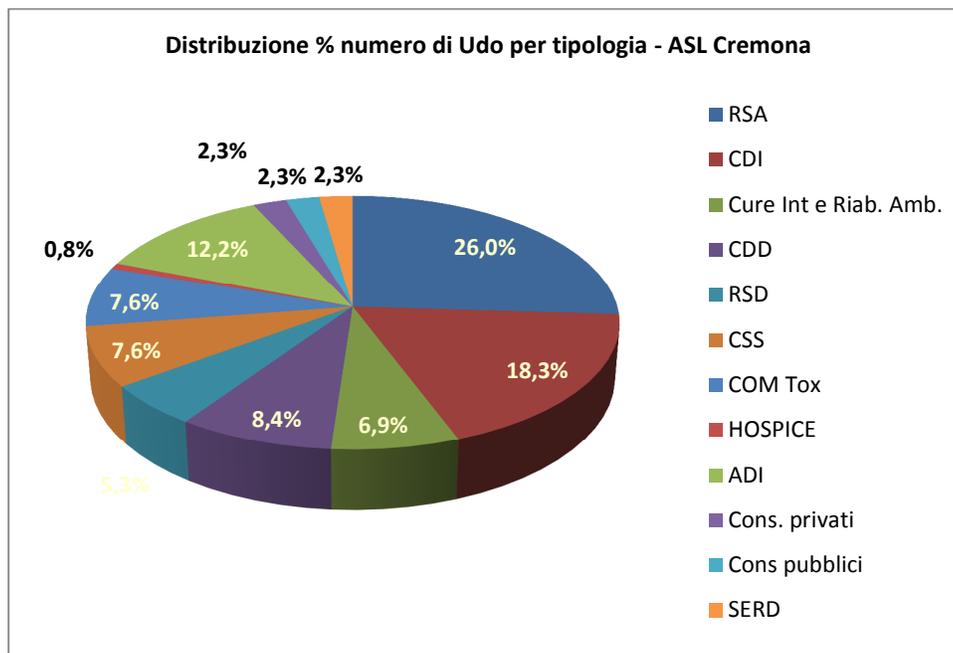


Figura 2.1: Distribuzione delle Unità di Offerta per Tipologia Distretto di Crema

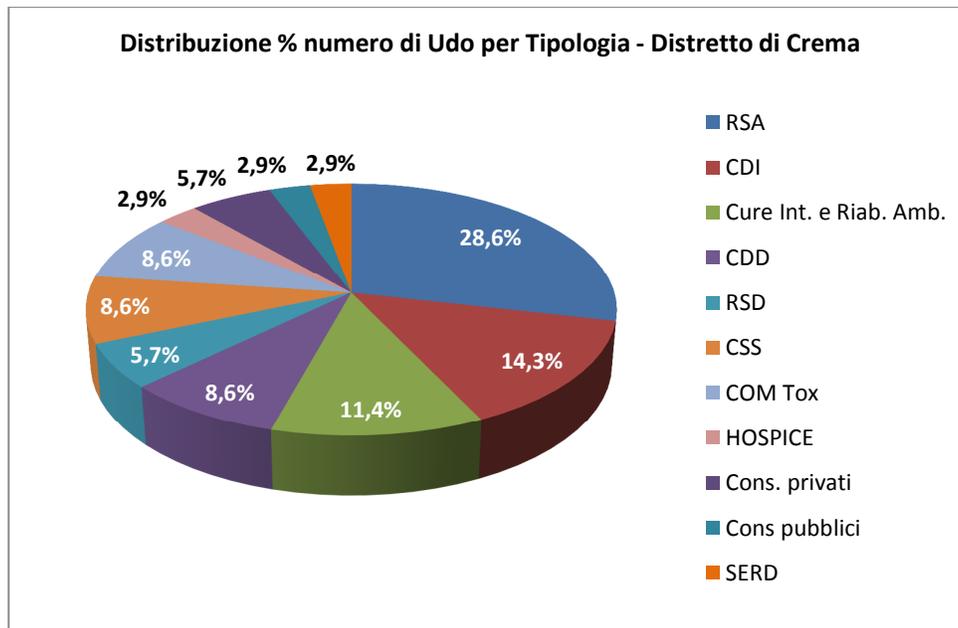
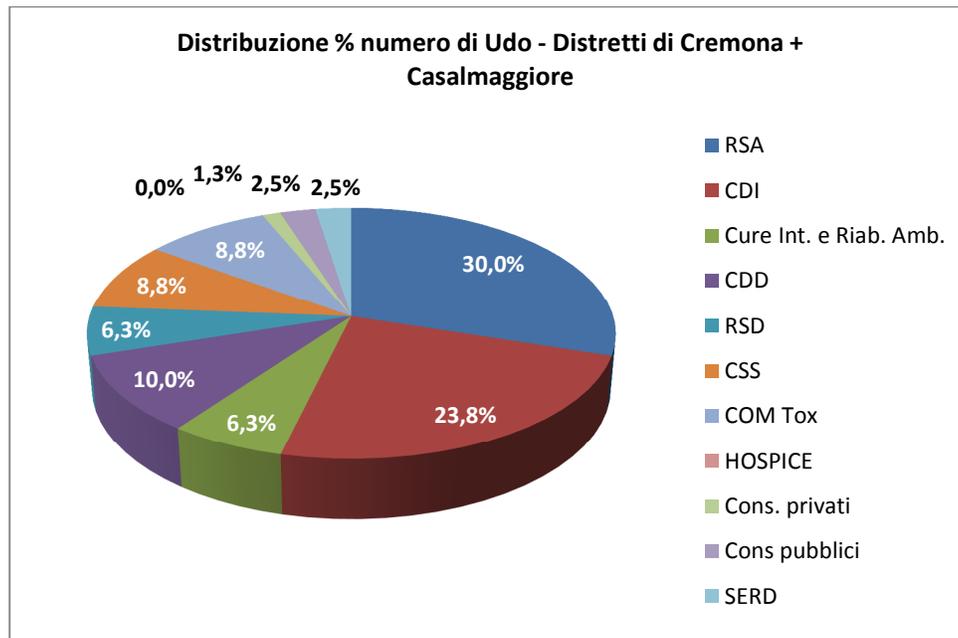


Figura 2.2: Distribuzione delle Unità di Offerta per Tipologia Distretti di Cremona e Casalmaggiore



Gli Enti gestori di UdO sociosanitarie presenti sul territorio sono complessivamente 60. Di questi:

- 34 Enti gestiscono 1 sola UdO;
- 10 Enti gestiscono 2 UdO;
- 7 Enti gestiscono 3 UdO;
- 4 Enti gestiscono 4 UdO;
- 2 Enti gestiscono 5 UdO;
- 2 Enti gestiscono 6 UdO;
- 1 Ente gestisce 13 UdO.

Come spesso accade, quando vengono gestite più UdO esse afferiscono ad una o più aree precise: anziani, oppure anziani più riabilitazione e/o ADI; oppure anziani e disabili; ecc.

LA RETE DELLE STRUTTURE SOCIOASSISTENZIALI

In riferimento al monitoraggio della rete strutture socio assistenziali, molto dinamiche a causa del frequente sorgere e decadere delle UdO, è indispensabile un raccordo costante e ravvicinato con gli Uffici di Piano, che sono deputati ad accogliere le domande di avvio (CPE) delle UdO sociali, in modo da poterne monitorare velocemente i mutamenti e predisporre le necessarie vigilanze.

A questo proposito è necessario ricordare che, scaduto il precedente, lo scorso dicembre 2015 è stato siglato un nuovo Protocollo d'intesa tra ASL e Uffici di Piano, che rinnova la collaborazione tra gli enti e definisce i termini di essa. In particolare, sono previsti stretti scambi informativi e la possibilità di partecipazione –anche per gli operatori delle Aziende strumentali degli Uffici- ai sopralluoghi di vigilanza ATS nelle UdO della rete socioassistenziale.

Riportiamo il quadro complessivo ed il dettaglio delle strutture e servizi che afferiscono al sistema socioassistenziale.

Al 1.1.2016 sono quelle riportate in tabella 4 e nelle tabelle seguenti:

Tab 4: Complesso delle UdO socioassistenziali presenti nel territorio della ASL di Cremona

TIPOLOGIA DI UdO	CREMA	CREMONA	CASALM.	TOTALE UdO	POSTI TOTALI	Distr. % posti x UdO
ASILO NIDO	24	24	7	55	1609	22,2%
MICRO NIDO	6	7	1	14	124	1,7%
NIDO FAMIGLIA	6	3	0	9	45	0,6%
CENTRI PRIMA INF.	2	0	0	2	48	0,7%
COM. FAMILIARE	6	4	0	10	64	0,9%
COM. EDUCATIVE	4	7	0	11	120	1,7%
CENTRO PRONTO INT.	0	2	0	2	33	0,5%
ALL. PER L'AUTONOMIA	1	3	0	4	13	0,2%
CAG	2	4	1	7	561	7,7%
CSE	5	5	2	12	143	2,0%
CRD	16	31	3	50	3812	52,6%
CAH*	3	6	3	12	109	1,5%
SFA	3	5	0	8	155	2,1%
ALLOGGI PROTETTI ANZ.**	1	8	0	9	88	1,2%
CENTRI DIURNI ANZIANI	0	0	2	2	198	2,7%
Totale	79	109	19	207	7252	100,0%

*10 delle 12 CAD sono anche CSS e vengono conteggiate nella vigilanza sulle UdO sociosanitari

**Negli alloggi protetti per anziani conteggiamo anche 2 case albergo, entrambe in Cremona città

Tab 4a: ASILO NIDO

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTOR.
CREMONA	ASILO NIDO S. FRANCESCO	CREMONA	48
	ASILO NIDO SACCHI	CREMONA	64
	ASILO NIDO LANCETTI	CREMONA	69
	ASILO NIDO NAVAROLI	CREMONA	69
	ASILO NIDO COMUNALE BATUFFOLO	PIZZIGHETONE	30
	ASILO NIDO COMUNALE STELLA STELLINA SORESINA	SORESINA	50
	ASILO NIDO L'ARCOBALENO	CREMONA	40
	ASILO NIDO IL GIRASOLE	SAN BASSANO	30
	ASILO NIDO DO MI SOL IRIDE	CREMONA	23
	ASILO NIDO CIRIBIRICOCCOLE	CASTELVERDE	19
	ASILO NIDO IL GIARDINO DELLE COCCOLE	CREMONA	24
	ASILO NIDO NINNA NANNA	GADESCO P.DELMONA	24
	ASILO NIDO AZIENDALE IL GIRASOLE	CREMONA	18
	ASILO NIDO AZIENDALE PICCOLE TRACCE	CREMONA	40
	ASILO NIDO GOSI	CREMONA	20
	ASILO NIDO LE COCCINELLE	CREMONA	28
	ASILO NIDO MONDO MAGICO	CASALBUTTANO	14
	ASILO NIDO SACRO CUORE	CREMONA	33
	ASILO NIDO SCUOLA DI PACE FRANCESCA MANERA	AZZANELLO	18
	ASILO NIDO PRIMI PASSI	CREMONA	15
	ASILO NIDO BOSCO INCANTATO	CREMONA	23
	ASILO NIDO AZIENDALE POLLICINO	CELLA DATI	24
	ASILO NIDO AGRINIDO PICCOLI FRUTTI	CREMONA	10
	ASILO NIDO AGRINIDO LAGOSCURO	STAGNO LOMBARDO	15
Totali Distretto di Cremona		24	748

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTOR.
CREMA	ASILO NIDO PARROCCHIA DI BOLZONE	RIPALTA CREMASCA	16
	ASILO NIDO FILASTROCCOLE	CREMOSANO	13
	ASILO NIDO LE MARMOTTE	TRESCORE CREMASCO	15
	ASILO NIDO COMUNALE IL GIRASOLE	PANDINO	52
	ASILO NIDO COMUNALE BRAGUTI	CREMA	60
	ASILO NIDO COMUNALE SONCINO	SONCINO	29
	ASILO NIDO COMUNALE CASTELLEONE	CASTELLEONE	35
	ASILO NIDO COMUNALE SPINO D'ADDA	SPINO D'ADDA	34
	ASILO NIDO COMUNALE D. ALIGHIERI	CREMA	32
	ASILO NIDO DO RE MI BABY	CREMA	23
	ASILO NIDO DI GAIA	CREMA	32
	ASILO NIDO PICCOLI PASSI	SPINO D'ADDA	15
	ASILO NIDO HAKUNA MATATA	CASALETTO VAPRIO	19
	ASILO NIDO IL GIARDINO DELLE FATE	MOSCAZZANO	16
	ASILO NIDO DI BAGNOLO CREMASCO	BAGNOLO CREMASCO	29
	ASILO NIDO IL GAMBERETTO	MADIGNANO	16
	ASILO NIDO NINNA MU	CREMA	20
	ASILO NIDO VIVANIDO	RIVOLTA D'ADDA	40
	ASILO NIDO LE BOLLICINE	PALAZZO PIGNANO	21
	ASILO NIDO AZIENDALE CHROMAVIS	VAIANO CREMASCO	15
	ASILO NIDO LA BANDA DEI MONELLI	CASTELLEONE	30
	ASILI NIDO LE GIRAFFE 2	FIESCO	14
	ASILO NIDO LE COCCINELLE	VAILATE	22
	ASILO NIDO MONS. CAPETTI	OFFANENGO	31
Totali Distretto di Crema		24	629

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTOR.
CASALMAGGIORE	ASILO COMUNALE DI GUSSOLA	GUSSOLA	21
	ASILO NIDO COMUNALE CASALMAGGIORE	CASALMAGGIORE	60
	ASILO NIDO COMUNALE CIPI'	PIADENA	28
	ASILO NIDO COMUNALE MARTIGNANA PO	MARTIGNANA PO	25
	ASILO NIDO AZIENDALE VIDONI	SAN GIOVANNI IN CROCE	29
	ASILO NIDO QUATTRO CASE	CASALMAGGIORE	27
	ASILO NIDO ARCOBALENO	CASALMAGGIORE	42
Totali Distretto di Casalmaggiore		7	232

Totale Asili Nido ASL	55	1609
------------------------------	-----------	-------------

Tab 4b: MICRONIDO

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORI.
CREMA	MICRO NIDO GLI AMICI DI WINNY	SERGNANO	9
	MICRO NIDO GLI AMICI DI LILLY	SPINO D'ADDA	7
	MICRO NIDO TRILLI E PETER PAN	ROMANENGO	10
	MICRO NIDO A PICCOLI PASSI	AGNADELLO	10
	MICRO NIDO LA TATA	PANDINO	9
	MICRO NIDO GATTONANDO	CHIEVE	10
Totali Distretto di Crema		6	55
CREMONA	MICRO NIDO I PUFFI	CORTE DE' FRATI	10
	MICRO NIDO LA CICOGNA	CREMONA	9
	MICRO NIDO MARY POPPINS	CREMONA	10
	MICRO NIDO GLI ARISTOGATTI	CREMONA	10
	MICRO NIDO BIRIBO'	GRONTARDO	10
	MICRO NIDO ABIBO'	CREMONA	10
Totali Distretto di Cremona		7	59
CASALMAGGIORE	MICRO NIDO COMUNALE I PRIMI PASSI	RIVAROLO DEL RE	10
Totali Distretto di Casalmaggiore		1	10
Totale MicroNido ASL		14	124

Tab 4c: NIDO FAMIGLIA

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	NIDO FAMIGLIA A CASA DI ANNA	PIZZIGHETTONE	5
	NIDO FAMIGLIA LITTLE HOUSE	CASTELVERDE	5
	NIDO FAMIGLIA BABY ANGEL	CREMONA	5
Totali Distretto di Cremona		3	15
CREMA	NIDO FAMIGLIA IL LAGO DEI CIGNETTI	PIANENGO	5
	NIDO FAMIGLIA CRESCIAMO INSIEME	DOVERA	5
	MIDO FAMIGLIA MINNIE E TOPOLINO	SERGNANO	5
	NIDO FAMIGLIA IL CASTELLO MAGICO	PANDINO	5
	NIDO FAMIGLIA GLI AMICI DI GIO	CAMPAGNOLA CREMASCA	5
	NIDO FAMIGLIA BIDDIBI BODDIBI BU	SPINO D'ADDA	5
Totali Distretto di Crema		6	30
Totale Nido Famiglia ASL		9	45

Tab 4d: CENTRO PRIMA INFANZIA

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMA	CENTRO PRIMA INFANZIA A PICCOLI PASSI	CREMA	30
CREMA	CENTRO PRIMA INFANZIA LA CASA SULL'ALBERO	CREMA	18
Totali Distretto di Crema		2	48
Totale Centri prima Infanzia ASL		2	48

Tab 4e: COMUNITA' FAMILIARI

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	CASA FAMIGLIA S. OMOBONO	CREMONA	6
	GRUPPO FAMILIARE 1	CREMONA	6
	GRUPPO FAMILIARE 2	CREMONA	6
	CASA GIORGIA	ACQUANEGRA	6
Totali Distretto di Cremona		4	24
CREMA	COMUNITA' FAMILIARE 6	MONTE CREMASCO	6
	COMUNITA' FAMILIARE 7	MONTE CREMASCO	6
	COMUNITA' FAMILIARE 3	MONTE CREMASCO	2
	COMUNITA' FAMILIARE 5	MONTE CREMASCO	4
	COMUNITA' 4 VILLA MADDALENA	MONTE CREMASCO	4
	CASA FAMIGLIA S. MARTINO	SERGNANO	6
	COMUNITA' FAMILIARE 1	CASTELLEONE	6
	COMUNITA' FAMILIARE 2	CASTELLEONE	6
Totali Distretto di Crema		6	40
Totale Comunità Familiari ASL		10	64

Tab 4f: COMUNITA' EDUCATIVE

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	COMUNITA' MARENGHI (Misura 6)	CREMONA	7
	COMUNITA' S. ROSA (Misura 6)	CREMONA	10
	COMUNITA' BARBIERI 1 (Misura 6)	CREMONA	6
	COMUNITA' BARBIERI 2	CREMONA	6
	COMUNITA' BARBIERI 3	CREMONA	7
	COMUNITA' LIDIA (Misura 6)	CREMONA	10
	COMUNITA' FATTORIA DELLA CARITA'	SESTO ED UNITI	10
Totali Distretto di Cremona		7	56
CREMA	COMUNITA' GIULIA COLBERT (Misura 6)	CREMA	10
	COMUNITA' OASI 7M SILVIA	CAPRALBA	25
	COMUNITA' OASI 7M SILVIA	CAPRALBA	25
	COMUNITA' CASA GISELLA	ROMANENGO	4
Totali Distretto di Crema		4	64
Totale Comunità Educative ASL		11	120

Tab 4g: CENTRI DI PRONTO INTERVENTO

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	CENTRO PRONTO INTERVENTO MAMRE	CREMONA	20
	CENTRO PRONTO INTERVENTO 2	CREMONA	13
Totale Centri di Pronto Intervento ASL		2	33

Tab 4h: ALLOGGI PER L'AUTONOMIA

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMA	ALLOGGIO AUTONOMIA A	MONTE CREMASCO	2
Totali Distretto di Crema		1	2
CREMONA	ALLOGGI PER L'AUTONOMIA CASA AMOS	CREMONA	3
	ALLOGGI AUTONOMIA SENTIERO	CREMONA	2
	ALLOGGI PER L'AUTONOMIA FATTORIA DELLA CARITA'	SESTO ED UNITI	2
Totali Distretto di Cremona		3	7
Totale Alloggi per l'Autonomia ASL		4	9

Tab 4i: CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE - CAG

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE CENTRO RAGAZZI IRIDE	CREMONA	95
	CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE MABILI	S. BASSANO	50
	CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE PARROCCHIALE	CASALMORANO	50
	CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE SPAZIO INSIEME	PIZIGHETTONE	35
Totali Distretto di Cremona		4	230
CREMA	CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE PARROCCHIALE S. LUIGI	CREMA	51
	CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE PARROCCHIALE SS. TRINITA'	CREMA	200
Totali Distretto di Cremona		2	251
CASALMAGGIOR E	CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE PARROCCHIALE	RIVAROLO DEL RE	80
Totali Distretto di Cremona		1	80
Totale CAG ASL		7	561

Tab 4i: SERVIZI FORMAZIONE AUTONOMIA – SFA

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	SFA AGROPOLIS	CREMONA	10
	SFA LAE	CREMONA	10
	SFA IL CAMMINO	CREMONA	10
	SFA LA SOGLIA	CREMONA	7
	SFA DOLCE	CREMONA	35
Totali Distretto di Cremona		5	72
CREMA	SFA IL SEME	CASTELLEONE	35
	SFA B-INTEGRATO	CREMA	14
	SFA KALIMERO	CREMA	34
Totali Distretto di Crema		3	83
Totale SFA ASL		8	155

Tab 4m: ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI E CASE ALBERGO

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	CASA S. GIUSEPPE E S. LORENZO (Casa Albergo)	CREMONA	80
	CASA CASA SERENA (Casa Albergo)	CREMONA	50
	MINI ALLOGGI PROTETTI GRUMELLO	GRUMELLO	22
	MINI ALLOGGI PROTETTI OSTIANO	OSTIANO	10
	MINI ALLOGGI PROTETTI ISOLA	ISOLA DOVARESE	10
	ALLOGGI PROTETTI LA PACE	CREMONA	12
	MINI ALLOGGI PROTETTI 2	ACQUANEGRA CREMONESE	2
	MINI ALLOGGI PROTETTI 1	ACQUANEGRA CREMONESE	8
	Totali Distretto di Cremona		8
CREMA	ALLOGGI PROTETTI RESIDENZA ROSETTA	CREMA	24
Totali Distretto di Crema		1	24
Totale Alloggi Protetti per Anziani e Case Albergo ASL		9	218

Tab 4n: COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI - CAD

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI I CAD
CREMONA	COMUNITA' ALLOGGIO HANDICAP (CSS)	CREMONA	9
	COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI (CSS)	CREMONA	10
	COMUNITA' ALLOGGIO L'OASI (CSS)	CORTE DE CORTESI	9
	COMUNITA' ALLOGGIO L'OASI 2 (CSS)	PIZZIGHETTONE	10
	COMUNITA' ALLOGGIO FOND.NE DOPO DI NOI INSIEME (CSS)	CREMONA	8
	COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI	SORESINA	10
Totali Distretto di Cremona		6	56
CREMA	COMUNITA' ALLOGGIO S. GIACOMO (CSS)	CREMA	7
	COMUNITA' ALLOGGIO CASA FAMIGLIA PADRE SPINELLI (CSS)	RIVOLTA D'ADDA	8
	COMUNITA' ALLOGGIO CASA ANFFAS CREMA (CSS)	CREMA	10
Totali Distretto di Crema		3	25
CASALMAGGIOR E	COMUNITA' ALLOGGIO DON SERGIO FOGLIA	TORRE DE' PICENARDI	8
	COMUNITA' ALLOGGIO FONDAZIONE CONTE BUSI (CSS)	CASALMAGGIORE	10
	COMUNITA' ALLOGGIO CASA GIARDINO (CSS)	CASALMAGGIORE	10
Totali Distretto di Casalmaggiore		3	28
Totale CAH ASL		12	109

Tab 4p: CENTRI DIURNI ANZIANI - CDA

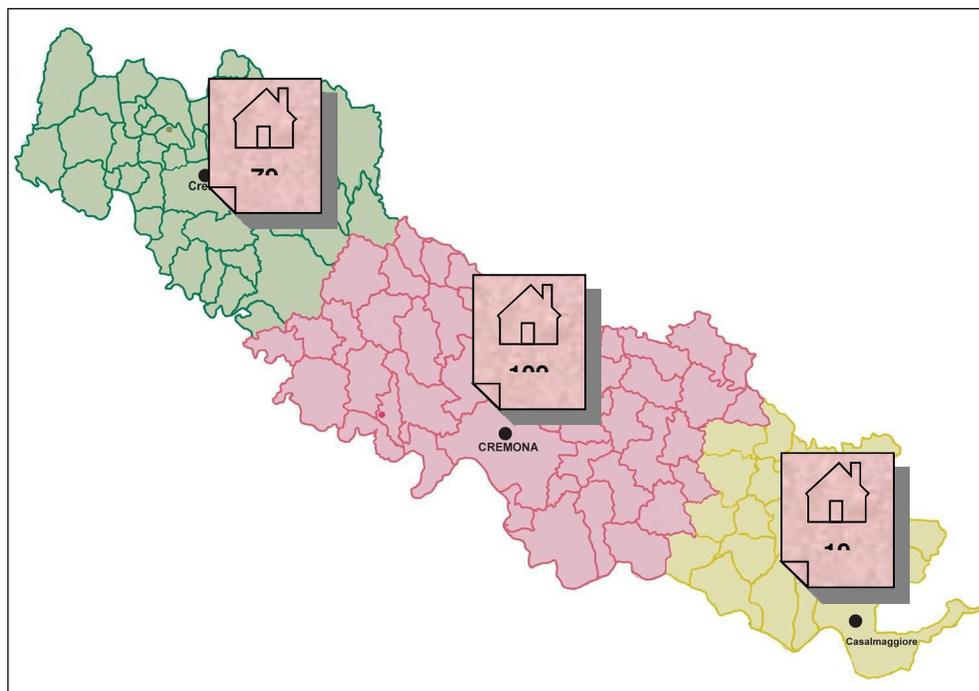
DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CASALMAG	CDA S. AMBROGIO	TORNATA	99
GIORE	CDA PRIMAVERA	CASALMAGGIORE	99
Totale CDA ASL		2	198

Tab 4q: CENTRI RICREATIVI DIURNI - CRD

DISTRETTO	DENOMINAZIONE	COMUNE	POSTI AUTORIZZATI
CREMONA	CRD ORATORIO S. CUORE	CASTELVERDE	70
	CRD REALDO COLOMBO	CREMONA	60
	CRD MARTIRI DELLA LIBERTA'	CREMONA	80
	CRD GALLINA	CREMONA	80
	CRD DON PRIMO MAZZOLARI	CREMONA	85
	CRD ESTIVO	SESTO ED UNITI	60
	CRD AGAZZI	CREMONA	61
	CRD PIERGIORGIO FRASATI	ANNICCO	50
	CRD COMUNALE	CASTELVERDE	60
	CRD COMUNALE	FORMIGARA	80
	CRD PARROCCHIALE	GERRE DE' CAPRIOLI	80
	CRD SCUOLA MATERNA VERTUA	SORESINA	65
	CRD PARROCCHIALE	CASALMORANO	80
	CRD MONTEVERDI	CREMONA	85
	CRD MONS. GARDINALI	CASTELVERDE	30
	CRD SCUOLA DELL'INFANZIA DI GADESCO P.D.	GADESCO P.DELMONA	60
	CRD CENTRO ESTIVO FLORA	CREMONA	100
	CRD SCUOLA PER L'INFANZIA S. ABBONDIO	CREMONA	40
	CRD ALTANA	CREMONA	60
	CRD PROVVIDENZA	CREMONA	40
	CRD SACRO CUORE	CREMONA	60
	CRD GREST S. SEBASTIANO	CREMONA	70
	CRD GREST	PIZZIGHETTONE	90
	CRD IL CORTILE	CREMONA	60
	CRD PARROCCHIALE	SPINADESCO	100
	CRD CRAL	CREMONA	60
	CRD IL BOSCO INCANTATO	VESCOVATO	30
	CRD MALAGNINO	MALAGNINO	30
	CRD UN'ESTATE CON NOI	CREMONA	50
	CRD SULLE ORME DEL PICCOLE PRINCIPE	PIZZIGHETTONE	40
	CRD FADIGATI	CICOGNOLO	40
	Totali Distretto di Cremona		31

CREMA	CRD PER NON PERDERE LA BUSSOLA	SPINO D'ADDA	170
	CRD (ASSOCIAZIONE COMUNE/PARROCCHIA)	ROMANENGO	60
	CRD PARROCCHIALE	AGNADELLO	100
	CRD L'ISOLA CHE NON C'E'	SPINO D'ADDA	80
	CRD COMUNALE	GOMBITO	50
	CRD COMUNALE COLONIA SERIANA GIOCASERIO	CREMA	300
	CRD L'ISOLA CHE NON C'E' GRANDI	SPINO D'ADDA	180
	CRD COMUNALE	CASTELLEONE	78
	CRD COMUNALE	SONCINO	100
	CRD COMUNALE	SONCINO	130
	CRD COMUNALE SCUOLA DELL'INFANZIA	CASTELLEONE	25
	CRD COMUNALE	CAMPAGNOLA CREMASCA	50
	CRD A TRE PASSI DAL CIELO	RIVOLTA D'ADDA	163
	CRD MINI GREST IQBAL MASIH	ROMANENGO	100
	CRD LA MONGOLFIERA DI DAFFY E DODO	SERGNANO	100
	CRD CAMPO DEL GELSO	CHIEVE	20
Totali Distretto di Crema		16	1706
CASALMAGGIORE	CRD PARROCCHIALE	CALVATONE	60
	CRD COMUNALE	CALVATONE	40
	CRD PARROCCHIALE	RIVAROLO DEL RE	50
Totali Distretto di Casalmaggiore		3	150
Totale CAG ASL		50	3812

Figura 3: Distribuzione delle Unità di Offerta Socioassistenziali



3. Esito dei controlli effettuati nel 2015

Analizziamo ora l'esito dei controlli di appropriatezza e di vigilanza effettuati nel corso del 2015 utilizzando –per l' appropriatezza- gli indicatori ex dgr 1765/14 e le check list regionali, in uso dal secondo trimestre 2015, dapprima tenendo separati i due semestri per verificare il trend degli esiti.

CONTROLLI PRIMO SEMESTRE

a) Controlli di appropriatezza primo semestre 2015

Tutti i controlli sono stati effettuati verificando gli indicatori della dgr 1765/14 ed utilizzando le check list elaborate dal Nucleo Multiprofessionale regionale previsto dalla dgr 1185/13 ed istituito con Decreto della DG Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato n.5114 del 16 giugno 2014.

Parte dei controlli riportati sono stati effettuati in UdO che non erano state previste nel campionamento. Si è infatti cercato, in considerazione dell'avvento della sanzionabilità nel secondo semestre, di contattare il maggior numero di UdO possibile in modo da accompagnarle nel percorso di apprendimento sia dei nuovi strumenti di controllo che delle nuove modalità lavorative. Dandoci queste priorità, abbiamo perciò scelto di non effettuare i controlli sulle misure ex dgr 116/13, rimandandoli al secondo semestre 2015.

Tab. 5: Controlli di appropriatezza effettuati al 30 giugno 2015

UdO	Controlli previsti	Effettuati al 30.6	%
RSA	373	244	65,42
CDI	58	51	87,93
Cure Int.	122	7	5,74
RIA	57	52	91,23
RSD	52	44	84,62
CDD	17	5	29,41
CSS	4	0	0
C. TOX	58	0	0
ADI	215	19	8,76
CFI	31	42	135,48
Hospice	30	0	0
SERD	15	18	120
Totale	1032	482	46,7

I controlli di cui alla tab 5 sono relativi in parte (circa il 92%) a Fisas verificati in UdO previste nel campionamento ed in parte (il restante 8% circa) a Fisas verificati in UdO non previste nel campionamento per i controlli di appropriatezza.

Nella tab.6 è riportata una sintesi della media complessiva di raggiungimento degli indicatori per tipologia di UdO, mentre nella tabella 7 –più analitica- vengono riportate le percentuali di raggiungimento dei singoli indicatori (ex dgr 1765/14) nelle varie tipologie di Unità d'offerta.

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 tra 90 e 94,9%;
- in rosa le percentuali di raggiungimento inferiori al 90

Tab. 6: Sintesi delle medie di raggiungimento degli indicatori per tipologia di UdO

UdO	CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA CAMPIONATI	CONTROLLI EFFETTUATI	% EFFETTUATI vs CAMPIONATI	% MEDIA RAGGIUNGIMENTO INDICATORI
RSA	373	244	65,4%	86,7%
CDI	58	51	87,9%	78,9%
Cure Int.	122	7	5,7%	83,8%
RIAB AMB	57	52	91,2%	86,7%
HOSPICE	30	0	0,0%	NC
ADI in it.	25	18	72,0%	97,2%
ADI ex post	190	1	0,5%	80,0%
RSD	52	44	84,6%	98,3%
CDD	17	5	29,4%	100%
CSS	4	0	0,0%	NC
COM TOX	58	0	0,0%	NC
SERT	15	18	120,0%	80,0%
CFI	31	42	135,5%	92,6%
Totale	1032	482	46,7%	

La situazione è tutt'altro che soddisfacente: tralasciando la percentuale dei controlli ADI ex post perché non significativa dal punto di vista statistico (solo un controllo effettuati nel primo

semestre), risultano comunque 5 su 12 le tipologie di UdO pesantemente carenti, e di altre tre non si può giudicare perché non sono ancora stati fatti controlli.

Di seguito riportiamo un'analisi più dettagliata del raggiungimento degli indicatori per cercare di capire meglio il fenomeno.

tab. 7: Controlli di appropriatezza primo semestre 2015: Raggiungimento indicatori

% MEDIA SODDISFACIMENTO INDICATORI PER TIPOLOGIA - TIPOLOGIE CON CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA NEL 1^ SEM. 2015											
RSA	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2
	96,3%	56,1%	74,6%	88,5%	93,9%	100%	96,8%	77,2%	55,4%	96,7%	90,7%
	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6.1	S6.2	S7.1	S7.2	S8	MEDIA	
	99,2%	97,6%	92,6%	94,2%	91,0%	76,5%	64,6%	100%	92,9%	86,7%	
CDI	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3	S4.1
	74,5%	31,4%	56,9%	84,3%	100%	100%	100%	np	np	100%	90,2%
	S4.2	S5.1	S5.2	S6	S7					MEDIA	
	50,0%	72,5%	72,5%	77,8%	94,1%					78,9%	
CURE INTERM.	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4					MEDIA	
	85,7%	33,3%	100%	100%	100%					83,8%	
RIAB. AMBUL.	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4					MEDIA	
	80,8%	57,7%	98,1%	100%	97,0%					86,7%	
RSD	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3	S4.1
	98,0%	86,0%	95,0%	100%	96,0%	100%	100%	98,0%	97,0%	100%	100%
	S4.2	S4.3	S5.1	S5.2	S6.1	S6.2	S7			MEDIA	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			98,3%	
CDD	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4	S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S3.1	S3.2
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	S3.3	S4.1	S4.2	S5.1	S5.2	S6				MEDIA	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%				100%	
ADI IN ITIN.	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4	S1	S2	S3.1	S3.2	S4	S5.1
	np	100%	np	100%	100%	100%	77,8%	100%	100%	100%	np
	S5.2									MEDIA	
	np									97,2%	
ADI EX POST	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4	S1	S2.1	S2.2	S3	S4	S5.1
	np	0%	np	100%	100%	100%	100%	np	np	np	np
	S5.2									MEDIA	
	np									80,0%	
CFI	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4	S1	S2.1	S2.2	S3	S4	
	100%	45,8%	96,0%	96,6%	95,2%	100%	100%	100%	np	100%	
										MEDIA	
										92,6%	
SERT	G1	G2	G3.1	G3.2	G.4					MEDIA	
	0%	100%	100%	100%	100%					80,0%	

Risulta evidente che i risultati peggiori –come già rilevato nel 2014- si hanno in particolare a carico dell'indicatore generale 2 "Progettazione, Pianificazione e Tracciabilità degli interventi".

La complessità dell'indicatore (che racchiude in sé buona parte dell'attività sulla persona) e la modalità di calcolo per il suo raggiungimento (tutti gli items che lo compongono devono essere positivi) rendono oggettivamente abbastanza impegnativo il suo superamento. A ciò si aggiunga anche il fatto che le UdO, e soprattutto quelle per anziani, negli anni hanno trascurato la Progettazione concentrandosi in particolare sulla Pianificazione.

Altre carenze rilevanti si hanno poi nell'area animativo/educativa delle RSA e CDI e in riferimento alla Contenzione e relativo consenso informato.

Vediamo adesso nel dettaglio l'esito dei controlli e tentiamo di analizzarne le cause.

Utenza anziana: RSA e CDD

Come già sottolineato la problematica principale sembra riguardare l'indicatore generale 2 "Progettazione, Pianificazione e Tracciabilità degli interventi": in particolare le carenze sono a carico della Progettazione, mentre maggiore attenzione viene data alla fase della Pianificazione. Ciò si può spiegare abbastanza facilmente col fatto che negli anni –spesso anche da parte di noi operatori dei controlli- si è data molta più rilevanza alla pianificazione che alla progettazione.

All'origine c'era la necessità di favorire l'insorgere nelle UdO di un'impostazione del lavoro orientata alla persona ed al lavoro coordinato di équipe più che alle competenze professionali e alle mansioni dell'operatore, come era sempre stato in precedenza.

La dgr 7435/01 chiedeva il PAI che –allora- era uno strumento poco conosciuto e poco praticato, per cui ad esso è stata data negli anni un'attenzione quasi esclusiva, sì che oggi possiamo considerare presente un buon livello di formulazione dei PAI.

L'attenzione ora nuovamente richiamata dalla normativa al processo che prevede il succedersi ordinato delle fasi di: valutazione, progettazione, pianificazione, attuazione degli interventi, verifica/monitoraggio per poi giungere alla successiva rivalutazione, pone necessariamente al centro dell'operatività:

- la necessità della messa in atto di tutte le fasi;
- il fatto che il ciclo sia veramente tale, quindi ogni fase sia correlata alle altre, discenda dalla precedente e da essa ne consegua logicamente la fase successiva;

-per questi motivi, deve essere presente una forte coerenza tra le varie fasi: la mancata coerenza è segno della non corretta applicazione del processo.

Quindi, in primo luogo bisognerà rimarcare ancora e promuovere in molte UdO l'interiorizzazione del corretto metodo di lavoro.

A questo scopo, l'ASL di Cremona ha prodotto un corso FAD di formazione a distanza per gli operatori di tutte le UdO sociosanitarie del territorio proprio sulla dgr 1765/14 e sui controlli di appropriatezza.

Una prima edizione è stata fruita –nel dicembre 2014- da circa 250 operatori, che hanno espresso un notevole gradimento dell'iniziativa. Nella primavera del 2015 il corso è stato riproposto ed è stato seguito da quasi un altro centinaio di operatori.

Inoltre sono stati realizzati sei incontri (tre nell'autunno 2014 sulle generalità della dgr 1765 e tre nella primavera 2015, in specifico sull'applicazione degli indicatori) rivolti in particolare ai direttori sanitari, medici, caposala e figure di coordinamento, proprio per approfondire ulteriormente le tematiche proposte.

Tomando agli indicatori, si può rilevare anche che –stranamente, perché nella nostra realtà quasi tutti i CDI sono gestiti da RSA, quindi ci si aspetterebbe una sorta di osmosi delle conoscenze e delle modalità operative- i CDI presentano carenze significative anche a livello dell'indicatore generale 1, relativo alla valutazione della persona, mentre in RSA sembra esserci molta più attenzione a questo livello.

Una ipotesi è che ciò possa derivare dal fatto che, mentre in RSA l'ospite è preso totalmente in carico dalla UdO, quando è inserito nel CDI l'utente resta in carico al proprio MMG e forse il CDI si senta in parte “deresponsabilizzato” da ciò.

La caduta anche nell'indicatore G3.1 (coerenza tra la valutazione e la progettazione) è logica nel momento in cui la progettazione non esiste o è molto carente. È invece più strana la caduta nel G3.2, che prevede la coerenza tra la pianificazione e gli interventi previsti, in quanto in relazione alla competenza acquisita da parte degli Enti.

Per quanto riguarda gli indicatori specifici, in RSA ci sono ancora problemi a riguardo della contenzione e, ancor più, del “consenso informato” sulla contenzione. Anche nel corso degli incontri con i medici si è rilevata una loro notevole resistenza –seppur più accentuata solo in alcuni casi specifici- a non potersi considerare “decisori autonomi” della misura contenitiva, adducendo motivazioni cliniche in realtà poco consistenti.

RSA e CDI sono accomunati invece dalle carenze negli indicatori legati alla personalizzazione delle attività animativo/educative e di quelle motorie.

Nel primo caso c'è da dire che la dgr 1765/14 in effetti chiede livelli operativi che l'educatore è in grado di fornire, ma non necessariamente l'animatore, che è ancora la figura di base richiesta. Inoltre, visto il generale aggravamento del quadro clinico degli ospiti in RSA, la UdO

tendono a fornire uno standard assistenziale molto sbilanciato, dove sono molto presenti ASA/OSS e Inf., ma dove la presenza dell'Anim/Educ è quasi residuale.

Per quanto riguarda invece la caduta sulle attività motorie, sembra che ciò possa essere dovuto ad un malinteso (e forse superato) ruolo "clinico" del fisioterapista, che a volte non progetta in modo individualizzato per alcune persone ritenendolo non necessario o non appropriato. A volte questo atteggiamento nasce da una considerazione "clinica e riabilitativa" dell'intervento, per cui si ritiene che se non c'è riabilitabilità non vale la pena di intervenire e, soprattutto, dal ritenere che solo il proprio intervento diretto abbia dignità e validità.

L'introduzione invece di una modalità operativa che metta veramente al centro la persona e veda tutta l'équipe impegnata a rispondere ai suoi bisogni e necessità, potrebbe anche permettere di realizzare che -così come l'attività animativo/educativa di "risocializzazione" o di "evitamento dell'isolamento" (diciture che ricorrono spesso nei FASAS) non è solo appannaggio dell'educatore, ma viene svolta anche dalla ASA quando si relazione con l'ospite o quando facilita il contatto tra più ospiti- anche l'attività motoria può essere in parte delegata ad altri operatori/volontari/familiari e monitorata e supervisionata dal riabilitatore.

Utenza disabile: RSD, CDD, CSS

I dati confermano che si è già ad un buon livello di performance, solo due RSD necessitano di ulteriore formazione. Anche qui (2 RSD sulle 6 controllate) i problemi maggiori sono a carico della progettazione.

Cure Intermedie e Riabilitazione

Anche in queste UdO gli indicatori particolarmente carenti sono risultati essere quelli relativi alla progettazione e alla valutazione; ciò non è facile da capire per UdO che da sempre operano con PRI e pri, quindi con Progetto e Piano. È anche vero che i PRI riabilitativi erano essenziali e non coprivano tutti gli aspetti richiesti dalla dgr 1765; avere ora una indicazione precisa di cosa deve contenere un Progetto permette di chiedere agli Enti un maggiore sforzo progettuale.

ADI in itinere, ex post e CP

I controlli sono stati numericamente esigui pertanto si preferisce rimandare ogni considerazione al prossimo semestre, quando si potrà contare su una casistica superiore ai 200 controlli.

CFI e SERD

Vengono accorpati perché quest'anno il campione prevede i soli controlli incrociati sulle UdO gestite dalla ASL di Lodi. Si tratta di UdO (SERT e CF in genere, non quelli di Lodi in particolare) in cui gli indicatori hanno qualche difficoltà di "adattamento" e in cui sono presenti anche software di gestione dell'attività che generano ulteriori difficoltà.

Nel Sert, ad esempio, si era rilevato l'anno scorso un problema sulla progettazione, che non era letteralmente prevista nel software in uso ai Sert, quest'anno risolta, anche se si ravvisa una problematicità a livello della valutazione.

Per quanto riguarda il CF, invece, molte attribuzioni di positività o meno dell'indicatore sembrano più legate all'interpretazione del controllore che all'oggettività del dato riportato, per cui sembra opportuno che a livello regionale venga incentivata l'opera di omogeneizzazione dei controlli.

b) Controlli sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR 116/2013 nel primo semestre

Le misure attivate in strutture del territorio nel primo semestre erano relative alla Residenzialità Leggera (due UdO si sono candidate, ma una sola realtà è effettivamente attiva), RSA Aperta (15 UdO operanti) e Comunità per minori (5 comunità sul territorio che accolgono 22 minori "aventi requisiti" inseriti. Altre 4 comunità in Regione accolgono 11 minori cremonesi ed ulteriori 2 comunità extra Regione accolgono 2 minori cremonesi).

Il Piano dei Controlli aveva previsto, a questo riguardo, la verifica su:

- tutte le UdO del territorio che partecipano alle misure previste;
- su un numero di FASAS che rispettasse le percentuali previste (UdO residenziali 15%; UdO ambulatoriali 5%; UdO domiciliari 10%).

Come già esplicitato nel corso del primo semestre si è data la priorità ai controlli sulle UdO soggette alla dgr 1765 (effettuando anche controlli di appropriatezza e vigilanze in UdO non campionate, ma per tanti aspetti giudicate necessitanti di una verifica extracampione) in modo da chiarire il più possibile i criteri e le modalità di applicazione della norma e dei nuovi strumenti/check list regionali messi a disposizione, sollecitando anche le UdO ad effettuare "autocontrolli" (che in nessun modo entrano nel numero dei controlli da effettuarsi a carico dell'ASL) per impraticarsi sempre più delle logiche che sottendono la dgr 1765.

A causa di questo intento "didattico", nella prima parte del semestre sono stati effettuati un numero molto ridotto di controlli -non è stato infrequente il caso di verifica di un solo o due FASAS nel corso di una uscita di tre/quattro ore- che è stato poi in parte recuperato nell'ultimo bimestre.

Inoltre, in accordo con i Servizi ASL "Famiglia" e "Fragilità" che hanno offerto il loro supporto agli Uffici di Piano e alle loro Aziende strumentali, si è ritenuto di offrire più tempo -sia agli Uffici di Piano e ai Comuni che alle Comunità per minori- per strutturare rapporti più stretti e definire meglio le modalità operative.

Per quanto riguarda invece l'attività svolta nella sola Residenzialità Leggera attiva e nelle RSA aperte, poiché lo scorso anno non sono state rilevate criticità (Residenzialità Leggera indicatori raggiunti= 100%; RSA aperta= 99,02%; vedi dati forniti nel Piano dei Controlli del 29 gennaio c.a.) si è ritenuto di poter ugualmente rimandare al secondo semestre i controlli relativi anche a queste misure. Non si forniscono quindi tabelle relative a questi controlli rimandando alla sintesi annuale: una rendicontazione puntuale del primo semestre è comunque già stata inviata in Regione secondo i tempi e le modalità stabilite.

c) Controlli di vigilanza nel primo semestre

Riporteremo ora l'esito dei controlli di vigilanza del primo semestre utilizzando, per renderne più semplice la lettura, la suddivisione prevista nella dgr 2989/14 (dgr delle regole) ed utilizzata nella stesura del Piano dei Controlli annuale per il 2015.

A.1) Requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento

L'allegato C alla dgr 2989/14 prevede la verifica delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alla SCIA e alle domande di accreditamento. Le verifiche effettuate nel primo semestre 2015 sono così sintetizzabili:

Tab. 8: Controlli delle autocertificazioni

Modalità	RICEVUTE	N° AUTOCERTIFIC.	N° CONTROLLATE	% CONTROLLATE
SCIA	3	25	25	100%
SCIA CONTEST.	1	13	13	100%
SCIA per VOLTURA	0	//	//	//
RICHIESTA ACCRED.	0	//	//	//

La SCIA contestuale presentata era relativa ad una richiesta di diminuzione dei posti accreditati, mentre le altre 3 SCIA sono state dovute a modifiche di spazi all'interno delle UdO, per produrre ulteriori miglioramenti funzionali nel segno dell'innalzamento della fruibilità degli stessi

A.2) Requisiti organizzativi e gestionali e strutturali e tecnologici

Anche per quanto riguarda la verifica dei requisiti organizzativo/gestionali e strutturali/tecnologici di esercizio e accreditamento essa è stata effettuata sul 100% delle SCIA e

SCIA contestali presentate, mediante esame documentale, visita in loco e conclusiva attestazione del possesso di ogni singolo requisito. Secondo le indicazioni della dgr 2989/14 e secondo nostra prassi -da anni consolidata- ciò è avvenuto grazie ad accordi e programmazione integrata con il Dipartimento di Prevenzione Medica.

Questa modalità è stata da noi sempre utilizzata; 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.

Inoltre, come già indicato ogni anno nel Piano dei Controlli, il DPM mette a disposizione del Servizio Accreditamenti e Controlli Sociosanitari della Direzione Sociale parte del monte-ore di quattro Tecnici della Prevenzione, per integrare con le loro competenze tecnologico/strutturali quelle della équipe di vigilanza. Queste figure, benché formalmente assegnate a centri di costo della Prevenzione, agiscono in stretta integrazione con il resto dell'équipe di vigilanza, così che tutte le verifiche di ordine tecnologico/strutturale nelle UdO sociosanitarie (ma anche in quelle socioassistenziali) vengono effettuate da almeno due operatori, di cui un TdP ed un operatore del SACSS della Direzione Sociale. In alcuni casi, anche se in questo primo semestre non è accaduto, sono state effettuate anche con l'affiancamento dei TdP e medici del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione).

Tab. 9: Verifica tipologia di requisiti sulle SCIA, Accreditamenti e Volture

Modalita'	RICEVUTE	VERIFICA REQ. GEST/ORGAN.	VERIFICA REQ. TECN/STRUTT.	% VERIFICA REQ. GEST/ORG E TECN/STRUTT.
SCIA	4	4	4	100
SCIA per Voltura accred.	0	0	0	0

B) ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO

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.

Riportiamo di seguito la tabella della Programmazione dei Controlli 2015, che specifica i controlli stabiliti nel Piano e prevede queste vigilanze.

Tab. 10 : Programmazione 2015 Vigilanza ed Appropriatezza

VIGILANZA SOCIOSAN.	in esercizio	2014	2015
		Vigilate	PROGR. VIGIL.
RSA	34	24	14
CDI	24	9	15
Cure Int/RIAB	8	5	3
RIAB amb	1	0	1
RSD	7	2	5
CDD	11	5	6
CSS	10	5	5
COM TOX	11	3	8
ADI	16	11	5
CF	6	4	2
Hospice	1	0	1
SERD	3	2	1
Totale	132	70	66

In tabella 11, invece, riassumiamo il numero e la % delle vigilanze effettuate al 30 giugno 2015.

Tab. 11: Vigilanze effettuate al 30 giugno 2015

UdO	PROGR. 2015	Vig. 1° sem	% sull'anno
RSA	14	8	57,14
CDI	15	5	33,33
Cure Int/RIAB	4	0	0,00
Hospice	1	0	0,00
ADI	5	0	0,00
RSD	5	3	60,00
CDD	6	6	100,00
CSS	5	2	40,00
COM TOX	7*	1	14,29
CFI	2	2	100,00
SERD	1	1	100,00
Totale	65	28	42,42

*nel primo semestre una Com Tox, campionata per il controllo, ha cessato l'attività per cui è stato ridotto il numero delle UdO da vigilare

Oltre le vigilanze riportate nella tabella 11 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.

B.1 Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

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 2015 (e in tutti quelli precedenti), per questi controlli ci si avvale della collaborazione di 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 del SACSS della Direzione Sociale, proprio per permettere l'analisi congiunta sul possesso e mantenimento dei requisiti sia strutturali/tecnologici che organizzativo/gestionali.

I dati relativi a questa attività sono quelli riportati nelle tabelle precedenti; in 2 RSA sono state irrogate sanzioni per il mancato mantenimento di requisiti di esercizio (mancato adeguamento alla dgr 2569/14).

B.2 Vigilanza sulle UdO interessate da Piano Programma

Nel territorio sono presenti solamente due UdO che ancora non hanno concluso il Piano Programma: una RSD ed una Riabilitazione/Cure Intermedie. Si tratta di UdO inserite in plessi molto articolati, dove sono presenti diverse altre UdO (RSA, RSD, Riabilitazione) e che sono le ultime strutture a venire adeguate dai rispettivi Enti.

Come previsto, per entrambe sono state effettuati i prescritti monitoraggi semestrali, ed in entrambi i casi si è ritenuto opportuno effettuare due sopralluoghi nel corso del semestre.

L'esito del monitoraggio è stato inviato in data 9 luglio 2015 con prot. 33214 e ha permesso di rilevare che nella Riabilitazione i lavori sono terminati e l'Ente gestore si è attivato per produrre la documentazione necessaria a presentare l'istanza di autorizzazione definitiva, mentre nella RSD c'è un leggero ritardo (circa 20/30giorni) sul cronoprogramma, che però sembra poter essere recuperabile entro la fine dell'anno.

Tab. 12: Vigilanza semestrale sulle UdO in Piano Programma

N° UdO	N° UdO verificate	% UdO verificate
2	2	100%

B.3 Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento

La norma prevede la verifica di almeno il 10% delle autocertificazioni di questi requisiti (calcolato sul numero dei Gestori). Le autocertificazioni devono essere inviate ogni anno entro la scadenza del 28 febbraio.

L'anno scorso, trattandosi del primo anno, si è ritenuto opportuno effettuare un certo "accompagnamento" agli Enti, tradotto nell'invio di promemoria e sollecitazioni ad adempiere, ed il risultato era stato positivo perché tutti gli Enti avevano rispettato la scadenza temporale.

Anche quest'anno si è avuta una notevole aderenza e solo in pochi casi si è dovuto procedere a solleciti per esser certi che venissero rispettati i termini.

Sono proseguiti i positivi rapporti collaborativi e di scambio con i diversi uffici di altri enti pubblici (Agenzia delle Entrate, Procure e Prefetture, INPS e INAIL, Camera di commercio, ecc.): grazie a ciò è stato possibile effettuare il 62% delle certificazioni ricevute (come da tab. 6) anziché limitarsi al 10% di norma prudenzialmente indicato nel Piano dei Controlli.

Tab. 13: Verifica autocertificazioni del possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

N° Enti Gestori	N° autocertif. Inviae	N° autocertif. Verificate	% controllo
61	792	493	62

B.4 Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali ed organizzativi generali e specifici di esercizio ed accreditamento

Per quanto riguarda questi requisiti si è già fatto un accenno nei punti A.2 (verifica di tutti i requisiti per le SCIA e istanze di accreditamento) e B.1 (mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici).

Nel primo semestre sono state irrogate due diffide e conseguenti sanzioni a due diverse UdO (entrambe RSA) a causa della mancanza di requisiti minimi di esercizio: in un caso la RSA non

si era dotata di tutti i protocolli assistenziali necessari per seguire adeguatamente gli ospiti presenti, nell'altro caso la RSA non aveva ancora adottato la documentazione introdotta dalla dgr 2569/14 e che doveva essere adottata da maggio.

Ricordiamo che la prassi operativa prevede –in occasione di vigilanze di “mantenimento”- la verifica sia dei requisiti organizzativo/gestionali che di quelli tecnologico/strutturali su **tutte** le strutture vigilate, e che ciò avveniva già da prima della dgr 8496/08. L'introduzione della norma che prescrive di vigilare ogni anno il 50% delle UdO risulta quindi per tanti aspetti facilitante.

d) Controlli ex artt. 23 e 25 del Codice Civile sulle persone giuridiche di diritto privato nel primo semestre

L'attività specifica di vigilanza e controllo ex artt. 25 e 23 c.c. viene svolta nel Dipartimento PAC a cura dell'U.O.D. Attività Amministrativa e Controllo di Gestione che opera a stretto contatto con il Servizio Accreditamenti e Controlli Sociosanitari.

La Commissione di controllo sulle Fondazioni e Associazioni che operano in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale dell'Asl di Cremona è stata istituita, ai sensi della d.g.r. 8496/2008, con deliberazione n. 476 del 30/06/2010, e composta dai seguenti membri:

- 1) Direttore del Servizio Economico Finanziario
- 2) Direttore del Servizio Risorse Umane
- 3) Direttore del Servizio Affari Generali Legali Istituzionali
- 4) Direttore del Servizio Acquisto e Controllo Area ASSI (ora Servizio Accreditamenti e Controlli Sociosanitari)
- 5) Responsabile dell'U.O. Contratti e Vigilanza Amministrativa (ora U.O.D. Attività Amministrativa e Controllo di Gestione)

Le Fondazioni e Associazioni che operano in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale nella provincia di Cremona ed iscritte al registro delle persone giuridiche private sono attualmente n. 66. Di queste n. 27 gestiscono unità d'offerta socio sanitarie.

In relazione alle funzioni amministrative di vigilanza ex artt. 23 e 25 del Codice Civile nel primo semestre 2015 si è provveduto:

- a mantenere aggiornate le anagrafiche delle Fondazioni della provincia di Cremona che gestiscono unità d'offerta socio sanitarie e le informazioni relative alla composizione degli organi;
- a verificare la necessità di acquisizione di eventuali aggiornamenti statutari delle stesse;
- ad aggiornare le anagrafiche delle Fondazioni e Associazioni della provincia di Cremona che non gestiscono unità d'offerta socio sanitarie;
- ad acquisire eventuali aggiornamenti statutari delle stesse e composizione degli organi.

Alla fine del primo semestre 2015 si è proceduto a richiedere agli Enti che gestiscono unità d'offerta socio sanitarie l'invio integrale del bilancio consuntivo 2014, mentre i restanti Enti sono stati invitati a trasmettere solo l'atto di approvazione del bilancio 2014, purché nello stesso fosse riportato il risultato d'esercizio.

La Commissione di controllo sulle Fondazioni e Associazioni ha deciso di determinare successivamente i criteri per la scelta del campione 10% da sottoporre a controllo e verifica, come definito nel Piano Controlli (corretta gestione amministrativa, coerenza dell'attività della Fondazione/Associazione con gli scopi statutari, assenza di rilievi di contrarietà all'atto costitutivo/statuto, a norme di legge, all'ordine pubblico e al buon costume).

Fino ad ora l'attività viene esplicitata attraverso la verifica documentale di quanto richiesto e trasmesso dagli enti. Per la verifica sui componenti dei CDA e sulla vigenza dello Statuto viene utilizzato l'accesso a Telemaco/Infocamere.

e) Controlli di vigilanza socioassistenziale nel primo semestre

Per quanto riguarda l'attività di controllo sulle UdO socioassistenziali, il Piano dei Controlli prevedeva:

- 100% delle verifiche sui requisiti tecnologico/strutturali e gestionali/organizzativi in relazione alle CPE;
- 50% di vigilanze sulle UdO in esercizio non temporaneo;
- priorità nei controlli rivolti alle UdO per minori e prima infanzia.

In tabella 11 sono riportate le vigilanze effettuate sulle UdO del sistema socioassistenziale.

Tab. 14: Controlli di vigilanza sulle UdO socioassistenziali

TIPOLOGIA	UDO CAMP.	VIGIL. PER CAMPION.	VIGIL. PER CPE	UDO CON SEGNAL.	TOTALE VIGIL.	% UdO VIGIL..
CRD	/	0			0	NC
CAD	/	0	1		1	NC
COM. EDUC.	1	2			2	200,0%
COM. ALL. ANZ.	1				0	0,0%
ALLOGGI PROTETTI	2		1		1	0,0%
NIDO FAMIGLIA	3	1	1	1	3	33,3%
CENTRO PRIMA INF.	3	2			2	66,7%
CENTRO DIUR. ANZ	3	1			1	33,3%
ALL. PER L'AUT.	5	3	1		4	60,0%
MICRONIDO	5	3	3		6	60,0%
CAG	6				0	0,0%
SFA	7	5	1		6	71,4%
CSE	8	6	1		7	75,0%
COM. FAM.	14	1			1	7,1%
ASILO NIDO	26	12	3		15	46,2%
Totale e Medie	84	36	12	1	49	42,9%

Da sottolineare che, benché non previsti nel campionamento da programmazione, si effettuano comunque vigilanze sui CRD (UdO "in esercizio temporaneo"). Non figurano in questo elenco perché si tratta di UdO che operano generalmente tra la fine di giugno e luglio-agosto, per cui i controlli vengono effettuati in estate.

Per quanto riguarda le CAD, invece, non figurano perché sono conteggiate tra le vigilanze in CSS.

In riferimento invece alle carenze riscontrate, quando ciò si è verificato è stato richiesto il pieno ripristino del requisito con segnalazione al competente UdP.

CONTROLLI SECONDO SEMESTRE E TOTALE CONTROLLI ANNI 2015

Riproponiamo lo schema espositivo utilizzato per i controlli relativi al primo semestre, riportando ora i dati del secondo semestre e quelli totali su tutta l'annualità.

a) Controlli di appropriatezza

Tab. 15: Controlli di appropriatezza effettuati al 31 dicembre 2015

UdO	Program	primo sem	secondo sem	totale 2015	% sul programmato
RSA	373	244	136	380	101,9
CDI	58	51	11	62	106,9
Cure Interm.	122	7	118	125	102,5
RIAB	57	52	13	65	114,0
RSD	52	44	12	56	107,7
CDD	17	5	12	17	100,0
CSS	4	0	4	4	100,0
COM TOX	58	0	58	58	100,0
ADI	215	19	250	269	125,1
CFI	31	42	0	42	135,5
Hospice	30	0	30	30	100,0
SERD	15	18	0	18	120,0
Totale	1032	482	644	1126	109,1

Come rilevabile dalla tabella 12, e come accade ogni anno, il numero totale dei controlli di appropriatezza effettuati è maggiore dei controlli programmati e previsti nel Piano dei Controlli (1126 rispetto ai previsti 1032, pari al 109%). In alcune UdO la percentuale dei controlli effettuati è significativamente superiore al previsto (ADI, ad esempio): ciò è avvenuto in particolare dove si sono rilevate alcune carenze che è parso opportuno approfondire verificando qualche FASAS in più rispetto a quelli programmati.

Riportiamo ora il raggiungimento medio degli indicatori per ogni tipologia di unità d'offerta su tutto l'anno, (mantenendo anche il confronto con le percentuali raggiunte nel primo semestre) rimandando al file di elaborazione (allegato al Piano) il dettaglio degli esiti per ogni singola UdO e per ogni singolo indicatore

Tab. 16: Sintesi delle medie di raggiungimento degli indicatori per tipologia di UdO

UdO	% Primo Sem.	% totale
RSA	86,70%	86,6%
CDI	78,90%	79,1%
Cure Int.	83,80%	94,0%
RIAB AMB	86,70%	88,5%
HOSPICE	NC	98,6%
ADI in it.	97,20%	88,5%
ADI ex post	80,00%	78,5%
RSD	98,30%	98,1%
CDD	100%	96,4%
CSS	NC	100,0%
COM TOX	NC	74,8%
SERT	100,0%	100,0%
CFI	91,1%	91,1%

La situazione è sicuramente migliorata rispetto al primo semestre (5 tipologie di UdO superano la soglia ed un paio vi si avvicinano molto rispetto alle 3 positive ed una in "bilico") ma è ancora tutt'altro che soddisfacente.

RSA e **CDI** rimangono –purtroppo– sostanzialmente stabili ma sottosoglia. Notevole miglioramento delle **Cure Intermedie** (quasi 10 punti percentuali e quasi al raggiungimento della soglia) mentre l'avanzamento della **Riabilitazione** (Ambulatoriale, CDC e Domiciliare) è quasi irrilevante (da 86,7 a 88,5%). **Hospice** e **CSS** (non visti nel primo semestre) ottengono una percentuale notevolmente buona: rispettivamente 98,6 e 100%.

ADI in itinere arretra notevolmente rispetto al primo semestre, mentre rimane stabile nel controllo ex post. In ADI nel secondo semestre sono state otto irrogate sanzioni ad altrettanti Enti Erogatori per mancata corrispondenza delle registrazioni in FASAS con quanto rendicontato nei flussi (cosa che ha prodotto anche delle decurtazioni) e –in un paio di situazioni– per scorretta applicazione dei protocolli assistenziali.

RSD è stabile, peggiora un poco il **CDD** ma rimane comunque sopra la soglia, i controlli in **CFI** e **SERT** sono stati esauriti nel primo semestre per cui la percentuale finale non varia.

I dati analitici riportati nell'allegato file di elaborazione evidenziano nei due semestri una situazione abbastanza sovrapponibile: l'indicatore che continua a brillare per il suo mancato raggiungimento è il generale 2.

Accogliendo richieste avanzate da diverse associazioni di enti erogatori (in particolare di UdO per anziani) la DG Famiglia –avvalendosi del Nucleo Multiprofessionale cui già si è accennato- ha costituito dei tavoli di confronto che hanno prodotto una rivisitazione non tanto degli indicatori quanto della loro modalità di valorizzazione, che dovrebbe produrre nel 2016 una più equilibrata valutazione del raggiungimento di questo indicatore.

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

Come anticipato nella rendicontazione del primo semestre, le verifiche sulle sperimentazioni nella prima parte dell'anno sono state ridottissime, per cui le rendicontiamo solo in questo secondo semestre.

Tab. 17: Controlli di appropriatezza e vigilanza sperimentazioni e misure dgr 116/13

TIPOLOGIA	NUM. STRUTTURE / PROGETTI ADERENTI	CONTROLLI APPROPR. 1^ SEM.	VIGIL. 1^ SEM.	CONTROLLI APPROPR. 2^ SEM.	VIGIL. 2^ SEM.	TOTALI APPROPR. 2015	TOTALI VIGIL. 2015
RSA aperta	16	2	1	73	13	75	14
Comunità minori	8	0	0	39	4	39	4
Residenzialità leggera/assistita	1	0	0	3	0	3	0
Riab. minori disabili	2	0	0	7	2	7	2
Dipendenze cronicità	1	0	0	5	1	5	1
Dipendenze prevenzione	2	0	0	31	1	31	1
Consultori/centri per la famiglia	1	0	0	30	0	30	0
TOTALI	31	2	1	188	21	190	22

Non sono state rilevate criticità particolari o rilevanti, anche perché le sperimentazioni ormai proseguono da qualche tempo e già alcuni correttivi sono stati introdotti in seguito alle indicazioni fornite negli anni scorsi. Solo le Comunità per minori presentano un livello di adeguatezza generale ancora molto migliorabile, soprattutto nella tenuta del fascicolo individuale e nella elaborazione

dei Piani Educativi Individualizzati. Sarà opportuno, anche per l'anno entrante, prevedere un monitoraggio ravvicinato di queste UdO.

c) Controlli di vigilanza sociosanitaria

A.1) Requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento

Le verifiche effettuate nel 2015, secondo le consuete modalità (richiesta agli uffici competente) sono così sintetizzabili:

Tab. 18: Controlli delle autocertificazioni

Modalità	Autocertif. Primo semestre	Autocertif. Secondo semestre	Totale autoc. pervenute	Totale Controlli	% Control.
SCIA	25	0	25	25	100
SCIA CONTESTUALE	13	48	61	61	100
SCIA per VOLTURA	0	23	23	23	100
RICH. ACCRED.	0	0	0	0	0
ENTE UNICO	0	0	0	0	0

A.2) Requisiti organizzativi e gestionali e strutturali e tecnologici

Come già dichiarato relativamente all'attività del primo semestre, anche per quanto riguarda la verifica dei requisiti organizzativo/gestionali e strutturali/tecnologici di esercizio e accreditamento essa è stata effettuata sul 100% delle SCIA e SCIA contestali presentate, mediante esame documentale, visita in loco e conclusiva attestazione del possesso di ogni singolo requisito, grazie ad accordi e programmazione integrata con il Dipartimento di Prevenzione Medica.

Tab. 19: Verifica tipologia di requisiti sulle SCIA, Accredamenti e Volture

Modalità	Primo semestre	Secondo semestre	Totale	Verifica requisiti gest/org.	Verifica requisiti strutt/tecn.	% Control.
SCIA	3	1	4	4	4	100
SCIA CONTEST.	1	5	6	6	6	100
SCIA per VOLTURA	0	1	1	1	1	100
RICH. ACCRED.	0	0	0	0	0	0

B) ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO

In tabella 20, invece, riassumiamo il numero e la percentuale delle vigilanze effettuate, suddivise nei due semestri e poi riunite nel totale annuale.

Tab. 20: Vigilanze sociosanitarie effettuate nei due semestri e conteggio totale anno 2015

UdO	PROGR. 2015	Vig. 1° sem	Vig. 2° sem	Totale 2015	% sul programmato
RSA	14	8	9	17	113,33
CDI	15	5	10	15	100,00
Cure Int/RIA	4	0	5	5	125,00
Hospice	1	0	1	1	100,00
ADI	8	0	8	8	100,00
RSD	4	3	1	4	100,00
CDD	6	6	0	6	100,00
CSS	5	2	3	5	100,00
COM TOX	5	1	4	5	100,00
CFI	2	2	0	2	100,00
SERD	1	1	0	1	100,00
Totale	65	28	41	69	104,55

Si noterà che, confrontando la presente tabella con la precedente tabella 11, alcuni dati sono variati, pur mantenendo invariato il numero complessivo delle vigilanze da effettuare.

Abbiamo ridotto il numero delle vigilanze previste nelle strutture per le dipendenze COM TOX e RSD, aumentando invece quelle in ADI e RSA; alla fine del primo semestre sono infatti state sanzionate due RSA e nel corso del secondo semestre 6 enti erogatori ADI per cui -non riuscendo a programmare delle vigilanze in più rispetto a quelle previste- si è deciso di modificare la programmazione per poter tenere maggiormente monitorate queste due tipologie di UdO.

Abbiamo pensato di poterlo fare perché, per quanto riguarda i controlli di appropriatezza, sono state viste 7 Com Tox su 10 quindi avevamo -per così dire- comunque elementi di monitoraggio che ci hanno permesso di "avere il polso" della situazione.

Le problematiche riscontrate sono state, in tutti i casi, riconducibili ad un mancato adeguamento ad un requisito organizzativo e gestionale di esercizio introdotto dalla dgr 2569/14, che oltre ai protocolli specificamente richiesti chiede anche che la UdO si doti delle procedure e protocolli assistenziali più rilevanti per le specifiche unità d'offerta. Nel corso del 2016 verranno recuperate le vigilanze diversamente effettuate nel 2015.

B.1 Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

Come già esplicitato nel relazionare sui controlli del primo semestre, la nostra prassi prevede sempre la visita congiunta con i Tecnici della Prevenzione e quindi anche la verifica, in ogni sopralluogo, dei requisiti strutturali e tecnologici. Il numero di Udo vigilate per questi requisiti è quindi quello riportato nella precedente tabella 15.

B.2 Vigilanza sulle UdO interessate da Piano Programma

Delle due UdO ancora in Piano Programma, una RSD ed una Riabilitazione/Cure Intermedie, quest'ultima –avendo terminato i lavori- ha presentato istanza ed è stata autorizzata in modo definitivo. La RSD ha invece presentato istanza di proroga, secondo le modalità previste dalla dgr 4702/15), con una previsione di chiusura lavori entro il primo semestre.

Tab. 21: Vigilanza semestrale sulle UdO in Piano Programma

N° UdO	N° UdO verificate	% verifiche
2	2	100%

B.3 Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento

La norma prevede la verifica di almeno il 10% delle autocertificazioni di questi requisiti (calcolato sul numero dei Gestori). Le autocertificazioni devono essere inviate ogni anno entro la scadenza del 31 gennaio, che per il 2015 –prima annualità dopo l'entrata in vigore della dgr 2569/14- è stata posticipata al 28 febbraio. Questi dati sono già stati rendicontati nel primo semestre. Per completezza li riportiamo ancora.

Tab. 22: Verifica autocertificazioni del possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

N° Enti Gestori	N° autocertif. inviate	N° autocertif. Verificate	% controllo
61	792	493	62

B.4 Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali ed organizzativi generali e specifici di esercizio ed accreditamento

Per quanto riguarda questi requisiti si è già parzialmente risposto ai punti A.2 (verifica di tutti i requisiti per le SCIA e istanze di accreditamento) e B.1 (mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici).

Come già indicato, nel primo semestre sono state irrogate due diffide e conseguenti sanzioni a due diverse Udo (entrambe RSA) a causa della mancanza di requisiti minimi di esercizio (requisiti organizzativo/gestionali: mancanza di protocolli e procedure). Nel corso del secondo semestre sono state irrogate sei sanzioni ad altrettanti enti erogatori ADI e una ad una RSD, per lo stesso motivo.

d) Controlli ex artt. 23 e 25 del Codice Civile sulle persone giuridiche di diritto privato nel secondo semestre

L'attività specifica di vigilanza e controllo ex artt. 25 e 23 c.c. viene svolta dal Responsabile U.O.D. Attività Amministrative e Controllo di Gestione, afferente al Dipartimento PAC, che opera a stretto contatto e con forte integrazione con il Servizio Accreditamenti e Controlli Sociosanitari.

Ai sensi della d.g.r. 8496/2008 è funzionante la Commissione di controllo sulle Fondazioni e Associazioni che operano in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale dell'Asl di Cremona, istituita con deliberazione n. 476 del 30/06/2010.

In relazione alle funzioni amministrative di vigilanza ex artt. 23 e 25 del Codice Civile nel secondo semestre 2015 si è provveduto:

- a mantenere aggiornate le anagrafiche delle Fondazioni della provincia di Cremona che gestiscono unità d'offerta socio sanitarie e le informazioni relative alla composizione degli organi;
- a verificare la necessità di acquisizione di eventuali aggiornamenti statutari delle stesse;
- ad aggiornare le anagrafiche delle Fondazioni e Associazioni della provincia di Cremona che non gestiscono unità socio sanitarie;
- ad acquisire eventuali aggiornamenti statutari delle stesse e composizione degli organi.

Alla fine del primo semestre 2015 si è proceduto a richiedere agli Enti che gestiscono unità d'offerta socio sanitarie l'invio integrale del bilancio consuntivo 2014, mentre i restanti Enti sono stati invitati a trasmettere solo l'atto di approvazione del bilancio 2014, purché nello stesso fosse riportato il risultato d'esercizio.

Successivamente, la Commissione ha definito che per l'anno 2015 i criteri per la definizione del campione da sottoporre a vigilanza siano: un risultato di gestione negativo da almeno 3 esercizi, con precedenza agli enti gestori di unità di offerta o enti per i quali necessita approfondire le attività svolte.

Il controllo, come previsto nel Piano controlli ASSI anno 2015, ha riguardato n. 6 Enti:

-La **Fondazione n°1** è stata sottoposta a verifica in quanto Ente gestore di una RSA, di un CDI, di Cure Intermedie e ADI. Analizzata la situazione, si è evidenziato che la struttura nel 2014 ha chiuso con una forte perdita, mentre la chiusura in attivo dei due precedenti esercizi è avvenuta grazie

ad entrate straordinarie. La Commissione ha deciso di inviare una nota per richiedere quali sono/saranno le azioni per far fronte alla gestione in perdita. In attesa di riscontro.

-La **Fondazione n°2** è stata sottoposta a verifica in quanto Ente gestore di RSA. Analizzata la situazione, si è evidenziato che la struttura ha chiuso in perdita il 2014 mentre i due esercizi precedenti presentavano un utile esiguo. La Commissione ha deciso di inviare una nota per richiedere quali sono/saranno le azioni per far fronte alla gestione in perdita. La struttura ha riscontrato alla richiesta e dalla documentazione trasmessa non emergono criticità in quanto già il 2015 viene stimato con chiusura in sostanziale pareggio.

-Alla **Fondazione n°3** è stato richiesto di trasmettere una relazione sull'attività svolta nel biennio 2013-2014. Dalla lettura della documentazione trasmessa si apprende che le attività tipiche riguardano la gestione ed affitto di alloggi a persone fragili o svantaggiate ed il sostegno ad anziani e disabili del paese.

-Alla **Fondazione n° 4** è stato richiesto di trasmettere il Bilancio anno 2013 e la relazione sull'attività svolta nel biennio 2013-2014. Dalla lettura della documentazione trasmessa, non evidenziano particolari criticità.

-Anche alla **Fondazione n° 5** è stato richiesto di trasmettere il bilancio anno 2013 e 2014 e la relazione sull'attività svolta nel biennio 2013-2014. Dalla lettura della documentazione trasmessa, si evince che le perdite d'esercizio sono dovute alle opere di ristrutturazione intraprese sulla villa storica che, una volta ultimate, permetteranno di avviare un'attività in grado di generare proventi a sostegno dell'attività istituzionale.

-Alla **Fondazione n° 6** è stato richiesto di trasmettere la relazione sull'attività svolta nel biennio 2013-2014. Dalla lettura della documentazione trasmessa, si apprende che le attività tipiche riguardano l'aggregazione (eventi, corsi ecc.) della popolazione locale.

Inoltre:

- si è invitata una settima Fondazione a rideliberare l'approvazione del Bilancio consuntivo 2014 per carenza dei necessari quorum. L'ente ha ottemperato;
- si è sollecitata una ottava Fondazione ad adottare il Bilancio consuntivo 2014. L'ente ha approvato l'atto nella seduta del CDA del 30.12.2015.

Si segnala inoltre una forte criticità relativamente a una nona Fondazione in quanto non si riesce a stabilire dei contatti, né telefonici né epistolari.

e) Vigilanze socioassistenziali effettuate nei due semestri anno 2015

Nella tabella 23 sono riportate le UdO del sistema socioassistenziale vigilate nel corso del 2015 per diversi motivi: perché campionate, perché hanno avuto una verifica di CPE, o per altri motivi.

Tab. 23: Controlli di vigilanza sulle UdO socioassistenziali

TIPOLOGIA DI UdO	Vigilate 1° sem	Vigilate 2° sem	totale
ASILO NIDO	15	18	33
MICRO NIDO	6	4	10
NIDO FAMIGLIA	2	5	7
CENTRI PRIMA INF.	2	0	2
COM. FAMILIARE	1	6	7
COM. EDUCATIVE	2	6	8
CENTRO PRONTO INT.	0	1	1
ALL. PER L'AUTONOMIA*	4	3	7
CAG	0	3	3
CSE	7	1	8
CRD	0	2	2
CAH	1	1	2
SFA	6	2	8
ALLOGGI PROTETTI ANZ.	1	3	4
CENTRI DIURNI ANZIANI	1	0	1
Totale	48	55	103

*Alloggi per l'autonomia: sono state vigilate tutte le UdO. Di esse, nel corso del 2015, una ha cessato l'attività e due l'hanno sospesa. Al 1.1.2016 sono in attività quindi 4 Alloggi per l'Autonomia rispetto ai 7 in attività nel 2015

Quando si sono riscontrate carenze –sempre comunque di lieve entità, non tali da dover comportare diffide e sanzioni- è stato richiesto il pieno ripristino del requisito ed è stata fatta segnalazione al competente UdP. Nella totalità dei casi il requisito è stato tempestivamente ripristinato.

4. 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;

- trimestrali UdO socioassistenziali (a novembre ci si attendeva l'avvio in AFAM anche per queste, ma non si è ancora attuato);
- schede struttura di tutte le tipologie (su SMAF);
- calendarizzazione trimestrale attività CDI e CDD.

5. 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.

Gli argomenti formativi per ora previsti, e che potrebbero ampliarsi nel corso dell'anno, sono particolarmente rivolti a sviluppare la capacità di gestione informatizzata delle informazioni, per cui avremo corsi di:

- informatica di base (livelli differenziati in base alle capacità già possedute), essenzialmente excel e access;
- utilizzo dei software in uso per la trasmissione dei flussi (SOSIA, SIDI, SERT, CFI, ADI, ecc.) e di quelli ancora in "sviluppo" (Tékne per vigilanza e per appropriatezza).

Si favorirà, inoltre, la partecipazione degli operatori a corsi organizzati da altre agenzie che possano avere attinenza ed utilità per l'attività di controllo.

Si valuterà anche, eventualmente, l'opportunità di un corso avanzato sull'illecito amministrativo per approfondire le tematiche affrontate nel corso di base del 2015, che ha avuto un ottimo gradimento e, soprattutto, ha mostrato una notevole efficacia.

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

Si ricorda che nel corso del 2015 si sono organizzati due corsi FAD (uno sulla dgr 1765/14 e l'altro sulla dgr 2569/14) cui hanno partecipato circa 350 operatori delle UdO accreditate. I questionari presentati alla fine hanno mostrato un altissimo livello di gradimento del corso e richieste di approfondimenti, con dichiarazioni di convincimento della elevata efficacia dei corsi in termini di apprendimento delle norme e acquisizione di una diversa consapevolezza operativa.

6. Dotazione risorse umane del SACSS e UO VICO

Non è al momento possibile definire quale sarà l'articolazione organizzativa dell'ATS Val Padana relativamente ai controlli di vigilanza e appropriatezza sociosanitari, come richiesto dalla dgr 4702/15, per cui si illustrerà l'attuale situazione del Servizio Accreditamenti e Controlli SocioSanitari (SACSS, ex ASL di Cremona) e della sua UO semplice Vigilanza e Controlli (UO VICO).

Dotazione organica e articolazione organizzativa

Il Servizio Accreditamento e Controlli SocioSanitari –e la sua articolazione Unità Operativa Vigilanza e Controlli- si è strutturato da anni con proprio personale di ruolo e dedicato.

Rispetto allo scorso anno l'équipe ha subito un ulteriore ridimensionamento, perdendo anche l'ultimo medico che era rimasto in attività.

Attualmente il personale del Servizio e UO è il seguente:

Tab. 24: Dotazione di Personale

A. Schiavi	Resp SACSS e UO VICO	Psicologo	38 ore/sett	Dipend. ASL
S. Braga	Operat. SACSS	Amministrativa	36 h/sett	Dipend. ASL
F. Colombi	Operat. SACSS	Amministrativa	36 h/sett	Dipend. ASL
B. Orio	Operat. SACSS	Educatore/informati co	36 h/sett	Dipend. ASL
P. Scolari	Operat. UO	Assistente Sociale	36 ore/sett	Dipend. ASL
E. Mizzotti	Operat. UO	Assistente Sanitaria	30 ore/sett	Dipend. ASL
I.Lazzari	Operat. UO	Infermiera	36 ore/sett	Dipend. ASL
R. Rossi*	Operat. UO	Assistente Sanitaria	36 ore/sett	Dipend. ASL
C. Raimondi	Operat. UO	Infermiera	24 ore/sett	Dipend. ASL
A. Colombo**	Operat. UO	Educatrice	36 ore/sett	Dipend. ASL
C. Tregattini	Operat. UO	Educatrice	36 ore/sett	Dipend. ASL
V. Manganati	Operat. UO	Infermiera	36 ore/sett	Rapp. Interinale
S.Barchi	Operat. UO	Assistente Sanitaria	36 ore/sett	Rapp. Interinale

*prenderà servizio 1.2.2016 ** ha chiesto di passare all'ASST

Continueranno a collaborare con il Servizio i TdP afferenti ai Servizi Distrettuali di Igiene, che assicurano le competenze tecniche indispensabili per le verifiche di Vigilanza sui requisiti strutturali e

tecnologici (SCIA/SCIA contestuale, monitoraggio biennale, completamento Piani Programma, ecc.)

Si tratta sicuramente di un organico significativo, che però deve essere rapportato alla dotazione di posti letto delle UdO presenti. Rileviamo infatti che, mentre la popolazione dell'ASL rappresenta circa il 3,5% della popolazione regionale, la dotazione di posti RSA sul territorio rappresenta il 9,4% di quella regionale, i posti di Riabilitazione/Cure Intermedie l' 11,1% e quella di CDI il 12,9%.

I posti letto delle RSD di CR corrispondono al totale di quelli presenti nelle ASL di MI, MN, LO e LC, mentre quelli di Riabilitazione residenziale alla dotazione di tutta la Regione escluse le tre ASL di MI e PV.

L'attività di Vigilanza Amministrativa ex artt. 23 e 25 CC è svolta nella nostra ASL -così come previsto dal Piano Organizzativo Aziendale- da una operatrice della U.O.D. "Attività Amministrative e Controllo di Gestione" del Dipartimento PAC.

Si tratta di una figura amministrativa a tempo pieno (dr.ssa Magni, Responsabile della UOD), che da tempo si occupa di questa tematica e che opera in stretto raccordo e collaborazione con il Servizio Accreditamenti e Controlli Sociosanitari.

Principi ispiratori

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

- presenza di operatori dedicati, così da aumentare la competenza e facilitare la gestione organizzativa dell'èquipe;
- èquipe 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 adottato dalla ex ASL di CR, che prevede la modifica della composizione dell'èquipe, parziale o totale e la rotazione delle UdO da controllare.

In merito alla formazione specifica e all'aggiornamento continuo di questo personale si veda il capitolo sulla Formazione.

In riferimento alla dotazione organica, invece, si ha l'intenzione di aumentare il PC portatili e le relative chiavette internet in dotazione, così da permettere in particolare agli operatori della vigilanza di accelerare la registrazione delle loro rilevazioni, ottimizzando e riducendone i tempi.

7. Pianificazione attività 2016

La dgr delle Regole per il 2016 –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, per ogni indicazione regionale, le declinazioni dei controlli che verranno adottate.

Tab. 25: Verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ASL
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. 26: Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ASL
Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici	<ul style="list-style-type: none"> -Verifiche sul mantenimento dei requisiti in almeno il 50% delle UdO, -Ulteriori controlli nelle UdO con criticità riscontrate nel 2015 	<ul style="list-style-type: none"> -Verifica delle UdO non vigilate nel 2015, comprese le loro sedi secondarie ove presenti. -Verifica delle UdO con criticità riscontrate nel 2015 e di cui non è ancora stato verificato il superamento.
Vigilanza sulle UdO in Piano Programma	Verifica almeno semestrale nel 100% del strutture coinvolte (1 UdO In Piano Programma ,con previsione di chiusura del Piano entro giugno 2016))	Almeno 1 sopralluog in loco per ogni semestre, con particolare attenzione alla sicurezza degli ospiti e per monitorare lo stato di avanzamento dei lavori.

Tab. 27: Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

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

Tab. 28: Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ASL
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 2015	-Verifica delle UdO non vigilate nel 2015, comprese le loro sedi secondarie ove presenti. -Verifica delle UdO con criticità riscontrate nel 2015 e di cui non è ancora stato verificato il superamento.

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

Tab.29: UdO sociosanitarie sulle quali effettuare la Vigilanza 2015

Tipologia	in esercizio	Effettuata 2015	Progr. 2016
RSA	34	17	17
CDI	24	15	9
CURE INT/RIAB	9	5	4
HOSPICE	1	1	0
ADI	16	8	8
RSD	7	4	3
CDD	11	6	5
CSS	10	5	5
COM TOX	10	5	5
SERT*	3	1	2
CFI*	6	2	4
Totale	131	69	62

*nel 2015 vigeva la vigilanza incrociata, per cui i controlli in CF e SERT sono stati effettuati sulle UdO della ASL di Lodi

A queste potranno aggiungersene altre in relazione all'eventuale rilevazione di carenze emerse nel corso dell'anno.

Tab.30: Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ASL
Controllo di appropriatezza	<p>Verifiche di appropriatezza in almeno il 50% delle UdO.</p> <p>-Ulteriori controlli nelle UdO con criticità riscontrate nel 2015.</p> <p>-Controllo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15% Fasas UdO Resid e semiresidenziali (RSA, CDI, Com Tox, Hospice); • 30% RSD, CDD, CSS; • 10% Fasas Cure Intermedie, resid e semiresid; • 5% ADI, SERT e CF (per il CF: nuovi utenti con prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria); • 3% Fasas UdO RIA ambulatoriali. <p>-Campionatura mista (casuale e mirata) con % individuata dalla ASL</p>	<p>-Controlli di appropriatezza nelle UdO non controllate nel 2015;</p> <p>-Controlli nelle UdO in cui sono state riscontrate criticità nel 2015;</p> <p>-Controlli secondo le % indicate dalla Regione (30, 15, 10, 5 e 3%).</p> <p>-Controlli mirati per almeno il 20% 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;

Per effetto di queste indicazioni regionali, i controlli di appropriatezza da effettuare nel corso del 2016 saranno i seguenti:

Tab. 31: Numero di controlli di appropriatezza programmati per l'anno 2016

Tipologia	n° UdO	n° Utenti	% applicata	n° controlli
RSA	15	2.799	15	420
CDI	10	350	15	53
CURE INT	5	1.996	10	200
RIAB.	3	871	3	26
ADI	13	924	5	46
RSD	2	460	30	138
CDD	6	98	30	29
CSS	8	69	30	21
COM TOX	3	145	15	22
SERT	2	2.438	5	122
CFI	4	1.272	5	64
Totale	71	11.422		1.141

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

Tab.32:Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR 116/2013

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

Tab.33:Attività di vigilanza sulla rete delle unità d'offerta sociali

REQUISITI	INDICAZIONI REGIONALI	AZIONI ASL
Vigilanza sulle UdO sociali	-Verifiche sul 100% delle CPE -Vigilanza sulle UdO a carattere non temporaneo non vigilate nel 2015, con particolare attenzione all'area minori e prima infanzia	- Verifica di tutti i requisiti gest/organ e strutt/tecnologici sul 100% delle CPE ricevute; - Vigilanza sulle UdO sociali (a carattere non temporaneo) non vigilate nel 2015

Le vigilanze da effettuare sulla rete delle UdO socioassistenziali sono indicate in tabella 34.

Tab.34: UdO socioassistenziali sulle quali effettuare la Vigilanza 2016

Tipologia	TOTALE UdO al 1.1.2016	VIGILATE 2015	PROGRAM 2016
ASILO NIDO	55	33	22
MICRO NIDO	14	10	4
NIDO FAMIGLIA	9	8	1
CENTRI PRIMA INF.	2	2	0
COM. FAMILIARE	10	7	3
COM. EDUCATIVE	11	8	3
CENTRO PRONTO INT.	2	1	1
ALL. PER L'AUTONOMIA	4	7	0
CAG	7	3	4
CSE	12	7	5
CAD*	2	2	0
SFA	8	6	2
ALLOGGI PROTETTI ANZ.	7	4	3
CENTRI DIURNI ANZIANI	2	1	1
CASA ALBERGO	2	0	2
Totale	147	96	51

Nella tabella non sono presenti i Centri Ricreativi Diurni (CRD= 50), non previsti dalla dgr Regole, inoltre sono conteggiati solo i CAD non accreditati come CSS (CAD= 2): per questo motivo il numero totale delle UdO socioassistenziali scende dalle 207 indicate in tabella alle 147 riportate in tabella 34. Come per gli anni 2014 e 2015, comunque, verranno effettuate vigilanze anche sui CRD.

8. Rendicontazione Economica Fondi Vigilanza

Al 31 dicembre 2014 il totale dell'accantonamento dei fondi di vigilanza ammontava a € 244.383,25

Con delibera ASL 212 del 21/5/2015 (che modificava leggermente la precedente delibera 106 del 25/2/2015) venivano impegnati € 233.500, per:

- acquisizione personale;
- prosecuzione con la formazione specifica;
- implementazione del software Tékne introducendo anche i controlli di appropriatezza;

- contribuire alle spese di gestione di tre degli automezzi utilizzati per gli spostamenti.

Al 31.12.2015, per i fini per i quali erano stati impegnati, risultavano effettivamente utilizzati € 218.000, con un avanzo di € 15.500 rispetto quelli impegnati, più altri € 10.883 che ancora non sono stati impegnati.

Tab. 35: Rendicontazione economica fondi vigilanza

Totale fondi disponibili	€ 244.383
Totale fondi impegnati	€ 233.500
Residui	€ 10.833

Tab 36: Utilizzo fondi impegnati

Totale fondi impegnati	€ 233.500
Totale fondi utilizzati al 31.12.2015	€218.000
Residui	€15.500

Entro il 29 febbraio 2016, come previsto dal decreto 11036 del 4.12.2015 che assegna i fondi vigilanza alle ASL e agli Ambiti territoriali, si farà la previsione e l'impegno di spesa per l'anno 2016. I fondi da impegnare sono indicati in tabella 37

Tab. 37: fondi da impegnare

Fondi non precedentemente impegnati	€ 10.883
Residuo fondi impegnati	€ 15.500
Fondi 2015 assegnati dalla Regione con decreto 11036/15	€ 61.074
Totale fondi da impegnare	€ 87.457

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN RSA - ANNO 2015

VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - RSA

	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (>=95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDETE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G.1: annuali, valiazioni / realizzazioni	G.2: Progettazione, pianificazione, riconoscibilità Interventi	G.3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G.4: Congruanza tra i dati del filtro di debito informativo e dati Pass	S1.1: Valutazione del rischio caduta	S1.2: Utente a rischio caducalcidato con misure preventive/trattamenti	S2.1: Esistenza di prescrizione medica completa per utenti con comorbenza	S2.2: sottosezione di consenso informato per utente con comorbenza fisica	S3.1: Valutazione del dolore con scala appropriata	S3.2: trattamento del dolore effettuato per tutti gli stati algici	S.4: Valutazione del rischio di sviluppo infezioni da pressione	S.4.1: Valutazione del rischio di sviluppo infezioni da pressione	S.4.2: Interventi appropriati per tutti i pazienti con ulcere da pressione	S.5.1: Valutazione dello stato nutrizionale appropriato clinico dell'utente	S.5.2: Interventi appropriati per tutti i pazienti con malnutrizione / deidratazione	S.5.3: Monitoraggio e/o misure preventive realizzate per tutti i pazienti con malnutrizione / deidratazione	S.6.1: Anamnesi sociale e familiare dell'utente	S.6.2: Individuazione, per i utenti, di bisogni primari, di autonomia, di benessere, di autovalutazione.	S.7.1: Specifica progettazione per utenti con deficit cognitivo (MMSE < 9)	S.8.2: Individuazione, per i utenti, di bisogni primari, di autonomia, di benessere, di autovalutazione.	S.9.1: Assistenza farmacologica appropriata	S.9.2: Scopo per nuclei	S.9.3: Adempimento attività assistenziali programmate di assistenza	S.9.4: Condizioni idonee alle condizioni del soggetto medesimo	S.9.5: Contrattamenti dell'utente e dei familiari	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA				
A	7		7	85,7%	14,3%	3	7	100%	100%	85,7%	100%	85,7%	100%	100%	100%	100%	100%	66,7%	100%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	97,4%			
B	28	10	38	15,8%	84,2%	6	38	100%	100%	92,1%	26,3%	44,7%	50,0%	89,5%	100%	93,9%	51,7%	66,7%	100%	80,0%	100%	92,0%	100%	100%	78,9%	44,7%	31,8%	NP	NP	89,5%	75,7%								
C	18	10	28	53,6%	46,4%	5	27	104%	100%	78,6%	96,4%	100%	100%	100%	100%	83,3%	50,0%	96,4%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96%	92,9%	90,5%	NP	NP	96,4%	95,5%								
D	5		5	0,0%	100%	2	5	100%	100%	0,0%	20,0%	100%	80,0%	100%	100%	20,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	81,6%		
E	21	18	39	76,9%	23,1%	11	38	103%	100%	97,4%	97,4%	100%	90,3%	100%	100%	85,2%	63,6%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	97,4%	100%	97,4%	100%	100%	100%	100%	97,5%			
F	2		2	0,0%	100%	1	0	NC	100%	0,0%	100%	100%	100%	100%	0,0%	100%	0,0%	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85,3%			
G	17	14	31	19,4%	80,7%	8	30	103%	100%	45,2%	61,3%	93,5%	100%	100%	100%	18,2%	50,0%	100%	100%	100%	88,9%	96,8%	100%	96,8%	93,3%	87,5%	85,7%	96,7%	96,7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86,5%		
H	6	3	9	0,0%	100%	3	8	113%	100%	44,4%	88,9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	33,3%	33,3%	100%	88,9%	33,3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85,1%		
I	9		9	0,0%	100%	3	9	100%	88,9%	22,2%	66,7%	88,9%	100%	100%	100%	50,0%	40,0%	100%	100%	100%	100%	100%	88,9%	100%	77,8%	44,4%	0,0%	NP	66,7%	75,1%									
L	11	11	22	4,5%	95,5%	5	22	100%	100%	18,2%	81,8%	68,2%	95,5%	100%	100%	87,5%	75,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95,5%	54,5%	29,4%	NP	95,5%	83,0%									
M	3	20	23	0,0%	100%	6	23	100%	95,7%	8,7%	65,2%	95,7%	100%	100%	90,5%	4,8%	9,5%	0,0%	5,6%	69,6%	71,4%	69,6%	41,7%	100%	52,2%	21,1%	NP	43,5%	56,1%										
N	11	11	22	4,5%	95,5%	4	22	100%	81,8%	50,0%	45,5%	72,7%	100%	100%	100%	57,1%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	72,7%	33,3%	25,0%	NP	90,9%	76,0%									
O	18		18	27,8%	72,2%	4	18	100%	94,4%	38,9%	66,7%	88,9%	93,3%	100%	100%	100%	44,4%	88,9%	75,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	44,4%	23,1%	NP	83,3%	81,5%									
P	13	12	25	60,0%	40,0%	3	24	104%	100%	72,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	84,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97,0%		
Q	11	2	13	92,3%	7,7%	4	13	100%	100%	92,3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,5%		
R	6	7	13	23,1%	76,9%	3	13	100%	84,6%	53,8%	100%	92,3%	92,3%	100%	100%	55,6%	50,0%	100%	100%	100%	100%	76,9%	40,0%	84,6%	69,2%	66,7%	NP	100%	84,6%	99,2%									
S	41	11	52	63,5%	36,5%	14	51	102%	102%	96,2%	90,4%	92,3%	94,2%	91,4%	98%	94,7%	80,0%	96,4%	98,1%	93,3%	100%	100%	100%	100%	100%	98,1%	95,7%	80,0%	98,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,2%		
T	17	7	24	100%	0,0%	4	25	96%	100%	100%	100%	95,8%	100%	100%	100%	75,0%	100%	91,7%	100,0%	100%	100%	100%	100%	95,8%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97,6%	
TOTALI E MEDIE	244	136	380	39,2%	60,8%	89	373	101,9%	96,3%	60,0%	79,7%	88,4%	95,6%	99,7%	97,3%	68,5%	57,3%	92,4%	76,7%	97,6%	95,1%	92,3%	89,7%	93,2%	78,6%	67,5%	91,7%	92,0%	86,6%										
INDICATORI NON PERTINENTI			[1692]					0%	0%	0%	0%	16,1%	0,5%	22,4%	29,7%	56,8%	0%	76,3%	0%	45,8%	0,3%	64,2%	0%	0,5%	37,6	93,7%	1,3%	[22,3%]											

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN CDI - ANNO 2015

VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - CDI																									
STRUTTURA DI	NUM. CONTR. DEL 1° SEM.	NUM. CONTR. DEL 2° SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=≥95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G1: anamnesi, valutazione / rivalutazione	G2: Programmazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G4: Congruenza fra i dati del fascio di debito informativo e deli FASAS	S1.1: Valutazione del rischio caduta	S1.2: Utente a rischio candidato con misure preventive/valutabili	S2.1: Esistenza di rischi completi per utente con contenzione fisica	S2.2: Scrittura di consenso informato per utente con contenzione	S3: Valutazione del dolore con scale appropriate	S4.1: Valutazione dello stato nutrizionale e apporto idrico dell'utente	S4.2: Monitoraggio e/o misure preventive /retentive per utente a rischio o in stato di	S5.1: Affermità sociale e familiare dell'utente	S5.2: Individuazione, per Niente, di obiettivi personalizzati per i servizi educative -	S6: Specifica progettazione per l'utente con deficit cognitivo (GMS < 19)	S7: Caratterizzazione dell'utente in attività motorie idonee alle condizioni del soggetto medesimo	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA
	5		5	100%	0,0%	1	5	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%	100%	NP	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5	5	0,0%	100%	1	5	100%	100%	0,0%	100%	0,0%	NP	100%	100,0%	0,0%	0,0%	40,0%	100%	100%	80,0%	20,0%	0%	100,0%	61,9%
	3		3	100%	0,0%	1	3	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3		3	0,0%	100%	1	3	100%	0%	0,0%	0,0%	67%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	100%	NP	0,0%	33,3%	NP	33%	48,5%
	5		5	20,0%	80,0%	2	5	100%	80,0%	20,0%	60,0%	80%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	100%	NP	80,0%	60,0%	NP	80%	78,2%
	5		5	0,0%	100%	1	5	100%	0,0%	0,0%	0%	0%	NP	100%	100,0%	NP	NP	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	100%	100%	46,4%
	2		2	0,0%	100%	1	2	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	100%	NP	0,0%	0,0%	0%	100,0%	47,8%
	8		8	25,0%	75,0%	1	8	100%	100%	25,0%	100%	100%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	100%	NP	100%	100%	NP	100%	92,7%
	2		2	0,0%	100%	1	2	100%	100%	0,0%	100%	100,0%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	50,0%	NP	100%	100%	NP	100,0%	85,7%
	3		3	0,0%	100%	1	3	100%	100%	0,0%	0,0%	66,7%	NP	100%	NP	NP	NP	100%	100%	NP	66,7%	66,7%	100%	100,0%	70,9%
	7		7	0,0%	100%	1	3	233%	100%	0,0%	0,0%	100,0%	NP	100%	100,0%	NP	NP	100%	100%	NP	100,0%	85,7%	NP	100%	70,5%
	4		4	0,0%	100%	1	4	100%	50,0%	25,0%	100%	100,0%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	0,0%	0,0%	50,0%	75,0%	NP	100,0%	65,9%
	4		4	100%	0,0%	1	4	100%	100%	100%	100%	100,0%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%
		6	6	100%	0,0%	1	6	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%	NP	NP	100%	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%
TOTALI E MEDIE	51	11	62	33,9%	66,1%	15	58	106,9%	79,0%	35,5%	64,5%	79,0%	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	95,2%	91,9%	60,0%	75,8%	71,0%	62,5%	95,2%	79,1%
INDICATORI NON PERTINENTI			[303]						0%	0%	0%	0%	91,9%	0%	0%	98,4%	98,4%	0%	0%	0%	0%	0%	74,2%	0%	[30,5%]

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN CDD - ANNO 2015

VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - CDD																										
STRUTTURA DI	NUM. CONTR. DEL 1° SEM.	NUM. CONTR. DEL 2° SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=≥95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G1: anamnesi, valutazione / rivalutazione	G2: Programmazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G4: Congruenza fra i dati del fascio di debito informativo e deli FASAS	S1.1: Valutazione Funzioni Primarie	S1.2: Interventi coerenti con valutazione Funzioni primarie per soggetti con compromissione o a rischio	S2.1: valutazione della funzione motoria	S2.2: Misure preventive per soggetti a rischio caduta	S3.1: Valutazione abilità nella cura personale	S3.2: Valutazione delle abilità nella autonomia nella alimentazione	S4.1: Valutazione del rischio di comportamenti auto/etero aggressivi	S4.2: Strategie di interventi per comportamenti auto/etero aggressivi	S5.1: Valutazione delle abilità personali, relazionali, occupazionali	S5.2: Individuazione di obiettivi personalizzati educativi, formativi, occupazionali	S6: Attivazione di percorsi personalizzati socio-educativi, socio-occupazionali	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA	
		3	3	0%	100%	1	3	100%	100%	0,0%	100%	100%	NP	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92,7%
		2	2	0%	100%	1	2	100%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	NP	100%	NP	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	78,6%
		5	5	100%	0,0%	1	5	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	2	100,0%	0,0%	1	2	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	NP	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5	5	100,0%	0,0%	1	5	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOTALI E MEDIE	5	12	17	70,6%	29,4%	5	17	100%	88,2%	70,6%	100%	88,2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96,4%
INDICATORI NON PERTINENTI			[38]						0%	0%	0%	0%	41,2%	0%	82,4%	0%	64,7%	0%	0%	17,6%	0%	17,6%	0%	0%	0%	[13,2%]

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN CSS - ANNO 2015

VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - CSS

STRUTTURA DI	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=>95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G.1: anamnesi, valutazione / rivalutazione	G.2: Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi / pianificazione	G.4: Congruenza tra i dati del flusso di debito informativo e dati Fassa	SI.1: Valutazione Funzioni Primarie	SI.2: Interventi coerenti con valutazione Funzioni primarie per soggetti con compromissione o a rischio	S.1: Valutazione abilità nella cura personale	S.2: per utente valutato a rischio caduta o caduto e stato attuato programma di trattamento	S.3.1: Valutazione abilità nella cura personale	S.3.2: Valutazione delle abilità nella autonomia nella alimentazione	S.4.2: Strategie di intervento per comportamenti auto/etero aggressivi	S.4.1: Valutazione del rischio di comportamenti auto/etero aggressivi	S.5.1: Valutazione delle abilità personali, relazionali, occupazionali	S.5.2: Individuazione di obiettivi personalizzati educativi, abitativi, occupazionali	S.6: Attivazione di programmi volti alla inclusione sociale / sostegno alle relazioni personali	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA						
	0	2	2	100%	0,0%	1	2	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	0	2	2	100%	0,0%	1	2	100%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOTALI E MEDIE	0	4	4	100%	0,0%	2	4	100,0%	100%	100%	100%	100%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
INDICATORI NON PERTINENTI			[13]						0%	0%	0%	0%	100%	0%	50,0%	50,0%	0%	0%	50,0%	0%	75,0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	[20,3%]

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN CURE INTERMEDIE - ANNO 2015

VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - CURE INTERMEDIE														
STRUTTURA DI	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=>95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G.1: anamnesi, valutazione / rivalutazione	G.2: Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G.4: Congruenza tra i dati del flusso di debito informativo e dati Fasas	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA
		107	107	91,6%	8,4%	12	107	100%	100%	91,6%	100%	100%	100%	98,1%
	4	11	15	0,0%	100,0%	3	15	100%	73,3%	0,0%	93,3%	73,3%	100%	60,6%
	3		3	100%	0,0%	1	0	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOTALI E MEDIE	7	118	125	80,8%	19,2%	16	122	102,5%	96,8%	80,6%	99,2%	96,8%	100%	94,0%
<i>INDICATORI NON PERTINENTI</i>			[73]						0%	0,8%	0,8%	0,8%	56,0%	[11,7%]

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN RIABILITAZIONE AMB - ANNO 2015

VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - RIABILITAZIONE AMBULATORIALE														
STRUTTURA DI	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=>95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G.1: anamnesi, valutazione / rivalutazione	G.2: Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G.4: Congruenza tra i dati del flusso di debito informativo e dati Fasas	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA
	10		10	100%	0,0%	1	7	143%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	28	10	38	60,5%	39,5%	2	34	112%	73,7%	78,9%	97,4%	100%	96,0%	88,7%
		3	3	100%	0,0%	1	2	150%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	14		14	0,0%	100%	1	14	100%	100%	0,0%	100%	100%	NP	75,0%
TOTALI E MEDIE	52	13	65	55,4%	44,6%	5	57	114,0%	84,6%	66,2%	98,5%	100%	97,1%	88,5%
<i>INDICATORI NON PERTINENTI</i>			[30]						0%	0%	0%	0%	46,1%	[9,3%]

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN ADI EX POST - ANNO 2015

												VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - ADI EX POST												
												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Pattante	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (>=95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDETE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015 (EX POST + IN ITINERE)	% EFFETTUAZIONE RISPETTO A PROGRAMMATI	G.1: anamnesi, valutazione / rivalutazione	G.2: Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G.4: Congruenza fra i dati del flussogramma di debito informativo e dati Fasas	S.1: Monitoraggio del sintomo del dolore con scale appropriate	S.2.1: Valutazione del rischio di sviluppo di ulcere da pressione	S.2.2: Interventi appropriati in pazienti con rischio di sviluppo di ulcere da pressione	S.3: Corretta applicazione protocolli assistenziali	S.4: corretta registrazione in diario degli interventi, di eventuale rivalutazione, modifica profilo.	S.5.1: Prilipi conformi al dettato normativo	S.5.2: Rispetto dei criteri di appropriatezza pre-stazioni riabilitative secondo DDG 6032/12	MEDIA DEI V. %			
		60	60	43,3%	56,7%	7	73	82,2%	NP	60,0%	NP	98,3%	90,0%	90,0%	100%	100%	86,7%	76,7%	100%	100%	87,0%			
		3	3	0,0%	100%	1	2	150%	NP	0,0%	NP	66,7%	100%	0,0%	100%	100%	0,0%	0,0%	50,0%	50%	42,3%			
		4	4	0,0%	100%	2	4	100%	NP	0,0%	NP	50,0%	25,0%	0,0%	75,0%	50,0%	50,0%	25,0%	100%	0,0%	34,4%			
		20	20	0,0%	100%	2	27	74,1%	NP	0,0%	NP	100%	90,0%	75,0%	85,0%	66,7%	90,0%	85,0%	NP	NP	73,8%			
		14	14	14,3%	85,7%	3	16	87,5%	NP	21,4%	NP	100%	78,6%	100%	92,9%	80,0%	85,7%	78,6%	NP	NP	79,6%			
	1	16	17	0,0%	100%	5	21	81,0%	NP	0,0%	NP	94,1%	64,7%	88,2%	76,5%	33,3%	87,5%	68,8%	100%	0,0%	66,1%			
		32	32	46,8%	53,2%	4	35	91,4%	NP	56,3%	NP	96,9%	81,3%	100%	100%	100%	100%	75,0%	100%	100%	88,4%			
		17	17	0,0%	100%	5	19	89,5%	NP	0,0%	NP	94,1%	76,5%	41,2%	82,4%	63,6%	88,2%	70,6%	NP	NP	64,6%			
		8	8	87,5%	12,5%	2	13	61,5%	NP	87,5%	NP	100%	87,5%	87,5%	87,5%	85,7%	87,5%	100%	100%	100%	91,3%			
		14	14	7,1%	92,9%	3	12	116,7%	NP	7,1%	NP	85,7%	85,7%	85,7%	100%	100%	64,3%	71,4%	NP	NP	72,5%			
		18	18	22,2%	77,8%	4	19	94,7%	NP	33,3%	NP	88,9%	94,4%	77,8%	88,9%	75,0%	66,7%	72,2%	100%	100%	75,4%			
		0	0	NC	NC		4	0,0%																
		0	0	NC	NC		2	0,0%																
		0	0	NC	NC		4	0,0%																
		0	0	NC	NC		1	0,0%																
TOTALI E MEDIE	1	206	207	26,6%	73,4%	38	252	82,1%	NP	34,3%	NP	94,7%	83,6%	82,1%	92,8%	78,1%	84,0%	74,3%	96,7%	86,7%	78,5%			
INDICATORI NON PERTINENTI			[904]						100%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	64,7%	0,5%	0,5%	85,5%	85,5%	[36,4%]			

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN ADI IN ITINERE - ANNO 2015

								VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - ADI IN ITINERE													
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Pattante	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (= >95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (< 95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015 (EX POST + IN ITINERE)	% EFFETTUAZIONE RISPETTO A PROGRAMMATI	G.1 : anamnesi, valutazione / rivalutazione	G.2: Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1 : Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G.4: Congruenza fra i dati del flusso di debito informativo e dati Fasas	S.1: Comunicazione all'utenza	S.2: Monitoraggio del sintomo del dolore con scale appropriate	S.3.1: Valutazione del rischio di sviluppo di ulcere da pressione	S.3.2: Interventi appropriati in pazienti con rischio di sviluppo di ulcere da pressione	S.4: Presenza di registrazioni in diario di eventi occorsi e interventi attuati	S.5.1: Pipipi conformi al dettato normativo	S.5.2: Rispetto dei criteri di appropriatezza prestazioni riabilitative secondo DDG 6032/12	MEDIA DEI V. %
	5	9	14	71,4%	28,6%	9	73	19,2%	NP	85,7%	NP	100,0%	100,0%	92,9%	78,6%	100%	100,0%	92,9%	100%	100%	93,3%
			0	NC	NC	0	2	0,0%													
		2	2	0,0%	100%	1	4	50,0%	NP	50,0%	NP	50,0%	50,0%	100%	0,0%	50,0%	50,0%	50,0%	100%	100%	55,5%
		1	1	0,0%	100%	1	1	100,0%	NP	0,0%	NP	100%	100%	100%	0,0%	100,0%	NP	100,0%	NP	NP	71,4%
	1	3	4	25,0%	75,0%	2	4	100,0%	NP	25,0%	NP	100%	100%	100%	50,0%	50,0%	33,3%	75,0%	NP	NP	66,6%
	5	2	7	71,4%	28,6%	5	27	25,9%	NP	71,4%	NP	100%	100%	100%	100%	85,7%	83,3%	100%	NP	NP	92,6%
		2	2	50,0%	50,0%	1	16	12,5%	NP	50%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	NP	93,7%
		2	2	0,0%	100%	1	2	100,0%	NP	0,0%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%	NP	NP	86,6%
	2	4	6	66,6%	33,4%	4	21	28,6%	NP	66,7%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%	NP	NP	95,5%
	2		2	0,0%	100%	2	0	#DIV/0!	NP	100%	NP	100%	100%	100%	0,0%	100,0%	100%	100%	NP	NP	85,7%
	1	4	5	20,0%	80,0%	2	4	125,0%	NP	20,0%	NP	100%	100%	100,0%	100%	80,0%	75,0%	100,0%	NP	NP	84,6%
		4	4	50,0%	50,0%	1	35	11,4%	NP	100%	NP	100%	100%	100%	75,0%	75,0%	0,0%	100%	NP	NP	89,6%
		2	2	0,0%	100%	1	19	10,5%	NP	0,0%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	NP	86,7%
		6	6	83,3%	16,7%	2	13	46,2%	NP	83,3%	NP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	NP	97,7%
			0	NC	NC	0	12	0,0%													
		3	3	66,6%	33,4%	1	19	15,8%	NP	100,0%	NP	100%	66,7%	66,7%	100%	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	83,3%
	2		2	100%	0,0%	1	0	#DIV/0!	NP	100,0%	NP	100%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	NP	NP	100,0%
TOTALI E MEDIE	18	44	62	53,2%	46,8%	34	252	24,6%	NP	66,1%	NP	98,4%	96,5%	96,8%	82,3%	90,3%	82,9%	95,2%	66,7%	66,7%	88,5%
INDICATORI NON PERTINENTI			[274]						100%	0%	100%	0%	8,1%	0%	0%	0%	43,5%	0%	95,2%	95,2%	[36,8%]

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA EFFETTUATI IN ADI EX POST + IN ITINERE - ANNO 2015

	NUM. CONTR. EX POST	NUM. CONTR. IN ITINERE	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	SEDUTE DI CONTROLLO EX POST	SEDUTE DI CONTROLLO IN ITINERE	NUM. SEDUTE TOTALI DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015 (EX POST + IN ITINERE)	% EFFETTUAZIONE RISPETTO A PROGRAMMATI	% EX POST SU TOTALI	% IN ITINERE SU TOTALI	RATIO CONTROLLI/SEDUTA EX POST	RATIO CONTROLLI/SEDUTA IN ITINERE	RATIO TOTALE CONTROLLI/SEDUTE
Pattante													
	60	14	74	7	9	16	73	101,4%	81,1%	18,9%	8,6	1,6	4,6
	3	0	3	1		1	2	150,0%	100,0%	0,0%	3,0	NC	3,0
	4	2	6	2	1	3	4	150,0%	66,7%	33,3%	2,0	2,0	2,0
		1	1		1	1	1	100,0%	0,0%	100,0%	NC	1,0	1,0
		4	4		2	2	4	100,0%	0,0%	100,0%	NC	2,0	2,0
	20	7	27	2	5	7	27	100,0%	74,1%	25,9%	10,0	1,4	3,9
	14	2	16	3	1	4	16	100,0%	87,5%	12,5%	4,7	2,0	4,0
		2	2		1	1	2	100,0%	0,0%	100,0%	NC	2,0	2,0
	17	6	23	5	4	9	21	109,5%	73,9%	26,1%	3,4	1,5	2,6
		2	2		2	2	0	#DIV/0!	0,0%	100,0%	NC	1,0	1,0
		5	5		2	2	4	125,0%	0,0%	100,0%	NC	2,5	2,5
	32	4	36	4	1	5	35	102,9%	88,9%	11,1%	8,0	4,0	7,2
	17	2	19	5	1	6	19	100,0%	89,5%	10,5%	3,4	2,0	3,2
	8	6	14	2	2	4	13	107,7%	57,1%	42,9%	4,0	3,0	3,5
	14	0	14	3		3	12	116,7%	100,0%	0,0%	4,7	NC	4,7
	18	3	21	4	1	5	19	110,5%	85,7%	14,3%	4,5	3,0	4,2
		2	2		1	1	0	#DIV/0!	0,0%	100,0%	NC	2,0	2,0
TOTALI E MEDIE	207	62	269	38	34	72	252	106,7%	77,0%	23,0%	5,4	1,8	3,7

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN COMUNITA' DI RECUPERO TOSSICODIPENDENZE - ANNO 2015
VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - COMUNITA' DI RECUPERO

STRUTTURA	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=>95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G.1 : anamnesi, valutazione / rivalutazione	G.2 : Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1 : Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2 : Coerenza interventi /pianificazione	G.4 : Congruenza fra i dati del flusso di debito informativo e dati Fasas	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA
		4	4	50,0%	50,0%	1	4	100%	50,0%	75,0%	75,0%	75,0%	100%	75,0%
		13	13	41,6%	58,4%	2	14	93%	100%	46,2%	100%	61,5%	100%	81,5%
		16	16	100%	0,0%	3	16	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7	7	0,0%	100%	1	7	100%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	100%	40,0%
		7	7	85,7%	14,3%	2	7	100%	85,7%	100%	100%	100%	100%	97,1%
		6	6	0,0%	100%	1	3	200%	0,0%	0,0%	83,3%	0,0%	100%	36,7%
		5	5	0,0%	100%	1	5	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100%	40,0%
			0			0	2	0%						
TOTALI E MEDIE	0	58	58	51,7%	48,3%	11	58	100,0%	63,8%	55,2%	87,9%	67,2%	100%	74,8%
INDICATORI NON PERTINENTI			[0]						0%	0%	0%	0%	0%	[0,0%]

[*]= non avviata attività: nessun utente

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN SERT - ANNO 2015
VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - SERT - SMI - NOA

STRUTTURA	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=>95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015	% EFFETTUAZIONE	G.1 : anamnesi, valutazione / rivalutazione	G.2 : Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1 : Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2 : Coerenza interventi /pianificazione	G.4 : Congruenza fra i dati del flusso di debito informativo e dati Fasas	VALORE PERCENTUALE MEDIO SODDISFACIMENTO INDICATORI PER STRUTTURA
	18		18	100%	0,0%	1	15	120%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOTALI E MEDIE	18	0	18	100%	0%	1	15	120,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
INDICATORI NON PERTINENTI			[3]						0%	0%	0,5%	0,5%	0,5%	[3,3%]

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN CFI - ANNO 2015

										VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - CFI																			
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
										G.1: anamnesi, valutazione / rvalutazione	G.2: Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G.4: Congruenza tra i dati del flusso di debito informativo e dati Fasas	S.1: Il colloquio di accoglienza ha avuto per esito un percorso di valutazione ... (cod:101)	S.2.1: Situazioni complesse (Cod. 003) con colloquio (cod. 001) effettuato da almeno 2 operatori ...	S.2.2: Discussione di equipe per casi Cod. 003 intracciabile in FASAS	S.3: Evidenza di incontri fra operatori CFI e operatori altre agenzie (Cod. 801 e 802)	S.4: Counseling per art. 5 L. 194/78 documentato prima di eventuale prescritz. Medica con esclusione casi in emergenza	MEDIA DEI V. %									
STRUTTURA DI	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=>95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015 (EX POST + IN ITINERE)	% EFFETTUAZIONE RISPETTO A PROGRAMMATI	100%	53,8%	92,3%	92,9%	90,5%	100,0%	100%	100%	NP	NP	90,1%										
	21	0	21	66,7%	33,3%	1	16	131,3%	100%	36,4%	100%	100,0%	100%	100%	100%	100%	NP	NP	92,3%										
TOTALI E MEDIE	42	0	42	66,7%	33,3%	2	31	135,5%	100%	45,8%	96,0%	96,6%	95,2%	100,0%	100,0%	100,0%	NP	100,0%	91,1%										
<i>INDICATORI NON PERTINENTI</i>			[228]						11,9%	42,9%	40,5%	31,0%	0%	81,0%	73,8%	71,4%	100%	90,5%	[54,3%]										

SINTESI DATI DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA IN HOSPICE - ANNO 2015

										VALORI PERCENTUALI DI SODDISFACIMENTO INDICATORI DGR 1765 - HOSPICE																					
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11											
										G.1: anamnesi, valutazione / rvalutazione	G.2: Progettazione, pianificazione, tracciabilità interventi	G.3.1: Coerenza valutazione/progettazione	G.3.2: Coerenza interventi /pianificazione	G.4: Congruenza tra i dati del flusso di debito informativo e dati Fasas	S.1: Valutazione della presa in carico	S.2.1: Valutazione del dolore	S.2.2: Trattamento del dolore	S.3.1: Valutazione del bisogno specifico di supporto all'utente e familiari per l'accompagnamento a fine vita	S.3.2: Interventi specifici finalizzati all'accompagnamento a fine vita	S.4: Appropriata applicazione dei protocolli assistenziali	MEDIA DEI V. %										
STRUTTURA DI	NUM. CONTR. DEL 1^ SEM.	NUM. CONTR. DEL 2^ SEM.	CONTROLLI TOTALI EFFETTUATI NEL 2015	% CONTROLLI CON ESITO POSITIVO (=>95%)	% CONTROLLI CON ESITO NEGATIVO (<95%)	NUM. SEDUTE DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA	CONTROLLI PROGRAMMATI 2015 (EX POST + IN ITINERE)	% EFFETTUAZIONE RISPETTO A PROGRAMMATI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93,3%	81,8%	100%	98,6%										
	0	30	30	93,3%	6,7%	3	30	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93,3%	81,8%	100%	98,6%										
TOTALI E MEDIE	0	30	30	93,3%	6,7%	3	30	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93,3%	81,8%	100%	98,6%										
<i>INDICATORI NON PERTINENTI</i>			[37]						3,3%	0%	0%	0%	56,7%	0%	0%	0%	0%	0%	63,3%	0,0%	[11,2%]										

ATS VAL PADANA

Servizio Accreditamenti e Controlli Sociosanitari

Piano dei controlli relativo alla sede territoriale di Mantova

anno 2016

Indice

Presentazione generale

Piano Controlli per le Unità di Offerta Socio Sanitaria

Piano controlli per le unità di offerta socio sanitarie

Sperimentazioni ex DGR 3239/2012 – attività svolta anno 2015

Misure applicative della DGR 116/2013 - DGR 2942/2014

Attività di vigilanza e Controllo ai sensi degli articoli 23 e 25 del Codice Civile sulle

persone giuridiche di diritto privato

Rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite all'ASL attraverso il

contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI e rete sociale con decreto n.

12674/2014

Controllo sui Flussi Informativi area Socio Sanitaria

Presentazione generale

Il Piano dei Controlli delineato per l'anno 2016 in ambito socio sanitario è stato formulato in base alle indicazioni contenute nelle DGR n. 2569/2014 "Revisione del sistema di esercizio ed accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo", DGR 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 X/4702 del 29.12.2015 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario Regionale per l'esercizio 2016", nella normativa specifica per ciascuna unità d'offerta e nel rispetto 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.

La funzione di vigilanza e controllo sarà orientata alla tutela 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.

Il Piano dei Controlli per l'anno 2016 sarà così articolato:

- Descrizione organizzativa adottata dall'ATS a garanzia delle attività di vigilanza a controllo, figure professionali coinvolte, dotazione di personale, Formazione prevista a favore degli operatori e modalità di monitoraggio dell'attività di controllo.
- Area Socio sanitaria (Analisi di contesto della rete delle unità di offerta socio sanitaria con descrizione dell'attività svolta nell'anno 2015 e programmazione anno 2016.
- Area sociale (Analisi della rete delle unità di offerta socio assistenziali con descrizione dell'attività svolta nell'anno 2015 e programmazione anno 2016)
- Relazione attività svolta in relazione alle sperimentazioni ex DGR 3239/2012 e DGR 2022/2014
- Misure applicative della DGR 116/2013 - DGR 2942 del 19.12.2014
- Controllo sui Flussi Informativi Area Socio Sanitaria
- Attività di Vigilanza e Controllo ai sensi degli articoli 23 e 25 del Codice Civile sulle persone giuridiche di diritto privato.
- Rendicontazione economica sull'utilizzo delle risorse attribuite all'ASL attraverso il contributo regionale per la vigilanza.

Servizio Accreditamento Vigilanza e Controllo Socio Sanitario e Socio Assistenziale, figure professionali coinvolte, personale attribuito, Formazione e monitoraggio dell'attività

L'attività di controllo sulle strutture socio sanitarie e socio assistenziali è effettuata dal personale assegnato al Servizio Accreditamento Vigilanza e Controllo Socio Sanitario e Socio Assistenziale, il cui Responsabile è individuato quale Responsabile del procedimento di Accreditamento e dei Controlli di Vigilanza ed Appropriatezza.

Il Servizio comprende diverse figure professionali, quali medico, assistente sociale, tecnico della prevenzione, infermiere. La programmazione dell'attività è strutturata in modo da garantire la multi professionalità e l'integrazione dei profili professionali coinvolti.

Trattasi prioritariamente di personale assegnato specificamente al servizio, che opera sia come attività di vigilanza sia come verifica di appropriatezza, garantendo così la unitarietà e coerenza dell'attività di verifica.

Ogni sopralluogo di verifica, sia di vigilanza sia di appropriatezza, è effettuato da una equipe di almeno 2 operatori, con diverse professionalità.

Tutti gli operatori addetti alla vigilanza sono dipendenti ATS Val Padana.

Oltre a personale assegnato in via esclusiva al servizio, nel 2015 numerosi operatori (n. 19) erano assegnati solo in % (media 10/20%) all'attività di controllo.

Di questi n. 12 sono transitati in ASST e pertanto, alla luce dei nuovi assetti (ATS e ASST) sarà necessario ridefinire il personale assegnato all'attività.

Del personale assegnato in via esclusiva, un Assistente Sociale è stato inoltre collocato a riposo.

Di seguito il personale ATS (dati al 1.01.2016): per il personale assegnato in % nel 2015 non è ad oggi definito se tale personale sarà comunque mantenuto nell'attività di vigilanza.

personale ADDETTO all'attività di vigilanza e controllo SOCIO SANITARIO E SOCIO ASSISTENZIALE al 1.01.2016			
NOME	qualifica	assegnazione esclusiva al Servizio	% DI ASSEGNAZIONE ALLA FUNZIONE al 31.12.2015
GONELLA CLARA	MEDICO RESPONSABILE DEL SERVIZIO	X	
GARDINAZZI MIRIA	ASSISTENTE SOCIALE	X	
GAVIOLI CECILIA	ASSISTENTE SOCIALE	X	
MANTOVANI MANRICO	TECNICO DELLA PREVENZIONE	X	
TADDEI ANNARITA	ASSISTENTE SOCIALE	X	
TOGNALI GRAZIANA	ASSISTENTE SOCIALE	X	
SPECIALE SALVATORE	MEDICO GERIATRA		40%
IZZI ANNIBALE	INFERMIERE COORDINATORE		20%
VALDISOLO PAOLO	TECNICO DELLA PREVENZIONE		20%
GARATTI MONICA	ASSISTENTE SOCIALE		10%
BETTINAZZI CESARINA	INFERMIERA		20%
BONOMETTI TIZIANA	INFERMIERA		20%
LA NOTTE GRAZIA	INFERMIERA		20%

Il servizio opera in costante collaborazione ed integrazione con le diverse strutture dell'ATS adibite ai controlli, al fine di garantire coerenza ed efficacia nell'azione di controllo. Il personale del

Servizio è in casi particolari ed al bisogno integrato da operatori con specifiche professionalità afferenti ad altri servizi (quali ad esempio il Dipartimento di Prevenzione Medica).

La costante collaborazione con i servizi a cui afferiscono i flussi informativi, anche se non afferenti direttamente al servizio, ha permesso il regolare accesso ai dati epidemiologici ed amministrativi oggetto dei flussi, utilizzati per la definizione e programmazione dell'attività di controllo, e sarà ulteriormente rafforzata al fine di garantire agli operatori del servizio di vigilanza e controllo l'accesso a tutti i dati necessari alla programmazione dell'attività.

La competenza amministrativa, che attualmente fa capo a personale amministrativo afferente alla ex Direzione Sociale e/o Dipartimento ASSI sarà rafforzata anche attraverso l'assegnazione di personale dedicato.

È stata implementata la dotazione di strumenti informatici funzionali all'attività con l'adeguamento dei programmi informatici per la gestione dei flussi, essenziale per la programmazione dei controlli, e dotando tutti gli operatori di idonea strumentazione per l'attività di verifica durante i sopralluoghi, anche utilizzando i fondi specifici per l'attività di vigilanza.

Formazione

Nel 2015 è stato attivato un percorso di "Formazione sul campo" per gli operatori del Servizio Accreditamento Vigilanza e controllo socio sanitario e socio assistenziale dal titolo "DGR 1765/2014 e DGR 2569/2014: ricadute operative sull'attività di vigilanza".

Il corso si è articolato in n. 5 incontri nel 1 semestre, per un totale di 15 ore.

Il corso ha coinvolto, oltre gli operatori del servizio, anche il personale che, precedentemente formato, ha integrato le equipe di vigilanza.

È stato approfondito l'aspetto legato alla prevenzione della corruzione, problematica particolarmente attuale per la tipologia di attività in oggetto, attraverso corsi di formazione specifici.

In collaborazione con l'ASL di Cremona è stato attivato il corso "Sistema sanzionatorio amministrativo connesso agli effetti della vigilanza sulle strutture socio sanitarie nella Regione Lombardia" articolato in 3 giornate per n. 24 ore, a cui hanno partecipato n. 14 operatori della vigilanza e controllo, delle varie professionalità.

Per il 2016 è in corso di programmazione un percorso di "Formazione sul campo" che permetta agli operatori di confrontarsi con le problematiche emerse nel 2015 nel corso della prima applicazione delle DGR 1765/2014 e 2669/2014.

Monitoraggio del Piano Controlli

Sarà effettuato un monitoraggio costante di quanto previsto dal Piano Controlli attraverso la valutazione sistematica dei dati emersi dai sopralluoghi; il monitoraggio semestrale dell'attività di

vigilanza e controllo esercitata sarà effettuato attraverso la specifica modulistica con relativa rendicontazione alla DG Famiglia.

Piano controlli per le unità di offerta socio sanitarie

Rete delle Unità di Offerta Socio Sanitaria: attività di vigilanza sui requisiti strutturali, tecnici, organizzativi e gestionali, e controlli di appropriatezza anno 2015

Unità d'offerta Socio Sanitarie in esercizio al 31.12.2015 nell'ASL di Mantova				
Tipologia servizi	Tot. U.O.	Posti autorizzati	Posti accreditati	Posti a contratto
RSA	51	3808	3629	3258
RSD	5	154	120	120
CSS	8	67	66	66
CDD	12	344	344	335
CDI	25	413	393	330
Cure Intermedie	4			162
Servizi diurni Riabilitazione Minori	2			
Servizi diurni Riabilitazione	2			
HOSPICE	2			18
SERT – Dipendenze ASL MN	1			
Riab. Dipendenze	8	148	148	136
Consultori fam. ASL Mantova	13			
Consultori fam. Privati	3			
Erogatori ADI accreditati da ASL MN	17			
Totale Udo	153			

Premessa

L'attività di controllo nel 2015 è stata effettuata secondo le indicazioni contenute nelle DGR n. 2569 del 31.10.2014 e DGR 2989 del 23.12.2014.

Nell'ambito dei controlli sul mantenimento dei requisiti gestionali, organizzativi e controlli di appropriatezza, l'attuale organizzazione del Servizio Vigilanza Accreditamento e Controllo Socio Sanitario e Socio Assistenziale, che prevede che le funzioni di vigilanza e quelle di verifica dell'appropriatezza siano fortemente congiunte, ha permesso di poter integrare la verifica dell'appropriatezza organizzativa a supporto dei percorsi assistenziali con il controllo di appropriatezza assistenziale.

La prevalenza di personale assegnato che opera in entrambi gli aspetti della verifica, ha permesso inoltre di garantire la sinergia ed il costante confronto tra gli operatori, al fine di assicurare la maggiore uniformità possibile nell'ambito di tutto il territorio di competenza.

Nel 2015 si è data piena applicazione alle DGR 1765/2014 e 2569/2014.

La DGR 2569 del 31.12.2014 ha ridefinito i requisiti di esercizio ed accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie, mentre con la DGR n. 1765/2014 è stata attuata una profonda revisione del sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale, finalizzata a migliorare la qualità

assistenziale, identificando indicatori di appropriatezza assistenziale specifici per le diverse tipologie di unità d'offerta, nelle aree più significative per ciascuna tipologia di utenza.

L'applicazione delle DGR sopra citate ha confermato la necessità di dedicare ad ogni singolo controllo un adeguato e consistente impegno di tempo.

La puntuale e rigorosa analisi sia dei requisiti ex DGR 2569/2014, sia degli indicatori ex DGR 1765/2014 ha evidenziato in numerose strutture verificate la necessità di revisione, integrazione, perfezionamento di processi, procedure e protocolli.

La sempre maggiore complessità nell'attività di controllo è resa evidente anche dal fatto che il n. dei sopralluoghi di vigilanza nel 2015 è ulteriormente aumentato (n.186 sopralluoghi di vigilanza, a fronte di n. 184 nel 2014, n. 180 nel 2013 e n. 161 nel 2012).

Il n. di sopralluoghi per le verifiche di appropriatezza delle prestazioni nel 2015 è stato di n. 281, a fronte di n. 231 nel 2014, n. 170 nel 2013 e n. 165 nel 2012, seppur con un numero complessivo sovrapponibile di FASAS verificati.

Si è reso inoltre necessario attivare percorsi di informazione, formazione e confronto tra enti gestori e le equipe ASL addette ai controlli al fine di ottimizzare l'applicabilità dei suddetti requisiti ed indicatori.

Da segnalare che nella maggior parte delle strutture riverificate a distanza di tempo, l'azione di accompagnamento nell'analisi critica di tali aspetti ha evidenziato l'effettuazione da parte delle stesse di un importante percorso di revisione interna e di miglioramento delle procedure adottate.

L'incalzare della normativa regionale nell'ambito della verifica di appropriatezza ha comportato la necessità programmare incontri con gli enti erogatori per il periodico aggiornamento, sia in plenaria (per tipologia di unità di offerta) sia con i singoli enti gestori che richiedevano incontri su aspetti specifici che intendevano approfondire per la successiva revisione.

N. 38 erogatori socio sanitari hanno richiesto momenti di confronto, anche ripetuti, sulle problematiche evidenziate nell'applicazione delle DGR, prioritariamente in relazione all'applicazione degli indicatori di appropriatezza e delle procedure / protocolli richiesti dalla normativa.

Tale aspetto ha richiesto un notevole impegno, anche in termini di tempo, da parte degli operatori del servizio vigilanza, ognuno per la parte di specifica competenza.

La previsione di successive sanzioni per il non rispetto delle percentuali minime di rispondenza ai singoli indicatori ha ulteriormente incentivato i gestori ad approfondire, individuare nuove modalità di rilevazione, ridefinire procedure e protocolli, con la conseguente richiesta di continuo confronto con l'equipe di controllo.

Le risultanze dei controlli sono dettagliate per singola unità di offerta.

Di seguito gli aspetti specifici per tipologia di unità d'offerta.

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

R.S.A.	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI al 31.12.2015						
	Ambito sede della RSA						TOTALE
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	ASL
RSA attive in provincia di Mantova	4	9	12	9	7	10	51
totale posti accreditati a contratto	241	601	1.080	421	345	570	3.258
di cui posti di nucleo Alzheimer	17		63			10	90
posti autorizzati definitivi	241	623	1.205	606	470	663	3808
posti solo di sollievo	2	12	6	8	2	3	33
posti autorizzati non accreditati		10	86	37	10	36	179
Posti accreditati non a contratto		12	39	148	115	57	371

Attività Svolta Anno 2015						
RSA	VOLTURA	nuovo accreditamento o ampliamento	SCIA	Conclusione Piano Programma	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte	3	1	4	1	3	38
N. sopralluoghi	1	2	6	3	9	79

Stato Di Fatto/Criticità

Nel Novembre 2015 l'unica RSA (193 p.l.) ancora in possesso di autorizzazione provvisoria al funzionamento in presenza di piano delle opere di adeguamento ha concluso i lavori. Il piano programma prevedeva la costruzione di un nuovo stabile con la creazione finale di 2 RSA (120 e 106 p.l.) con un incremento di n. 33 posti letto autorizzati ed accreditati (oltre all'incremento del numero di RSA da 50 a 51).

Sono stati inoltre attivati, in RSA già esistenti, ulteriori n. 6 p.l. nel Distretto di Viadana, n. 8 p.l. nel Distretto di Ostiglia, n. 6 p.l. nel Distretto di Suzzara e n. 10 p.l. nel Distretto di Guidizzolo.

Complessivamente dunque rispetto al 31.12.2014 sono attivi 63 nuovi posti letto di RSA.

Le Regole 2015 permettevano l'ampliamento dei posti accreditati e pertanto 1 RSA di 80 p.l. solo abilitata all'esercizio nel distretto di Suzzara ha richiesto ed ottenuto l'accreditamento. Tali posti non sono comunque stati messi a contratto.

N. 3 RSA sono state oggetto di voltura a seguito di modifica dell'Ente Gestore.

Per 3 strutture sono pervenute segnalazioni relative a problematiche assistenziali, per le quali si è provveduto ed effettuare sopralluoghi.

In 1 RSA è stato necessario procedere alla emissione di n. 2 diffide al ripristino dei requisiti organizzativi e gestionali di accreditamento, con erogazione delle relative sanzioni ai sensi della L.R. n. 2/2012.

Nelle altre 2 strutture non si sono evidenziate particolari problematiche.

Le strutture complessivamente sottoposte a controllo dei requisiti di esercizio ed accreditamento sono state 38 (76%) di cui n. 25 (50%) sottoposte a vigilanza sui requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali e n. 13 sottoposte solo a vigilanza sui requisiti organizzativi e gestionali.

Nonostante la continua azione di monitoraggio, permangono le consuete criticità in alcuni aspetti importanti quali: Carta dei Servizi (nell'aggiornamento del Sito WEB), Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza (nel 30% delle RSA verificate, pur effettuando la rilevazione, non viene effettuata una adeguata analisi critica degli esiti, non sono individuate conseguenti azioni di miglioramento, o non si dà evidenza dei criteri con cui si effettua la rilevazione distinta per ospiti e/o familiari).

Per quanto riguarda il sistema di Miglioramento della qualità, compresa la gestione integrata del rischio (Risk Management) si segnala che la maggior parte delle RSA ha intrapreso un percorso coordinato al loro interno che sta producendo importanti modifiche nelle procedure adottate.

La valutazione effettuata sui Piani di Formazione delle strutture ha evidenziato nel 50% dei casi la necessità di perfezionare la parte relativa all'analisi dei bisogni formativi quale presupposto per la definizione della programmazione della formazione.

Si è proseguito, alla luce dei nuovi indicatori della DGR 1765/2014, nell'analisi puntuale del Piano Educativo / di Animazione. Si è evidenziato nel 55% la necessità di revisionarne la stesura, prioritariamente negli aspetti relativi all'analisi dei bisogni ed alla programmazione degli interventi in relazione alla necessità della maggiore personalizzazione degli interventi.

L'applicazione della DGR 2569/2014, che ha perfezionato e dettagliato i requisiti di esercizio ed accreditamento, ha portato a richiedere integrazioni, perfezionamento, adeguamento della documentazione relativa al documento organizzativo gestionale nel 60% delle RSA verificate.

La puntuale analisi dei protocolli/procedure adottati, in particolare prevenzione cadute, strumenti di protezione, gestione del dolore, gestione del FASAS, lesioni da pressione, anche attraverso l'applicazione degli indicatori di cui alla DGR 1765/2014, ha evidenziato in numerose strutture (80%) la necessità di revisione, integrazione, perfezionamento degli stessi.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate da RSA nell'anno 2015

Offerta e consumi nei primi nove mesi dell'anno 2015 in RSA.

I dati sottoindicati sono comprensivi di tutti i posti letto accreditati a contratto nelle RSA nel corso dell'anno 2014. I dati di consumo sono relativi al periodo 1/01/2015 -30/09/2015.

SITUAZIONE UTENZA RSA AL 30/09/2015- POSTI A CONTRATTO

RSA	Ambito sede della RSA						TOTALE
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	ASL Mn
Posti a contratto in RSA	241	601	1080	421	345	570	3258
% di utilizzo RSA al 30/09/2015 (gg presenti/posti a contratto)	99,19	99,57	99,27	97,56	99,52	99,29	99,13
utenti mantovani in RSA 30/09/2015	278	677	1437	593	443	665	4093
utenti NON mantovani in RSA 30/09/2015	27	108	18	8	3	37	201
% di utilizzo posti accreditati contratto da utenti mantovani	89,72	87,25	98,21	96,67	98,76	94,47	94,88

Caratteristiche degli ospiti in RSA: classificazione SOSIA a livello ASL, di distretto e di singola RSA.

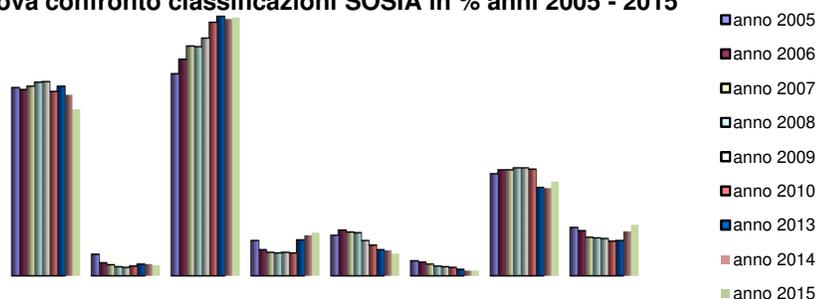
La classificazione SOSIA nei primi 9 mesi dell'anno 2015, a livello di ASL, individua come classi più frequenti la classe 3 (39,5%), la classe 1 (25,9%) e la classe 7 (14,4%) ed evidenzia, rispetto al 2014, un incremento delle classi 7, pari al 1%, delle classi 8, pari all' 1%, una diminuzione dello 1,9% della classe 1. Le altre classi sono rimaste pressoché invariate.

Valutando l'andamento rispetto ai precedenti anni si nota una netta diminuzione dal 2007 delle classi 1 (-2,7%), classe 2 (-1,7%), delle classi 5 (-2,8%), delle classi 6 (-1,5%), delle classi 7 (-1,23%) a fronte di un sostanziale incremento della classe 3 (+8,5%), della classe 4 (+1,2%) e delle classi 8 (+1,9%).

Andamento Classi SOSIA ASL MN in percentuale

ASL	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8
Anno 2005	28.9	3.3	31.0	5.4	6.2	2.3	15.6	7.4
Anno 2006	28.6	2.0	33.2	4.0	7.0	2.1	16.2	6.9
anno 2007	29,1	1,7	35,2	3,6	6,7	1,8	16,2	5,9
anno 2008	29.1	1.5	35.3	3.6	6.7	1.3	16.6	5.9
anno 2009	29.8	1.3	36.4	3.6	5.4	1.4	16.5	5.7
Anno 2010	28.4	1.6	39.1	3.4	4.6	1.3	16.2	5.4
Anno 2011	29.3	1.5	40.9	3.8	4.2	1.2	15.2	4.8
Anno 2012	27.5	1.5	40.4	5.3	3.9	1.0	15.3	5.1
Anno 2013	29.1	1.8	39.7	5.5	4.0	1.0	13.5	5.4
Anno 2014	27.8	1.8	39.3	6.2	3.9	0.8	13.4	6.8
Gen - Sett 2015	25.9	1.6	39.5	6.6	3.4	0.8	14.4	7.8

ASL di Mantova confronto classificazioni SOSIA in % anni 2005 - 2015



La classificazione SOSIA risulta essere molto differenziata tra i Distretti ASL della provincia di Mantova:

- nel Distretto Sanitario di Mantova si registra, rispetto all'anno precedente, una diminuzione delle classi SOSIA 1, 3 e 5, un aumento delle classi 7 e 8, mentre le restanti rimangono pressoché invariate; la classificazione risulta essere superiore alla media ASL per le classi 3, 5 e 7 ed inferiore per le altre;

Confronto classi SOSIA RSA Distretto di Mantova anni 2007 - sett. 2015								
	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8
anno 2007	38,3	0,6	34,7	0,5	8,8	2,2	12,7	2,2
anno 2008	36,4	0,4	36,5	0,4	9,3	1,9	13,1	1,9
anno 2009	37,0	0,2	36,8	0,5	7,9	1,9	14,2	1,5
Anno 2010	32,6	0,6	39,8	0,6	6,8	1,7	16,1	1,9
Anno 2011	30,9	0,4	42,1	1,0	5,4	1,5	16,5	2,1
Anno 2012	28,3	0,3	43,7	1,2	4,6	1,3	18,2	2,4
Anno 2013	29,7	0,5	43,9	2,1	4,4	1,4	15,2	2,9
Anno 2014	27,9	0,3	45,2	2,2	4,1	0,8	15,7	3,8
Gen-Sett 2015	25,8	0,3	44,6	2,6	3,9	0,8	17,7	4,3

- nel Distretto di Guidizzolo si assiste, rispetto agli anni precedenti, ad un forte diminuzione delle classi 1 (- 3.5% rispetto al 2014), ad un aumento delle classi 3 (+1.6% rispetto al 2014) e classi 7 (+1.2% rispetto al 2014), mentre le restanti classi rimangono pressoché invariate . La classificazione è nettamente superiore alla media ASL per quanto riguarda classe 1 (+15.6%), e risulta essere nettamente inferiore per le classi 4 (-5.1%), 7 (-5.2%) e 8 (-5%) ed è simile, se pur in leggera flessione, per le rimanenti;

Confronto classi SOSIA RSA Distretto di Guidizzolo anni 2007 - sett. 2015								
	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8
anno 2007	30,5	2,4	33,0	5,2	5,1	2,1	14,2	8,2
anno 2008	34,7	2,8	31,3	5,5	4,6	1,7	13,4	6,1
anno 2009	37,8	2,5	30,9	5,9	4,0	1,0	12,1	5,9
anno 2010	39,3	1,9	34,3	3,8	3,7	0,9	11,1	5,0
Anno 2011	43,4	0,8	34,8	2,4	4,6	1,0	10,3	2,7
Anno 2012	41,1	1,1	38,2	2,6	3,2	0,6	10,6	2,6
Anno 2013	44,2	1,0	38,3	1,9	2,7	0,4	9,3	2,2
Anno 2014	45,0	0,8	38,6	1,5	3,2	0,4	8,0	2,4
Gen-Sett 2015	41,5	0,9	40,2	1,5	3,4	0,4	9,2	2,8

- Nel Distretto di Asola si registra rispetto all'anno precedente, un' aumento della classe 1 (+1.9% rispetto al 2014), classe 2 (+0.3%), classe 4 (+2%) e della classe 8 (+1.1%), una significativa diminuzione delle classi 3 (-5.4.0%); le restanti hanno subito delle lievi variazioni. Rispetto alla media ASL si nota una sostanziale differenza nelle classi 1 (-7.2%), classi 2 (+1.4%) classe 3 (-6.7%), classe 4 (+6.6%), classi 5 (+2.7%). 7 (+4.1%) e 8 (+3.3%);

Confronto classi SOSIA RSA Distretto di Asola anni 2007 - sett. 2015								
	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8
anno 2007	11,8	0,5	40,7	8,1	3,8	0,6	25,1	9,2
anno 2008	10,5	0	42,6	9,7	3,9	0,7	22,5	10,2
anno 2009	11,4	0,1	40,9	11,5	2,7	0,3	19,9	13,0
Anno 2010	10,7	2,3	45,7	10,3	1,6	0,4	18,0	10,9
Anno 2011	15,8	2,2	40,9	11,9	1,4	0,3	14,2	13,3
Anno 2012	16,1	2,4	36,8	14,3	1,6	0,6	17,6	10,6
Anno 2013	19,7	3,0	34,1	12,4	1,4	0,9	18,7	9,8
Anno 2014	16,8	2,7	38,2	12,4	0,9	0,4	18,8	9,7
Gen-Sett 2015	18,7	3,0	32,8	14,4	0,7	1,1	18,5	10,8

- Nel Distretto di Ostiglia si registra rispetto all'anno precedente una diminuzione delle classi 1 (-2.8%), classi 2 (0.8%), classi 5 (-0.7%), e classi 7 (-2.3%), ad un aumento delle classi 3 (+2.4%), classi 4 (+0.7%), e classi 8 (+3.2%), stabilizzazione per le classi 6. Rispetto alla media ASL si nota una sostanziale differenza nelle classi 1 (-14.7%) e classi 7 (-0.85), un aumento delle classi 2 (+2.2%), 4 (+6.8%), e 8 (+9.3%);

Confronto classi SOSIA RSA Distretto di Ostiglia anni 2007 - sett. 2015								
	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8
anno 2007	18,6	2,5	34,7	5,7	7	2,4	18,9	10,3
anno 2008	23,5	1,3	33,2	3,4	5,9	1,7	22,4	8,7
anno 2009	23,9	0,7	39	2,4	5,3	1,1	20,8	6,7
Anno 2010	20,9	1,3	44,4	2,3	3,8	1,9	20,4	5,0
Anno 2011	22,3	2,4	46,1	2,9	3,0	1,2	17,5	4,5
Anno 2012	18,4	3,0	42,6	7,3	3,2	1,5	16,4	7,6
Anno 2013	16,3	3,8	38,6	9,6	3,7	1,0	17,0	10,0
Anno 2014	14,0	4,6	34,9	12,7	3,0	1,0	15,9	13,9
Gen-Sett 2015	11,2	3,8	37,3	13,4	2,3	1,3	13,6	17,1

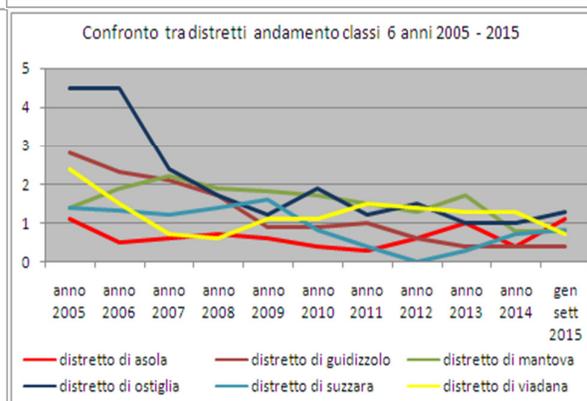
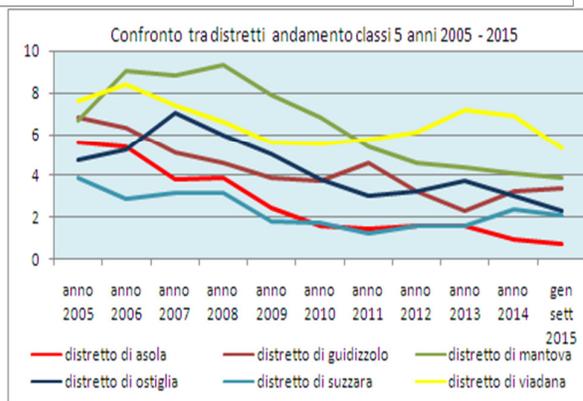
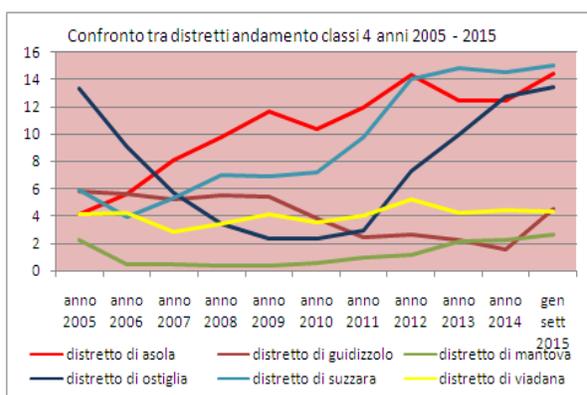
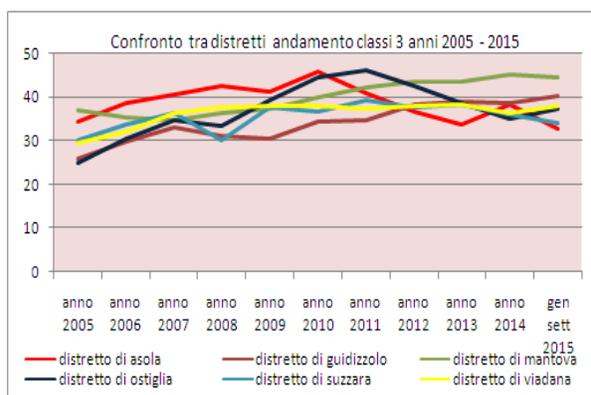
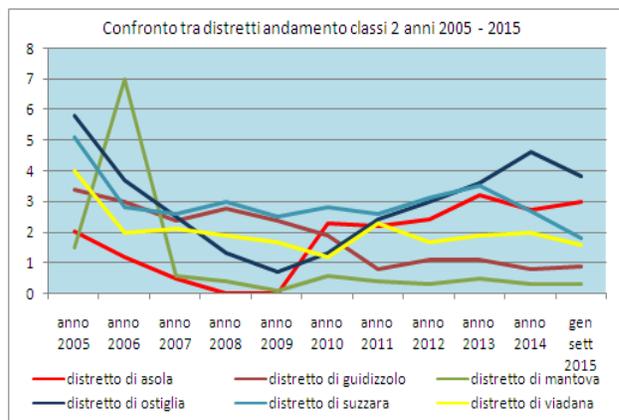
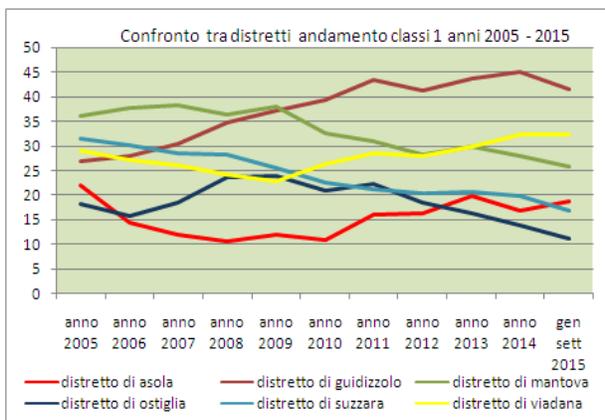
- Nel Distretto di Suzzara si evidenzia una diminuzione rispetto all'anno precedente delle classi 1 (-3,0%), delle classi 2 (-0,9%) delle classi 3 (-1,8%) e un notevole aumento delle classi 7 (+4,4%) e delle classi 8 (+0,9%). Rispetto alla media ASL si nota differenza nelle classi 1 (-9,2%), 3 (-5,3%) ed un aumento delle classi 4 (+8,4%) delle classi 7 (+2,2%) e classi 8 (+5,5%);

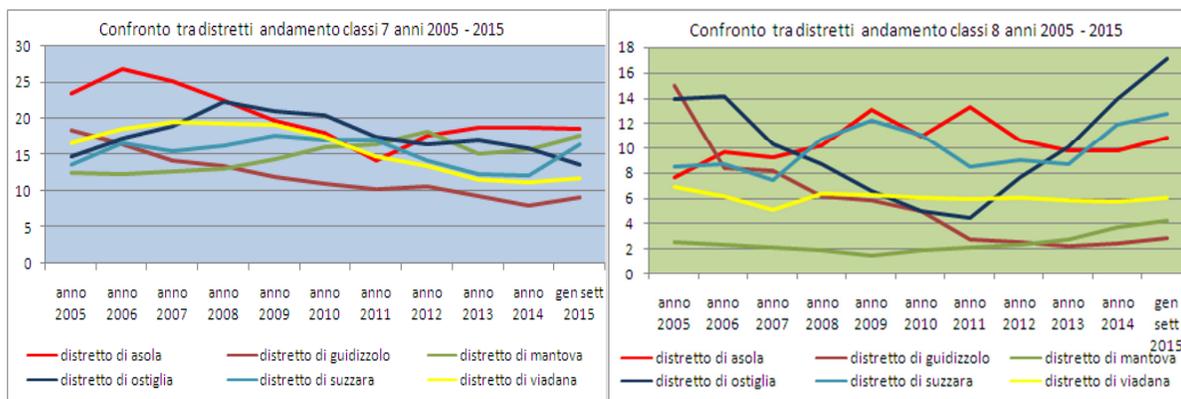
Confronto classi SOSIA RSA Distretto di Suzzara anni 2007 - sett. 2015								
	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8
anno 2007	28,4	2,6	36,3	5,3	3,2	1,2	15,6	7,4
anno 2008	28,2	3,0	30,2	7,0	3,2	1,4	16,4	10,7
anno 2009	22,9	2,3	34,1	6,5	1,9	2,0	18,3	12,0
Anno 2010	22,4	2,8	36,9	7,2	1,7	0,8	17,1	11,1
Anno 2011	21,0	2,6	39,4	9,7	1,2	0,4	17,2	8,5
Anno 2012	20,3	3,1	37,7	14,0	1,6	0,0	14,3	9,0
Anno 2013	20,3	3,3	38,0	14,4	1,9	0,5	12,2	9,5
Anno 2014	19,7	2,7	36,0	14,5	2,4	0,7	12,1	11,9
Gen-Sett 2015	16,7	1,8	34,2	15,0	2,1	0,8	16,6	12,8

Nel Distretto di Viadana si assiste ad un aumento delle classi 3 (+1,5%), delle classi 7 (+0,6%) e mentre per le rimanenti vi sono leggere flessioni e/o stabilizzazioni. Rispetto alla media ASL si verifica un aumento delle classi 1 (+6,4%), 5 (+1,9%) e una diminuzione delle classi 3 (-1,7%) 4 (-1,3%), 7 (-2,6%) e 8 (-1,7%)

Confronto classi SOSIA RSA Distretto di Viadana anni 2007 - sett. 2015								
	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8
anno 2007	26,0	2,1	36,3	2,8	7,4	0,7	19,5	5,1
anno 2008	24,2	1,9	37,5	3,4	6,6	0,6	19,3	6,4
anno 2009	23,0	2,2	37,8	4,3	5,9	1,2	19,3	6,3
Anno 2010	26,3	2,2	38,0	3,5	5,5	1,1	17,5	6,0
Anno 2011	28,4	2,3	37,3	4,0	5,7	1,5	14,8	5,9
Anno 2012	28,0	1,7	38,1	5,2	6,1	1,4	13,4	6,1
Anno 2013	30,8	2,4	36,4	4,5	7,5	1,6	11,2	5,6
Anno 2014	32,2	2,0	36,2	4,4	6,9	1,3	11,2	5,7
Gen-Sett 2015	32,3	1,6	37,9	4,3	5,3	0,7	11,8	6,1

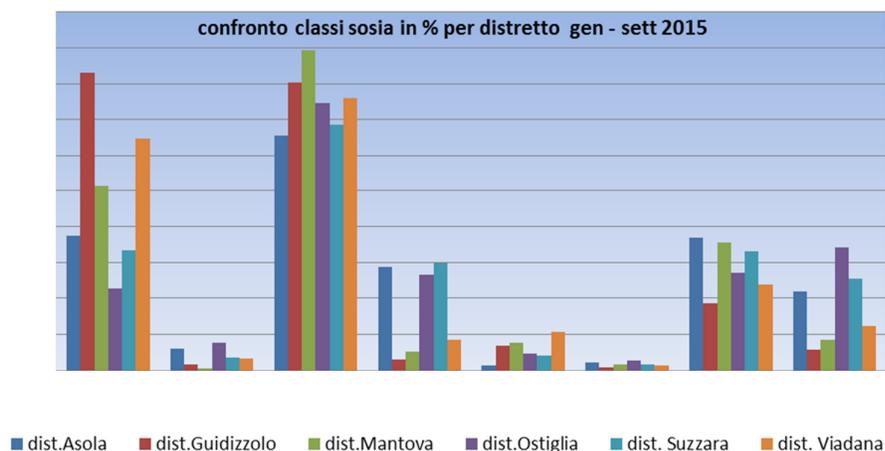
Si evidenzia nei grafici sottoriportati l'andamento delle singoli classi dall'anno 2005 al settembre 2015 nei sei distretti:





La classificazione SOSIA (nei primi 9 mesi dell'anno 2015) risulta essere molto differenziata anche confrontando tra loro le singole RSA.

- La media ASL delle classi 1 (che ha mostrato una flessione pari al -1,9% rispetto all'anno precedente) risulta essere pari al 25,9%: si evidenziano importanti differenze nelle caratteristiche degli ospiti accolti dalle varie strutture: le classi 1 variano dallo 0.0% al 61.8%. N. 20 RSA si collocano al di sopra della media ASL.
- Se si sommano le prime tre classi (quelle con maggior carico assistenziale e sanitario), si nota una maggior differenziazione di classificazione tra strutture. La somma delle classi 1, 2, 3 come media ASL risulta essere pari al 67%: n. 25 RSA si collocano al di sopra della media ASL ed in 3 strutture la somma delle 3 classi raggiunge una percentuale pari al 95 % degli ospiti accolti. Se si sommano le classi precedentemente descritte, in 1 RSA si raggiunge il 95% mentre in 1 la percentuale è pari al 17,8%.
- Se alle classi 1, 2 e 3 si aggiunge anche la classe 5, classe anch'essa impegnativa in quanto ricomprende ospiti con gravi problemi comportamentali, cognitivi e di comorbilità, la percentuale di presenze degli ospiti raggiunge il 70.4% come media ASL. N. 22 RSA si collocano al di sopra della media ASL: 6 RSA mostrano picchi elevati, con percentuali superiori all'90%. In 1 RSA si raggiunge il 97,6% se si sommano le classi precedentemente descritte.



Caratteristiche degli ospiti in RSA

Indicatore mobilità (e cura della propria persona)

Dall'analisi dei dati relativi all'indicatore mobilità anni 2007 – settembre 2015 si è evidenziato:

- Alta dipendenza nell'item mobilità (1 ospite su 2 è dipendente), nei trasferimenti (il 67% necessita dell'aiuto di uno/due operatori)
- elevato carico assistenziale nell'effettuazione dell'igiene personale (73.9% è dipendente);
- elevato carico degli ospiti da imboccare e da assistere nell'alimentazione (17.9% da imboccare e 13,5% da assistere), mentre il 30,1% si alimenta con la supervisione degli operatori
- diminuzione di ospiti con alimentazione artificiale rispetto al 2009 (da 9.82% a 2.5%).

Nelle tabelle viene riportato l'andamento in percentuale dei dati relativi alla media ASL degli item relativi alla mobilità dal 2007 al settembre 2015.

Item trasferimento letto sedia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen-sett
necessarie 2 persone per trasferimento paziente	35	35,7	35,8	37,7	38,7	37,4	37,7	37,9	37,4
paziente collaborante con 1 persona	28,1	27,6	28,8	28,7	28,8	30,0	32,5	31,8	29,6
per 1 o più fasi collaborazione 1 persona	13,2	13,2	14,3	13,2	13,7	14,2	12,7	12,2	14,1
occorre 1 persona per sicurezza	11,8	12	10,6	10,6	10,9	10,7	9,6	10,4	11,1
paziente autonomo	11,9	11,5	10,4	9,8	8,0	7,7	7,5	7,7	7,8
Item deambulazione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen sett
dipendenza rispetto alla locomozione	47,6	48,2	49,1	50,6	52,9	51,0	51,2	52,2	51,1
necessaria la presenza di 1 o più persone	16	15,3	16,3	17,0	18,7	20,8	22,2	21	21,2
necessario aiuto di una persona	11,4	12,4	12,2	11,3	10,4	9,9	9,4	9	8,9
paziente autonomo per 50 metri	15,4	14,9	13,7	13,2	12,4	11,8	11,0	11,3	12,1
paziente autonomo	9,6	9,2	8,6	7,8	6,4	6,5	6,2	6,6	6,7

Item carrozzina	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen-sett
paziente in carrozzina, dipendente	41,1	42	43,9	45,4	45,7	44,2	42,2	43,4	42,3
in carrozzina, avanza solo per brevi tratti	6,6	6,4	6,4	7,1	6,3	6,2	6,5	6,6	7,1
1 persona per assistenza	2,7	2,8	2	2,0	1,9	1,4	1,6	2,0	2,5
si spinge per durate ragionevoli	1,7	1,3	1,3	1,1	1,4	1,0	0,8	1,0	1,3
autonomo, si spinge da solo	48	47,5	46,4	44,4	44,8	47,2	48,9	47,0	46,8
Item igiene personale	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen-sett
paziente completamente dipendente	57,1	54,5	50,5	48,8	47,4	46,5	48,8	47,3	44,6
è necessario assisterlo in tutte le circostanze	21,9	24,1	27,2	26,5	28,8	29,6	29,1	29,3	29,3
è necessario assisterlo in 1 o più circostanze	13,4	13,9	15,1	17,0	17,5	17,7	16,5	17,2	18,9
è in grado di provvedere con un minimo assistenza	5,4	5,3	5,2	5,7	4,6	4,8	4,4	4,9	5,8
paziente autonomo	2,2	2,1	2,1	2,0	1,7	1,4	1,2	1,3	1,5
Item alimentazione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen-sett
paziente completamente dipendente va imboccato	17,9	18,9	19	19,6	20,6	19,6	19,6	18,7	17,9
riesce a manipolare qualche posata ma necessita di aiuto	15,9	14,6	14,6	15,1	15,2	15,0	15,5	14,7	13,5
si alimenta con supervisione	26,4	25,3	28,4	29,1	30,0	30,9	31,1	30,3	30,1
indipendente salvo che per alcune operazioni	23,5	25	24,8	23,9	23,6	24,7	24,3	25,5	27,4
paziente autonomo	16,3	16,2	13,2	12,3	10,6	9,8	9,5	10,8	11,1

Indicatore: alimentazione artificiale

	Nessuna	Sondino	PEG	Parenterale
anno 2010	97,0	1,0	1,4	0,6
Anno 2011	96,8	0,9	1,6	0,7
Anno 2012	97,3	1,0	1,3	0,4
Anno 2013	97,4	0,8	1,5	0,3
Anno 2014	97,4	0,8	1,6	0,2
Gen-sett 2015	97,5	1,1	1,4	0,2

Indicatore capacità cognitiva e comportamento

Dall'analisi dei dati relativi all'indicatore cognitività anni 2007 – settembre 2015 si è evidenziato che:

- gli ospiti completamente confusi, con attività cognitive compromesse e personalità destrutturata sono diminuiti: dal 33,2% al 28%;
- la somma degli ospiti completamente confusi e quelli chiaramente confusi risulta essere pari al 58,8% (2 ospiti su 3 presentano gravi problemi cognitivo- comportamentali);
- la diminuzione relativa dell'item 1 e l'aumento dell'item 2 potrebbe essere in relazione alla condivisione nel 2010 con le RSA dei criteri di classificazione dell'item ed al fatto che questo item è stato oggetto di specifico controllo di appropriatezza nell'anno 2012, 2013, 2014 e 2015.

- vi è stata una diminuzione degli ospiti "irritabili" (da 4.4% a 1.4%) e di conseguenza un aumento degli ospiti "senza segni di irritabilità" (da 39.4% a 55.5%);
- gli ospiti "irrequieti" sono diminuiti (da 3.2% a 1.2%) e sono aumentati gli ospiti "normalmente attivi" (dal 51.5% al 62.8%); questo item è assiduamente "monitorato" e messo in correlazione con la capacità o meno di deambulare della persona.

Nelle tabelle sotto indicate viene riportato l'andamento in percentuale dei dati relativi agli item confusione, irritabilità ed irrequietezza dal 2007 al settembre 2015.

Item confusione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen - sett
Completamente confuso	33,2	34,7	34,3	32,3	32,8	30,1	31,2	30,0	28
E' chiaramente confuso	27,2	26,3	27,7	30,7	30,2	31,2	30,4	30,2	30,8
Appare incerto e dubbioso	26,8	26,5	26,9	26,4	27,4	29,0	29,1	30,1	30,4
E' perfettamente lucido	12,8	12,5	11,2	10,6	9,6	9,7	9,3	9,7	10,8

Item irritabilità	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen - sett
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	4,4	3,5	3,0	3,0	3,0	2,4	2,4	1,8	1,4
Uno stimolo esterno produce spesso irritabilità	23,5	20,2	18,4	18,2	17,1	16,1	15,8	15,7	14,0
Mostra ogni tanto segni di irratibilità	32,7	31,9	32,8	30,6	30,8	31,1	30,0	30,0	29,2
Non mostra segni di irritabilità	39,4	44,4	45,7	48,2	49,1	50,5	51,8	52,5	55,5

Item irrequietezza	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Gen - sett
Cammina avanti e indietro ed è incapace di stare fermo	3,2	2,3	2,0	2,1	2,1	1,9	2,0	1,6	1,2
Appare irrequieto, non sta seduto, si muove e si alza	12,3	8,8	7,6	7,9	7,9	8,4	8,3	8,8	8,1
Mostra segni di irrequietezza	33,0	30,5	30,2	29,8	29,9	29,7	29,3	29,6	27,9
Non mostra segni di irrequietezza, è normalmente attivo	51,5	58,4	60,2	60,2	60,1	60,0	60,4	60,0	62,8

Indicatore comorbidità

Negli ospiti RSA si assiste ad un aumento delle patologie cardiaca, ipertensiva, vascolare, dell'apparato gastroenterico inferiore, epatiche, renali, genito-urinario, muscolo scheletrico, del sistema nervoso, endocrino metabolico e psichiatrico, ed a una diminuzione delle patologie respiratorie e dell'apparato gastroenterico superiore.

Comorbidità	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	anno 2011	anno 2012	anno 2013	Anno 2014	Gen- sett 2015
cardiaca	55,1	55,9	55,4	56,3	57,0	56,7	57,7	58,1	60,0
ipertensione	57,9	59,7	60,5	61,8	62,2	62,2	63,0	64,0	65,4
vascolare	52,3	53,5	55,0	56,0	57,1	57,9	58,4	60,0	60,4
respiratoria	26,6	24,9	24,4	23,8	23,8	23,7	23,5	23,2	23,4
ongl	42,9	43,4	39,6	38,9	39,1	39,2	44,9	45,2	45,1
app- g.i. sup	27,7	25,9	23,7	22,7	23,0	23,0	23,2	24,3	23,9
app g.i. inf	45,8	48,6	47,6	47,8	50,0	50,0	51,6	52,5	53,0
epatiche	9,2	8,8	8,0	7,9	8,0	8,3	8,2	8,8	9,1
renali	14,5	14,1	13,4	13,6	13,6	14,1	14,2	14,9	15,9
genito urinarie	56,4	59,9	60,5	59,1	61,6	59,6	59,2	60,5	61,0
sist. Muscol schel	78,3	81	79,7	80,2	82,0	81,6	81,0	81,4	82,9
s.nervoso	53,8	54,5	52,7	52,6	52,5	52,6	52,9	52,2	53,3
end metaboliche	31,1	31,6	30,7	32,0	33,2	34,1	34,4	36,1	37,6
psichiatrico	80,1	81,9	80,7	79,9	79,9	77,9	77,7	77,1	77,7

Dall'analisi dei dati relativi all'indicatore comorbidità anni 2007 – 2015 si è evidenziato:

- item psichiatrico diminuito (da 80.1% a 77.7%), come sono diminuiti gli ospiti confusi (da 33.2% a 28%) e aumento progressivo dell'uso dei mezzi di protezione (da 27,7% a 40.6%), come da tabella:

Indicatore: presenza mezzi di protezione in %	
anno 2007	27,7
anno 2008	34,3
anno 2009	34,0
Anno 2010	34,0
Anno 2011	33,9
Anno 2012	34,2
Anno 2013	40,2
Anno 2014	40,1
Gen-Sett 2015	40,6

- aumento item patologia muscolo scheletrico (da 78,3% a 82,9%) in coerenza con l'aumento degli ospiti dipendenti sotto il profilo della mobilità e in carrozzina;
- aumento item patologia genitourinario (da 56,4% a 61,0%) in coerenza con aumento dell'incontinenza (da 85,6% a 90%) e utilizzo di presidi per la gestione dell'incontinenza, come da tabella:

Indicatore: incontinenza e presidi utilizzati dagli ospiti in %				
	Nessuna incontinenza	Presidi assorbenti	Catetere vescicale	Stomie
anno 2007	14,4	77,3	7,7	0,6
anno 2008	11,7	79,0	8,5	0,8
anno 2009	11,9	78,6	8,8	0,7
Anno 2010	12,9	76,1	10,2	0,8
Anno 2011	11,7	76,8	10,9	0,6
Anno 2012	10,9	77,8	10,7	0,6
Anno 2013	10,3	80,7	8,5	0,5
Anno 2014	10,1	80,5	8,8	0,5
Gen-Sett 2015	10	81,1	8,3	0,6

Complessivamente l'analisi dei dati (medie ASL) permette di rilevare che:

- il 69,8% dei soggetti inseriti in RSA nel 2015 presenta un quadro clinico/funzionale classificabile in classe 1, 2, e 3 (compromissione della mobilità grave, disturbi della cognitiv /comportamento gravi o moderati e comorbidit  grave e moderata). Il dato   sostanzialmente sovrapponibile a quello rilevato globalmente nelle Unit  di offerta residenziale lombarde.
- due soggetti su tre inseriti presentano patologie gravi dal punto di vista della compromissione della mobilit , o della cognitivit  o della comorbidit ;
- si assiste nel tempo ad un aumento di ospiti sempre meno autosufficienti dal punto di vista della deambulazione, della effettuazione dell'igiene personale e della capacit  di alimentarsi in modo autonomo.
- Sono diminuiti gli ospiti completamente confusi (dal 33,2% del 2007 al 28% del 2015); tale dato   verosimilmente legato al progressivo utilizzo dei nuovi indicatori di appropriatezza che hanno consentito una adeguata formazione nella classificazione di questo item, e non al fatto che i nuovi ospiti di RSA siano globalmente meno compromessi dal punto di vista cognitivo. A supporto di ci  si evidenzia anche una diminuzione degli ospiti lucidi (dal 12,8% del 2007 al 10,8% del 2015).
- Si rileva un progressivo incremento della rendicontazione nel flusso SoSIA dell'uso di mezzi di contenzione fisica, con ampia variabilit  tra le strutture residenziali. L'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica   stato ulteriormente approfondito nelle pagine seguenti del presente documento nella sezione dedicata all'approfondimento degli indicatori specifici per RSA.

Esito dei Controlli di appropriatezza/congruenza

Per l'anno 2015 l'obiettivo dell'attivit  sui controlli di appropriatezza nelle RSA era costituito dal controllo di almeno il 15% dei fascicoli socio-sanitari degli ospiti fatturati nell'anno 2014, nel 50% delle unit  d'offerta presenti sul territorio. Gli ospiti fatturati nell'anno 2014 sono stati pari a 5.750 unit  ed i

controlli di appropriatezza sono stati effettuati su 437 fascicoli socio-sanitari, pari al 15,0% degli ospiti presenti nelle RSA scelte con i criteri indicati nel piano dei controlli 2015.

Di seguito viene riportato il volume dei fascicoli sociosanitari sottoposti a controlli di appropriatezza/congruenza, relative schede SOSIA ed i risultati negli anni 2007 - 2015.

Dalla tabella sottostante è evidente come l'effetto del controllo di appropriatezza abbia determinato negli anni una netta riduzione della percentuale di schede rettificate, in particolare con riduzione di classe, nonostante l'aumento dei fascicoli valutati dal 2007 al 2010.

Andamento dei Controlli di Appropriatezza anni 2007- 2015: modifiche delle schede SOSIA

Anno	n. fascicoli verificati	n. schede rettificate	n. rettificati con riduzione classe (da 1 a 8)	n. rettificati con incremento classe (da 8 a 1)	% schede rettificate	% riduzione di classe SOSIA verificate	% riduzione di classe SOSIA rettificate	% aumento di classe SOSIA verificate	% aumento di classe su SOS rettificate
2007	559	103	37	1	18,4	6,6	35,9	0,2	2,7
2008	884	276	88	8	31,2	10,0	31,9	0,9	2,9
2009	972	180	45	7	18,5	4,6	25,0	0,7	3,9
2010	1062	154	30	6	14,5	2,8	19,5	0,6	3,9
2011	721	139	53	4	19,3	7,3	38,1	0,5	2,9
2012	565	131	35	4	23,2	6,2	26,7	0,7	3,0
2013	443	86	22	1	19,4	5,0	25,6	0,2	1,2
2014	441	104	32	1	23,5	7,2	30,7	0,2	1,0
2015	445	49	15	2	11,0%	3,4	30,5	0,4	4,0

Modalità di selezione del campione ed effettuazione del controllo

Secondo le vigenti regole di sistema, è stata posta attenzione a:

- qualità della compilazione della documentazione (fascicolo socio sanitario, PAI, scale di valutazione);
- coerenza e congruenza tra quanto contenuto nei fascicoli socio-sanitari e quanto rilevato con lo strumento di valutazione (SOSIA)

Il controllo ha riguardato 24 RSA, non verificate come controllo di appropriatezza nel 2014, ponendo particolare attenzione a quelle che hanno presenta criticità, di concerto con i controlli di vigilanza sui requisiti organizzativo gestionali effettuati per la verifica della presenza o mantenimento dei requisiti di accreditamento. Inoltre sono state controllate, con percentuali limitate di FASAS, 13 strutture che erano state sanzionate nell'anno 2014; complessivamente sono state controllate 37 unità d'offerta, pari al 77% del totale.

I fascicoli sono stati selezionati sulla base delle criticità emerse nell'anno 2014:

- congruenza tra gli item "deambulazione" (codici 1 e 2) ed "irrequietezza" (codici 1 e 2);
- ricorso frequente e improprio al codice 5 negli item relativi alla comorbilità;
- verifica della presenza nei fascicoli socio-sanitari di evidenza che giustifichi l'aggravamento dell'item confusione;
- presenza di mezzi di contenzione, cadute e lesioni da pressione;
- valutazioni diverse e conseguenti classificazioni per lo stesso ospite al momento del trasferimento da una struttura all'altra (ospite classificato nello stesso giorno in due classi SOSIA diverse);
- verifica della presenza nei fascicoli socio-sanitari di evidenza che giustifichi i passaggi di classe, in particolare che avvengono durante il trimestre di rilevazione ed al momento del passaggio da un trimestre al successivo.

I controlli di appropriatezza hanno portato alla verifica di 445 fascicoli socio sanitari distribuiti in 37 strutture. Sono state apportate correzioni per non congruenza tra SOSIA, scale di valutazione e contenuti dei fascicoli in 20 RSA; sono stati modificati 49 fascicoli (pari al 11%). Sono state effettuate riduzioni di classe in 15 schede SOSIA e sono state aumentate le classi di 2 schede SOSIA.

Nel corso dei controlli di appropriatezza si sono verificati gli indicatori generali e specifici previsti dalla DGR 1765/2014. Nel primo semestre sono stati verificati n. 138 FASAS in 34 RSA, in modo da fornire alle strutture non viste nel 2014 le stesse informazioni date alle strutture già controllate e parte delle strutture sanzionate nell'anno 2014. In tali controlli sono stati visionati un numero minore di FASAS in modo da accompagnare le strutture in un percorso di approfondimento e crescita sui contenuti dei sottoindicatori.

Si riporta di seguito gli esiti di tali controlli.

Esiti controlli indicatori generali previsti dalla DGR 1765/2014 su 445 FASAS

ALL 1	DESCRIZIONE	% Target REGIONALE	% ASL Mantova I° Semestre 2015 n. FASAS 138	% ASL Mantova II° Semestre 2015 n. FASAS 307
1	Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni	≥95%	37%	73%
2	Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati	≥95%	25%	67%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	≥95%	84%	88%
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	≥95%	76%	84%
4	Congruenza tra i dati rendicontati con flusso/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS	≥95%	74%	90%

Esiti controlli indicatori specifici previsti dalla DGR 1765/2014 su 445 FASAS

ALL 2	DESCRIZIONE	% Target REGIONALE	% ASL Mantova I° Semestre 2015 n. FASAS 138	% ASL Mantova II° Semestre 2015 n. FASAS 307
1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta	≥95%	95%	97%
1.2	Percentuale di FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali.	≥95%	71%	83%
2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile, al momento del controllo, o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica	≥95%	19%	65%
2.2	Percentuale di FASAS di utenti sottoposti a contenzione fisica che contengono il consenso informato all'utilizzo sottoscritto	≥95%	39%	81%
3.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	≥95%	85%	97%
3.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il trattamento del dolore nel 100% degli stati - episodi algici	≥95%	55%	93%
4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio di sviluppare ulcere da pressione	≥95%	93%	98%
4.2	Percentuale di FASAS di utenti con rischio di sviluppare ulcere da pressione(per esempio scala BRADEN ≤ 16) o con lesioni in atto, per cui si rilevano interventi appropriati	≥95%	81%	86%
5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	≥95%	69%	91%
5.2	Percentuale di FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione, sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive/trattamentali	≥95%	63%	94%
6.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare	≥95%	47%	85%
6.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/ educative individuali e/o di gruppo	≥95%	72%	91%
7.1	Percentuale di FASAS di utenti con deterioramento cognitivo per i quali è prevista una specifica progettazione	≥95%	60%	78%
7.2	Percentuale di FASAS con stimolazione specifica per alzheimer	≥95%	63%	69%
8	Percentuale di FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti	≥95%	86%	95%

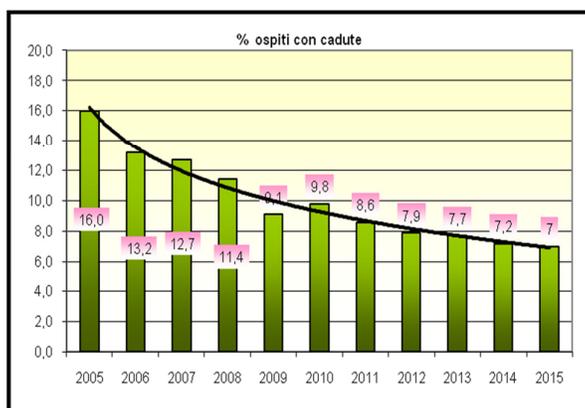
Confrontando i dati relativi agli indicatori specifici tra i due semestri, si rileva un incremento positivo in tutti gli item controllati, anche se rimangono ancora criticità nella gestione dei mezzi di contenzione fisica, nella gestione e trattamento del dolore e delle ulcere da decubito, nella valutazione dello stato nutrizionale, nella raccolta dell'anamnesi sociale, nella progettazione educativa, in modo

particolare in quella specifica per gli utenti affetti da decadimento cognitivo e nella stimolazione specifica per gli ospiti affetti da demenza di Alzheimer.

Si rileva inoltre che:

Indicatore specifico 1 (cadute):

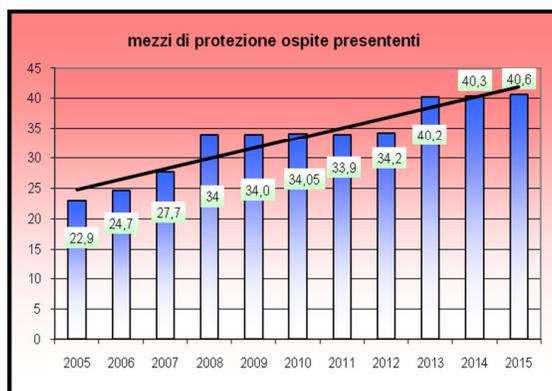
Dalla elaborazione dei dati SOSIA è emerso, come si evidenzia nella tabella sottostante, una progressiva diminuzione negli anni di ospiti che cadono.



L'indicatore relativo alla valutazione del rischio di caduta evidenzia un'attenzione di tutte le strutture alla prima osservazione degli ospiti ed all'analisi del rischio.

Permangono carenze nel dare evidenza di utilizzo di eventuali misure preventive, anche se adottate dalla struttura.

Indicatori specifici 2.1 e 2.2 (mezzi di contenzione): il controllo di appropriatezza sui mezzi di protezione e tutela è iniziato nel 2013. E' stato avviato un percorso con le strutture per la redazione dei protocolli di gestione dei mezzi di contenzione fisica e la presenza del consenso informato. Il dato rilevato dimostra un progressivo incremento della rendicontazione, come da flusso SoSIA, dell'utilizzo di mezzi di contenzione fisica (escluse le doppie spondine).



La prescrizione di doppie spondine riscontrata durante i sopralluoghi di appropriatezza, sembra una pratica molto diffusa nelle varie strutture sebbene il dato non sia oggettivabile, in quanto la rendicontazione delle stesse non è prevista nel sistema SoSIA.

Indicatore 2.1.: è costituito da più sottoindicatori [(2.1.1. *In caso di prescrizione su scheda contenzione, la prescrizione è riportata anche nel diario; La prescrizione medica per la contenzione fisica comprende: tipologia dello strumento prescritto; la motivazione all'utilizzo, pratiche alternative testate prima di ricorrere alla contenzione, n. di ore/ frequenza di utilizzo dello strumento (durata), modalità di controllo quotidiano, tempistiche di revisione periodica (entro 90 giorni), (2.1.2 Sono presenti le schede di monitoraggio, adeguatamente compilate, coerenti con le modalità di controllo quotidiano dello strumento previste dalla prescrizione medica, con riscontro di eventuali danni)]).*

Si rileva che la percentuale raggiunta nell'indicatore, pur essendo nettamente migliorata dopo il 1° semestre 2015 (dal 19% al 65%), risulta essere ancora lontana dal range di accettabilità indicato nella DGR 1765/2014 ($\geq 95\%$). L'importanza di tali indicatore, con le associate possibili conseguenze medico legali, in virtù anche dell'attuale utilizzo degli indicatori a scopo formativo e di accompagnamento, ha suggerito ai componenti della commissione di controllo un utilizzo "rigido" anche dei sottoindicatori. Pertanto, la mancanza, nei FaSAS sottoposti a controllo, anche di uno solo dei sottoelementi ha indotto a negativizzare l'indicatore.

Indicatore 2.2.: è costituito da più sottoindicatori (*Il consenso è firmato dall'assistito, Il consenso è firmato dall'amministratore di sostegno, Il consenso è firmato dal tutore, evidenza dell'informazione/condivisione con il familiare o caregiver con contestuale presenza di attestazione medica che la persona è in condizioni di incapacità naturale e con evidenza documentale dell'attivazione di percorsi finalizzati alla nomina di figure quali il tutore/amministratore di sostegno), evidenza scritta del ricorso dello stato di necessità ex Art. 54 c.p. (necessità di salvare sè o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo) nel caso di riscontro di assenza di consenso informato*). Si rileva che la percentuale raggiunta nell'indicatore, pur essendo nettamente migliorata dopo il 1° semestre 2015 (dal 39% al 81%) risulta essere ancora inferiore a quanto indicato dalla percentuale indicata nella DGR 1765/2014 ($\geq 95\%$). Il dato, interpretato alla luce delle considerazioni riportate per l'indicatore 2.1, comunque appare meno critico rispetto al precedente.

Il dato globale emerso relativo all'uso dei mezzi di contenzione è risultato degno di approfondimento e pertanto si è proceduto a confrontare le classi SoSIA, la percentuale degli ospiti contenuti e degli ospiti caduti nelle singole RSA.

RSA*	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8	% contenzioni	% cadute
1	35,8	0,0	34,8	2,7	3,3	1,7	19,4	2,3	56,7	11,4
2	13,5	3,4	42,4	16,3	0,0	0,0	18,8	5,6	3,2	11,4
3	1,9	9,3	6,6	47,2	0,0	2,8	7,2	25,0	31,7	7,8
4	18,6	2,4	33,4	9,8	0,2	0,9	20,9	13,8	41,3	5,6
5	19,8	7,4	9,3	30,2	0,6	0,6	16,0	16,1	22,8	3,1
6	9,3	5,3	33,4	30,8	0,0	1,3	0,0	19,9	29,5	3,3
7	55,1	0,0	37,9	0,0	4,5	0,0	2,5	0,0	36,2	5,5
8	26,8	1,9	53,7	0,3	0,6	0,0	16,4	0,3	37	3,9
9	27,5	3,0	22,5	4,3	3,5	1,1	22,7	15,4	29	10,9
10	29,5	0,0	51,3	0,5	3,2	1,4	12,5	1,6	40,1	2,7
11	44,1	0,0	51,0	0,0	1,6	0,0	3,3	0,0	25,6	2,5
12	30,9	0,0	41,3	0,0	10,5	0,0	13,3	4,0	50,3	7,4
13	21,5	0,0	63,1	0,0	2,4	0,0	13,0	0,0	22,9	5,7
14	42,6	0,0	30,1	0,0	10,5	0,0	16,4	0,4	19,8	9,6
15	39,9	0,4	32,1	2,6	1,8	0,0	17,0	6,2	33,6	11,4
16	20,0	3,6	34,4	6,7	0,0	0,0	15,3	20,0	56,7	8,2
17	56,4	0,0	25,2	1,2	4,7	2,3	7,8	2,4	70,7	0,8
18	41,3	0,0	35,2	0,0	6,0	1,3	11,7	4,5	46,2	7,7
19	20,8	0,7	39,3	1,7	5,6	1,1	26,9	3,9	41,4	5,1
20	22,5	0,0	46,6	0,0	3,9	0,1	26,1	0,8	36,8	4,4
21	2,6	2,6	23,4	16,6	0,0	0,0	22,1	32,7	28,2	8,1
RSA*	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6	classe 7	classe 8	% contenzioni	% cadute
22	8,0	3,9	38,9	26,5	1,7	1,5	4,9	14,6	33,3	0,7
23	12,8	10,8	37,2	20,8	2,4	0,0	10,8	5,2	65,5	1,2
24	11,8	0,0	51,3	8,7	4,9	1,3	14,1	7,9	32,4	6,7
25	13,4	2,9	39,9	2,7	2,7	2,7	17,3	18,4	15	7,3
26	15,2	0,0	42,9	7,6	3,2	3,2	18,4	9,5	35,6	30,3
27	18,7	4,4	38,3	6,4	4,8	2,2	15,9	9,3	21,1	4,2
28	0,0	0,0	28,3	50,7	0,0	0,0	7,9	13,1	42	4,6
29	13,9	2,5	39,4	12,9	0,0	0,9	8,2	22,2	43,1	11
30	6,1	5,9	24,0	27,5	1,9	0,4	14,1	20,1	11,6	6,1
31	5,2	1,4	34,7	19,8	0,2	0,8	24,6	13,3	33,1	14,1
32	8,5	0,2	40,3	7,2	0,0	0,0	24,8	19,0	28,1	12,8
33	41,8	1,4	27,5	2,6	4,9	3,5	11,5	6,8	32,4	3,8
34	4,5	0,0	66,1	0,0	5,9	1,3	16,4	5,8	16,2	2,9
35	44,2	0,1	41,7	2,3	4,4	1,7	5,0	0,6	78	4,4
36	48,7	0,0	40,3	0,5	5,2	0,5	4,8	0,0	80,5	4,2
37	50,6	0,6	23,2	0,6	16,7	1,5	3,5	3,3	62,5	20,8
38	41,3	0,8	47,4	0,1	2,1	0,0	6,5	1,8	35,6	7,4
39	19,5	1,9	31,8	19,2	0,0	0,0	14,0	13,6	88,5	5,5
40	10,9	2,8	65,7	5,5	0,0	0,0	11,9	3,2	20,1	7,2
41	6,4	0,6	53,4	5,2	0,0	0,0	24,8	9,6	31	7,5
42	24,9	0,0	45,8	7,5	0,0	0,0	19,0	2,8	83,5	6,3
43	26,2	0,0	47,2	1,8	3,3	0,0	20,5	1,0	47,5	6,4
44	42,5	0,0	44,8	0,0	0,0	0,0	11,1	1,6	44,1	4,2
45	61,8	2,2	19,6	0,6	0,0	0,0	9,8	6,0	48,2	3,8
46	36,5	0,0	50,4	0,3	5,1	0,0	7,5	0,2	26	3,5
47	33,5	1,1	57,0	1,5	0,4	0,0	6,1	0,4	51,8	8,4
48	5,7	8,4	29,6	21,8	0,0	0,0	7,0	27,5	23,5	23,8

Media

ASL 27,8 1,8 39,3 6,2 3,9 0,8 13,4 6,8 40,6 7,4

* numerazione delle RSA casuale

La tabella offre molte spunti di discussione meritevoli di confronto tramite incontri specifici con la singola struttura e in riunioni con tutti gli enti gestori, da programmare nel corso del 2016.

Indicatore 3 (dolore): pur in presenza di isolate criticità, il dato globale evidenzia un'accettabile rilevazione del dolore ed una progressiva adozione e applicazione di specifici protocolli da parte delle strutture.

Indicatore 4 (ulcere da pressione): dal controllo dei fascicoli emerge che quasi la totalità delle RSA utilizza, come da procedure, una scala validata per la valutazione del rischio di lesioni da pressione. Si rileva tuttavia una lieve carenza, all'interno del FaSAS, nel dare evidenza degli interventi messi in atto per evitare l'insorgenza delle lesioni da pressione nei soggetti a rischio.

Si rileva comunque una diminuzione di ospiti con lesioni da pressione (dal 2005 al 2015 – 1.6%)

LESIONI DA PRESSIONE PRESENTI	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	7,5	6.6	6.9	7.8	6.5	6.2	6.7	6.8	6.8	6.1	5.9

Indicatore 5 (stato nutrizionale): nel secondo semestre si è assistito ad un miglioramento dell'indicatore legato senza dubbio alla progressiva adesione e applicazione, da parte delle strutture, dei protocolli specifici e delle indicazioni regionali sul tema della malnutrizione e disidratazione.

indicatore 6 e 7 (anamnesi sociale e progettazione): nel secondo semestre si è assistito ad una progressivo incremento della presenza di adeguata anamnesi sociale e appropriata individuazione di obiettivi personalizzati per le attività animative ed educative individuali e/o di gruppo. Permane, tuttavia, insoddisfacente l'indicatore relativo alla specifica progettazione e pianificazione per gli utenti affetti da decadimento cognitivo e da demenza di Alzheimer. Durante i sopralluoghi i componenti dell'equipe di vigilanza hanno fornito indicazioni e raccomandazioni specifiche per il raggiungimento del range di accettabilità. Inoltre le equipe di cura delle RSA sono state stimolate anche alla identificazione di indicatori che possano evidenziare il grado di partecipazione dell'ospite e l'efficacia degli interventi attuati.

E' verosimile che, vista la complessità del tema e la messa in atto di necessari miglioramenti formativi e perfezionamenti organizzativi, le strategie di miglioramento saranno più evidenti nel lungo termine.

Indicatore 8 (attività motoria): il coinvolgimento in attività motorie degli ospiti residenti in RSA ha raggiunto, nel secondo semestre, il grado di accettabilità richiesto.

E' presumibile che tale indicatore sia attribuibile alla progressiva adozione e applicazione di specifici protocolli da parte delle strutture che prevedono programmi di attività motoria svolta da fisioterapisti, anche in collaborazione con altre figure professionali.

Controlli assenze temporanee per ricoveri ospedalieri

Il contratto siglato tra Asl ed Enti Gestori di RSA prevede che "Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere."

Nel corso del 2015, dopo aver estrapolato i dati dai flussi Sosia del 1°, 2° e 3° trimestre 2015, sono stati controllati **n. 168 FASAS** per valutare l'effettiva erogazione delle prestazioni assistenziali erogate agli ospiti ricoverati. Nel 95% dei FASAS si è confermata la rendicontazione effettuata dalla struttura, nel restante si è proceduto al recupero economico.

CENTRI DIURNI INTEGRATI

Centri Diurni Integrati al 31.12.2015							
C.D.I.	Ambito sede del CDI						Totale Asl
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
CDI attivi ASL di Mantova	2	4	8	3	3	5	25
posti CDI autorizzati	40	50	137	48	53	85	413
posti accreditati a contratto	40	45	117	28	25	75	330
posti accreditati non contratto		5	5	15	28	10	63

C.D.I.	SCIA	Voltura	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte	2	2		20
N. sopralluoghi	3	1		32

Stato Di Fatto/Criticità

N. 2 CDI hanno presentato SCIA per modifiche sostanziali degli spazi destinati all'attività, senza variazioni della capacità recettiva.

N. 2 CDI sono stati oggetto di voltura a seguito di modifica dell'Ente Gestore.

L'alta percentuale di CDI verificati è dovuta al fatto che la maggior parte dei CDI è annessa ad una RSA e pertanto il controllo della struttura principale comporta obbligatoriamente anche la verifica del CDI.

Le criticità rilevate sono sovrapponibili a quelle rilevate nelle RSA, con i maggiori problemi nella gestione dei protocolli e nella strutturazione e programmazione delle attività occupazionali e di animazione.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate nell'anno 2015 - CDI

Alla data del 31 dicembre 2015 sono a disposizione dei cittadini mantovani 413 posti autorizzati, di cui 330 accreditati a contratto e 63 accreditati non contratto. Sono rimasti invariati i posti accreditati a contratto, mentre sono aumentati i posti accreditati non a contratto.

Di seguito viene riportato l'utilizzo dei posti nei CDI mantovani disaggregato per distretto.

SITUAZIONE UTENZA CDI AL 30/09/2015- POSTI A CONTRATTO

Dati relativi ai posti di CDI a contratto (sui 322)	Ambito sede del CDI						Totale ASL Mantova
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
Totale anziani inseriti nei CDI da anni 48 a 100	56	52	184	37	43	96	468
Utenti mantovani	54	51	184	37	43	91	460
utenti extra MN	2	1				5	8
% di utilizzo CDI a sett. 2015 (giornate presenza su posti a contratto)	87,63	66,48	68,70	62,95	70,77	65,09	68,61

I controlli di appropriatezza sono stati effettuati nei termini previsti dalla normativa vigente, attraverso la verifica congiunta del fascicolo socio sanitario e dei relativi piani individuali.

Per questa tipologia di servizio è stato utilizzato solo in parte il flusso informativo sperimentale, per le problematiche rilevate, sugli ospiti presenti nelle unità d'offerta per la codifica delle condizioni clinico funzionali dell'ospite.

Nei CDI accreditati sono stati controllati complessivamente 68 fascicoli socio sanitari in 18 CDI, pari al 16.3% degli ospiti fatturati nell'anno 2014; in alcune strutture sono state date indicazioni in merito alla tenuta e compilazione dei fascicoli socio sanitari e dei PAI, della stesura di protocolli e dei piani di animazione.

Nel corso dei controlli di appropriatezza si sono verificati gli indicatori generali e specifici previsti dalla DGR 1765/2014, n. 5 FASAS sono stati verificati nel I° semestre del 2015 e 63 nel II° semestre 2015. Si riporta di seguito gli esiti di tali controlli.

Esiti controlli indicatori generali previsti dalla DGR 1765/2014 su 68 FASAS

ALL 1	DESCRIZIONE	% Target REGIONALE	% ASL Mantova anno 2015 n. 68 fasas
1	Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni	≥95%	74%
2	Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati	≥95%	54%
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	≥95%	93%
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	≥95%	93%
4	Congruenza tra i dati rendicontati con flusso/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS	≥95%	100%

Esiti controlli indicatori specifici previsti dalla DGR 1765/2014 su 68 FASAS

ALL 2	DESCRIZIONE	% Target REGIONALE	% ASL Mantova anno 2015 n. 68 fasas
1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta	≥95%	98%
1.2	Percentuale di FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misurazioni preventive/trattamentali.	≥95%	100%
2.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile, al momento del controllo, o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica	≥95%	0%
2.2	Percentuale di FASAS di utenti sottoposti a contenzione fisica che contengono il consenso informato all'utilizzo sottoscritto	≥95%	100%
3	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	≥95%	90%
4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	≥95%	75%
ALL 2	DESCRIZIONE	% Target REGIONALE	% ASL Mantova anno 2015 n. 68 fasas
4.2	Percentuale di FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione, sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive/trattamentali	≥95%	100%
5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare	≥95%	75%
5.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/ educative individuali e/o di gruppo	≥95%	97%
6	Percentuale di FASAS di utenti con deterioramento cognitivo per i quali è prevista una specifica progettazione	≥95%	79%
7	Percentuale di FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti	≥95%	100%

Essendo tutti i CDI, ad eccezione di uno, gestiti da enti erogatori di RSA, le problematiche rilevate risultano essere per la grande maggioranza speculari a quelle indicate per tale unità d'offerta: si rileva un incremento positivo in tutti gli item controllati rispetto all'anno 2014, anche se rimangono ancora criticità sporadiche nella valutazione dello stato nutrizionale, nella raccolta dell'anamnesi sociale, nella progettazione educativa, in modo particolare in quella specifica per i dementi.

Un discorso a parte merita l'**indicatore 1.1** che riguarda la gestione dei mezzi di contenzione fisica. L'indicatore non era pertinente in 66 fascicoli su 68. La percentuale ottenuta (0%) è spiegata dal fatto che, nei fascicoli dei due ospiti che necessitavano l'utilizzo di mezzo di contenzione, non vi era evidenza di completa adesione alle procedure standard adottate dalle due strutture.

AREA DISABILI -RESIDENZE SANITARIE DISABILI

Residenze Sanitarie Disabili al 31.12.2015							
R.S.D.	ambito territoriale sede della RSD						Totale
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	Asl
RSD attive in provincia di Mantova		1	3			1	5
n. posti autorizzati		60	70			24	154
n. posti accreditati a contratto		60	60				120
n. posti accreditati NON a contratto			0			0	0

Attività Svoluta Anno 2015				
RSD.	nuovo accreditamento	SCIA e contestuale accreditamento	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte	1	1		2
N. sopralluoghi	1	2		2

CENTRI DIURNI DISABILI

Centri Diurni Disabili							
C.D.D.	ambito territoriale sede dei CDD						Totale Asl
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
CDD attivi in provincia di Mantova	1	1	7	1	1	1	12
posti CDD autorizzati	30	30	204	30	25	25	344
posti CDD accreditati a contratto	30	30	204	30	25	25	344

C.D.D.	Ampliamento accreditamento	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte	1		6
N. sopralluoghi	1		11

COMUNITÀ SOCIO SANITARIE

Comunità Socio Sanitarie							
C.S.S.	ambito territoriale sede della Comunità						Totale Asl
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
numero CSS attive	1	2	4	1			8
n. posti accreditati come CSS	10	17	29	10			66

C.S.S.	nuovo accreditamento o ampliamento	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte			3
N. sopralluoghi			5

Stato Di Fatto / Criticità

Un CDD ha richiesto ampliamento dell'accREDITamento per n. 5 posti. Attualmente pertanto, tutti i posti di CDD abilitati all'esercizio sono accREDITati, ma non tutti a contratto.

Le CSS non sono state oggetto di variazioni.

La RSD solo abilitata all'esercizio per n. 10 p.l. nel Distretto di Mantova ha presentato istanza di accREDITamento, la cui istruttoria è in corso.

Una RSD nel distretto di Viadana ha presentato SCIA con contestuale richiesta di accREDITamento per n. 24 p.l..

Per ogni tipologia è stato effettuato il controllo sulle strutture non verificate nel 2014.

Nel 50% delle UdO esaminate si sono richieste integrazioni relativamente alle procedure formalizzate di gestione della documentazione socio sanitaria e gestione farmaci.

Per i Piani di Formazione si è evidenziata la necessità di perfezionare la parte relativa all'analisi dei bisogni formativi quale presupposto per la definizione della programmazione della formazione nella maggior parte delle strutture verificate.

In tutte le UdO si sono fornite indicazioni per perfezionare il documento organizzativo (DGR 2569/2014).

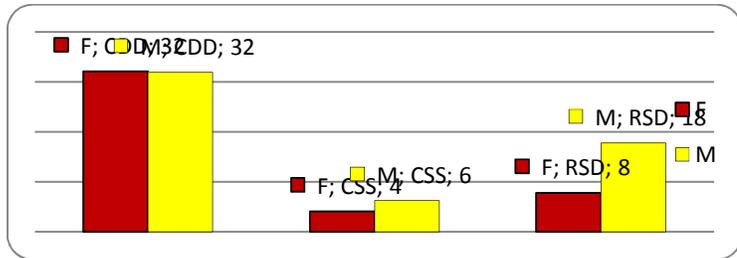
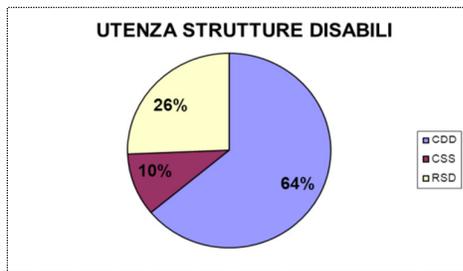
Da segnalare che anche in queste strutture, se riverificate a distanza di tempo, l'azione di accompagnamento nella revisione critica dei punti sopra citati ha evidenziato l'effettuazione da parte delle stesse di un importante percorso di revisione interna e di miglioramento delle procedure adottate.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate nell'anno 2015 da RSD, CDD, CSS.

Analisi dell'utenza

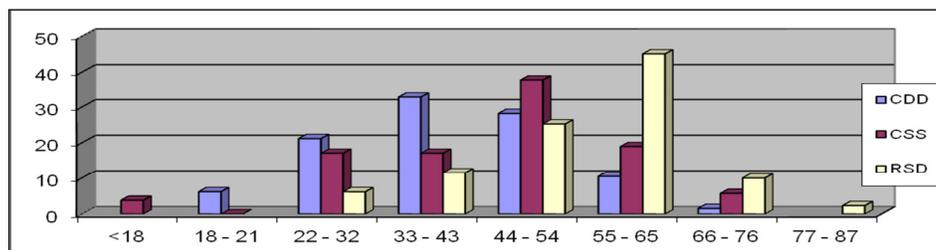
L'analisi è stata effettuata utilizzando il flusso relativo all'anno 2014 in quanto completo di tutti i dati necessari all'analisi.

	Utenti transitati anno 2014	Maschi	Femmine
CDD	327 (64%)	163	164
CSS	53 (10%)	32	21
RSD	131 (26%)	91	40
Totale	511	286	225



Analizzando l'età degli utenti transitati nel 2014 nelle diverse tipologie di strutture socio sanitarie per disabili raggruppati per classi di età, come rappresentato nella tabella che segue, emergono alcune riflessioni: l'età media è di 43 anni, i minori di 18 anni sono 2 e sono inseriti in una Comunità Socio Assistenziale, l'utenza più giovane frequenta i CDD (33 – 43 anni), mentre nelle CSS la maggior parte rientra nella fascia d'età fra i 44 e 54 anni. La maggioranza degli utenti tra i 55 e 65 anni sono nelle RSD.

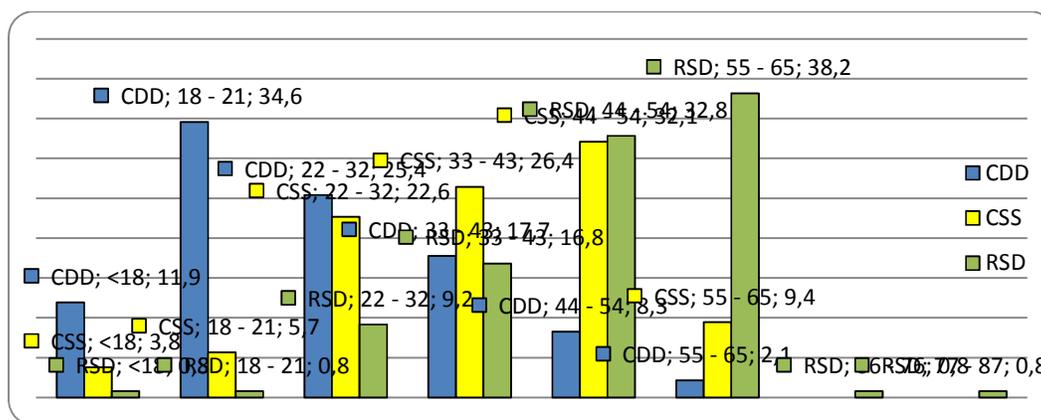
Distribuzione per classi di età	< 18	18 - 21	22 - 32	33 - 43	44 - 54	55 - 65	66 - 76	77 - 87
M	1	8	42	57	65	43	7	2
F	1	12	44	74	80	60	14	1
Totale	2	20	86	131	145	103	21	3



Un dato interessante è rappresentato dall'età di ingresso in struttura. N. 42 persone sono entrate ancora minorenni (anche se la DGR 18334/2004 relativa al CDD stabilisce che l'età di ingresso degli utenti deve essere, salvo casi eccezionali superiore ai 18 anni). La maggior parte di questi proviene da "altra struttura".

Il CDD è la struttura presente sul territorio che prioritariamente accoglie gli utenti al termine dell'assolvimento dell'obbligo scolastico (18-21 anni).

Età di ingresso in struttura	< 18	18 - 21	22 - 32	33 - 43	44 - 54	55 - 65	66 - 76	77 - 87
CDD	39 (11,9%)	113 (34,6%)	83 (25,4%)	58 (17,7%)	27 (8,3%)	7 (2,1%)		
CSS	2 (3,8%)	3 (5,7%)	12 (22,6%)	14 (26,4%)	17 (32,1%)	5 (9,4%)		
RSD	1 (0,8%)	1 (0,8%)	12 (9,2%)	22 (16,8%)	43 (32,8%)	50 (38,2%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Totale	42 (8,2%)	117 (22,9%)	107 (20,9%)	94 (18,4%)	87 (17,0%)	62 (12,1%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)



Età ingresso in struttura raggruppato per fasce d'età in %

Classi di fragilità (SIDi)

La classificazione della fragilità delle persone con grave e gravissima disabilità prende in considerazione le diverse caratteristiche della persona nella sua complessità quali funzioni vitali, funzioni primarie, vita di relazione.

Tale valutazione definisce il grado di dipendenza dall'accudente e l'intensità del bisogno di cura. Essa si modifica nel corso del ciclo di vita di un individuo, del suo contesto familiare e sociale di riferimento e delle patologie che ne determinano l'insorgenza e la sua evoluzione.

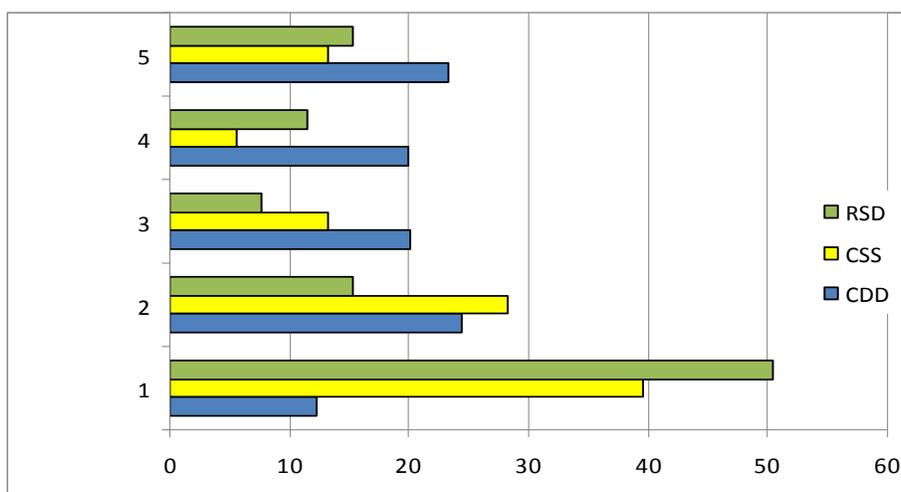
La scheda individuale del disabile (SIDi), parte integrante del FASAS, è lo strumento di rilevazione delle "Fragilità" e delle "Capacità" delle persone accolte. È lo strumento per valutare correttamente la fragilità connessa alle diverse forme di disabilità fisica, motoria, sensoriale, intellettiva e per valorizzare e orientare il complesso delle risposte di cura personale, di qualità della vita che la struttura offre agli assistiti.

Compilata al momento dell'ingresso dell'ospite, viene aggiornata almeno semestralmente e modificata ogni volta che emerge una variazione della situazione clinica e delle abilità funzionali che possono comportare anche un eventuale cambio della classe assistenziale di appartenenza.

La classificazione diagnostica è effettuata secondo la codificazione internazionale (ICD).

La compilazione della scheda SIDi, genera una classe che misura il grado di fragilità di ogni utente con un punteggio da 1 a 5 (dal più grave al meno grave) e, in generale, determina il carico assistenziale degli utenti presenti in struttura a cui corrisponde il riconoscimento economico delle prestazioni delle RSD o CDD o del voucher (titolo di accesso nelle CSS). La verifica della scheda è parte integrante del controllo di congruenza fra quanto rendicontato mediante i flussi e quello che è evidente e rintracciabile nel FASAS durante il controllo di appropriatezza da parte dell'Equipe di Vigilanza.

Classificazione SIDi	1	2	3	4	5
CDD	12%	24%	20%	20%	23%
CSS	40%	28%	13%	6%	13%
RSD	50%	15%	8%	11%	15%



Classi di Fragilità espresse in % sul totale degli utenti presenti in ogni tipologia di struttura al dicembre 2014.

La distribuzione degli utenti rispetto alle rispettive classi di fragilità risulta congruente con la tipologia di offerta socio sanitaria nella quale sono collocati.

Controllo di appropriatezza anno 2015

Il piano dei controlli di Appropriatazza anno 2015 prevedeva un sopralluogo di vigilanza in 10 strutture non raggiunte dal controllo nel 2014: 1 RSD; 5 CDD e 4 CSS.

Gli utenti complessivamente transitati nelle 10 strutture oggetto di controllo per il 2015 sono stati 242.

Prevedeva inoltre la verifica ulteriore di n. 3 strutture (2 CDD e 1 RSD) che nel 2014 avevano presentato criticità nella gestione dei FASAS (con emissione di sanzione).

Controllo da campionamento

Il controllo 2015 è stato effettuato su n. 36 FASAS corrispondenti al 15% dei FASAS stimati nell'anno 2014 di cui: n. 11 FASAS in RSD; n. 21 FASAS nei CDD; n. 4 FASAS nelle CSS. Il campionamento dei FASAS è stato fatto prevalentemente sui nuovi ingressi del 2014.

Tipologia campionata	n. strutture	n. soggetti transitati 2014	n. FASAS campionati	n. FASAS verificati
CDD	5	144	20	21
CSS	4	27	4	4
RSD	1	71	11	11
Totale	10	242	35	36

Gli indicatori di appropriatezza previsti da Regione Lombardia per le strutture socio sanitarie diurne e residenziali per disabili sono 11 di cui 4 generali e 6 specifici.

Di seguito si riporta il prospetto degli indicatori analizzati nelle strutture disabili con la relativa percentuale di raggiungimento.

	CDD	CSS	RSD
FASCICOLI ESAMINATI	21	4	11
INDICATORI RAGGIUNTI	318	60	175
INDICATORI NON RAGGIUNTI	21	1	10
INDICATORI NON PERTINENTI/	16	4	13
PERCENTUALE RAGGIUNTA	93%	98%	94.6%

CDD

La percentuale di raggiungimento varia, tra i diversi CDD, dal 77% al 100%.

Indicatore generale 1. "valutazione e rivalutazione dei bisogno": soddisfatto nell'81% dei FASAS esaminati in quanto l'anamnesi completa di tutte le figure professionali, in particolare infermieristica e riabilitativa, risulta essere un elemento carente anche nelle strutture in cui è prevista questa figura professionale. Tutte le strutture al momento del sopralluogo avevano in corso l'acquisizione di uno strumento per la raccolta anamnestica e la valutazione infermieristica, seppur non ancora in una fase operativa.

Indicatore generale 2. "elaborazione del progetto individuale": nel 38% dei FASAS si è riscontrata la NON appropriatezza. Si è osservato che il PI, sempre presente in ogni fascicolo, è risultato non differenziato dal PAI o mancante nella definizione di specifiche aree di bisogno o negli obiettivi.

La rilevazione di indicatori misurabili relativi agli obiettivi del PI è stato un altro indicatore non raggiunto nel 38% dei FASAS: è questo un indicatore in stretta relazione con la definizione di obiettivi e proprio la definizione di obiettivi chiari e misurabili è spesso elemento di criticità in queste strutture.

In 1 FASAS non è stata rilevata la tracciabilità degli interventi (diario mancante).

Indicatore generale 4. "controllo di congruenza": non è stato raggiunto in 1 FASAS su 21 e nello specifico ha comportato il cambio di item dalla scheda SIDi relativo al tipo di alimentazione.

Gli indicatori specifici nei FASAS valutati hanno evidenziato criticità nel 33%. Gli indicatori non soddisfatti riguardano l'area della valutazione rivalutazione dei bisogni - indicatore specifico 1.1 funzioni primarie, l'area cognitivo comportamentale (mancanza di una scheda di osservazione dei comportamenti auto-etero aggressivi indicati come presenti) - indicatore specifico 4.1 e l'area psicosociale per mancanza della valutazione delle abilità occupazionali personali e relazionali - indicatore specifico 5.1.

CSS

La percentuale di raggiungimento varia, tra le diverse CSS, dal 94% al 100% (in 3 CSS su 4 la percentuale di raggiungimento è pari al 100%).

La criticità rilevata riguarda la valutazione / rivalutazione multidimensionale dei bisogni (che non è stata effettuata da tutte le figure professionali infermieristica e riabilitativa) e l'indicatore specifico relativo alla valutazione delle funzioni primarie presente in cartella ma non effettuata dalle figure professionali specifiche nell'area di interesse.

RSD

Il controllo di appropriatezza è stato effettuato in 2 procedimenti. Nel secondo procedimento è stato possibile verificare la messa in atto delle osservazioni e suggerimenti proposti nel primo controllo (aspetti relativi a anamnesi familiare, definizione e differenziazione di obiettivi, dei tempi di verifica).

La percentuale di soddisfacimento degli indicatori di appropriatezza nel secondo controllo è passata da 94% a 95%; l'équipe assistenziale ha saputo attivarsi per accogliere le indicazioni della DGR regionale e tradurle operativamente. Nei FASAS sono presenti le anamnesi e le valutazioni di tutti i componenti dell'équipe, compreso l'animatore.

Durante il controllo si è approfondito con gli operatori il problema della valutazione multidisciplinare e la conseguente definizione delle aree di bisogno; sono stati ribaditi i tempi di compilazione del PI così come da dgr definendo che solo l'animatore, nel limite delle sue competenze può posticipare oltre al mese l'osservazione dell'ospite prima di definire il PEI.

L'indicatore generale 2 ha evidenziato criticità in 10 FASAS su 11 in quanto gli indicatori presenti nel PI non sono descritti in modo chiaro e non è misurabile il loro raggiungimento; in 1 FASAS il PI è mancante della condivisione con l'assistito e/o la famiglia.

Controllo a seguito di criticità nel 2014

Si è prevista la verifica ulteriore di n. 3 strutture (2 CDD e 1 RSD) che nel 2014 avevano presentato criticità nella gestione dei FASAS (con emissione di sanzione).

E' stato effettuato 1 sopralluogo per ogni CDD mentre per la RSD sono stati necessari n. 3 sopralluoghi di verifica.

Oltre alla verifica in loco, si sono effettuati con gli erogatori coinvolti incontri in ufficio di consulenza/approfondimento della normativa (1 per il CDD e 3 per la RSD) richiesti espressamente dagli stessi gestori.

	RSD	CDD 1	CDD 2
Fascicoli esaminati	2	1	1
Indicatori raggiunti	30	14	14
Indicatori NON raggiunti	4	1	0
Indicatori NON pertinenti	1	2	3
Percentuale raggiungimento	88%	93%	100%

Si è osservata una positiva evoluzione organizzativa e assistenziale evidenziata anche dalle percentuali di esito dell'analisi degli indicatori.

Le strutture hanno continuato il percorso di revisione delle procedure interne alla luce della normativa regionale.

L'indicatore relativo agli aspetti cognitivo comportamentali è ancora oggetto di discussione (incongruenza tra la valutazione del comportamento auto ed etero aggressivi presenti nel FASAS e quanto dichiarato sul flusso regionale nella scheda SIDi).

Sia per 1 CDD che per la RSD, pur in presenza di netto miglioramento nella percentuale di raggiungimento degli indicatori, si è ripresentata la criticità relativa alla classificazione dell'utenza (incongruenza fra quanto si evince dalle valutazioni ritrovate in cartella e quanto riportato nel flusso).

Verifica Progetti Potenziati ai sensi della dgr 1953/2014 nei Centri Diurni Disabili

La DGR 2989/2014, conferma per il 2015 per i CDD, previa autorizzazione dell'ASL, la valorizzazione delle attività programmate che prevedono un'assenza potenziata fino a un massimo di 20 giorni. Tale attività è richiesta mediante la presentazione di un progetto educativo individuale, ai sensi della dgr 1953/2014 e 1185/2013.

La verifica dei progetti potenziati ha coinvolto n. 4 CDD per un totale di n. 11 progetti.

Struttura	n. strutture	n. progetti	Presenza autorizzazione ASL	Presenza PEI	Congruenza rendicontazione prestazioni	Congruenza periodo attività aggiuntiva
CDD	4	11	SI	SI	SI	SI

L'analisi dei FASAS d utenti per i quali vi è l'autorizzazione da parte di ASL al superamento del limite di assenze ha rilevato:

- la congruenza, in tutti i progetti, tra PI e PEI
- la presenza del documento di approvazione ASL in tutti i FASAS
- congruenza tra rendicontazione assenze e periodi autorizzati
- verifica dei cartellini presenze del personale impiegato nello specifico progetto (se personale dipendente dalla struttura).

CURE INTERMEDIE

SERVIZI DIURNI PER LA RIABILITAZIONE (ambulatoriale, domiciliare, ciclo diurno continuo)

Cure Intermedie						
Strutture Di Riabilitazione	riabilitazione specialistica	riabilitazione generale geriatrica				riabilitazione di mantenimento
	ricovero ordinario	ricovero ordinario	diurno continuo	ambulatoriali e	domiciliare	stabilizzazione reinserimento
	posti accreditati	posti accreditati	posti accreditati	trattamenti ambulatoriali	prestazioni domiciliari	posti letto accreditati
Associazione "Casa del Sole"			155	4.505		
Unità Geriatrica Riabilitativa				12.200	450	
ASP "Villa Carpaneda"		10	15			10
Fondazione "Mons. A. Mazzali"	16	16		5.500	500	
Villa al Lago srl	16	25				19
Fondazione Ospedale Civile		30				20
TOTALE	32	81	170	22.205	950	49

Cure Intermedie	Conclusioni programma	piano	Voltura	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture di riabilitazione					
Strutture coinvolte	1		1		3
N. sopralluoghi	2				4

Stato Di Fatto/Criticità

Nel Novembre 2015 la struttura di Cure Intermedie ancora in possesso di autorizzazione provvisoria al funzionamento in presenza di piano delle opere di adeguamento ha concluso i lavori. Questo

ha permesso di riattivare i posti di Diurno riabilitativo sospesi per la presenza di piano di adeguamento.

N. 1 struttura di Cure intermedie è stata oggetto di voltura a seguito di modifica dell'Ente Gestore. La verifica dei requisiti nelle strutture di riabilitazione a regime residenziale e ambulatoriale ha evidenziato la necessità, da parte delle strutture, di perfezionare l'applicazione di alcune procedure/protocolli, quali gestione del dolore, prevenzione cadute e infezioni correlate con l'assistenza.

Il processo di consolidamento della rete di Cure Intermedie nel corso del 2015

Con la delibera regionale DGR n. X/3383 del 10/4/2015 e successiva delibera ASL Mantova n. 147 del 30/4/2015 è stato avviato il percorso di definizione della nuova unità di offerta socio sanitaria "cure intermedie".

Tali provvedimenti approvano in via sperimentale le caratteristiche e i requisiti della suddetta unità di offerta, nella quale confluiranno, oltre alle strutture residenziali per adulti già classificate come cure intermedie ai sensi della DGR n.X/1185/2013 (nel territorio mantovano: Fondazione Mazzali Onlus, Fondazione Ospedale Civile di Gonzaga, Fondazione Villa Carpaneda, Villa al Lago srl) anche le attuali sperimentazioni regionali di assistenza post acuta che hanno aderito al sistema (nel territorio mantovano: CSA Cooperativa servizi assistenziali presso la struttura di Sabbioneta).

Durante la "fase osservazionale" della sperimentazione, le unità d'offerta residenziali per adulti già classificate come cure intermedie (ex riabilitazione residenziale) hanno continuato ad erogare le prestazioni contrattualizzate per tutto l'anno, secondo le vigenti condizioni e modalità attuative. Sono rimasti pertanto invariati, fino alla fine del 2015, i criteri clinici di accesso alle Cure Intermedie (ex Strutture di Riabilitazione) definiti nella DGR VII/19883 del 16/12/2004.

Dopo la presentazione e diffusione agli enti gestori della DGR 3383/2015 tramite seduta assembleare, nel mese di Aprile si è provveduto alla stipula dei nuovi contratti. Nel mese di Maggio è stata inoltre presentata e diffusa agli erogatori sanitari componenti del Tavolo per il monitoraggio degli indicatori del protocollo di intesa la "scheda unica di invio e valutazione per ricovero in unità Cure Intermedie", a garanzia della continuità assistenziale nel prendersi cura del paziente fragile nel post dimissione.

Nel corso del 2015 è stato fornito agli enti gestori il supporto e l'accompagnamento sia nella definizione del profilo di cura sia nella gestione dei flussi informativi aggiuntivi, tramite ampia e continua disponibilità con contatti telefonici o posta elettronica.

Essendo il referente aziendale per le Cure Intermedie membro dell'equipe di vigilanza e controllo dell'appropriatezza sociosanitaria, durante tutti i controlli di appropriatezza nelle strutture di Cure Intermedie è stato rinforzato il supporto tecnico, analizzando "a campione" e discutendo la omogenea e corretta compilazione della scheda di valutazione dei profili e monitorando la

corretta evoluzione della fase osservazionale. In tali occasioni, per ogni struttura di Cure Intermedie, è stata verificata l'individuazione e la presenza della figura del Care Manager.

Le strutture di Cure Intermedie hanno provveduto alla rendicontazione puntuale del flusso aggiuntivo, parallelo al flusso ordinario SDOFAM, attraverso gli strumenti predisposti da Regione Lombardia e gli aggiornamenti della scheda di rendicontazione definitiva.

La criticità operativa principale sollevata dalle strutture, sebbene in graduale risoluzione, è rappresentata dal coinvolgimento ancora non ottimale dei Medici di Medicina Generale e dei medici ospedalieri per quanto riguarda la compilazione, in termini di completezza e coerenza, della scheda unica di invio e valutazione per ricovero in cure intermedie.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate nell'anno 2015

Il controllo di appropriatezza delle prestazioni, anche allo scopo di svolgere adeguata formazione e accompagnamento nell'utilizzo della check list, è stato effettuato in tutte le strutture di cure intermedie (ex riabilitazione) della provincia di Mantova non sottoposte a controllo nel 2014 (3 strutture su 4).

E' stato valutato il 15% delle pratiche di ricovero ordinario stimate sui dati relativi all'anno 2014 (campione pari a 142 FASAS) ed il 5% delle pratiche/paziente in regime diurno, ambulatoriale e domiciliare (campione pari a 32 pratiche).

Cure Intermedie

Nella verifica di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di degenza è stato approfondito il tempo di permanenza, il motivo del ricovero e le modalità di accesso e dimissione nel servizio.

Sono stati complessivamente valutati n. 142 FASAS (pari al 15% delle pratiche anno 2014) di ospiti in regime di degenza, campionati dapprima in base alla modalità di dimissione da strutture ospedaliere e alla ripetizione del ricovero nel trimestre, successivamente in base a criteri cronologici al fine di verificare il percorso correttivo intrapreso dalla strutture a fronte delle criticità riscontrate nei precedenti sopralluoghi di appropriatezza.

Nel 1° semestre sono stati effettuati 5 sopralluoghi in 3 strutture, con n. 42 FaSAS controllati (pari al 29.6% dell'obiettivo annuale).

Nel 2° semestre sono stati effettuati 9 sopralluoghi che hanno riguardato tutte le strutture ex riabilitazione a regime residenziale, 3 strutture da campione e 1 struttura per presenza di criticità nei controlli di appropriatezza nel 2014.

Il totale dei FaSAS controllati nel secondo semestre è di 100 (pari al 70.4%).

Durante i sopralluoghi, in base alla DGR 1765/2014, sono stati verificati gli indicatori di appropriatezza generali.

Si riportano di seguito gli esiti di tali controlli.

Tabella 1: confronto della percentuale di raggiungimento degli indicatori generali 1° semestre 2015 e 2° semestre 2015

Indicatore	1 sem. 2015	2 sem. 2015
1 Presenza della valutazione / rivalutazione multidimensionale dei bisogni	90,40%	75%
2 Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati	57,10%	84%
3.1 Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	78,60%	86%
3.2 Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	73,80%	93%
4 Congruenza dati rendicontati nel flusso con quanto rintracciato nel FASAS	95,20%	100%

Nella seguente tabella si evidenziano gli esiti relativi al grado di accettabilità degli indicatori. Secondo la DGR il livello di accettabilità è definito dal soddisfacimento di almeno il 95% degli indicatori.

ESITI				
	FASAS CAMPIONATI	NUMERO TOTALE APPLICABILI	INDICATORI SODDISFATTI	% RAGGIUNGIMENTO
1° semestre	42	210	166	79.0%
2° semestre	100	500	438	87.6%
ANNO 2015	142	710	604	85.1%

Il livello di accettabilità indicato dalla delibera regionale non è stato raggiunto.

Si è evidenziato tuttavia nel corso dell'anno un graduale e progressivo miglioramento del grado di accettabilità degli indicatori conseguente al continuo affiancamento delle strutture da parte del servizio vigilanza e al graduale percorso di revisione delle modalità operative adottato dalle strutture di Cure Intermedie.

Le criticità principali hanno riguardato:

- l'evidenza della multidisciplinarietà degli interventi nel progetto riabilitativo individuale con carenze, soprattutto in una struttura, nelle sezioni anamnestiche infermieristiche e fisioterapiche.
- l'individuazione di appropriati indicatori individuati dal gestore per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi indicati. Spesso infatti sono state utilizzate, come indicatori, scale di valutazione poco pertinenti alla misurazione e verifica del raggiungimento dell'obiettivo prefissato dall'equipe di cura.

Relativamente alla percentuale di soddisfacimento degli indicatori ex DGR 1765/14 si ribadisce che la scelta della vigilanza, a fronte di una DGR (1765) chiara e valida quale strumento di lavoro efficace ed utile, ed in considerazione del carattere "sperimentale" per quanto riguarda le eventuali sanzioni, è stata quella di una applicazione "rigorosa" di quanto esplicitato nella stessa. anche supportati da check list molto dettagliate e "blindate". In caso di esito incerto o dubbio è stato verbalizzato NO affinché rimanesse agli atti della struttura l'area problematica su cui attivarsi per rivedere metodi e procedure.

Questo motiva la riduzione di percentuale relativa all'indicatore "presenza di valutazione / rivalutazione multidimensionale dei bisogni", dove si è voluto insistere sull'aspetto della corretta raccolta anamnestica di tutte le figure professionali, e non solo riabilitative, anche in prospettiva del passaggio ad effettiva erogazione di tipologia "Cure Intermedie".

Netti miglioramenti si sono riscontrati per quanto riguarda l'esistenza e coerenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati.

In conclusione, rispetto al 2014 si è registrato un progressivo e globale miglioramento degli indicatori di appropriatezza a seguito sia del graduale accompagnamento durante le ispezioni di vigilanza e controllo e della condivisione dei contenuti della DGR 1765 sia della fattiva collaborazione delle strutture di Cure Intermedie.

Servizi Diurni per la Riabilitazione

Nel 2° semestre sono stati effettuati 3 sopralluoghi in una struttura di riabilitazione a regime diurno e ambulatoriale oggetto del controllo e, in base alla DGR 1765/2014, sono stati verificati soltanto gli indicatori di appropriatezza generali.

Nella seguente tabella si evidenziano gli esiti relativi al grado di accettabilità degli indicatori rilevati durante i sopralluoghi presso le strutture a regime diurno e ambulatoriale.

ESITI			
FASAS CAMPIONATI	NUMERO TOTALE INDICATORI APPLICABILI	INDICATORI SODDISFATTI	% RAGGIUNGIMENTO
32	160	158	98.75%

Il confronto e l'accompagnamento nell'interpretazione del contenuto della Dgr, effettuati durante i sopralluoghi e incontri con i gestori e operati delle UdO, hanno consentito alla struttura di utilizzare in modo ottimale gli indicatori di appropriatezza.

HOSPICE

Hospice	Posti Letto Accreditati
Villa Carpaneda di Rodigo	8
San Pietro di Castiglione Delle Stiviere	10

Attività Svolta Anno 2015				
Hospice	nuovo accred. o variazione	SCIA	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte				2
N. sopralluoghi				4

Stato Di Fatto/Criticità

I requisiti verificati nei due Hospice non presentano particolari criticità se non per quanto riguarda la procedura per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e la relazione con l'analisi dei dati e il piano di miglioramento.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate è stato effettuata in entrambe le strutture nell'anno 2014 e pertanto nell'anno 2015 non ne era previsto il controllo.

CONSULTORI FAMILIARI

Consultori Familiari privati ASL di Mantova							
	ambito territoriale sede del consultorio						Totale ASL
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
Sedi principali	1		1			1	3

Attività Svolta Anno 2015				
Consultori	nuovo accred. o variazione	SCIA	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte				1
N. sopralluoghi				1

Consultori Familiari pubblici							
	ambito territoriale sede del consultorio						Totale ASL
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	
Sedi principali	2	2	4	2	1	2	13

Consultori Familiari Pubblici ASL di Cremona		
	attivi	Strutture visitate
Consultori Familiari Pubblici	3	2

Stato Di Fatto/Criticità

Nell'ASL di Mantova sono presenti n. 3 consultori privati, accreditati ma di cui solo 1 a contratto.

A seguito del ripristino della Vigilanza Incrociata la vigilanza sulle strutture consultoriali pubbliche dell'ASL di Mantova è stata effettuata dall'ASL di Brescia.

Il Servizio Vigilanza Accreditamento e Controllo dell'ASL di Mantova ha effettuato la verifica delle strutture consultoriali pubbliche dell'ASL di Cremona.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate nell'anno 2015 – Consultori Familiari

I controlli di appropriatezza nei Consultori familiari sono stati effettuati:

- in un Consultorio privato accreditato e a contratto dell'ASL di Mantova
- in un Consultorio privato accreditato ma non a contratto dell'ASL di Mantova
- in due delle tre sedi dei Consultori pubblici della ASL di Cremona.

Per l'anno 2015 si è proseguito nell'applicazione delle normative relative ai controlli dei requisiti generali e specifici di appropriatezza (DGR n. 1765/2014).

Il controllo ha preso in esame le prestazioni tariffate in base ai nuovi codici introdotti dalla DGR 4597 del 28/12/2012, abrogativa della DGR 4141/2001, con particolare attenzione all'applicazione dei requisiti specifici.

L'attività di controllo di appropriatezza è avvenuta sempre in un'ottica di confronto con gli operatori.

E' stato utilizzato il modello di verbale regionale, così come da dgr. 2989 del 23/12/2014, procedendo al controllo dei FaSAS con particolare attenzione alla corretta registrazione delle prestazioni, alla coerenza tra bisogno valutato e risposte fornite e all'adozione e compilazione corretta del PAI.

Il campione numerico è stato calcolato nella misura del 5% dei FaSAS di utenti che, nell'anno 2014, hanno ricevuto prestazioni integrate con codice da 001 a 008.

Sul campione numerico così individuato si è scelto di verificare per la maggior parte FaSAS relativi all'anno 2015, per una verifica puntuale della corretta applicazione delle regole di rendicontazione introdotte dalla dgr. 1765/2014.

Nella fattispecie si è così suddiviso il campione selezionato:

- per il 70% i FASAS con prestazioni ricomprese nei requisiti specifici di appropriatezza previsti dalla dgr. 1756/2014 (00101 – 001 - 003 – 00801 – 00802 – prestazioni connesse a IVG);
- per il 20% altre prestazioni tariffate sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria non ricomprese negli indicatori specifici (codici – 00102 – 00103 – 00104 – 00201 – 00202 - 004 – 005 – 006 - 007) .
- per il 10% prestazioni sanitarie anche mono prestazionali ai fini della verifica della corretta applicazione del codice di esenzione o all'interno di percorsi di presa in carico socio-sanitaria.

Controllo prestazioni

n. sedi verificate	n. utenti che hanno fruito prestazioni nell'anno di riferimento	n. cartelle da controllare (5%) TOT CAMPIONE	n. cartelle controllate	%
3	2142	109	127	116

Dati controllo prestazioni utenti

n. cartelle controllate	n. FASAS controllati con prestazioni ad elevata integrazione-requisiti specifici	% controllo	n. FASAS controllati con prestazioni ad elevata integrazione-requisiti non specifici	% controllo	n. FASAS con Prestazioni sanitarie (10% del campione)	% controllo
127	86	78,8	25	22,9	16	14,6

Dati contestazioni

n. cartelle controllate	n. prestazioni controllate prestazioni cod. 001 - 008	n. prestazioni contestate	% contestazioni
127	348	44	12,6

In una struttura privata accreditata a contratto, già controllata nell'anno 2014 e nella quale sono state rilevate criticità, si è proceduto al controllo a campione casuale di n. 9 FaSAS, il cui esito è di seguito riportato:

n. cartelle controllate	n. prestazioni controllate prestazioni	n. prestazioni contestate	% contestazioni
9	32	14	43

Nelle sedi ASL Cremona i controlli sono stati svolti con più accessi nel corso dell'anno, con la possibilità pertanto di verificare le azioni migliorative poste in essere in seguito alle prescrizioni emerse durante l'attività di controllo.

Di seguito le principali aree di contestazione, che sono state oggetto di miglioramento da parte dei gestori:

- iniziali carenze nella puntuale compilazione del diario degli interventi (data, ora, firma) sono state superate nel corso dei controlli
- non coerenza tra dati caricati sul flusso di rendicontazione e prestazioni presenti in cartella sia per errore di codice, sia per quantità o data della prestazione
- errori nell'utilizzo dei nuovi codici introdotti dalla DGR 4597/2012
- lavoro integrato non adeguatamente documentato nella cartella utente
- adozione di PAI ancora in fase di implementazione, con l'analisi di modalità documentali e operative più idonee alla realtà consultoriale.
- assenza di protocollo ufficiale per la collaborazione con la Tutela Minori dei Comuni che definisca univocamente per tutte le sedi procedure e modulistica.

Il miglioramento rilevato nei vari controlli è reso evidente dalla percentuale di indicatori raggiunti nei singoli verbale come da tabella seguente

Esito controllo indicatori dgr. 1765/2014 nei controlli effettuati - Consulori Pubblici

Data controllo	Sede Consultoriale	NUMERO TOTALE INDICATORI APPLICABILI	NUMERO INDICATORI SODDISFATTI	TOTALE	% TOTALE DI RAGGIUNGIMENTO
Maggio 2015	A	139	104		74,8%
settembre 2015	A	139	85		88,2%
Maggio 2015	B	114	71		62,3%
Ottobre 2015	B	140	120		85,7%
Dicembre 2015	B	187	150		82,5%

Esito controllo indicatori dgr. 1765/2014 nei controlli effettuati – altre sedi

Data controllo	Sede Consultoriale	NUMERO TOTALE INDICATORI APPLICABILI	NUMERO INDICATORI SODDISFATTI	TOTALE	% TOTALE DI RAGGIUNGIMENTO
12/05/2015	C	43	9		50%
25/05/2015	D	79	14		35,9%

L'aumento progressivo della percentuale di raggiungimento degli indicatori richiesti dalla normativa, che comunque rimane inferiore al livello accettabile del 95%, evidenzia l'impegno degli operatori all'adeguamento alle normative in vigore.

CONTROLLI PROGETTI NASKO E CRESCO

I controlli Nasko e Cresco per l'anno 2015 sono stati svolti come da indicazioni regionali pervenute nel corso dell'anno; nello specifico:

Con e-mail del 26 Marzo 2015 la Regione – Struttura Promozione della Famiglia e del Volontariato - ha richiesto una ricognizione dei Progetti Nasko e Cresco tramite la compilazione di una specifica scheda; il controllo era da effettuarsi da parte del Servizio Vigilanza e da parte del Servizio Famiglia. Il report è stato inviato dal servizio famiglia stesso agli indirizzi forniti dalla Regione in data 15/04/2015.

In tale sede sono stati controllati 9 progetti di cui 5 Nasko e 4 Cresco, relativi all'anno 2015 come da successiva precisazione regionale del 27/03/2015.

In data 29 Settembre 2015 è pervenuta una seconda richiesta di controllo dei progetti con relative tabelle di rilevazione. La scadenza è stata fissata la 29/02/2016.

Si è proceduto al controllo di 21 progetti di cui 10 Nasko e 11 Cresco.

Il verbale è stato consegnato al Servizio Famiglia, Infanzia ed età evolutiva che invierà report entro la data comunicata dagli uffici regionali.

L'effettuazione dei controlli con la compresenza della Responsabile del Servizio Famiglia ha permesso di apportare in tempi brevi gli opportuni correttivi a fronte di criticità rilevate. In linea generale comunque, anche in conseguenza delle più puntuali indicazioni fornite dalla Regione, non sono stati rilevati particolari problemi o criticità.

Rimane carente o non adeguatamente documentato - per entrambe le progettazioni - il raccordo con la rete dei servizi territoriali, nello specifico con i Servizi sociali dei Comuni di residenza con i quali il raccordo si attua con una e-mail informativa all'avvio del progetto e con una relazione finale alla sua conclusione. Il raccordo con la rete del Volontariato è condotto in autonomia dalle famiglie in buona parte delle situazioni.

Allo stato attuale non sono stati attivati protocolli operativi con altri attori della rete territoriale quali i Comuni, le Aziende Ospedaliere, il Volontariato.

Nel 2015 i nuovi progetti sono stati attivati tutti dalla rete dei Consulenti pubblici.

Report annuale 2015 – Nasko

Progetti avviati nel 2015	controllati	%
19	10	52

Report annuale 2015 - Cresco

Progetti avviati nel 2015	controllati	%
17	11	64

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI DELLE DIPENDENZE

Strutture semiresidenziali e residenziali delle dipendenze							
	ambito territoriale sede della Comunità						Totale
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	Asl
numero strutture attive		1	6			1	8
n. posti autorizzati		26	98			24	148
n. posti accreditati a contratto		21	91			24	136
Posti accreditati non a contratto		5	7				12

Attività Svolta Anno 2015			
	nuovo accred. o DIA variazione	segnalazioni	vigilanza routinaria
Strutture coinvolte			4
N. sopralluoghi			6

Stato Di Fatto/Criticità

La documentazione ex DGR 2569/2014 nel 50% delle strutture verificate è risultata adeguata, nel restante 50% è stato necessario richiedere integrazioni per il perfezionamento.

Per alcuni protocolli / procedure (rilevazione grado di soddisfazione utenza, gestione farmaci) è stato necessario richiedere integrazioni.

La valutazione effettuata sui Piani di Formazione delle strutture ha evidenziato la necessità di perfezionare la parte relativa all'analisi dei bisogni formativi quale presupposto per la definizione della programmazione della formazione.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate nell'anno 2015 – Strutture Residenziali e Semiresidenziali delle Dipendenze

Nel territorio mantovano sono ubicate 8 unità d'offerta socio sanitaria residenziale e semiresidenziale che offrono diverse tipologie di programmi terapeutici riabilitativi per le quali L'ASL attua la funzione di vigilanza e controllo ai sensi della DGR 12621 del 07/04/2008.

Tipologia di servizi residenziali e semiresidenziali offerti nel territorio dell'ASL di Mantova dai soggetti accreditati

Comunità Terapeutico Riabilitative Residenziali per tossicodipendenti (TRR)

Sono servizi sia a carattere residenziale che semiresidenziale: il programma ha una durata non superiore ai 18 mesi.

Nel territorio mantovano vengono offerti complessivamente 76 posti residenziali e 14 semiresidenziali distribuiti in 7 Strutture comunitarie:

DENOMINAZIONE	Posti	GESTORE
Comunità San Marco	16 posti	ARCA Centro Mantovano di Solidarietà
Comunità Il Sestante	accreditati 18 posti contratto 11 posti	ARCA Centro Mantovano di Solidarietà
Comunità Giovanni Paolo II	16 posti	ARCA Centro Mantovano di Solidarietà
Comunità Pelagallo	18 posti	Gestore Società Cooperativa Sociale Porta Aperta ONLUS
Comunità Acquario	7 posti	Acquario Soc. Coop. Sociale ONLUS
Centro diurno Acquario	14 posti	Acquario Soc. Coop. Sociale ONLUS

Servizi di Trattamento Specialistico (SPR2 e SPR3)

È un Servizio di trattamento specialistico caratterizzato dall'erogazione di specifiche prestazioni concernenti: l'accoglienza di persone con caratteristiche predefinite che richiedono una gestione e un trattamento caratterizzato dalla valutazione diagnostica specialistica e la definizione di un trattamento riabilitativo individuale non superiore ai 18 mesi.

La gestione delle problematiche specialistiche (medico o psicoterapico) fanno ricorso anche a un trattamento farmacologico e successivo monitoraggio.

I Servizi specialistici previsti dalla DGR regionale :

- per coppie soggetti con figli e nuclei famigliari;
- per pazienti in comorbilità psichiatrica;
- per alcol e poli dipendenti.

Sul territorio della provincia di Mantova sono presenti 5 strutture comunitarie residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni specialistiche per un totale di 27 posti).

Comunità Terapeutiche Residenziali Alcol e Polidipendenze (SPR3)		
DENOMINAZIONE	Posti	GESTORE
Comunità San Marco	8 posti	ARCA Centro Mantovano di Solidarietà
Comunità Acquario	3 posti	Acquario Soc. Coop. Sociale ONLUS
Casa Beniamino	2 posti	Fondazione EXODUS ONLUS

Comunità Terapeutica Residenziale per Comobilità Psichiatrica (SPR2)		
DENOMINAZIONE	Posti	GESTORE
Comunità Giovanni Paolo II	8 posti	ARCA Centro Mantovano di Solidarietà

Comunità Terapeutica semi Residenziale per Comobilità Psichiatrica (SPS)		
DENOMINAZIONE	Posti	GESTORE
Centro diurno Acquario	6 posti	Acquario Soc. Coop. Sociale ONLUS

Comunità Pedagogico Riabilitativa Residenziale. (TPR)

I servizi pedagogico riabilitativi sono sia a carattere residenziale che semiresidenziale e attuano un programma terapeutico personalizzato per persone con caratteristiche predefinite che non assumono sostanze d'abuso e, in assenza di controindicazioni, in trattamento farmacologico sostitutivo o altri trattamenti per un periodo non superiore ai 30 mesi.

Sul territorio della provincia di Mantova una sola comunità è accreditata per il servizio pedagogico riabilitativo residenziale:

DENOMINAZIONE	Posti	GESTORE
Casa di Beniamino	24 accreditati 19 contratto	Fondazione EXODUS ONLUS

L'accesso al Servizio avviene entro e non oltre 20 giorni dalla richiesta di inserimento e su certificazione del responsabile del Dipartimento Dipendenze. Per una persona residente extra ASL (es utente dal carcere), si richiede la valutazione in itinere dell'equipe competente territorialmente.

La certificazione di tossicodipendenza costituisce il titolo di accesso alle strutture, è un documento sottoscritto dalle componenti specialistiche psico -socio -sanitarie rilasciato da un servizio pubblico o privato accreditato.

La certificazione attesta lo stato di tossicodipendenza o alcol dipendenza e la tipologia di intervento riabilitativo.

Il documento viene rilasciato alla persona coinvolta che ha tempo 1 anno per collocarsi in una struttura comunitaria.

Suddetta certificazione ha validità di 18 mesi dall'ingresso in una struttura per il trattamento specialistico e 36 mesi per le strutture terapeutico e pedagogico riabilitative.

Per l'anno 2015, il piano controlli dell'ASL della provincia di Mantova, prevedeva il controllo di appropriatezza delle prestazioni in n. 3 strutture residenziali non verificate nell'anno precedente e in una struttura nella quale si sono evidenziate criticità nel 2014.

Il controllo è stato programmato sul 15% dei FASAS degli utenti stimati per il 2014 con priorità sui nuovi ingressi del 2° semestre 2014 e primo semestre 2015.

Scelta del campione				
Struttura	Transitati 2014	FASAS Campionati	FASAS verificati 1 semestre 2015	FASAS verificati 2 semestre 2015
A	33	5	1	5
B	36	5	0	5
C	16	3	1	2
D	26	4	1	3
Totale	111	18	3	15

Analisi degli utenti transitati nelle 4 Comunità Terapeutiche oggetto del controllo nel 1 semestre 2015

Struttura	Transitati 1 semestre 2015	Classi di età						Totale
		< 18	18 - 21	22 - 32	33 - 43	44 - 54	55 - 65	
A	21	4	10	4	2	1		21
B	27		1	11	12	3		27
C	16			3	6	7		16
D	16				2	11	3	16
Totale	80	4	11	18	22	22	3	80

Nel semestre di rendicontazione, sono 77 gli utenti che hanno fatto accesso a una delle 4 Comunità mantovane mentre risultano essere 80 quelli transitati in quanto alcuni sono migrati da una struttura all'altra e risultano pertanto presenti in più strutture.

Gli utenti minorenni sono inseriti nella Comunità Pedagogico Riabilitativa Residenziale.

ASL di provenienza: la maggioranza degli utenti (51%), proviene dalla Provincia di Mantova, il 13% da Brescia e il 13% da territori extra regione Lombardia.

Distribuzione dell'utenza per tipologia e permanenza media in struttura

Struttura	Utenza per tipologia	Tempo medio di permanenza in struttura in giorni
A - PRR	18	426
A - SPR3	3	
B SPR2	8	
B - TRR	19	517
C TRR	16	721
D TRR	16	627

Esiti dei controlli di appropriatezza

Si è definito di effettuare il controllo di appropriatezza su almeno 1 FASAS nel primo semestre 2015 nelle Comunità oggetto di verifica, completando il controllo nel 2 semestre. Questo per permettere

alle strutture di confrontarsi con la normativa e predisporre azioni di miglioramento sulle procedure adottate.

Obiettivo del controllo è stata prioritariamente la verifica della corrispondenza fra la tipologia del Servizio in cui è inserito l'utente e la tipologia indicata nella certificazione rilasciata dagli SMI o dai Ser.T. e il numero di presenze in struttura in base al volume accreditato.

Si è inoltre verificata la coerenza fra i bisogni emersi dalla valutazione multidisciplinare e quanto definito nel PI, le azioni previste nel PAI e la registrazione di quanto effettivamente eseguito nel diario assistenziale, l'appropriatezza delle figure professionali che erogano la prestazione, l'applicazione degli indicatori della 1765/2014, che per l'area Dipendenze è limitata alla verifica degli Indicatori generali.

	1 controllo	2 controllo	Controllo unico	1 controllo	2 controllo	1 controllo	2 controllo
Comunità	A	A	B	C	C	D	D
FASAS analizzati	1	5	5	1	2	1	3
% raggiungimento indicatori	0%	44%	20%	20%	50%	0%	67%

Criticità evidenziate

I primi controlli hanno rilevato percentuali di soddisfazione degli indicatori inferiori rispetto ai controlli successivi.

Il primo sopralluogo è stato utilizzato per analizzare con i gestori la gestione del FASAS alla luce delle nuove DGR, considerando anche che gli stessi non erano stati sottoposti a controllo nel 2014 e pertanto non si erano ancora confrontati con le nuove procedure di verifica dell'appropriatezza. La percentuale di 0% è da intendersi non come completa assenza di FASAS ma come incompletezza dello stesso che, comportando la negatività anche di un singolo sottoindicatore, ha prodotto un complessivo esito negativo.

Le principali criticità sono state legate alla mancanza di certificazione o alla non corretta accoglienza dell'ospite rispetto alla classificazione presente nella certificazione di dipendenza, criticità che ha portato anche alla emissione di n. 2 sanzioni amministrative, la mancanza di PI e PAI, la non corretta tracciabilità degli interventi o comunque, pur in presenza di progettazione, la non corretta strutturazione secondo i criteri delle dgr regionali.

Da segnalare che n. 3 strutture su 4 hanno iniziato una importante revisione dei FASAS ai sensi della 1765/2014 anche richiedendo momenti di confronto con il personale addetto al controllo e questo ha sicuramente portato ad un miglioramento nel tempo della gestione dei fascicoli.

Generalmente per le Comunità Terapeutico/ riabilitative si è rilevata una forte difficoltà nel tradurre operativamente quanto richiesto dalla DGR 1765/2014.

E' senz'altro un diverso approccio culturale dell'assistenza dovuta agli utenti che deve entrare nella modalità operativa di chi lavora in questo settore, magari da anni, ma non secondo parametri di operatività misurabili, quantificabili e per questo confrontabili.

Si individua inoltre una difficoltà a meglio definire l'adeguatezza della struttura rispetto all'accoglienza dei bisogni degli utenti (diagnosi e certificazione corretta). Questa difficoltà potrebbe anche essere dovuta ai Servizi inianti (Ser.T. e SMI, soprattutto sulle doppie diagnosi). Anche per questi servizi sarebbe opportuno definire percorsi, processi di invio alle Comunità che non ingenerino problemi alle stesse al momento dell'accettazione.

Anche in questa area si sono attivati momenti di informazione, formazione e confronto in prima istanza durante il controllo di appropriatezza (1 FASAS valutato in 4/5 ore, per analizzare, discutere, formare gli operatori), sia in ufficio, con incontri richiesti dagli erogatori che, dopo un primo controllo, hanno ridefinito le proprie procedure operative sulle quali chiedono un confronto.

SERVIZI TERRITORIALI DIPENDENZE/SERVIZI MULTIDISCIPLINARI INTEGRATI

Servizi Dipendenze Pubblici ASL di Cremona		
	attivi	Strutture visitate
SerD Pubblici	3	1

Servizi territoriali dipendenze/servizi multidisciplinari integrati ASL di Mantova							
	ambito territoriale sede del servizio						Totale
	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	Asl
Ser.D.			1				1
Unità territoriali	1	1		1	1	1	5

Stato Di Fatto/Criticità

A seguito del ripristino della Vigilanza Incrociata, nell'anno 2014 sulle sedi ASL di Mantova la vigilanza ed il controllo di appropriatezza è stato effettuato dall'ASL di Brescia.

Il Servizio Vigilanza Accreditamento e Controllo dell'ASL di Mantova ha effettuato la verifica su 1 delle 3 strutture pubbliche dell'ASL di Cremona.

Attività di valutazione dell'appropriatezza/congruenza delle prestazioni erogate nell'anno 2015 – SERVIZI TERRITORIALI DIPENDENZE/SERVIZI MULTIDISCIPLINARI INTEGRATI

E' stata oggetto di controllo la sede SERD dell'ASL di Cremona non verificata nel 2014.

Il controllo di appropriatezza è stato effettuato selezionando un campione pari al 5% dei FASAS degli utenti / anno, stimati sull'anno 2014.

Si sono verificati fascicoli relativi alle prestazioni erogate sia nel 2° semestre 2014 sia nel 1° semestre 2015, selezionando i nuovi utenti.

A fronte di una stima di utenti/ anno del SERD in esame pari a 1100 utenti, si è definito un campione pari a 55 FASAS (5%).

Nel 1° semestre 2015 sono stati verificati n. 40 FASAS, nel 2° semestre n. 15 FASAS.

La scelta dei FASAS da visionare è stata effettuata tenendo conto delle classificazione per gruppi di domanda come da DGR n. 8/2005:

Campione selezionato in base alla domanda		
Classificazione Utente analizzata	1 semestre 2015	2 semestre 2015
TD	8	4
Alcolismo	5	3
Tabagismo	3	1
Gioco azzardo	5	1
HIV	3	1
Legale	4	/
prefettura	7	2
Patenti	5	3
TOTALE	40	15

Secondo quanto definito dalla dgr. 1765/2014, nell'area Dipendenze sono verificati solo gli indicatori generali di appropriatezza. Nelle strutture in cui non vi è una classificazione dell'utente (Ser.T. e Consultori) la congruenza è data dal rapporto fra quanto rendicontato nel flusso regionale e quanto viene rilevato e documentato nel FASAS.

Di seguito sono riportati il numero di FASAS esaminati e la percentuale di raggiungimento degli indicatori.

Data verifica	Maggio 2015	Giugno 2015	Ottobre 2015
FASAS	13	27	15
Indicatori raggiunti	84	35	56
Indicatori non raggiunti	56	14	17
Indicatori non pertinenti	2	9	2
% di raggiungimento	38.5%	85.7%	76.7%

Si segnala un evidente miglioramento delle percentuali di raggiungimento degli indicatori nel controllo del giugno, in quanto i FASAS in considerazione erano relativi a procedimenti Legali (prefetture, Patenti) e Fascicoli per analisi HIV di cui esiste la procedura di presa in carico. Per queste categorie di utenti è stata verificata l'applicazione della procedura considerandola come Progetto/Pianificazione dell'intervento.

Per quanto riguarda i FASAS relativi a Gioco Azzardo Patologico si è verificato la procedura definita dalla DGR 856/2013 misura 2 "Accoglienza, valutazione, presa in carico e cura di soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico".

Si è verificata l'appropriatezza assistenziale (che il Pai sia conforme al PI e alla valutazione multidisciplinare, l'effettiva erogazione di prestazioni come pianificate nel PAI, che la prestazione sia erogata dal professionista indicato nel PAI).

Per quanto riguarda la coerenza del flusso rendicontato con quanto rilevato nei 55 FASAS esaminati, sono state verificate complessivamente 2356 prestazioni di cui 1933 nei sopralluoghi del primo semestre 2015 e 423 nell'ultimo sopralluogo.

Si rileva che su 1933 prestazioni verificate nei sopralluoghi del primo semestre, n. 704 (36.4%) non erano congruenti con il flusso; un netto miglioramento si è rilevato nell'ultimo sopralluogo nel quale su 423 prestazioni verificate, 94 (22.2%) sono risultate non congruenti.

Le criticità rilevate riguardano il codice 99 "Altre attività non previste" che è generato automaticamente dal programma informatico ogni qualvolta si inserisce una prestazione ambulatoriale ed il codice 2 "riunione per caso clinico" che è risultata essere una prestazione erroneamente rendicontata dagli operatori.

ENTI GESTORI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Enti Gestori Assistenza Domiciliare Integrata ASL di Mantova				
	Attivi	Richiesta accreditamento	Voltura	Vigilanza routinaria)
Accreditati dall'ASL Mantova	17			8
Accreditati extra ASL Mantova	5			
Solo autorizzati	1			
Sopralluoghi		1	1	8

Stato Di Fatto/Criticità

Al 31.12.2015 sono attivi nell'erogazione di ADI nel territorio dell'ASL di Mantova n. 17 Enti gestori accreditati dall'ASL di Mantova (di cui 1 pubblico a gestione diretta ASL) e n. 6 Erogatori accreditati da altre ASL della Regione Lombardia.

Nel corso del 2015 un gestore solo abilitato all'esercizio ha chiesto l'accreditamento. Le procedure sono in corso.

Nel Corso dell' anno sono stati sottoposti a valutazione n. 8 erogatori (50%), di cui uno in occasione della richiesta di voltura dell' accreditamento.

Le valutazioni hanno avuto tutte esito positivo, con la conferma del possesso dei requisiti per l' accreditamento.

La valutazione routinaria ha riguardato in particolare il possesso dei requisiti richiesti dalla D.G.R. 3541/2012 e successive e dalla DGR 2659/2014. E' stato in particolare verificato l'adempimento degli obblighi riguardanti l'adozione dei nuovi protocolli operativi, relazione organizzativa, piani di formazione, risk management, grado di soddisfazione dell'utenza.

Si è proceduto ad una attività di accompagnamento alla adozione di modalità di presa in carico, valutazione e gestione della documentazione coerenti con le indicazioni della DGR 1765/2014.

Gli erogatori si sono attivati per l'adeguamento della modulistica FASAS alle indicazioni della normativa, oltre che nella definizione dei nuovi protocolli, i cui contenuti sono stati oggetto di dibattito durante le verifiche.

Difficoltà si sono evidenziate nella corretta interpretazione dei contenuti richiesti per l' estensione della relazione organizzativa e dei piani di formazione.

	A contratto al 31/12/2015	Erogazione diretta	Di cui Erogatori ADI e cure palliative	Erogatori Accreditati con sede in ASL	Erogatori accreditati con sede regionale extra ASL	Erogatori a contratto non attivi nell' anno 2015	Erogatori autorizzati con sede in ASL
<u>Erogatori</u>	22	1	6	17	6	2	1

	Utenti profili ADI in carico dal 1/1/2015 al 30/09/2015	Di cui cure palliative	Prestazionale occasionale utente
<u>Utenti</u>	2008	124	8540

Controllo di Appropriatezza

Il Piano Controlli 2015 prevedeva il controllo, nelle varie tipologie di verifica di appropriatezza, di n. 164 fascicoli. Nel corso dell'anno sono stati sottoposti a controllo di appropriatezza ai sensi della D.G.R 1765/2014 n 173 fascicoli.

I controlli sono stati effettuati da una equipe di n. 5 infermieri afferenti al Servizio Accreditamento e Vigilanza socio sanitaria.

Appropriatezza ex Post ADI Ordinaria

I controlli di appropriatezza ex Post ADI Ordinaria hanno riguardato n. 8 erogatori per un totale di 102 fascicoli verificati, corrispondenti al 10% degli utenti dimessi nell' anno 2014 dagli erogatori oggetto della verifica, rispettando la proporzione tra utenti di prestazioni riabilitative ed infermieristiche.

Ogni erogatore è stato sottoposto ad almeno due procedimenti suddivisi nei due semestri dell'anno.

Il livello di accettabilità degli indicatori si è attestato sulla media del 79,84 % con una variabilità tra i singoli erogatori compresa tra 31% e 100 %. Tre erogatori hanno raggiunto il livello di accettabilità del 95% richiesto dalla normativa, e questo è avvenuto nel secondo semestre.

Sono state irrogate due sanzioni, con riduzione del 30% del remunerato a due erogatori per la mancanza di alcuni dei FASAS oggetto del controllo.

La verifica degli indicatori ha permesso la valutazione degli aspetti riguardanti la completezza della documentazione e la coerenza tra bisogni dell' utente e processo assistenziale.

Gli aspetti che sono risultati più carenti riguardano la valutazione del dolore e l'applicazione di protocolli (in particolare si è valutata l' applicazione del protocollo per la prevenzione delle lesioni cutanee da pressione e per la valutazione del dolore).

Altro aspetto problematico riguarda la completezza dei PAI e la presenza del PRI nella documentazione delle situazioni di competenza riabilitativa.

Le valutazioni effettuate in sede si sono dimostrate utile occasione per discutere con operatori e responsabili degli enti erogatori le corrette modalità di gestione della documentazione e dei processi assistenziali.

Nel secondo semestre gli erogatori hanno dimostrato una più puntuale gestione della documentazione, a cui è corrisposto un complessivo miglioramento del livello di accettabilità degli indicatori, la cui media è passata da un iniziale 71,43 % del primo semestre ad 87,32 % nel semestre successivo.

Il metodo di valutazione comporta, per il raggiungimento della percentuale di accettabilità richiesta, la positività di tutti gli indicatori e sottoindicatori, senza considerare la maggiore o minore rilevanza dei singoli item, e questo è da considerare una criticità del sistema.

Appropriatezza in Itinere ADI ordinaria

La valutazione in itinere è stata effettuata su n. 12 erogatori, di cui 4 autorizzati extra ASL e 8 ASL, non sottoposti a valutazione ADI ordinaria ex post, ed ha riguardato un totale di n. 52 fascicoli corrispondenti alla somma del 5% degli utenti in carico nell'anno 2014, per gli erogatori ASL, ed il 10% degli utenti in carico per gli erogatori extra ASL.

Si è cercato di rispettare la proporzione tra utenti di prestazioni fisioterapiche ed infermieristiche

Il gruppo dei valutatori dopo le prime uscite di formazione, si è suddiviso in due equipe composte da due operatori ciascuno.

Sono state effettuate due procedimenti per erogatore tra primo e secondo semestre.

Tutti gli erogatori verificati erano già stati sottoposti a valutazione ex post o in itinere nel secondo semestre 2014.

Il livello medio di accettabilità si è attestato sul 77,14 % con valori ricompresi tra 0 e 100.

Un erogatore ha totalizzato 0 % in quanto non sono stati reperiti al domicilio i fascicoli, ritirati temporaneamente per la registrazione delle prestazioni: la verifica era stata effettuata nella terza giornata lavorativa del mese.

Due erogatori nel secondo semestre ha conseguito il livello di accettabilità del 95%.

Nel secondo semestre gli erogatori hanno dimostrato una più puntuale gestione della documentazione, a cui è corrisposto un globale miglioramento del livello di accettabilità degli indicatori, la cui media è da un iniziale 70,66 % del primo semestre si è attestata ad un 82,13 % nel secondo.

Ogni controllo è stato organizzato identificando un distretto ASL e, per il distretto considerato, gli utenti in carico al momento al singolo erogatore sottoposto a valutazione. Al termine della giornata di controllo è stato steso il verbale, restituito poi all'erogatore accompagnato da note riguardanti i problemi accertati.

Gli aspetti problematici riguardano: completezza dei PAI, presenza di informazioni all'utenza riguardanti l'organizzazione dell'erogatore, completezza e correttezza della registrazione degli eventi.

Tale modalità di controllo si è rivelata molto onerosa per l'equipe di valutazione, in quanto la valutazione si svolge al domicilio dell'utente su un ampio territorio, il controllo è vincolato alla

distribuzione degli utenti per erogatore ed è necessario compilare un verbale per ogni singola giornata di accertamento, anche se parziale.

Da valutare la possibilità di verbalizzare un procedimento fatto in più accessi in un periodo temporale ad esempio di 30 gg, in modo da poter valutare l' erogatore anche su territori diversi.

Anche per la modalità di valutazione in itinere, la composizione degli indicatori e sotto indicatori ed il numero ridotto di fascicoli valutabili per procedimento, rende il livello di accettabilità richiesto dalla normativa difficilmente raggiungibile.

Appropriatezza ex post ADI Cure Palliative

Per l'anno 2015 risultano accreditati ed a contratto 6 erogatori ADI e Cure Palliative, solo 3 di questi nel 2014 erano stati attivati.

Il campione è stato calcolato sul 10% delle prese in carico chiuse nell' anno precedente, per un totale di n. 19 Fascicoli proporzionalmente suddivisi tra i tre erogatori.

La valutazione è stata fatta nel secondo semestre 2015, su fascicoli iniziati e chiusi nell'anno 2015. L'equipe di valutazione è stata affiancata da un Medico per la valutazione degli aspetti di appropriatezza erogativa, (criteri contenuti negli indicatori 1 e 2.1).

Il livello medio di accettabilità si è attestato sul 85,02 % con valori ricompresi tra 72,7 e 100.

Un erogatore ha conseguito il livello di accettabilità del 95%

Gli aspetti che sono risultati problematici riguardano la valutazione multidimensionale, la definizione del progetto, Piano di intervento e la documentazione in uso per dare evidenza della valutazione di appropriatezza della attivazione cure palliative domiciliari.

Le visite sono state un'utile occasione per dibattere con l'erogatore la corretta gestione dei processi assistenziali e della relativa documentazione.

Appropriatezza in itinere ADI Cure Palliative

Si è preferito, durante questa fase sperimentale non effettuare questa tipologia di verifica, per limitare disagi agli utenti ed alle loro famiglie.

Gli indicatori specifici di questa tipologia di controllo sono stati oggetto di verifica informale durante le valutazioni ex post.

Persone in stato vegetativo

Il blocco dell'attivazione di nuovi nuclei di Stato Vegetativo nell'ambito dei posti letto già accreditati come da DGR1185/13 ha interrotto il processo di attivazione del nucleo dedicato come richiesto da parte dell'Ente Gestore che già ospita tutte le persone in SV.

In tale struttura sono da sempre ospitati tutti gli Stati Vegetativi in regime di assistenza residenziale nell'ASL di Mantova (al 31.10.2014 n. 19).

La struttura ha identificato un nucleo di 20 p.l. di RSA come "dedicato" e dal luglio 2013 tutti gli ospiti in SV sono accolti in tale nucleo.

Nel 2015 si è proseguito negli adempimenti di cui alla Dgr 4222 del 25.10.2012 "Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l'assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità di offerta socio sanitarie" con la verifica di tutti i nuovi casi di SV inseriti in struttura.

Verifica dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento anno 2015

In attuazione di quanto previsto dalla DGR. 2569/2014, allegato 1, sono stati acquisite, alla data del 31 gennaio 2015, le autocertificazioni relative al possesso dei requisiti soggettivi di accreditamento da parte di tutti gli erogatori.

Sono altresì state istruite presso le Prefetture territorialmente competente tutte le pratiche necessarie per l'ottenimento dell'informazione antimafia, essendo la stessa requisito necessario ai fini della sottoscrizione del contratto con la scrivente ASL per un importo superiore ad € 150.000,00 e non sostituibile da semplice certificazione. Con riferimento agli enti gestori a contratto per un importo complessivo inferiore ad € 150.000,00 si è proceduto all'acquisizione dell'autocertificazione antimafia, sulla base della quale è poi stata richiesta alla Prefettura relativa comunicazione antimafia.

Si segnala che, per quanto riguarda, gli erogatori ADI, il cui budget, al momento della sottoscrizione del contratto è indefinito nel *quantum*, essendo le prestazioni rimborsate *ex post*, è stato adottato come criterio per distinguere tra enti soggetti ad informazione antimafia ed enti tenuti alla semplice autocertificazione, l'ammontare dei corrispettivi versati nell'anno 2014.

Nel corso dell'anno 2015 le varie Prefetture hanno restituito n.53 informazioni antimafia su n. 70 enti gestori sottoposti a vigilanza (sono stati esclusi, coerentemente con quanto prescritto, gli enti gestori pubblici) pari al 76 % delle domande effettuate (alcune delle quali inviate durante gli ultimi mesi dell'anno a seguito di voltura e/o modifiche), senza segnalazioni di soggetti in violazione della normativa.

Segnaliamo inoltre che si è provveduto a seguito di modifica del legale rappresentante o delle altre persone di cui al libro II ad integrare o rinnovare la richiesta di informazione presso la prefettura competente, in modo tale da non avere soluzione di continuità nelle verifiche antimafia. Sono state adite inoltre le sedi competenti (Tribunale, Procura, Agenzia delle entrate, INPS, CCIAA) al fine di verificare la veridicità delle autocertificazioni rese in occasione di SCIA/istanze presentate alla scrivente ASL, nonché per n. 12 enti gestori a campione, superando l'obiettivo di verifica a campione di almeno il 12 % (pari a n. 9 enti gestori) previsto nel Piano Controlli 2015. A supporto e completamento di tali verifiche a campione sono state inoltre acquisite, laddove possibile, in sede di sopralluogo, la relazione sull'ultimo bilancio approvato e il verbale/delibera contenente l'atto di nomina del legale rappresentante.

Sono stati pertanto complessivamente sottoposti a controlli nel corso dell'anno 2015 n. 22 enti gestori.

In merito agli esiti di tali verifiche non si segnalano fattispecie rilevanti.

E' stato realizzato un archivio informatico nel quale è stata inserita, entro la fine del 2015, tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun ente gestore, in modo tale da renderla fruibile, in una prospettiva di semplificazione e dematerializzazione, e disponibile nella rete intranet per tutti gli operatori dell'ATS coinvolti nei processi di vigilanza.

Entro il termine previsto da DGR. 2569/2014 sono inoltre pervenute n. 2 richieste di riconoscimento di Ente Unico Gestore di più unità d'offerta socio-sanitarie di enti già precedentemente riconosciuti come gestore unico (ARCA CMS e Acquario società Cooperativa Sociale), per le quali sono stati svolti tutti gli adempimenti amministrativi necessari.

Applicazione L. R. 3/2008 – Sanzioni Anno 2015

Nel corso dell'anno 2015, nell'espletamento dei controlli delle unità d'offerta (UDO) Socio-Sanitarie, si è proceduto all'erogazione di n. 24 sanzioni amministrative in 15 Unità di Offerta socio sanitaria, in quanto si è riscontrata la violazione dei disposti di cui all'art. 15 comma 3 bis della l.r. n. 3 del 2008 così come disposto dalla l.r. n. 2 del 2012.

Considerato che il comma 3bis precedentemente citato riporta:

..... OMISSIS

3 bis. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni previste per le violazioni di altre normative regionali o nazionali, le unità d'offerta socio-sanitarie incorrono nelle seguenti sanzioni:

- a) da € 5.000 a € 50.000 per la mancata presentazione della segnalazione certificata di inizio attività;
- b) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio dell'attività in mancanza dei requisiti minimi;
- c) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento;
- d) da € 500 a € 5.000 per codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

..... OMISSIS

Le violazioni accertate nel corso dell'anno riguardano le voci **b), c) e d)** e nello specifico:

- Residenze Sanitarie per Anziani (RSA): complessive n. 16 sanzioni in 12 RSA di cui n.1 relativamente alla voce b), n.2 RSA relativamente alla voce c) e n. 9 RSA per la voce d), per complessive n. 13 sanzioni
- Residenze Sanitarie per Disabili (RSD): n.1 relativamente alla voce d)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): n.2 relativamente alla voce c)
- Centro Diurno Disabili (CDD): n. 2 strutture per un totale di n. 3 sanzioni per la voce d)
- Comunità Pedagogico/Riabilitativa Residenziale: n.1 struttura per un totale di n. 2 sanzioni per la voce d)

I ricorsi alle sanzioni sono stati 3 (ADI, CDD e RSD) per i quali, ADI e CDD, l'autorità amministrativa competente ha provveduto al recupero delle somme tramite ordinanza ingiunzione, mentre per la RSD non si è, a tutt'oggi, avuto riscontro degli esiti.

Attività di vigilanza sui requisiti strutturali, tecnici, soggettivi, organizzativi e gestionali, e controlli di appropriatezza - Strutture socio sanitarie – Programmazione anno 2016

Già nel 2014 la normativa di riferimento sulla vigilanza e controllo delle strutture socio sanitarie era stata oggetto di profonda revisione.

La DGR n. 2569/2014 "Revisione del sistema di esercizio ed accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo", e la DGR 1765/2014 "Il sistema dei controlli in ambito socio sanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR 1185/2013" avevano nel 2014 ridefinito le modalità e criteri di abilitazione all'esercizio / accreditamento e conseguentemente le procedure relative ai controlli.

Questo aveva comportato e comporterà ancora un impegno rilevante sia per i soggetti gestori sia per le equipe di vigilanza, anche per la necessità di continui momenti di informazione, formazione e confronto, frequentemente richiesti dagli erogatori.

Posto che la funzione di vigilanza e controllo dovrà avere comunque come obiettivo finale la tutela dell'interesse primario e del benessere della persona che fruisce del servizio, al fine di garantire una assistenza personalizzata nel rispetto della sua dignità, l'attività di controllo sarà così articolata:

Attività di Vigilanza e Controllo sulle Unità di Offerta socio sanitaria:

- ✓ verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento
- ✓ Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici, gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento
- ✓ Controlli sull'appropriatezza delle prestazioni erogate
- ✓ Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento
- ✓ Controlli di appropriatezza amministrativa
- ✓ Attività di controllo specifica per unità di offerta

Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento

In attuazione a quanto previsto dalla DGR 2569/2014 (integrato da quanto previsto dalla DGR 4702/2015 sub Allegato 9), le istanze pervenute saranno valutate entro i termini temporali stabiliti.

La DGR 4702/2015 ha però previsto per l'anno 2016 la temporanea sospensione di nuovi accreditamenti di tutte le tipologia di unità d'offerta socio sanitaria e pertanto le procedure di accreditamento, previste solo per modifica di accreditamento in riduzione, trasferimenti o volture, saranno sicuramente contenute.

All'atto della protocollazione dell'istanza il competente ufficio segreteria invierà la documentazione al referente aziendale incaricato della gestione dell'applicativo AFAM al fine di consentire il tempestivo inserimento dei dati per le tipologie d'offerta già inserite nel sistema.

In relazione alla progressiva alimentazione nel gestionale delle unità di offerta socio sanitarie, il servizio vigilanza collaborerà attivamente col referente AFAM al fine di implementare l'applicativo. Tutte le SCIA / richiesta di accreditamento saranno oggetto di vigilanza al fine di verificare la presenza di tutti i requisiti strutturali, tecnologici, gestionali ed organizzativi per l'esercizio ed accreditamento.

Saranno verificati i requisiti soggettivi nel 100% delle autocertificazioni prodotte in relazione alle SCIA e/o richieste di accreditamento che perverranno nel 2016.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento

Si garantirà la verifica di tali requisiti nelle UDO non verificate nel 2015 (almeno 50%).

Si effettueranno ulteriori controlli nelle strutture visitate nel 2015 in cui si sono riscontrate importanti criticità.

Si darà applicazione a quanto previsto dalla Nota del 23.12.2015 di Regione Lombardia "Indicazioni operative per la redazione dei verbali di vigilanza" adottando i modelli di verbale in essa definiti.

Controlli sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

L'organizzazione del Servizio Vigilanza Accreditamento e Controllo Socio Sanitario e Socio Assistenziale già prevede che le funzioni di vigilanza e quelle di verifica dell'appropriatezza siano fortemente congiunte con l'obiettivo di valutare i diversi aspetti, nell'ottica di integrare l'appropriatezza organizzativa a supporto dei percorsi assistenziali con l'appropriatezza assistenziale.

La prevalenza di personale assegnato che opera in entrambi gli aspetti della verifica, garantisce la massima sinergia ed il costante confronto tra gli operatori; tale aspetto sarà ulteriormente perfezionato potenziando i momenti di incontro e raffronto tra gli operatori al fine di garantire la maggiore uniformità possibile nell'ambito di tutto il territorio di competenza, anche alla luce della recente riforma che ha comportato l'assegnazione di personale dedicato in bassa percentuale all'attività di controllo alla costituita ASST e pertanto la necessità di riorganizzare e inserire nuovo personale nell'attività di controllo.

Con la DGR n. 1765/2014 è stata attuata una profonda revisione del sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale, finalizzata a migliorare la qualità assistenziale. A tale fine sono cruciali completezza, l'affidabilità, la correttezza e la congruenza delle informazioni contenute nel fascicolo sociosanitario assistenziale (FASAS), che contiene tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenza del percorso clinico/terapeutico e assistenziale fornito dall'unità d'offerta.

La DGR n. 1765/2014 ha inoltre identificato degli indicatori di appropriatezza assistenziale specifici per le diverse tipologie di unità d'offerta, individuando le aree più significative per ciascuna tipologia di utenza.

Il percorso di informazione, formazione e confronto tra enti gestori e le equipe ASL addette ai controlli al fine di ottimizzare l'applicabilità dei suddetti indicatori, intrapreso nel 2014 e proseguito nel 2015, dovrà essere verificato nella sua realizzazione nel 2016, considerando ormai conclusa la fase di sperimentazione.

Nelle strutture non verificate nel 2015 sarà effettuato il controllo di appropriatezza delle prestazioni nelle percentuali dei FASAS previsti dalla DGR 4702/2015. Per ogni struttura (ad eccezione di unità di offerta specifiche quali ad esempio Consultori e ADI, sotto precisati) il 95% dei FASAS da controllare saranno scelti in modo mirato, i restanti in modo casuale.

Per ogni Unità di offerta saranno di seguito dettagliati i criteri specifici di campionamento della quota mirata per l'identificazione dei FASAS, con l'indicazione del periodo di riferimento / tipologia su cui è definito il campione.

Saranno inoltre sottoposte ad almeno un controllo di appropriatezza (NON applicando le percentuali previste) quelle unità di offerta visitate nel 2015 che sono state oggetto di sanzioni.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario, per motivate ragioni, l'esecuzione di visite senza preavviso, i controlli di appropriatezza saranno effettuati con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita.

Ci si riserva comunque di effettuare a campione controlli e verifiche indipendentemente dalle condizioni sopra esplicitate in caso di segnalazioni o situazioni che possano rendere necessari

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento e di accesso al contratto anno 2016

In attuazione di quanto previsto dall'Allegato 1 della DGR 2569/2014 saranno effettuate le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive, mediante richiesta alle autorità competenti

Nello specifico saranno attuate le verifiche dei requisiti soggettivi di accreditamento e agli ulteriori requisiti richiesti per la sottoscrizione del contratto (art. 38 Decreto Legislativo n. 163 del 12.04.2006 e Decreto Legislativo 159/2011-Codice Antimafia).

Saranno verificati i requisiti soggettivi nel 100% delle autocertificazioni prodotte in relazione alle SCIA od istanze presentate all'ATS Val Padana, sede di Mantova.

Per le strutture in esercizio sarà acquisita apposita autocertificazione da parte delle strutture in oggetto entro il 31 gennaio 2016.

Su tali autocertificazioni sarà effettuata una verifica a campione nel 12% degli enti erogatori.

Controlli di appropriatezza amministrativa

Sono il presupposto essenziale all'attività di controllo delle prestazioni.

I controlli amministrativi si fondano sull'analisi dei flussi informativi riferiti alle specifiche forme di rendicontazione della spesa per le prestazioni socio sanitarie integrate.

Questi controlli amministrativi, effettuati dai competenti servizi dell'ex Dipartimento ASSI, permettono di evidenziare criticità ed incongruenze sia rispetto ai requisiti di accreditamento sia nella classificazione, criticità che sono segnalate al servizio vigilanza perché questo possa verificare il loco la congruenza dei dati rendicontati.

ALTRE CONDIZIONI

In caso di segnalazioni specifiche saranno effettuate verifiche sui requisiti tecnologico strutturali coinvolgendo, se interessati, altri servizi ASL in raccordo con le autorità competenti (es. Comuni).

In caso di segnalazioni relative a problematiche assistenziali si procederà alla verifica tempestiva in loco.

Per alcune Unità di offerta si potranno decidere controlli specifici mirati a particolari aspetti, indipendentemente dalla vigilanza routinaria sopra normata.

L'elevato dinamismo del settore delle unità di offerta socio sanitaria comporta la possibilità che quanto dichiarato nel piano controlli possa subire modifiche nel corso dell'anno, sia in termini quantitativi che qualitativi, sia per l'emanazione di nuova normativa che introduca nuove unità di offerta o nuove modalità di classificazione, sia per l'evidenziarsi di criticità in strutture non individuate a priori da sottoporre a controllo.

Attività di controllo specifica per unità di offerta

RSA

Saranno sottoposte a vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento n. 29 RSA, oltre alla RSA oggetto di diffida nel 2015.

Saranno sottoposte a controllo routinario di appropriatezza n. 32 RSA.

Il campionamento dei fascicoli da sottoporre al controllo (15% stimato sugli ospiti fatturati nell'anno 2015) privilegerà, oltre al cambio classe ed ai trasferimenti tra RSA, gli aspetti relativi all'utilizzo di strumenti di contenzione fisica, correlati agli item cognitivo comportamentali e di mobilità, al fine di una valutazione sia delle corrette classificazioni dei bisogni, sia del corretto uso dei sistemi di protezione, associati alla valutazione specifica delle attività animative, occupazionali e motorie programmate per ogni ospite.

Tra i FASAS scelti in modo casuale rientrano anche quelli individuati a seguito di verifica dello svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti durante la visita all'interno degli spazi della struttura. Nel caso in tale fase si rilevino criticità, la percentuale dei FASAS scelti in modo casuale potrebbe essere incrementata fino ad un massimo del 10% (con riduzione contestuale della quota mirata al 90%).

Saranno inoltre sottoposte ad almeno un controllo di appropriatezza (NON applicando la percentuale del 15%) quelle unità di offerta controllate nel 2015 che sono state oggetto di sanzioni.

CDI

Saranno sottoposti a vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento n. 16 CDI.

Saranno sottoposti a controllo routinario di appropriatezza n. 14 CDI.

Saranno utilizzati i criteri generali definiti e, per quanto applicabili, quelli specificati per le RSA.

CURE INTERMEDIE

Con la DGR X/4702 del 29/12/2015 viene sospesa l'approvazione definitiva dei requisiti e del relativo sistema di remunerazione dell'unità di offerta Cure Intermedie, subordinandola, a seguito dell'approvazione della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, all'integrazione delle Cure Intermedie nel nuovo contesto di rete che include l'offerta sanitaria e sociosanitaria.

Nell'ambito della programmazione regionale adottata, al fine di ottemperare alla riduzione della dotazione dei posti letto prevista dal DM 2 aprile 2015, n. 70, il sistema delle cure intermedie verrà rivisto nel suo complesso tenendo conto anche dell'evoluzione della riabilitazione sanitaria e della degenza sub-acuta, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro comuni.

Per l'anno 2016 le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di cure intermedie ai sensi della D.G.R. 3383/2015 proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto.

In attesa di tale riordino saranno sottoposte a vigilanza per i requisiti tecnologico strutturali, organizzativo gestionali una struttura Cure intermedie ex Struttura di Riabilitazione, la struttura ex "Post acuti", due strutture di riabilitazione ambulatoriale (di cui una solo abilitata all'esercizio che opera in area minori) e una a ciclo diurno continuo non verificate nel 2015, applicando le modalità di vigilanza previste per le altre Unità di offerta sopra citate.

Saranno inoltre sottoposte a vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento n. 3 strutture che, pur essendo già state verificate nel 2015, sono strettamente correlate ad RSA da sottoporre a controllo.

Controlli di appropriatezza

Saranno sottoposte a controllo di appropriatezza le stesse strutture non verificate in vigilanza nel 2015.

Come previsto dalla DGR n. X/4702 del 29/12/2015, al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime

residenziale e semiresidenziale dalle strutture di Cure Intermedie la percentuale è ridotta al 10% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015.

Il campionamento della quota mirata (95%) verrà effettuato privilegiando:

- pazienti/pratiche dimessi verso Ospedale o altra struttura;
- pazienti con più pratiche/ricoveri nel trimestre;

Saranno inoltre sottoposte ad almeno un controllo di appropriatezza (NON applicando la percentuale del 10%) tutte le altre unità di offerta verificate nel 2015 al fine di dare continuità al processo di affiancamento delle strutture del territorio nella attuale fase di riordino del sistema di Cure Intermedie.

Durante i sopralluoghi di appropriatezza verranno controllati gli indicatori generali (DGR 1765/2014) e verificata la valutazione e classificazione da parte del soggetto gestore dell'utenza di Cure Intermedie nei profili di cui alla DGR n X/3383.

Relativamente all'area della riabilitazione ambulatoriale, come previsto dalla DGR 4702/2014 saranno sottoposti a controllo il 3% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015.

Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo (sia residenziale che diurno che ambulatoriale) potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016.

HOSPICE

I requisiti di esercizio ed accreditamento saranno verificati solo in una struttura oggetto di Voltura nel 2015.

Sarà invece verificata l'appropriatezza delle prestazioni in entrambi gli Hospice, nel 15% dei FASAS calcolati sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campionamento sarà casuale.

AREA DISABILI

Saranno sottoposte a vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento n. 4 RSD (di cui 2 di recente accreditamento), n. 9 CDD e n. 6 CSS.

Saranno sottoposte a controllo routinario di appropriatezza n. 3 RSD, n. 9 CDD e n. 6 CSS.

La DGR 4702/2015 ha modificato le percentuali di campionamento dei FASAS dell'area disabili, stabilendo che per RSD, CDD e CSS la percentuale dei FASAS da verificare sia aumentata al 30% calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015.

Per tutte le tipologie la scelta del campione sarà effettuata per il volume percentuale della quota mirata nella misura del 95% e quello della quota casuale nel 5%. Per la quota mirata si sceglieranno i nuovi ingressi, i cambi classe, i progetti legati alle sperimentazioni.

Per tutte le Unità di offerta area Disabili oggetto di verifica di appropriatezza, il controllo sarà effettuato sia su FASAS anno 2015 che anno 2016.

CONSULTORI FAMILIARI

Sarà effettuato il controllo di vigilanza nei 3 consultori privati accreditati e il controllo di appropriatezza in 1 consultorio privato accreditato a contratto e in 1 consultorio privato accreditato non a contratto.

Sarà inoltre effettuato il controllo di vigilanza e appropriatezza sui Consultori pubblici in esercizio sul territorio dell'ex ASL di Mantova non verificati dall'ASL di Brescia nel 2015.

Nell'ambito delle strutture individuate, si prevede il controllo di appropriatezza sul 5% dei FASAS di nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione (codice da 001 a 008).

Il campione numerico sarà stimato sul n. dei FASAS di utenti dell'anno 2015, ma i FASAS campionati potranno riguardare i nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sia nel 2015, sia nel 2016 (DGR n. 4702 del 2015)

Si adotterà il modello di verbale regionale, così come da dgr. 2989/2014 e Nota Regione Prot. N. G1.2015.0022069 del 23/12/2015, procedendo al controllo dei FaSAS con particolare attenzione alla corretta registrazione delle prestazioni, alla coerenza tra bisogno valutato e risposte fornite e all'adozione e compilazione corretta del PAI.

Sul campione numerico così individuato saranno oggetto di controllo:

- per il 70% i FASAS con prestazioni ricomprese nei requisiti specifici di appropriatezza previsti dalla dgr. 1756/2014 (00101 – 001 - 003 – 00801 – 00802 – prestazioni connesse a IVG);
- per il 30% altre prestazioni tariffate sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria non ricomprese negli indicatori specifici (codici – 00102 – 00103 – 00104 – 00201 – 00202 - 004 – 005 – 006 - 007).

Saranno inoltre verificate a campione (NON con percentuali del 5%) prestazioni sanitarie anche mono prestazionali ai fini della verifica della corretta applicazione del codice di esenzione o all'interno di percorsi di presa in carico socio-sanitaria.

Progetti Nasko – Cresco

Il controllo riguarderà il 20% dei progetti avviati nell'anno 2016, salvo diverse indicazioni regionali.

Si controlleranno altresì a campione alcuni progetti avviati nelle annualità precedenti ma ancora in corso e alcuni progetti conclusi con particolare attenzione alla rilevazione del mantenimento degli accordi previsti dal progetto personalizzato e ai rapporti con il Comune di residenza della destinataria, soprattutto nelle situazioni di particolare criticità socio-sanitaria, per una logica di presa in carico globale e razionalizzazione delle risorse.

Si manterranno costanti raccordi con i referenti territoriali dell'area consultoriale per la segnalazione di eventuali criticità.

Progetti Sostengo :

In ottemperanza alla DGR 2513/2014 che prevede, tra i compiti a carico dell'ASL, l'effettuazione di azioni di monitoraggio e verifica dei progetti , si procederà al controllo del 20% dei progetti

conclusi nel corso del 2016 (come richiesto dalla normativa: controllo a distanza di 12 mesi successivi al loro termine e non oltre i 20 mesi successivi).

In particolare si procederà alla verifica di quanto previsto dalla normativa in vigore:

- interventi, sia di sostegno economico che di sostegno sociale, volti alla realizzazione del patto di corresponsabilità (che riporta analiticamente il progetto individualizzato) stabilito tra l'ASL e il beneficiario degli interventi
- realizzazione di concreta collaborazione tra gli Enti e i soggetti coinvolti (ivi compreso il beneficiario) affinché il patto di corresponsabilità possa essere onorato da parte di tutti a garanzia di una presa in carico integrata della persona;
- corretta applicazione dei contenuti del progetto adottato, anche rispetto all'esistenza dei requisiti di accesso da parte dei beneficiari.

La rilevazione e la reportistica sarà effettuata come per i progetti Nasko - Cresco, salvo indicazioni specifiche da parte dei preposti uffici regionali.

AREA DIPENDENZE

Relativamente alle strutture semiresidenziali e residenziali delle dipendenze n. 6 saranno sottoposte a vigilanza sui requisiti di esercizio e accreditamento e n. 6 a controllo routinario di appropriatezza.

Nelle strutture sopra individuate si effettuerà il controllo di appropriatezza sul 15% dei fascicoli socio sanitari (FASAS) stimati dell'anno 2015, prioritariamente sui nuovi ingressi del 2 semestre 2015, e del 1 semestre 2016 se il controllo sarà effettuato nel secondo semestre 2016.

Sarà inoltre effettuato il controllo di vigilanza e appropriatezza sui servizi territoriali dipendenze/servizi multidisciplinari integrati in esercizio sul territorio dell'ex ASL di Mantova non verificati dall'ASL di Brescia nel 2015.

Il controllo di appropriatezza avverrà sul 5% dei fascicoli socio sanitari (FASAS) degli utenti stimati nell'anno 2015, con verifica di fascicoli sia del 2015 che del 2016.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Al 31/12/2015 risultano presenti presso l'ex ASL di Mantova n. 23 erogatori accreditati per Assistenza Domiciliare Integrata, di questi:

- 1 è a gestione diretta ex ASL Mantova e nel corso del 2015 è stato sottoposto a vigilanza crociata da parte dell'ASL della Provincia di Brescia.
- 4 erogatori ADI hanno sede in altra ATS lombarda e durante il 2015 sono stati sottoposti a controlli di appropriatezza in itinere.
- 8 erogatori ADI con sede in ex ASL di Mantova sono stati sottoposti a vigilanza e controlli di appropriatezza ex Post nel 2015: due di essi sono stati sottoposti a sanzione amministrativa, per carenze nella gestione dei FASAS.

- 8 erogatori ADI con sede in ex ASL di Mantova sono stati sottoposti controlli di appropriatezza in itinere.
- 2 erogatori con sede presso altre ASL risultano a contratto ma non attivati durante il 2015.
- 6 sono gli erogatori accreditati per cure palliative, 4 con sede sul Territorio provinciale e 2 con sede in altra ASL. N.4 risultano essere stati attivi nell'anno 2015.
- 1 erogatore autorizzato con sede nella provincia di Mantova ha in corso procedimento per l'accreditamento

Erogatori Accreditati Presenti	Erogatori attivi 31/12/2015	Di cui ADI diretta	Di cui ADI cure Palliative	Erogatori a contratto altre ASL	Di cui attivi nel 2015	Erogatori solo autorizzati.
23	21	1	4	6	4	1

Gli erogatori accreditati con sede sul territorio della ex ASL di Mantova sono 17. Nel 2016 saranno sottoposti a sopralluogo per la verifica della permanenza dei requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi gli erogatori non verificati routinariamente nell'anno 2015, corrispondenti a n. 8 enti (50%).

A questi si aggiungeranno i due erogatori che durante il 2015 sono stati oggetto di sanzione, a causa di carenze relative alla gestione dei FASAS.

La valutazione routinaria riguarderà in particolare il possesso dei requisiti richiesti dalla D.G.R. 3541/2012 e successive, e dalla DGR 2659/2014; in particolare si verificherà l'adempimento degli obblighi riguardanti: nuovi protocolli operativi, relazione organizzativa, piani di formazione, risk management, customer satisfaction, adeguatezza della copertura assicurativa.

Attività di controllo della appropriatezza assistenziale

Numero utenti ADI Ordinaria anno 2015 (teste per erogatore) Dall' 1/1/2015 al 31/12/2015	Di cui con pri Fisioterapico	5% del campione	Numero utenti ADI cure palliative (teste per erogatore)	5% del Campione
2367	787	119	162	9

ADI Ordinaria ex post

Gli erogatori sottoposti a controllo della permanenza dei requisiti di esercizio e accreditamento saranno anche sottoposti a valutazione dell'appropriatezza assistenziale ex post secondo le indicazioni della DGR 1765/2014 per una quota pari almeno al 5% degli utenti in carico/ erogatore nell'anno 2015. Il campione potrà essere aumentato nel corso dell'anno in caso di necessità. Si ipotizza un numero minimo di n. 29 FASAS su 8 erogatori.

I due erogatori sottoposti a verifica a seguito di provvedimenti irrogati nell'anno 2015 saranno sottoposti alla valutazione di appropriatezza ex post di almeno n. 4 fasas ognuno.

Il campionamento sarà casuale, rispettando la distribuzione della tipologia assistenziale (PROFILI, Tipologia Infermieristica e Riabilitativa).

Le valutazioni saranno effettuate su fascicoli con data di chiusura antecedente di almeno 1 mese rispetto alla data di valutazione. Ogni erogatore sarà sottoposto ad almeno un procedimento nell'anno, ogni procedimento riguarderà da un minimo di 2 di fascicoli ad un massimo di 8 FASAS.

ADI Cure palliative ex post

Gli erogatori di ADI Cure palliative accreditati dall'ex ASL di Mantova saranno sottoposti a valutazione di appropriatezza ex post su una percentuale del 5 % degli utenti in carico nel 2015. Si ipotizza un numero minimo di n. 9 fascicoli su 4 erogatori. Le valutazioni saranno effettuate su fascicoli con data di chiusura antecedente almeno 1 mese rispetto alla data di valutazione.

ADI ordinaria in itinere.

Riguarderà 13 erogatori, di cui 4 con sede in altra ex ASL e 9 con sede nell' ex ASL di Mantova, non valutati in itinere durante l' anno 2015. Sarà effettuata tramite valutazioni della documentazione presso il domicilio dell' utente, durante il periodo di presa in carico e riguarderà almeno il 5% degli utenti in carico per erogatore nell' anno 2015 Si ipotizza un numero minimo di n 90 fascicoli. Ogni erogatore sarà sottoposto ad almeno un procedimento nell'anno, ogni procedimento riguarderà da un minimo di 2 di fascicoli ad un massimo di 8 FASAS.

	Totale Utenti/FASAS da sottoporre a controllo	Di cui Ex Post	Di cui Ex Post cure Palliative	Di cui In Itinere
Utenti in carico Anno 2015	2529	577	162	1790
Fasas da sottoporre a controllo	136	37	9	90

PERSONE IN STATO VEGETATIVO

Il blocco dell'attivazione di nuovi nuclei di Stato Vegetativo nell'ambito dei posti letto già accreditati come da DGR1185/13 ha interrotto il processo di attivazione del nucleo dedicato come richiesto da parte dell'Ente Gestore che già ospita tutte le persone in SV.

Si proseguirà negli adempimenti di cui alla Dgr 4222 del 25.10.2012 "Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l'assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità di offerta socio sanitarie", e nello specifico nella verifica della rivalutazione periodica dei casi di SV già certificati.

Piano dei controlli sulla rete delle unità d'offerta sociale

Rete delle Unità di Offerta Sociale: attività di vigilanza sui requisiti strutturali, tecnici, organizzativi e gestionali anno 2015.

UNITÀ D'OFFERTA AREA MINORI E PRIMA INFANZIA

Le modalità ormai consolidate di controllo per la verifica della permanenza dei requisiti di esercizio vengono integrate dalle indicazioni regionali che prevedono la programmazione del controllo sul 100% delle strutture in esercizio nell'area minori su due anni.

Nel 2015 si sono pertanto effettuati:

- Il controllo del 100% della seguente casistica:
 - CPE
 - Segnalazione di disservizi, qualora ritenuta attendibile
- Il controllo del 51,54% delle strutture in esercizio per minori, con priorità a quelle non viste nel 2014, (Nidi, Micronidi, Nidi Famiglia, Centri di Prima Infanzia, Centri di Aggregazione Giovanile, Accoglienza Minori) al fine di garantire il controllo del 100% di tutte le unità d'offerta sociali per minori nel biennio 2015/2016, con completamento il prossimo anno.

Tipologia unità d'offerta area minori	u.d.o. esistenti 1/01/15	u.d.o. nuove attivazioni 2015	u.d.o. cessate nel 2015	Totale u.d.o. al 31/12/15	u.d.o. esistenti controllate	u.d.o. di nuove attivazioni controllate	Sopralluoghi effettuati su u.d.o. esistenti	Sopralluoghi su segnalazione	% di controlli sull'esistente	% di controlli sulle nuove attivazioni	% di controlli su segnalazioni
Nido	75	1	3	73	36	1	36	2	48,00%	100%	100%
Micro nido	17	1	1	17	10	1	11	0	58,82%	100%	
Nido Famiglia	8	3	1	10	5	3	5	0	62,50%	100%	
Centro Prima Infanzia	1	0	0	1	0	0	0	0	0,00%		
CAG	14	3	0	17	5	3	5	0	35,71%	100%	
Accoglienza Minori	15	4	4	15	11	4	15	1	73,33%	100%	100%
TOTALI	130	12	9	133	67	12	72	3	51,54%	100%	100%

Nel territorio dell'ASL di Mantova sono presenti, al 31 dicembre 2015, complessivamente n°102 unità d'offerta per la **prima infanzia** (nidi, micro nidi, nidi famiglia, centri prima infanzia) che offrono in totale n°2382 posti. In quest'area è stata attuata un'intensa attività di vigilanza (52 sopralluoghi).

Si è registrata l'attivazione di 4 nuovi servizi e la chiusura di 3.

I **centri di aggregazione giovanile** (CAG), al 31 dicembre 2015, sono n°17, tre più dello scorso anno, per un totale di n°776 posti.

La **residenzialità per minori** si è arricchita di una nuova Comunità Familiare e 3 nuove Comunità Educative a fronte della chiusura di 4 Comunità.

Al 31 dicembre 2015 si registrano n°15 Comunità per minori per un totale di n°141 posti.

La vigilanza in tali unità d'offerta è stata effettuata anche con riguardo all'attuazione della DGR 2942 del 19.12.2014, per la verifica della presenza delle specifiche prestazioni di natura socio sanitaria previste nel Progetto Obiettivo, col quale i servizi di tutela Minori hanno inserito in tali unità d'offerta minori per i quali il Tribunale ha definito la necessità di tali interventi nel Decreto.

Per i **Centri Ricreativi Diurni** (CRD) è stata effettuata una valutazione a parte, trattandosi di unità d'offerta temporanee il cui esercizio talvolta è anche di una sola settimana. Per questi servizi, dove la Regione non fornisce indicazioni rigide sulla loro vigilanza, si è previsto di effettuare il controllo su almeno il 15% delle attività.

Tipologia unità d'offerta area minori	u.d.o. riaperture 2015	u.d.o. messa in esercizio 2015	u.d.o. trasferimenti 2014	Totale u.d.o. al 2015	u.d.o. riaperture controllate	u.d.o. messa in esercizio controllate	u.d.o. trasferimenti controllate	% di controlli sulle riaperture	% di controlli sulle messa in esercizio
CRD 2015	92	20	0	112	24	20	0	26,09%	100%

Nel corso dell'estate 2015 hanno funzionato 112 CRD di cui 20 di nuova attivazione.

Sono state controllate n° 24 UdO, pari al 26,09% dei Crd con comunicazione di riapertura per il 2015, a fronte del previsto 15%. Il numero superiore di sopralluoghi effettuati presso questi servizi ha due motivi principali: 1. Vi sono stati numerose CPE presentate per servizi già attivati negli scorsi anni da un nuovo ente gestore – in particolare si nota che sempre più Comuni scelgono di assegnare la completa gestione a soggetti privati ai quali in passato si rivolgevano solo per l'attività di animazione – 2. Si è scelto di verificare comunque servizi non visti da alcuni anni.

Come lo scorso anno, a seguito di un'intensa attività di consulenza avviata già negli anni precedenti, sono stati numerosi i GRESt parrocchiali che hanno scelto di presentare CPE.

Lo stesso percorso è stato attivato da società sportive che in estate incrementano l'offerta ricreativa/educativa nei confronti dei minori coinvolti dalla loro attività.

ALTRE AREE DELLA RETE DELLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI

Nel 2015 era previsto di effettuare il controllo del 50% delle strutture in esercizio di altre aree, con priorità a quelle non viste nel 2014 (Centri Socio Educativi, Servizi di Formazione all'Autonomia, Comunità per Disabili, Centri Diurni Anziani, Alloggi protetti per anziani) valore incrementato rispetto al 20% previsto per il 2014 a seguito di DGR 2989/2014.

E' stato effettuato il controllo nel 50,00% delle UdO esistenti e il 100,00% sulle UdO di nuova attivazione.

Tipologia unità d'offerta a area fragilità sociali	u.d.o. esistenti 1/01/15	u.d.o. nuova attivazione 2015	u.d.o. cessate nel 2015	Totale u.d.o. al 31/12/15	u.d.o. esistenti controllate	u.d.o. di nuova attivazione controllate	Sopralluoghi effettuati su u.d.o. esistenti	Sopralluoghi per trasferimenti di udo	% di controlli sull'esistente	% di controlli sulle nuove attivazioni	% di controlli per trasferimenti di udo
CSE	10	1	0	11	4	1	4	0	40,00%	100%	0
SFA	5	1	0	6	4	1	4	1	80,00%	100%	100%
Comunità alloggio disabili	1	0	0	1	1	0	1	0	100%	0	0
Centro Diurno Anziani	4	1	0	5	0	1	0	0	0	100%	0
Alloggi Protetti Anziani	6	3	1	8	4	3	6	0	66,67%	100%	0
TOTALI	26	6	1	31	13	6	15	1	50,00%	100%	100%

Area Disabili

Fanno parte dell' Area disabili le seguenti UdO:

- CSE: Centro Socio Educativo. Nel 2015 è stato attivato un nuovo servizio per un totale di 11 strutture attive, distribuite su tutti i distretti della provincia, per un totale di n°251 posti;
- SFA: Servizio Formazione all'Autonomia. Nel 2015 è stato attivato un nuovo servizio per un totale di 6 servizi sul territorio della provincia per complessivi 111 progetti attivati;
- COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI. E' presente sul territorio una sola comunità, per un totale di n°10 posti.

Area Anziani

Fanno parte dell' Area anziani le seguenti UdO:

- CDA: Centro Diurno Anziani. Sul territorio sono presenti 5 servizi, di cui 1 di nuova attivazione, per un totale di n°403 posti;
- APA: Alloggi Protetti per Anziani. Tre nuove realtà di Alloggi sono state attivate nel 2015. Complessivamente sono presenti 68 alloggi per 107 posti.

Sperimentazione di nuove unità d'offerta

La L.R. 3/2008 prevede tra le competenze dei Comuni il riconoscimento e la promozione della sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali, che devono essere approvate con specifici provvedimenti del Comune/Ufficio di Piano con esplicitazione delle specifiche tecniche e organizzative e dei tempi previsti per la sperimentazione. Con la trasmissione degli atti ai competenti Uffici Regionali, le opportune verifiche e su istanza del comune singolo o associato il nuovo servizio può, conclusa la sperimentazione, essere inserito nella rete delle unità d'offerta sociali.

In concerto con gli UdP i funzionari ASL hanno risposto ai numerosi quesiti per comprendere insieme ai richiedenti se i progetti presentati fossero riconducibili alla rete dei servizi sociali esistenti o se presentassero le caratteristiche di sperimentazione.

Nel corso del 2015 sono state approvate le seguenti sperimentazioni:

- area minori -tempo libero n. 3
- area anziani (residenza per anziani e adulti autosufficienti) n. 3
- area disagio-disabilità (housing sociale / alloggi in autonomia) n. 4
- area disabilità: progetto sperimentale autismo n.1

In precedenza era stata approvata una sperimentazione per l'apertura di più sedi di "Tagesmutter" nel Distretto di Mantova.

Area debito informativo

La Regione Lombardia da alcuni anni ha istituito la banca dati delle UdO Sociali.

Anche per il 2015 la Regione ha confermato agli Uffici di Piano la compilazione e l'aggiornamento del flusso sociale e alle ASL il controllo dei dati e la validazione degli stessi.

L'ASL ha affiancato gli Uffici di Piano nell'assolvimento del Debito Informativo, integrando il flusso con i dati derivanti dall'attività di vigilanza.

CONCLUSIONI

Si è svolta un'intensa attività di consulenza (con gli Uffici di piano per la correzione e compilazione flussi sociale, tempo stimato 100 ore e con Gestori privati e pubblici per l'apertura nuove UdO, valutazione documentazione, servizi sperimentali, tempo stimato 50 ore) per l'apertura di nuovi servizi, per i cambi di gestione, per comprendere e indirizzare le sperimentazioni e per un confronto e condivisione con gli UdP sulla problematica relativa ai servizi assistenziali per minori, disabili e anziani dove la normativa regionale non è esaustiva nel fornire indicazioni chiare sui requisiti, arrivando ad una stesura di quesiti specifici da sottoporre alla Regione.

Si confermano le criticità rilevate nell'attività di vigilanza, quali la non immediata presenza dei referenti dell'ente gestore, con conseguente non accessibilità immediata alle documentazioni necessarie, i tempi di attesa per l'acquisizione della documentazione richiesta nei verbali di sopralluogo sono spesso superiori a quelli stabiliti negli stessi verbali, con conseguente non rispetto dei tempi previsti per la conclusione della pratica.

Buona parte dei verbali sottoscritti a conclusione dei sopralluoghi hanno evidenziato la presenza di criticità (di norma documentali e talvolta gestionali e di manutenzione della struttura), che hanno comportato una valutazione successiva del loro superamento con un ulteriore sopralluogo o con la valutazione in ufficio della documentazione relativa inviata.

In vigilanza routinaria, in un Nido Famiglia è stata rilevata la presenza di più bambini rispetto a quelli autorizzati, in un Nido è stata rilevata la presenza di un numero di bambini superiore a quello consentito in rapporto al numero degli operatori presenti. In una comunità educativa si è riscontrata l'assenza del corretto rapporto utenti/operatori nel mese considerato e nella Comunità Familiare l'effettiva non presenza della famiglia titolare di Comunità Educativa.

Questo ha comportato la segnalazione di mancato mantenimento dei requisiti di esercizio agli Uffici di Piano e ai Comuni competenti per il proseguo di loro competenza (Sanzioni, sospensione dell'attività ecc.).

SEGNALAZIONI UdO NON NORMATE

E' pervenuta in ASL segnalazione riferita ad un servizio esistente gestito da un privato, pubblicizzato come ludoteca e in assenza di autorizzazione e dei requisiti minimi per l'accoglienza e la gestione di minori. E' stato effettuato un sopralluogo, senza preavviso, che ha visto presenti anche un referente dell'Ufficio di Piano competente e la Polizia Locale in cui si è accertato l'effettivo esercizio di attività non autorizzata e l'assenza di requisiti sia strutturali che organizzativo-gestionali. E' stata immediatamente disposta la chiusura del servizio ed è stata comminata una sanzione.

Contemporaneamente un'altra segnalazione ha indicato la presenza di un analogo servizio presso una scuola dello stesso territorio, avente le medesime carenze per l'esercizio. Il sopralluogo effettuato ha però rilevato l'assenza di attività in essere.

I funzionari ASL e dell'Ufficio di Piano hanno incontrato più volte l'ente gestore e gli altri soggetti interessati (sindaco del territorio e associazione di genitori) per consulenze finalizzate all'attivazione di una unità d'offerta rispondente alle esigenze del territorio e in possesso dei requisiti minimi previsti per la corretta gestione di minori. E' stato in seguito attivato un servizio sperimentale denominato "Servizio sperimentale per alunni di scuola primaria" approvato dall'Ufficio di Piano competente per la durata di n. 2 anni.

Programmazione dell'attività di vigilanza sulle Unità d'Offerta sociale per l'anno **2016**

Come lo scorso anno le consolidate modalità di controllo per la verifica della permanenza dei requisiti di esercizio vengono integrate dalle indicazioni regionali che prevedono la programmazione del controllo sul 100% in due anni delle strutture in esercizio.

Nel 2015 si prevede pertanto di effettuare il controllo:

- 1) del 100% della seguente casistica:
 - Comunicazioni Preventive d'Esercizio.
 - Segnalazione di disservizi, qualora ritenuta attendibile.
- 2) del 50% delle strutture in esercizio per minori, con priorità a quelle non viste nel 2015 (Nidi, Micronidi, Nidi Famiglia, Centri di Prima Infanzia, Centri di Aggregazione Giovanile, Comunità Minori) e delle strutture di altre aree in esercizio (Centri Socio Educativi, Servizi di Formazione all'Autonomia, Comunità per Disabili, Centri Diurni Anziani, Alloggi protetti per anziani), al fine di garantire il controllo del 100% di tutte le unità d'offerta sociali nel biennio.
- 3) della appropriatezza del 15% delle eventuali Misure assegnate di cui alla DGR 2942 del 19.12.2014 nelle Comunità Educative per minori.

Per quanto riguarda i CRD in esercizio non si prevede un minimo percentuale (così come previsto dalle Regole 2016 per le attività a carattere temporaneo) ma potranno essere effettuati controlli a campione.

Composizione minima dell'Equipe del Servizio Accreditamento e controllo socio sanitario e socio assistenziale addetta al controllo:

- Assistente Sociale;
- Tecnico della Prevenzione;
- Medico igienista del Servizio o Medico igienista del Dipartimento di Prevenzione Medica, presente nei sopralluoghi previsti al precedente punto 1 in caso di nuove attivazioni e solo in caso di necessità specifiche negli altri controlli;

La composizione dell'equipe potrà essere integrata da altre figure professionali se richieste per le problematiche connesse con la verifica.

Obiettivi specifici:

Dopo anni di operatività risulta necessario approfondire con Uffici di Piano e, dove questi non operativi, con i singoli Comuni, alcuni temi specifici tra cui in particolare:

1. Analisi delle problematiche che rendono applicato ancora parzialmente, e con sostanziali differenze tra i singoli distretti, il protocollo operativo di procedure e responsabilità reciproche ASL/Comuni/Uffici di Piano, con individuazione di percorsi possibili per la completa attuazione.
2. Approfondimento riguardo le competenze di Comuni/UdP per la verifica dei requisiti soggettivi degli enti gestori e del personale.
3. Applicazione delle disposizioni in materia sanzioni ai sensi della L.R. 3 del 12/03/2008 come modificato dalla L.R. 2 del 24/02/2012 e dalla L.R. 23 del 11.08.2015.
4. Sperimentazioni: analisi e individuazione delle caratteristiche specifiche per definire linee di indirizzo per eventuali futuri gestori; definizione dei sistemi di valutazione e controllo a conclusione del periodo di sperimentazione.
5. Supervisione dei dati inseriti in AFAM.

Si proseguirà inoltre l'attività di consulenza nei confronti di gestori pubblici e privati.

Il presente Piano dei Controlli delle unità d'offerta sociali verrà attuato in costante collaborazione con i Comuni, o in caso di gestione associata, con gli Uffici di Piano, in quanto titolari della messa in esercizio delle unità d'offerta sociali e del loro accreditamento.

Sperimentazioni ex DGR n. 3239/2012– Relazione attività svolta Anno 2015

Nel 2015 sono attivi (in origine fino al 15.03.2015, successivamente prorogati), n. 2 progetti per l'area minori disabili, n. 2 progetti per l'area dipendenze adolescenti, n. 1 per l'area post acuti e n. 2 per l'area dei Consulteri.

Nel 2013 e 2014 l'attività di monitoraggio dei progetti sperimentali ha comportato frequenti incontri con gli Enti Gestori, incontri tra i componenti della cabina di regia dell'ASL di Mantova, sopralluoghi presso le sedi di attività, controllo dei FASAS, compilazione di schede di rendicontazione di attività, di costo di gestione e produzione di relazioni.

Nel 2015, anche in vista della cessazione della sperimentazione (solo successivamente prorogata) e considerato l'assestamento delle modalità di gestione dei Fascicoli da parte degli erogatori, l'attività di controllo ha comportato per la maggior parte dei progetti, una verifica prioritariamente sulle rendicontazioni economiche, amministrativo contabile, in particolare per l'area Dipendenze Adolescenti.

Per questa Area si è comunque proceduto nel 2° semestre ad un controllo su tutti gli utenti ancora in carico (con ingresso nella sperimentazione precedente al 30.03.2015) per verificare le prestazioni effettuate.

Nell'area "riabilitazione minori disabili" oltre a questo tipo di controlli, la "cabina di regia" ha effettuato l'analisi di tutte le richieste di nuovi inserimenti di utenti nel progetto (presenza dei requisiti di accesso, corrispondenza delle patologie ai criteri di ammissibilità ecc.) e il controllo di tutte le dimissioni (esiti).

Per il progetto Post acuti, considerato che la DGR 2989/2014 ne prevede l'inserimento nella tipologia "Cure Intermedie", la struttura interessata è stata coinvolta nel percorso di informazione/formazione delle ex strutture di riabilitazione del territorio, ai sensi della DGR 3383/2015.

Sono stati effettuati nel 2° semestre, come per le altre strutture coinvolte, controlli a campione sui FASAS (n. 5 FASAS), nell'ambito del percorso di accompagnamento nell'applicazione delle nuove modalità di definizione dei nuovi profili.

Per quanto riguarda la sperimentazione dei Consulteri familiari, si è provveduto alla verifica delle attività svolte e rendicontate, mediante controllo documentale e dei FaSAS.

La cadenza degli incontri della Cabina di regia è stata fatta coincidere con le scadenze /proroghe previste dalle normative regionali.

Il susseguirsi di normative di proroga a ridosso della scadenza prevista ha rappresentato un elemento di criticità per la continuità delle attività in atto e degli accordi con l'utenza. Il susseguirsi di proroghe ha comportato inoltre un notevole investimento di tempo nelle rendicontazioni

quantitative e qualitative dell'attività svolta nonché discontinuità delle équipe lavorative e nella relazione con l'utenza.

Nell'anno si sono effettuate 2 cabine di regia per ciascuna sperimentazione, con stesura di verbale trasmesso ai Gestori.

In generale è migliorata la gestione dei FaSAS e la rendicontazione dell'attività sia sul singolo utente sia per l'attività con i gruppi.

Ente	Progetto	n. incontri	n. Fasas controllati
Consutorio privato accreditato – UCIPeM	Famiglie collaboranti in rete	2	16 FASAS 4 GRUPPI
Consutorio pubblico di Goito	Progetto sperimentale per l'estensione presso il Consutorio familiare delle funzioni di ascolto e supporto psico – socio - educativo alle famiglia	2	10 FASAS 3 GRUPPO

Il Consutorio di Goito ha proseguito, all'interno della sperimentazione, l'attività di consulenza e presa in carico di pazienti affetti da autismo, ad integrazione / sostituzione del " progetto autismo". La DGR 4086/2015 del 25/09/2015 avente ad oggetto: "Determinazioni conseguenti alla DGR n. 3363 avente ad oggetto " determinazioni conseguenti alle DDGR n. 2022/2014 e 2989/2014 – allegato C" . Indicazioni per la stabilizzazione della azioni innovative" ha disposto la chiusura al 30/09/2015 della sperimentazione in essere; ha disposto inoltre la continuità assistenziale fino al 31/12/2015 per gli utenti già in carico alla data di approvazione del provvedimento; si è pertanto proceduto a richiedere agli Enti Gestori della sperimentazione elenco dell'utenza in carico al 30/09/2015 per la prosecuzione fino al 31/12/2015.

Misure applicative della DGR 116/2013 - DGR n. 2942 del 19.12.2014

Attività di controllo effettuata anno 2015

La DGR 2942 del 19.12.2014 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: secondo provvedimento attuativo" ha confermato le misure attivate dalla DGR 856/2013, introducendo azioni migliorative a supposto delle persone fragili, proseguendo il percorso delineato dalla DGR 116/2013.

Al fine di garantire l'uniformità delle procedure in tutti i distretti dell'ASL, nel 1° semestre si è focalizzata l'attività sulla formazione e condivisione dei percorsi con i CEAD distrettuali, attraverso incontri CEAD, Servizi ASSI e Servizio Vigilanza, per definire e concordare la corretta stesura del Progetto Individuale, fondamentale per la successiva stesura dei PAI da parte degli erogatori.

Per garantire la omogeneità delle procedure di assegnazione e verificare il rispetto di quanto richiesto dalla normativa per l'attivazione, nel 1° semestre ogni richiesta e PI elaborato dai CEAD è stato supervisionato da una commissione centrale (verbali agli atti). Nell'attuazione della sperimentazione fondamentale è stato il raccordo continuo tra Servizio Programmazione, Servizio Vigilanza, Ufficio Flussi e CeAD distrettuali per il monitoraggio dell'andamento dei progetti, della loro erogazione e rendicontazione. Importante è stato anche il costante raccordo con gli erogatori che richiedevano indicazioni e orientamento, soprattutto gli erogatori privi di esperienza pregressa su interventi al domicilio.

Il crescendo costante sia del numero di utenti, sia del numero di erogatori ha dimostrato l'utilità di tale percorso virtuoso di collaborazione tra i diversi Servizi ASL.

Al fine di supportare i diversi interlocutori ASL impegnati nell'attivazione delle misure sperimentali a sostegno della famiglia con un componente fragile, si è attivato un percorso formativo integrato che ha visto coinvolti i CeAD, i Responsabili ASSI Distrettuali, alcuni componenti del Servizio Vigilanza, assistenti sociali dei Comuni e figure amministrative.

Il percorso formativo "Le misure innovative in ambito socio sanitario: la presa in carico del paziente e della sua famiglia dalla valutazione alla verifica degli interventi" si è svolto da Settembre a Novembre 2015. Ha coinvolto 50 partecipanti, di cui 20 provenienti dai Comuni, per complessive 24 ore formative divise in 6 giornate; nello specifico, per quanto riguarda l'attività di vigilanza e di appropriatezza, sono state approfondite tematiche quali: PI e PAI, convenzionamento degli erogatori, corretta tenuta del FASAS, i flussi di attività ecc.

La particolare attenzione data alla formazione degli operatori CEAD sulla valutazione multidimensionale e sulla stesura del PI è stata motivata dalla necessità di non poter contestare all'erogatore un PAI (con conseguente abbattimento delle prestazioni) quando questo fosse

conseguente ad un PI incompleto, inadeguato o addirittura assegnato in assenza dei presupposti di accesso.

Attività di controllo

La DGR 2942/2014 nell'Allegato B ha individuato, integrando precedenti requisiti, i requisiti minimi sperimentali per l'accesso alle misure prevista dalla delibera stessa (requisiti soggettivi del legale Rappresentante e dell'Ente gestore e requisiti specifici per le singole misure), demandando alle ASL l'attività di vigilanza sul possesso/mantenimento dei requisiti, e di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, secondo le modalità in uso per le unità di offerta sociosanitarie nell'ambito dell'attività programmata con il piano annuale di vigilanza.

Il Servizio Accreditamento e Controllo, dopo aver acquisito dai competenti Servizi ASSI l'elenco degli enti gestori coinvolti nell'erogazione delle prestazioni di cui alla DGR 2942/2014 ha effettuato una valutazione preliminare sulla documentazione agli atti (tutti gli enti candidati erano già gestori di UdO socio sanitaria) della presenza dei requisiti strutturali e tecnologici.

La verifica dei requisiti soggettivi del soggetto gestore è stata verificata in sede di sottoscrizione del contratto.

Dell'esito dei controlli è stata data immediata comunicazione agli uffici preposti per i provvedimenti di competenza.

RSA Aperta - Residenza leggera

Per quanto le Regole 2015 e la normativa specifica prevedessero l'applicazione delle stesse modalità di controllo di tutte le altre unità di offerta (controllo del 15% dei FASAS nel 50% degli erogatori), si è definito di ampliare il campione di Misure ex DGR 2942/2014 da sottoporre a controllo.

Si è stabilito di effettuare la sistematica verifica della corretta applicazione delle Misure Sperimentali in tutte le strutture coinvolte nella sperimentazione, in previsione della messa a regime delle stesse.

Questo per consentire a tutti gli erogatori di confrontarsi con le modalità di controllo e per permettere loro di chiarire problematiche che si fossero presentate nel corso dell'attività.

Si è pertanto definito di sottoporre al controllo il 100% delle strutture che avevano attivato misure di RSA Aperta e/o Residenza leggera, verificando almeno il 20% delle Misure di ogni Struttura.

I controlli sono stati effettuati da 1 medico (stesso operatore per tutti i controlli) e da 1 Infermiere e/o 1 assistente sociale (più operatori coinvolti).

RSA Aperta

RSA ASL MN COINVOLTE NELLA MISURA RSA APERTA (al 30.09.2015)							
Distretto sede della RSA	Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	TOTALE
Strutture coinvolte	1	4	5	5	4	4	23
Misure assegnate alle RSA	6	37	60	101	95	23	322
Misure Verificate	3	13	17	25	23	10	91

Il numero di Misure sopra riportate sono quelle assegnate al gestore della RSA: non tutte le misure sono però state erogate ad utenti del distretto sede della RSA in quanto alcune RSA hanno erogato prestazioni anche fuori da distretto dove localizzata la struttura, per permettere di rispondere a richieste provenienti da ambiti territoriali dove la disponibilità di RSA era limitata (es. Distretto di Asola).

Sono state verificate n. 91 misure pari al 28% delle misure assegnate.

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

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

Nel 45% dei fascicoli controllati almeno 1 prestazione non è stata confermata, prevalentemente per mancata congruenza tra quanto rendicontato nel flusso e quanto documentato nel FASAS agli atti della struttura.

Principali criticità

Le RSA enti erogatori anche di ADI hanno adottato le stesse modalità di esecuzione / rilevazione dell'ADI, non comprendendo le peculiari caratteristiche della Misura RSA Aperta.

I PAI sono spesso generici, stesi da un unico operatore, non valorizzando l'essenziale figura del case manager.

In alcuni casi si è rilevata la non congruenza tra PI e PAI, in cui venivano valorizzati solo alcuni aspetti del Progetto (es. Rieducazione Motoria) per espressa richiesta della famiglia, senza confronto con i CEAD di riferimento sul Progetto complessivo.

Problema frequentemente rilevato è la "percezione" della famiglia che la Misura sia sostanzialmente un "SAD gratuito" e come tale venga richiesto e assegnato (per tipologia esclusiva di intervento e orario assegnato).

Su questo aspetto sarà necessario approfondire con i CEAD di riferimento le modalità di assegnazione delle misure e di comunicazione con le famiglie.

Alcune tipologie di prestazioni hanno comportato per alcuni erogatori difficoltà interpretative rispetto alla definizione della prestazione stessa, con conseguente non corretta rendicontazione.

Residenzialità leggera

STRUTTURE ASL MN COINVOLTE NELLA MISURA RESIDENZIALITA' LEGGERA (al 30.09.2015)								
Distretto		Asola	Guidizzolo	Mantova	Ostiglia	Suzzara	Viadana	Totale
Alloggi Protetti Anziani			1	2	1		1	5
Casa Albergo				1				1
Misure attivate			4	10	4		5	23
Misure Verificate			2	4	3		3	12 (52%)

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

Sono state verificate n. 12 misure, pari al 52% delle Misure attivate, tutte confermate.

Principali criticità

In alcune strutture si è evidenziata la difficoltà nella rendicontazione delle ore assegnate specificatamente agli ospiti fruitori della misura (differenziazione dalle ore assegnate alla RSA collegata) e nel dettagliare le attività specifiche rivolte all'utenza.

Misura 6 "Comunità per minori"

L'azione prevista dalla **Misura 6 "COMUNTA' MINORI"** si concretizza nell'accoglienza presso le strutture residenziali sociali, di minori vittime di abuso/violenza/maltrattamento garantendo l'assistenza socio sanitaria, interventi a carattere educativo, sostegno e accompagnamento nelle fasi processuali. In particolare, mediante questa misura, si favorisce il coinvolgimento e la cooperazione di più soggetti presenti sul territorio che intervengono a vario titolo sul minore (accordi e protocolli territoriali).

La stessa DGR in ottemperanza alle linee guida della tutela minori definisce che i Servizi Sociali e/o i Servizi Tutela Minori del Comune/Ambito di residenza del minore, e gli altri soggetti coinvolti sul caso, devono collaborare alla realizzazione del **Progetto Quadro** (uno strumento personalizzato e multidimensionale, nel quale, a partire dai bisogni del minore, sono delineate azioni concrete integrate per una reale tutela del ragazzo).

La struttura residenziale sociale che accoglie il minore sulla base del Progetto Quadro redige il **PEI**. L'attività di vigilanza, come dal piano controlli 2015, ha previsto la verifica del mantenimento dei requisiti (gestionale) e delle prestazioni erogate (appropriatezza).

L'appropriatezza della misura è commisurata alle seguenti condizioni:

- Presenza del Decreto dell'autorità giudiziaria (TM) che evidenzia presenza di abuso/violenza/maltrattamento sul minore
- Progetto Quadro steso da Tutela Minori / Ufficio di Piano che esplicita la necessità di prestazioni socio sanitarie quali assistenza psicologica, sociale, educativa, tutelare
- Presenza del PAI/PEI in conformità al Progetto Quadro
- PEI predisposto e verificato nei tempi previsti (3 mesi, con presenza di relazione, incontri in sede)

- tracciabilità delle attività previste dal PAI/PEI con identificazione della figura professionale (qualifica e tipologia di rapporto con la Comunità).

Nel mese di Agosto 2015, sono stati effettuati da parte di operatori del servizio Accreditamento Vigilanza e Controllo Socio sanitario e Socio assistenziale (Assistente Sociale ed Educatore Professionale) n.6 sopraluoghi in 5 strutture mantovane che accolgono minori che usufruiscono della misura 6 - Comunità Minori – DGR 2942/14.

Sono stati visionati 20 fascicoli di minori (11 maschi e 9 femmine) basandosi sui dati del flusso del Servizio Famiglia inviati in data 30/07/2015 relativi al 1° trimestre 2015.

L'ambito distrettuale di provenienza dei minori risulta essere il territorio del Distretto di Mantova (n. 12 minori), Distretto di Ostiglia (n. 4 minori), Suzzara (n. 1 minore), Asola (n. 1 minore) e Viadana (n. 1 minore) (totale n. 19 residenti ASL Mantova). Si è effettuato inoltre il controllo sul fascicolo di 1 minore residente nella provincia di Cremona a seguito di specifica richiesta di verifica da parte dell'ASL di Cremona.

Il controllo ha comportato la valutazione della documentazione contenuta nei FASAS relativamente alla presenza del Decreto dell'Autorità Giudiziaria, presenza del Progetto Quadro redatto dal Servizio Tutela Minori dell'ambito distrettuale di riferimento, presenza del Piano Educativo steso dall'èquipe educativa della comunità ospitante il minore, conformità della tipologia di prestazioni socio-sanitarie rispetto a quanto indicato nel Progetto Quadro e presenza della certificazione, a firma dell'Ente Gestore, delle avvenute prestazioni.

Situazione rilevata

Il decreto del TM è presente in ogni fascicolo e i Progetti Quadro (PQ) sono presenti in n. 19 fascicoli sui 20 verificati.

La congruenza dei PQ con i PEI è riscontrata in n. 16 fascicoli (in n. 4 fascicoli non si riscontra congruenza o per assenza del PQ o per non evidenza nel PEI dell'attività di assistenza psicologica, comunque erogata al minore).

Nella maggior parte dei casi i PQ sono formulati in modo generico; in caso di mancata erogazione della prestazione psicologica o di variazione della situazione, non vi è rivalutazione dei bisogni e stesura di un nuovo PQ; alcuni PQ riportano data di stesura e di trasmissione alla Comunità con mesi di ritardo rispetto all'inserimento del minore in comunità.

I PEI sono presenti in tutti i fascicoli, con aggiornamenti nella maggior parte dei casi a cadenza semestrale.

Prestazioni psicologiche: vi è evidenza dell'erogazione in 14 fascicoli su 20, ed evidenza negli altri 6 della sospensione di tali colloqui per conclusione del percorso o per volontà del minore.

In tutti i casi tale attività non è stata erogata da operatori della struttura ma da UONPIA, NPI o Consulitori pubblici del distretto di riferimento.

Accompagnamento alle fasi processuali: nei 4 casi riscontrati è stata erogata dagli operatori della Comunità.

Assistenza sociale: è stata attribuita a questa voce tutta l'attività svolta a favore dei minori di cui si è trovata evidenza nel fascicolo ed effettuata attraverso colloqui con i minori stessi, con i loro familiari e con la Comunità da parte degli Assistenti Sociali dei Comuni di residenza e/o del Servizio Tutela Minori.

Si è verificato che n. 4 minori assumono farmaci ma solo in due fascicoli vi è tracciabilità della somministrazione. Il protocollo farmaci non esiste in nessuna struttura; per tale motivo ne è stata richiesta stesura ed invio al Servizio Vigilanza.

All'atto dei sopralluoghi l'attività era regolarmente in corso e i requisiti gestionali risultavano soddisfatti.

Attività di controllo anno 2016

DGR X/4702 del 29.12.2015 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio sanitario Regionale per l'esercizio 2016", ha previsto la prosecuzione delle Misure di cui alla DGR 2942 del 19.12.2014.

Per questa tipologia di servizio si applicheranno le percentuali e modalità di verifica previste dalla DGR 4702/2015, in analogia con quanto previsto per tutte le unità d'offerta socio sanitarie (controllo del 50% degli erogatori, verifica del 15% dei FASAS/Misure attivate).

Al momento non è possibile la quantificazione del campione in quanto il n. degli erogatori è in progressivo ampliamento.

Come già attuato nel 2015, il Servizio Accreditamento e Controllo acquisirà dai competenti uffici l'elenco dei nuovi enti gestori coinvolti nell'erogazione delle prestazioni e su questi effettuerà una valutazione preliminare, sulla documentazione agli atti o se necessario con sopralluoghi in sede, della presenza dei requisiti strutturali e tecnologici.

La verifica dei requisiti soggettivi del soggetto gestore sarà verificata in sede di sottoscrizione del contratto.

Controllo sui Flussi Informativi Area Socio Sanitaria

Nel corso del 2015 sono stati effettuati sui Flussi Informativi socio sanitari i controlli e le rielaborazioni indispensabili per la corretta e tempestiva produzione delle informazioni obbligatorie per la soddisfazione del debito informativo regionale, nelle sue varie forme e specificità.

Nel 2015 è stata riservata la consueta particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- tempestività di rilevazione dei flussi sociosanitari;
- analisi della qualità della rilevazione dei flussi socio-sanitari;
- coerenza dei flussi di attività con quelli di rendicontazione economica e con i flussi ministeriali;
- feed-back con gli enti erogatori per migliorare la qualità del dato.

Nel rispetto di quanto previsto dalla Circolare n. 2 del 27/04/2015 della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e volontariato, nel 2015 è stato inoltre consolidato il passaggio al sistema di acquisizione SMAF per tutti i flussi, peraltro inserito negli obiettivi regionali – 7.5 Area 2. Assolvimento del debito informativo_ alimentazione della rilevazione trimestrale dei flussi informativi come da indicazioni regionali attraverso il sistema di acquisizione dello SMAF (Sistema Modulare Acquisizione Flussi).

Di seguito una breve sintesi dei flussi con le ulteriori specifiche aggiuntive sulle attività assicurate.

Flusso di Rete UDO

Rileva la rete delle unità di offerta socio sanitaria (dati relativi ente gestore ubicazione struttura, posti autorizzati accreditati a contratto, gg di funzionamento ecc. per RSA, RSD, CDD, CSS, CDI, RIA, INT_RIA., HOSPICE, TOX, CONSULTORI, SERT, ADI, allineandoli con **AFAM** anagrafica regionale FAMIGLIA delle UDO socio sanitarie. Nel rispetto delle indicazioni regionali, nel 2015 il flusso è stato mantenuto per tutte le tipologie d'offerta solo per i primi due trimestri in quanto a partire dal terzo, la rendicontazione è stata mantenuta solo per le UDO INT _ RIA, individuando in AFAM lo strumento centralizzato regionale in riferimento alla rete d'offerta

Flusso CDI

La rilevazione dei dati riferiti all'assistenza semiresidenziale anziani non è facilitata a causa della tipologia del flusso di attività gestito dalla maggior parte degli enti gestori con CDI WEB.

Si è dovuto pertanto creare una reportistica interna in grado di rispondere alle diverse richieste statistiche della regione.

Flusso SOSIA

Flusso di rilevazione dei dati di ricovero presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Al fine di migliorare la qualità del dato e velocizzare le procedure di controllo è stata progettata una

piattaforma Flussi sul portale Maia, la cui sperimentazione è stata effettuata sui dati relativi al quarto trimestre 2015.

Flusso SDOFAM

E' riservato all'UDO Cure Intermedie. Nel corso del 2015, in attuazione della DGR n. X/3383 del 10/04/2015 – cure intermedie –, è stato assicurato il flusso aggiuntivo per tutto il periodo sperimentale dal 15/04/2015 al 15/10/2015, nell'ambito del quale sono state avviate le profilazioni in occasione di ogni ricovero. L'attività ha previsto la formazione degli operatori delle UDO Cure Int. e sperimentazione "post acuti" a contratto, ed il controllo costante per assicurarne l'allineamento dei dati con SDOFAM.

Flusso Hospice

Rilevazione i dati sui ricoveri in Hospice.

Flusso RIAFAM

Rileva le prestazioni riabilitative ambulatoriali, domiciliari ed in regime diurno continuo.

Flusso SIDI

Rilevazione i dati riferiti all'assistenza a persone con disabilità in RSD, CSS e CDD. Al fine di soddisfare le richieste di reportistica regionale e facilitare il controllo da parte degli operatori della vigilanza, anche questo flusso sarà inserito nella nuova piattaforma Flussi.

Schede struttura

Strumento utile alla conoscenza delle UDO regionali, è stata applicata trasversalmente a tutte le unità di offerta abilitate a servizi per anziani, RSA e CDI, strutture per disabili, RSD, CDD, CSS, Hospice, strutture di riabilitazione, comunità per tossicodipendenti, Sert, consultori e servizi per assistenza domiciliare.

Questo ha comportato un notevole investimento di tempo sia da parte degli Enti gestori sia da parte dell'ASL, per garantire la corretta compilazione dei dati ed il rispetto della tempistica. La verifica delle schede è stata curata dagli operatori che si occupano dei flussi in collaborazione con gli operatori della vigilanza; tale approccio sinergico ha agevolato le operazioni di controllo e nel contempo ha garantito maggiore affidabilità dei dati.

Sono state riscontrate criticità nella compilazione da parte degli enti gestori sia a causa della diversa tipologia di servizi da inserire a fronte di un modello unico disponibile sia in ordine alla coincidenza con molte altre scadenze programmate.

A seguito anche della nota regionale del Direttore Generale della Famiglia, prot G1.2015.0000649 del 22/01/2015, nella quale si richiamavano le ASL all'importanza della qualità del dato attraverso i flussi con il debito informativo, per migliorare sempre più la qualità dei dati di attività, è stato richiesto un applicativo unico, in ambiente Maia (piattaforma intranet/extranet aziendale) che dovrebbe progressivamente sostituire quei programmi in access costruiti singolarmente dagli operatori incaricati al controllo ed attualmente in uso.

Nel corso del 2015 il lavoro con i programmatori si è focalizzato sulla costruzione ed alimentazione di contenuti del nuovo applicativo le cui funzioni principali si riassumono in:

- Controllo sull'effettivo invio dei flussi da parte di tutte le UDO a contratto;
- Accodamento di tutti i file separatamente predisposti per l'invio in regione;
- Creazione di una tabella unica, con l'unione dei singoli file;
- Incrocio dei flussi di attività con il flusso Economico per verificare le classificazioni, i periodi, con la restituzione di report di anomalie da verificare;
- possibilità di poter estrarre dei report di dati inerenti: calcolo numero nuovi ingressi, calcolo dei decessi e delle dimissioni, calcolo età, calcolo numero di utenti complessivi, calcolo numero di utenti per fasce di età, calcolo numero di utenti per classificazione e tipologia, calcolo numero utenti per asl di provenienza, etc.

Il nuovo sistema di controllo doveva coinvolgere in un primo momento i flussi SOSIA, SIDI, RIAFAM. La costruzione dell'applicativo si è rivelata, in fieri, molto impegnativa e quindi si è definito di avviare una prima fase sperimentale dedicata solo al flusso SOSIA il quale, sia per l'impatto numerico sul totale dei flussi sia per l'articolazione del tracciato, avrebbe fornito una valida base per verificare l'affidabilità e la funzionalità del software in occasione dei dati del quarto trimestre.

Gli esiti della fase sperimentale consentiranno di programmare il successivo lavoro per i restanti flussi, anche nell'ottica dei cambiamenti organizzativi conseguenti alla riforma sociosanitaria regionale.

Per tutti i flussi 2015 l'invio ha rispettato le scadenze indicate dalla normativa regionale vigente.

FE – FLUSSO ECONOMICO

Un corretto flusso economico risulta strumento essenziale per il processo di governance delle risorse. Anche nel 2015 è stata posta particolare attenzione alla correttezza del flusso economico e alla sua coerenza con i flussi informativi socio-sanitari di attività.

A tale scopo si è reso necessario:

- integrare l'applicativo Fe con: la possibilità di provvedere ai controlli sull'intero flusso asl in TXT, integrandoli con controlli trasversali all'interno dello stesso flusso tra unità diverse prima del definitivo invio in Regione;
- l'estrazione di report in excel e la valorizzazione economica complessiva per singolo udo (RSA, CDI, CSS etc.).

E' stato pertanto consolidato nel 2015 l'invio del flusso sulla piattaforma SMAF, con un notevole impegno da parte del personale ASL incaricato, con gli esiti restituiti riportati nel sottostante prospetto, che rispecchiano la qualità del dato elaborato e trasmesso.

Riepilogo errori flusso prestazioni FE1 – ANNO 2015		
	totale record	n. errori gravi
primo trimestre	7669	0
secondo trimestre	7529	10
terzo trimestre	7651	0

La DGR n. 2989 del 23/12/2014 dettante le regole di sistema per la gestione del servizio socio sanitario anno 2015 ha previsto l'introduzione del flusso economico (FE) anche per l'assistenza domiciliare integrata.

Nel settembre 2015 la Regione ha inviato il tracciato relativo al flusso FE ADI (FE4) con indicazione che a partire dal III trimestre 2015 venisse caricato il flusso su piattaforma SMAF, per un periodo sperimentale, passando nel 2016 a regime per divenire a tutti gli effetti lo strumento finalizzato al riconoscimento e alla remunerazioni delle prestazioni erogate dagli enti gestori ADI.

E' stato assicurato, in tempi brevissimi, l'adeguamento del programma Domus Med per la gestione del flusso SIAD per la generazione dei dati contenuti nel flusso Fe4 e l'applicativo FE in ambiente Maia per l'acquisizione del suddetto flusso da parte degli enti erogatori.

La difficoltà maggiore si è concentrata sullo studio del tracciato per ricondurlo al flusso di attività, allineandolo il più possibile, per una valorizzazione più corretta e precisa dei volumi economici, evitando la restituzione di errori.

Per il terzo trimestre del 2015 l'invio del nuovo flusso è stato puntuale e soddisfacente, con una buona qualità del dato trasmesso.

AFAM _ANAGRAFE FAMIGLIA

Nel 2015 AFAM è stato mantenuto come strumento centralizzato regionale in riferimento alla rete d'offerta, ad eccezione delle UDO di riabilitazione che, in attesa di riordino, vengono rendicontate ancora con il flusso di rete.

L'aggiornamento è stato fatto puntualmente per quanto di competenza dell'ASL.

Nel 2015 l'applicativo AFAM ha acquisito i dati dell'unità offerta sociali, accentrando, di fatto, presso la ASL il puntuale e completo aggiornamento delle strutture sociali e socio sanitarie su piattaforma unica, coinvolgendo maggiormente gli operatori della vigilanza e quelli degli ambiti.

FLUSSI AZIONI INNOVATIVE_ FLUSSI MISURE

Nel 2015 Regione Lombardia, con le DGR 2942/2014, 2883/2014, 2655/2014, ha prorogato l'attuazione delle misure innovative discendenti dalla D.G.R. 116/2013, ma con regole diverse, che hanno condotto alla variazione dei tracciati, emanati successivamente con circolare 2 del 27/04/2015. Tale evoluzione ha comportato che in sede di invio del secondo trimestre fosse contestualmente assicurata la trasmissione dei dati del primo trimestre in linea con il nuovo

tracciato. Il lavoro si è concentrato sia sullo studio della normativa sia dei tracciati, con contestuale sinergica collaborazione con Sistemaltranet per la modifica degli applicativi in essere.

Di seguito una breve sintesi dei flussi con le ulteriori specifiche aggiuntive sulle attività assicurate.

Flusso informativo per la rilevazione del set informativo della misura della rete attuazione DGR 116

Flusso implementato e aggiornato da operatori ASL del Dipartimento ASSI: riguarda i dati relativi agli enti gestori e unità operative che erogano le misure.

Flusso informativo misura B1

Anche questo flusso è gestito a livello centrale da operatori ASL e le informazioni ivi contenute sono trasferite dalla modulistica compilata dall'utente che ha avanzato la domanda e dal Pai compilato dai CeAD.

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

La gestione dei dati legati all'anagrafica (da PI e da PAI) è assicurata a livello di ASL, mentre le prestazioni vengono inserite dagli enti gestori che attraverso password possono accedere alla piattaforma intranet Asl "MAIA".

Flusso informativo per la rilevazione del set informativo della misura di residenzialità leggera MISURA 2 e Flusso informativo per la rilevazione del set informativo della misura per minori con gravissime disabilità MISURA 3

In entrambi i casi la modalità è quella già descritta per la misura 4, ad eccezione del fatto che il caricamento dei dati nell'applicativo è di competenza esclusiva della ASL sulla base dei dati comunicati dalle strutture interessate.

Flusso informativo D.G.R. N. 856 2013 Misura 6 "comunità per minori" e Flusso informativo delibera 740 misura B2 – Flusso trimestrale

Gli applicativi su Maia vengono alimentati dagli Uffici di Piano il cui addestramento è stato predisposto dalla ASL attraverso specifici incontri.

Per tutti i flussi 2015 relativi a tali Misure, l'invio ha rispettato le scadenze indicate dalla normativa regionale vigente.

Costante è stato il lavoro di coordinamento e raccordo con tutti i servizi interessati e Sistemaltranet, cercando di migliorare progressivamente la correttezza e coerenza del dato inserito nel flusso al fine di una precisa e adeguata rendicontazione economica.

Si è provveduto alla formazione e all'addestramento per agevolare il miglior utilizzo possibile degli applicativi da parte di operatori ASL, operatori dei ambiti e quelli degli Enti gestori, assicurando altresì un continuo e costante lavoro di consulenza.

CONTROLLO SUI FLUSSI INFORMATIVI AREA SOCIO SANITARIA ANNO 2016

Nel corso del 2016 continueranno ad essere effettuati sui Flussi Informativi socio sanitari i controlli necessari per una corretta e tempestiva produzione delle informazioni obbligatorie per la

soddisfazione del debito informativo regionale, nelle sue varie forme e specificità, così come da indicazioni regionali.

I controlli saranno prevalentemente focalizzati sui seguenti aspetti.

Tempestività di rilevazione dei flussi sociosanitari:

- monitoraggio del rispetto delle scadenze per la trasmissione dei dati da parte di ciascun Erogatore e controllo sul rispetto dei tempi di invio previsti dalla Regione, anche in relazione a flussi di nuova attuazione.
- monitoraggio invii tramite piattaforma SMAF nella totalità dei flussi informativi socio sanitari;

Analisi della qualità della rilevazione dei flussi socio-sanitari :

- supporto tecnico-informativo a tutti gli Erogatori privati accreditati, ai consultori e ai SERT pubblici per la corretta compilazione del flusso secondo le indicazioni regionali;
- monitoraggio dei flussi in arrivo dagli Erogatori per la verifica di:
 - completezza (inserimento di tutti i dati richiesti)
 - correttezza dei dati inseriti
 - coerenza dei dati inseriti
- comunicazione agli Erogatori medesimi dei record errati o incompleti e degli errori;
- costante feed-back con gli Erogatori sugli errori rilevati dalla Regione sul flusso e sugli aggiornamenti dei controlli che progressivamente la Regione attua;
- verifica circa l'effettiva correzione degli errori rilevati sia dai referenti Asl che dalla Regione;
- coerenza dei dati trasmessi con i flussi socio-sanitari;
- coerenza tra i dati di attività che costituiscono il debito informativo e i flussi economici allegati alla fatturazione e alla rendicontazione economica FE1.

Per consentire alla D.G Welfare di incrementare il volume e la qualità dei dati validi ai fini dell'invio dei flussi oggetto del debito informativo ministeriale, nel 2016 ATS della Val Padana manterrà, quale obiettivo primario, la massima attenzione nella gestione dei processi di analisi della qualità dei dati e nella correzione degli errori rilevati dallo SMAF con riferimento alla tempistica prevista nei diversi flussi per tutti quelli in essere e per quelli che verranno attivati.

Sarà implementato anche il sistema dei controlli dei flussi di rilevazione relativi alle misure innovative, adeguandoli alle nuove esigenze informative che si sono evidenziate nel corso del 2015.

Nel corso del 2016, sarà garantito al contempo il puntuale aggiornamento delle unità offerta già inserite in AFAM.

Con la costituzione dei nuovi enti ATS ed ASST la regione ha determinato di intervenire sul sistema di codifiche regionali per adeguarlo alle nuove realtà aziendali, è pertanto evidente che l'introduzione di questo nuovo sistema di Codifica Unificata degli Enti e delle Strutture (CUDES)

andrà ad impattare in modo significativo su ogni flusso, e pertanto nel corso dell'anno 2016 dovrà essere prestata maggior attenzione nel controllo e nella codifica degli stessi.

Obiettivo primario sarà quello di collaborare in sinergia, al fine di uniformare l'azione di controllo sui flussi, rendendola omogenea per tutte le UDO del nuovo territorio, nell'ottica del cambiamento organizzativo conseguente la riforma sociosanitaria regionale.

Attività di Vigilanza e Controllo ai sensi degli articoli 23 e 25 del Codice Civile sulle persone giuridiche di diritto privato

Come previsto dall'art. 4, comma 9, della L.R. n. 33/2009, dall'art. 14, comma 1, lett. B), della L.R. n. 3/2008 ed in conformità a quanto previsto dall'art. 4, comma 33, della L.R. n. 1/2000 e s.m.i., le ASL devono assicurare l'esercizio della vigilanza e controllo di cui agli articoli 23 e 25 del Codice Civile sulle persone giuridiche di diritto privato che operano in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e sanitario.

Tale attività di vigilanza e controllo può estendersi sino all'adozione di provvedimenti che vanno ad incidere in modo diretto sugli atti (sospensione e/o annullamento) o sull'assetto (scioglimento degli organi, nomina del commissario straordinario) dell'ente vigilato.

La Commissione istituita con deliberazione n. 282 del 19/7/2011 ed aggiornata nella sua composizione con Deliberazione n. 213 del 30/06/2014, è lo strumento tecnico di cui questa ATS (ex ASL di Mantova) si è dotata per esercitare le suddette funzioni di vigilanza e controllo. E' presieduta dalla Responsabile del Servizio Accreditamento Vigilanza e Controllo socio sanitario e socio assistenziale ed al suo interno è garantita la presenza di adeguata competenza giuridica e amministrativa-contabile.

L'attività della Commissione verte principalmente sulla verifica della corretta amministrazione delle persone giuridiche e si esercita nel rispetto dei principi di imparzialità e omogeneità. Viene svolta nei confronti di associazioni, fondazioni e altre istituzioni di carattere privato che esauriscono le loro finalità nell'ambito della sola Regione Lombardia e tende ad accertare il corretto insediamento e funzionamento dell'organo amministrativo di governo, l'esistenza della documentazione contabile e di bilancio (secondo le previsioni statutarie e di legge) ed il perseguimento del fine istituzionale. Viene inoltre verificata l'inesistenza di condotte volte al depauperamento o alla distrazione del patrimonio.

Dall'analisi dei dati presenti nell'anagrafica delle persone giuridiche di diritto privato presenti sul territorio provinciale di Mantova, trasmesso dalla Regione nel febbraio 2015, risulta che nell'ambito dell'ex ASL di Mantova operano n. 55 Associazioni/Enti/Fondazioni esplicanti attività nell'ambito sanitario, socio sanitario e socio assistenziale e quindi soggette al controllo della Commissione. Di queste 55, n. 44 afferiscono all'area tematica "Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato (G1)" e n. 11 all'area tematica "Salute (H1)".

Attività svolta nell'anno 2015.

Nell'anno 2015 la Commissione ha sottoposto a verifica amministrativa cinque soggetti, costituenti un campione pari al 10% del totale delle persone giuridiche di diritto privato inserite nell'anagrafica regionale. L'attività della Commissione ha riguardato un Istituto Assistenziale che svolge

preminentemente attività di erogazione di contributi e sussidi, una Associazione operativa in ambito sociale nel recupero delle tossicodipendenze, due fondazioni operative che gestiscono strutture socio sanitarie ed una fondazione che gestisce una struttura ospedaliera.

Le modalità di verifica si sono esplicitate mediante sopralluoghi presso la sede legale del soggetto verificato oppure convocazione dei rappresentanti del soggetto presso la sede ASL.

In alcuni casi, al sopralluogo o all'incontro, è seguita richiesta di integrazione documentale ai fini del completamento della verifica.

Dei cinque controlli effettuati quattro si sono conclusi senza rilievi di irregolarità mentre in un caso la Commissione è in attesa di poter visionare copia della Relazione del Revisore Contabile al bilancio d'esercizio 2014 prima di pronunciarsi sull'esito della verifica che, per tutti gli aspetti ad oggi valutati, dovrebbe concludersi positivamente.

Nello specifico:

Nel **primo semestre** 2015 sono stati verificati 2 soggetti

SOGGETTO	AREA TEMATICA	DISTRETTO UBICAZIONE	TIPOLOGIA UdO DIRETTAMENTE GESTITE	MOTIVO CONTROLLO	MODALITA'	ESITO
A	Socio assistenziale	Distretto Socio Sanitario di Viadana	nessuna	Controllo d'ufficio nell'ambito del Piano controlli 2015	Sopralluogo c/o sede legale e valutazione documentazione acquisita	Nulla da rilevare
B	Sociale	Distretto Socio Sanitario di Mantova	Comunità Residenziale per dipendenti	Controllo d'ufficio nell'ambito del Piano controlli 2015	Sopralluogo c/o sede legale e valutazione documentazione acquisita	Richiesta Integrazione Documentale

Nel **secondo semestre** 2015 sono stati verificati 3 soggetti

SOGGETTO	AREA TEMATICA	DISTRETTO UBICAZIONE	TIPOLOGIA UdO DIRETTAMENTE GESTITE	MOTIVO CONTROLLO	MODALITA'	ESITO
C	Socio assistenziale	Distretto Socio Sanitario di Viadana	R.S.A.	Controllo d'ufficio nell'ambito del Piano controlli 2015	Sopralluogo c/o sede legale e valutazione documentazione acquisita	Nulla da rilevare
D	Sanitario	Distretto Socio Sanitario di Guidizzolo	Struttura Ospedaliera	Controllo d'ufficio nell'ambito del Piano controlli 2015	Convocazione c/o sede ASL e valutazione documentazione acquisita	Nulla da rilevare
E	Socio assistenziale	Distretto Socio Sanitario di Suzzara	R.S.A.	Controllo d'ufficio nell'ambito del Piano controlli 2015	Convocazione c/o sede ASL e valutazione documentazione acquisita	Nulla da rilevare

Oltre all'attività di verifica mediante sopralluoghi o incontri con esame della documentazione acquisita, nell'arco dell'anno la Commissione si è riunita sei volte in composizione plenaria ed ha

proseguito il monitoraggio di quei soggetti che negli anni precedenti avevano evidenziato criticità e per i quali è ancora in itinere la verifica amministrativa.

Per una Fondazione già sottoposta a controllo dal 2012, ma tuttora con importanti criticità (insediamento di nuovo CdA con nomina del nuovo presidente che subito ha rassegnato le proprie dimissioni, contenzioso legale con locatario di immobile, chiusura dell'unica attività socio assistenziale erogata) è proseguito il puntuale monitoraggio. La Commissione intende calendarizzare, nei primi mesi dell'anno 2016, un incontro con i rappresentanti della Fondazione per condividere le future linee di condotta e di verifica.

Per una Fondazione già controllata nel 2013 e 2014 per inerzia degli organi della Fondazione stessa, la Commissione, al fine di valutare e condividere le azioni intraprese/da intraprendere circa le richieste già effettuate al precedente CdA (provvedere alla ricostruzione della contabilità e di ogni altra informazione gestionale relativa al pregresso periodo di inattività, nonché ripristinare entro breve le condizioni ordinarie di funzionamento), ha ritenuto opportuno convocare un incontro con i nuovi amministratori della fondazione, tenutosi nel mese di maggio. In tale sede si sono richiesti i verbali di insediamento e le sedute del nuovo CdA, nonché del verbale di approvazione del bilancio e di ricognizione dello Stato del Patrimonio (immobiliare) della fondazione, con evidenza dell'attività svolta finalizzata alla alienazione o gestione degli immobili di proprietà della Fondazione.

Su richiesta del presidente della Fondazione, nel mese di settembre si è tenuto un secondo incontro con la Commissione, volto a condividere ulteriori elementi circa il patrimonio immobiliare dell'Ente. Conseguentemente, la Commissione ha inviato al soggetto formale richiesta di venire informata, per iscritto, entro congruo termine.

In seguito ad indicazione dei competenti Uffici Regionali si è provveduto a segnalare alla Società di Mutuo Soccorso di Mantova (di cui alla legge n. 3818 del 1886) operante sul territorio provinciale, la necessità di iscrizione nella sezione delle imprese sociali presso il registro delle imprese, secondo quanto stabilito dall'art. 23 del D.L. 179/2012, convertito con legge n. 221/2012.

La Società ha inviato alla Commissione copia di visura camerale aggiornata dalla quale risulta che ha effettuato i richiesti adempimenti ed è, a far data dal 09/12/2015, iscritta nella Sezione Imprese Sociali del Registro Imprese nonché nella apposita Sezione Società di Mutuo Soccorso dell'Albo delle Società Cooperative tenuti dalla competente CCIAA.

Anche per una altra Fondazione verificata nel 2015 si è proceduto a sollecitare la stessa ad informare la Commissione circa lo stato dell'iter di approvazione di modifiche statutarie ed eventuali richieste/riscontri avuti dai competenti organi regionali;

Per una Fondazione di recente istituzione sono proseguiti i controlli sulla corretta costituzione degli organi.

Piano controlli anno 2016

Per l'anno 2016 la Commissione si propone il controllo di almeno il 10% delle persone giuridiche di diritto privato di cui all'anagrafica regionale.

Rapportando il campione al numero di soggetti inseriti nell'anno 2015 nell'elenco regionale, pari ad un totale di n. 55, si prevede il controllo di almeno n. 5/6 enti.

L'attività di controllo sarà orientata alla verifica del corretto insediamento e funzionamento dell'organo amministrativo e all'esistenza della documentazione contabile e di bilancio secondo le norme statutarie e di legge.

Anche nel 2016 il campionamento sarà effettuato considerando sia l'attività svolta dal soggetto che un'equa distribuzione sul territorio provinciale dei controlli.

Si prevede la verifica nei confronti di n. 2/3 soggetti che svolgono attività socio sanitaria, n. 1 soggetto che svolge attività sanitaria e n. 2 soggetti la cui operatività non ricada nei due ambiti precedenti individuati.

Rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite all'ASL attraverso il contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI e rete sociale con Decreto n. 12674 del 23.12.2014

I costi sostenuti da questa ASL nell'anno 2015 per le attività di vigilanza con l'utilizzo delle risorse assegnate con Decreto n. 12674 del 23.12.2014 sono nei limiti di quanto previsto nel piano di utilizzo approvato con deliberazione ASL n. 45 del 20/02/2015.

Di seguito si rendicontano i costi sostenuti nel 2015 distinti per tipologia:

TIPOLOGIA COSTO	IMPORTO
Costi per dotazioni informatiche sw (sviluppo applicativo per controllo flussi attività SOSIA RIA e SIDI e adeguamento funzionalità per la rendicontazione via web attività misure innovative a sostegno della famiglia su framework Mantova Intranet ASL MAIA)	€ 17.080,00
Costi per dotazioni informatiche sw (aggiornamento del programma gestione assistenza domiciliare per adeguamento al debito informativo regionale flusso economico ADI)	€ 15.237,80
Corso di formazione "sistema sanzionatorio amministrativo connessi agli effetti della vigilanza sulle strutture socio sanitarie"	€ 1.750,00
Totale costi 2015	€ 34.067,80

L'assegnazione di cui al Decreto n. 12674 del 23.12.2014 pari a € 64.446,00 accertata sul Bilancio 2014 con deliberazione n. 466 del 30/12/2014, è stata pertanto utilizzata parzialmente con disaccantonamento delle somme necessarie alla copertura dei costi sostenuti pari a complessivi € 34.067,80.