

ASL della Provincia di Lodi

Piano dei Controlli 2012

INDICE

IL PIANO DEI CONTROLLI.....	4
1.CONTROLLO DEI REQUISITI D'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE	5
1.1 Attività svolta nel 2011.....	5
1.1.1 Attività di controllo programmata	5
1.1.2 Attività di controllo non programmata	5
1.2 Criticità emerse.....	6
1.3 Programmazione 2012.....	6
2.ATTIVITA' DEI CONTROLLI DEL NOC ASL DELLA PROVINCIA DI LODI	8
2.1 Attività svolta nel 2011.....	8
2.1.1 Attività di ricovero.....	8
2.1.2 Il controllo delle prestazioni ambulatoriali.....	9
2.1.3 Il controllo della qualità della cartella clinica.....	9
2.2 Criticità emerse.....	10
2.3 Attività programmata per il 2012	10
3. CONTROLLI IN AMBITO PSICHIATRICO	12
Attività svolta nel 2011.....	12
3.1 Attività svolta nel 2011.....	12
3.2 Programmazione 2012.....	13
4 TEMPI D'ATTESA E ACCESSIBILITÀ ALLE PRESTAZIONI.....	13
4.1 Principi generali del monitoraggio e controllo dei tempi di attesa.....	13
4.2 Attività svolta nel 2011.....	13
4.2.1 Risultati delle attività dei controlli svolti.....	14
4.3 Programmazione 2012.....	19
5 ASSISTENZA PROTESICA	19
5.1 Attività svolta nel 2011.....	20
5.2 Programmazione 2012.....	20
5.2.1 Azioni previste.....	21
6. SERVIZIO FARMACEUTICO	21
6.1 Attività svolta nel 2011:.....	22
6.2 Programmazione 2012.....	25
6.2.1 Obiettivi	25
6.2.2 Criticità	26
7. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SOCIO SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE	26
7.1 Articolazione della rete d'offerta dei servizi socio-sanitari.....	26
7.2 Attività di vigilanza e controllo in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale: il Piano dei Controlli 2012.....	31
7.3. Analisi generale delle attività di controllo: attività svolta nel 2011	33
7.3.1.: Controlli di appropriatezza anno 2011	37
7.3.2: Istruttorie svolte nel corso del 2011	43
7.3.3: Attività di controllo amministrativo sulle persone giuridiche di diritto privato.....	45
7.3.4. Vigilanza sulle u.d.o. sociali.....	45
7.3.5. Articolazione delle u.d.o. sociali	47
7.3.6.: Criticità Area socio – assistenziale.....	53
7.3.7 Attività programmata per il 2012	53

IL PIANO DEI CONTROLLI

Le attività di controllo rappresentano uno degli aspetti caratterizzanti l'azione di una Azienda Sanitaria Locale così come la programmazione e la prevenzione sanitaria. Possiamo quindi intendere la stesura del Piano dei Controlli come la dichiarazione esplicita e dettagliata che l'ASL definisce in materia di linee di attività e di strategie che seppure in apparenza redatta in modo sintetico tende a toccare tutti gli ambiti possibili di intervento a tutela della qualità della appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie.

In continuità con i precedenti interventi la base razionale sulla quale sviluppare le suddette strategie operative è rappresentata dall'analisi delle criticità rilevate dai singoli servizi nell'ambito delle attività svolte.

Esso non può comunque prescindere dalle indicazioni regionali sulle regole di esercizio che annualmente vengono deliberate. Tali indicazioni hanno la finalità di garantire l'equilibrio di sistema e possono tradursi con obiettivi specifici. A queste indicazioni si aggiungono quelle derivate dall'esperienza e dalle attività maturate negli anni per quanto attiene il governo territoriale qui declinato nelle sue sfaccettature più articolate e peculiari del territorio da presidiare. In tal senso si devono tenere in considerazione la complessità del territorio, la popolazione assistita e le criticità emerse nel corso degli anni utili per calibrare l'intervento e finalizzare gli sforzi a garanzia della migliore qualità assistenziale. Possiamo schematizzare quanto sopra espresso nei seguenti indirizzi operativi.

- 1. le valutazioni di tipo statistico, clinico-epidemiologico e socio-demografico effettuate sul territorio*
- 2. le valutazioni statistiche ed analitiche sulle attività svolte dalle strutture erogatrici e sui principali fenomeni sanitari, compreso i consumi di prestazioni ambulatoriali e di farmaci*
- 3. l'analisi storica dei controlli effettuati negli ultimi anni e la sintesi dei risultati ottenuti.*
- 4. la determinazione quantitativa e qualitativa dei controlli da pianificare*
- 5. le azioni specifiche che si intendono mettere in pratica in tema di controlli sanitari e socio-sanitari nonché sul mantenimento dei requisiti di accreditamento, sulle condizioni poste a contratto per ciò che attiene il loro rispetto e infine sul consumo dei farmaci.*
- 6. le azioni che si intendono intraprendere per il coinvolgimento nelle sopraccitate attività dei soggetti protagonisti del sistema sanitario (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e soggetti erogatori per conto del Servizio Sanitario Regionale).*
- 7. La valutazione preliminare e in itinere di costituzione di specifici gruppi di lavoro per la realizzazione di un proficuo confronto tra pari.*

1.CONTROLLO DEI REQUISITI D'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

1.1 Attività svolta nel 2011

Nel corso del 2011 sono state svolte attività di controllo, programmate e non, dei servizi sanitari delle strutture accreditate.

1.1.1 Attività di controllo programmata

L'attività di controllo programmata, inerente al mantenimento dei requisiti di Accreditemento delle strutture, all'applicazione di indicazioni regionali e al monitoraggio dell'avanzamento dei lavori per l'adeguamento di requisiti strutturali, ha rispettato gli obiettivi prefissati, soddisfacendo gli indicatori individuati.

Nel dettaglio:

Per la necessità di monitorare il livello di qualità dell'accréditamento nella ASL di Lodi sono stati verificati nelle strutture private la tipologia contrattuale esistente ed i titoli/requisiti autocertificati dal personale in esse operante. Come programmato è stato controllato il 20% delle strutture private accreditate, in quanto l'80% era stato oggetto di verifica nel corso dell'anno 2010.

Sono stati verificati gli standard di dotazione organica in base alla suddivisione per area ed intensità di cure dell'Azienda Ospedaliera di Lodi. Come programmato sono state controllate tre UO afferenti ad Area Medica e tre UO afferenti ad Area Chirurgica di tale Azienda.

Per la necessità di integrare le attività di verifica tra accreditamento sanitario e UO Assistenza Specialistica, si è condiviso il monitoraggio sulle attività erogate dai CPS. Come programmato è stato controllato il 100% dei CPS presenti sul territorio.

In applicazione delle indicazioni regionali su "Il piano regionale per la salute mentale" è stato condiviso con il Dipartimento di Salute Mentale ed altri attori presenti sul territorio un progetto formativo "Piano Regionale per la salute mentale", attraverso l'attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che, nell'ambito di 9 incontri (sei incontri del gruppo di lavoro locale e tre incontri alla presenza di tutor regionali), ha definito delle "procedure di autovalutazione interne ai servizi di salute mentale" successivamente trasmesse in Regione ai fini di una condivisione e valutazione per una loro applicazione in tutte le strutture psichiatriche regionali.

In applicazione alle indicazioni regionali in tema di controllo in accreditamento per il 2011 è stato verificato lo SMEL di Codogno.

In applicazione delle indicazioni regionali in tema di percorsi formativi rivolti agli operatori della rete d'emergenza urgenza è stata verificata la gestione e l'accoglienza del paziente con particolare attenzione al momento del Triage e all'applicazione di standard di qualità (alla luce del percorso indicato da Joint Commission International. Come programmato si è proceduto al controllo del 100% dei servizi di Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera.

Dovendo valutare l'appropriatezza e della qualità delle indagini diagnostiche MOC, sono state verificate (come da programma), il 100% delle strutture eroganti tali prestazioni.

E' stato effettuato il monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori per l'adeguamento ai requisiti strutturali dell'Azienda Ospedaliera (ai sensi della DGR N. VIII/6226/2007) attraverso verifiche presso i Presidi Ospedalieri di Lodi, Sant'Angelo Lodigiano e Casalpusterlengo.

In osservanza della prevista prosecuzione delle attività integrate tra accreditamento sanitario e accreditamento socio-sanitario è stato realizzato un evento formativo, riguardante la prevenzione cadute degli ospiti in RSA e RSD, articolato su 3 edizioni rivolto agli operatori sanitari delle predette strutture afferenti all'ASL della Provincia di Lodi.

1.1.2 Attività di controllo non programmata

L'attività di controllo istituzionale non programmata ha riguardato la gestione di istanze di autorizzazione all'esercizio, di accreditamento in ampliamento e di riclassificazione presentate dall'Azienda Ospedaliera, di un'istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di una struttura odontoiatrica privata e il controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei punti prelievo esistenti nel territorio dell'ASL della Provincia di Lodi.

Nel dettaglio:

sono state gestite sei istanze presentate dall'Azienda Ospedaliera.

Cinque erano relative all'autorizzazione all'esercizio e accreditamento in ampliamento del: SIMT, dell'Anatomia Patologica, della Nefrologia, della Cardiologia, del Poliambulatorio di Sanità Penitenziaria afferente alla Casa circondariale di Lodi.

Una riguardava l'autorizzazione all'esercizio e accreditamento in ampliamento della "Attività di Cure sub-acute", istituita presso il Presidio Ospedaliero "Delmati" di Sant'Angelo Lodigiano. È stata infatti attivata una **UO "Attività di Cure Sub-Acute"** dotata di 14 posti tecnici collocati temporaneamente, per esigenze logistiche, al VI Piano del Presidio sopra citato e derivanti dalla trasformazione di altrettanti posti letto di degenza ordinaria provenienti dal Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo Lodigiano e dal Presidio Ospedaliero di Casalpusterlengo. Secondo quanto previsto dalla specifica normativa regionale, l'attività svolta presso questa UO ha lo scopo di mantenere una stabilizzazione clinica del paziente raggiunta nel corso del ricovero in acuzie e di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti.

È stata gestita l'istanza presentata dall'Azienda Ospedaliera per l'istituzione della "Macroattività Chirurgia a Bassa Complessità Operativa ed Assistenziale" (ai sensi della D.G.R. VIII/0804/2009) presso il P.O. di Lodi

E' stata gestita l'istanza presentata dall'Azienda Ospedaliera per l'istituzione della "Macroattività Ambulatoriale ad alta complessità assistenziale" (ai sensi della DGR IX/1962). E' stato riclassificato l'80% dei posti letto di Day Hospital non chirurgico convertendoli in postazioni di macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale.

Sono state previste delle specifiche aree dedicate ad attività ambulatoriali complesse nelle quali sono anche disponibili, sulla base del tipo di casistica trattata, dei posti tecnici di appoggio per i pazienti. La riclassificazione ha riguardato i quattro presidi ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera di Lodi.

E' stata riclassificata l'attività di emodinamica del P.O. di Lodi a seguito di verifica adeguamento degli specifici requisiti.

E' stata gestita un'istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di una struttura odontoiatrica privata.

E' stato intrapreso un controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei punti prelievo incidenti sul territorio dell'ASL della Provincia di Lodi che ha interessato 22 comuni.

E' stato effettuato un sopralluogo presso la U.O. SPDC del P.O. di Codogno congiuntamente al Dipartimento di Prevenzione Medica.

1.2 Criticità emerse

Le attività di controllo non hanno evidenziato criticità particolari sia per le strutture pubbliche che private.

1.3 Programmazione 2012

L'attività per il 2012 seguirà le linee di indirizzo regionale previste dalla Deliberazione sulle regole di sistema.

L'attività programmata riguarderà la verifica del mantenimento dei requisiti di Accreditamento nelle strutture accreditate (AO di Lodi e strutture private accreditate).

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera si conferma, come per gli anni precedenti, la valutazione del mantenimento dei requisiti di accreditamento (preliminare documentale e successivo sopralluogo) per una percentuale rappresentativa delle UUOO della suddetta Azienda, appartenenti ad area medica, chirurgica e all'attività di Cure sub-acute.

Nell'ambito delle attività integrate tra accreditamento sanitario e prevenzione medica proseguirà il monitoraggio dello stato d'avanzamento dei lavori per l'adeguamento dei requisiti di accreditamento dell'Azienda Ospedaliera e sarà controllato il mantenimento dei requisiti di accreditamento in strutture private eroganti prestazioni di psichiatria.

Nell'ambito delle attività integrate tra accreditamento sanitario e socio sanitario verranno effettuate verifiche di appropriatezza dei ricoveri nella RSA a gestione diretta.

Saranno effettuati sopralluoghi dei punti prelievo presso gli ambulatori comunali a completamento delle verifiche iniziate nel 2011.

Verrà utilizzato e gestito il nuovo applicativo regionale per la gestione del centrale operativo di accreditamento, attualmente in fase di completamento a livello regionale.

ACCREDITAMENTO

ATTIVITA' 2012	OBIETTIVI 2012	INDICATORI
Necessità di confermare il livello di qualità dell'accREDITamento delle strutture afferenti all'ASL di Lodi.	Controllo di strutture private per la verifica del mantenimento degli standard di accREDITamento riguardo una selezione di requisiti specifici..(in particolare la formazione del personale)	Sopralluogo in almeno il 50% delle strutture private.
Monitoraggio del mantenimento dei requisiti di accREDITamento.	Controllo dell'Azienda Ospedaliera di Lodi incentrato sul mantenimento dei requisiti di accREDITamento, sulla base di una suddivisione per area ed intensità di cure.	Sopralluogo in almeno 8 UU.OO. dell'AO afferenti ad area medica, chirurgica, sub acuti e MAC
Monitoraggio dell'avanzamento lavori per l'adeguamento dei requisiti strutturali (integrato con il Servizio Igiene Sanità Pubblica).	Verifica della conformità tra l'avanzamento dei lavori e i cronoprogrammi presentati dall'AO e stesura di una relazione finale.	Sopralluoghi sui presidi ospedalieri di Lodi, Sant' Angelo e Casalpusterlengo nei tempi programmati.
Attività di verifica dei requisiti di accREDITamento sanitario di una struttura privata psichiatrica (CPA e CRA).	Verifica del mantenimento di requisiti di accREDITamento riguardanti le strutture private eroganti prestazioni psichiatriche (Integrazione Dip.to Prev. Med.).	Sopralluogo nel 100% delle strutture private.
Integrazione con il Servizio Socio Sanitario	Verifiche riguardanti l'appropriatezza dei ricoveri in RSA a gestione diretta ASL.	Sopralluogo RSA a gestione diretta
Ricognizione dell'attività dei punti prelievo esistenti sul territorio	Verifica del mantenimento dei requisiti di accREDITamento riguardanti i punti prelievo ex all. 3B - D.G.R. 3313/01.	Sopralluoghi dei punti prelievo presenti sul territorio e non ancora verificati nel corso del 2011.
Valutazione del mantenimento dei requisiti di accREDITamento dei SIMT	Controllo delle attività di laboratorio trasfusionale e ambulatorio di immunoematologia del SIMT di Lodi	Sopralluogo presso il SIMT di Lodi.
Applicazione delle indicazioni regionali in tema di percorsi formativi rivolti agli operatori della rete d'emergenza-urgenza	Controlli dei PS con particolare attenzione alla formazione del personale per quanto riguarda l'accoglienza del paziente e il momento del Triage.	Verifica del 100% dei Servizi di PS dell'Azienda Ospedaliera

2. ATTIVITA' DEI CONTROLLI DEL NOC ASL DELLA PROVINCIA DI LODI

2.1 Attività svolta nel 2011

La DGR 937/10 e i successivi provvedimenti in merito alla Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per il 2011, ha tra l'altro fissato le regole in materia di controlli confermando alcune linee strategiche ed obiettivi quantitativi già inseriti con i provvedimenti regionali degli anni precedenti ma altresì normato alcuni nuovi aspetti dell'attività di controllo. Pertanto il NOC dell'ASL di Lodi, ha pianificato e programmato nel corso dell'anno una serie di verifiche sia sulle prestazioni in regime di ricovero ordinario e DH, sia su prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate a contratto attive nel proprio territorio, coerentemente con le citate regole.

Più precisamente la Direzione Generale di Sanità ha indicato lo sviluppo delle attività di verifica essenzialmente su tre linee operativo-strategiche fatte proprie dalla ASL di Lodi già nel Piano di Programmazione Aziendale 2012 e riprese poi nel Piano dei Controlli Aziendale per lo stesso anno. La verifica ha avuto la triplice finalità di controllare:

lo svolgimento conforme degli erogatori nella erogazione delle attività oggetto di contratto e alle regole specifiche generali nonché di settore;

il ripristino tempestivo della regolarità della gestione in caso di evidenziazione di comportamenti non conformi;:

l'eventuale intera produzione qualora emergessero fatti meritevoli di approfondimenti per non conformità alle clausole contrattuali e/o alle regole di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno di riferimento.

Come per il 2010 sono state fissate delle percentuali minime di controllo sulle prestazioni erogate e quantificate nel 10% delle pratiche di ricovero e nel 3,5% per le prestazioni ambulatoriali in entrambi i casi rispetto alla produzione totale. Va segnalato che nel corso del 2011 si è proceduto al completamento del controllo delle pratiche 2010 al fine di raggiungere gli obiettivi di interesse regionale dichiarati in tale ambito sia quantitativamente che nelle tipologie specifiche quali ad esempio la quota di autovalutazione delle cartelle cliniche da parte dell'unico erogatore di prestazioni di ricovero per la valutazione puntuale della completezza documentale della cartella clinica.

2.1.1 Attività di ricovero

Nel corso del 2011 l'attività di controllo sulle prestazioni di ricovero ha riguardato come già segnalato nel punto precedente, sia la verifica su prestazioni del 2010 a completamento dell'obiettivo aziendale di valutazione per lo stesso anno, sia prestazioni su pazienti dimessi dal 1/1/2011 e concorrente al raggiungimento dell'obiettivo per il 2011. Per quanto attiene il resoconto delle attività di controllo campionario dell'autovalutazione si rimanda al paragrafo specifico, mentre si dettaglia sull'esito delle verifiche effettuate dal 1/3/2011 al 31/12/2011 con l'ovvia precisazione che nei mesi di gennaio e febbraio 2012 sarà completato il controllo al fine di ottenere il raggiungimento della percentuale fissata dalle regole regionali del 10% della produzione totale di ricovero. La tabella di cui di seguito riassume il dato generale del controllo effettuato al 31/12/2011 con metodologia di verifica mirata e tendente alla valutazione degli aspetti di congruenza e appropriatezza delle pratiche campionate.

Tabella 1 – Riepilogo generale attività di controllo sul ricovero al 31/12/2011

Pratiche Campionate	Pratiche Confermate	Pratiche non Confermate	Esito X
1940	1490	1378	72

Le pratiche con esito X sono state modificate in elementi di diagnosi o procedure ininfluenti sul DRG determinato e quindi hanno a loro volta determinato la conferma dello stesso DRG anche dal punto di vista economico.

Nella Tabella 3 si riassume l'incidenza sulla valorizzazione delle prestazioni controllate al termine delle attività di controllo.

Tabella 3 – Impatto economico delle attività di controllo (valori espressi in Euro)

Valore PRE Controllo	Valore POST Controllo	Differenza
5.932.746	5.640.032	-288.661.03

La minore valorizzazione tiene conto della valorizzazione di pratiche contestate e conteggiate come valore ambulatoriale. Tale valore per il 2011 è stato pari a 4055,17 euro.

2.1.2 Il controllo delle prestazioni ambulatoriali

La produzione ambulatoriale relativa alle strutture private accreditate e a contratto e all'Azienda Ospedaliera di Lodi è assestata annualmente su quantità superiori al milione di prestazioni e mediamente quantificabili in circa 1.200.000 prestazioni erogate. Alla luce di tale dato la programmazione dei controlli, tenuto conto delle indicazioni regionali a riguardo, è stata impostata nel raggiungimento di almeno 42.000 record da controllare su prestazioni erogate dal 1/1/2011. Al 31/12/2011 sono stati verificati record e nel corso dei mesi di gennaio e febbraio 2011 la percentuale da controllare fissata al 3,5% dalla regole di sistema è oggettivamente raggiungibile.

Le verifiche hanno riguardato sia controlli di tipo informatizzato, tenendo conto cioè delle modalità di rappresentazione e dei vincoli di incompatibilità tra alcuni codici (alla luce delle disposizioni regionali già definite a riguardo) e da verifiche sul campo impostate sulla rilevazione di aspetti legati all'appropriatezza prescrittivi ed esplicitati dalla indicazioni sulla completezza dell'impegnativa anche nella componente del quesito diagnostico. Nel corso del 2011 è stata data particolare rilevanza alla verifica della corretta applicazione dell'esenzione ticket per patologia. Nella Tabella 4 sotto riportata, si dettaglia il numero di record verificato per Azienda Ospedaliera e Strutture Private e l'incidenza economica determinata dal controllo delle prestazioni.

Tabella 4 – Resoconto attività controllo ambulatoriale

Erogatore	N° Record Verificati	Valore dei Record Controllati (In Euro)	Minore Valorizzazione derivata dal controllo
Strutture private	17487	1.061.009,17	6201,30
Azienda Ospedaliera	14462	835.812,30	6370,33

2.1.3 Il controllo della qualità della cartella clinica

Come già anticipato in precedenza con la DGR 8501/08 successivamente ripresa con la DGR 9014/09, 9581/09 e 10077/09 si è posta grande attenzione alla completezza della cartella clinica, definendo le modalità di controllo della stessa sia da parte dell'erogatore in termini di autovalutazione, sia per le ASL con verifiche campionarie del campione inviato alle strutture per le già citate fasi preliminari autovalutative.

Le finalità sono state quelle di condividere percorsi di lettura delle criticità e soprattutto della rilevazione di elementi ritenuti imprescindibili della cartella clinica tra soggetto controllore e controllato. Tali verifiche sono state conteggiate al fine del raggiungimento delle percentuali indicate dalla Direzione Generale Sanità per quanto riguarda il controllo sulle prestazioni di ricovero. Nel corso del 2011 l'ASL di Lodi ha effettuato un controllo campione sulle pratiche inviate all'Azienda Ospedaliera di Lodi presso tutti e quattro i Presidi Ospedalieri (Lodi, Casalpusterlengo, S. Angelo Lodigiano e Codogno). Degli esiti si dà dettaglio nella Tabella seguente (Tab. 5)

Tabella 5 – Esiti attività di autocontrollo e controllo cartella clinica

Attività AO	Attività ASL	Concordanza di valutazione sulle pratiche campionate dall'ASL
Verificate 842	Verificate 265	Concordanti 217
Approvate 743	Approvate 177	Non Concordanti 48
Non Approvate 99	Non Approvate 88	

Il valore complessivo del campione relativo a tutti i Presidi è stato di **2.429.510 Euro** mentre al termine delle operazioni di verifica campionaria e tenuto conto dell'esito dell'autocontrollo per le pratiche non oggetto di doppia valutazione il valore dello stesso campione è stato di **2.236.827,7 Euro** con una differenza economica quindi di **192.682,3 Euro**

2.2 Criticità emerse

Nel corso delle verifiche sulle attività di ricovero non sono state evidenziate criticità di particolare rilievo. Ciò è da intendersi sia per quanto attiene all'applicazione delle regole vigenti in termini di corretta codifica, sia per gli aspetti di appropriatezza specifica delle prestazioni. Le risultanze dei controlli relativi alla qualità della cartella clinica evidenziano un progressivo miglioramento e pongono quindi attenzione più sul mantenimento dei livelli raggiunti.. Anche nei controlli ambulatoriali non si sono registrate particolari criticità come evidenziato anche dalla contenuta azione di minore valorizzazione successiva alle verifiche effettuate. Si ribadisce come già avvenuto nel 2011, la proficua collaborazione tra le parti per il raggiungimento di un miglior controllo e governo dell'attività prescrittivi. Un ultimo riferimento è da farsi in merito all'attività sanzionatoria modificata con la DGR 2057/11. Applicando i nuovi criteri ai due controlli effettuati su pratiche di ricovero a partire da Ottobre 2011 non si sono raggiunti in nessuno dei due casi i livelli soglia del 5% di abbattimento finanziario sul valore del campione considerato (nello specifico si sono registrati il 3,76% e il 4,98%).

2.3 Attività programmata per il 2012

Viene confermata la percentuale di controllo delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali fissate dalle regole di gestione del sistema socio-sanitario per il 2012 e cioè del 10% della produzione di ricovero e del 3,5% delle prestazioni ambulatoriali. Saranno comunque valutati tutti gli indicatori relativi alla produzione dei soggetti accreditati e a contratto dell'ASL sia in termini di dati derivati dal controllo di gestione aziendale, sia dalle elaborazioni specifiche regionali al fine di mirare le attività di controllo su precise linee di produzione, sia relativi a DRG sia a diagnosi principali o procedure il cui incremento possa essere meritevole di approfondimenti a riguardo.

Si conferma per il 2012 la scelta metodologica del campionamento mirato per la valutazione degli aspetti di congruenza senza tralasciare le appropriatezze specifiche della pratica campionata in termini di corretto utilizzo delle risorse e delle scelte organizzative effettuate. Ciò si tradurrà nei casi non riconducibili a provvedimenti già codificati (es. riduzione di giornate di degenza, riconduzione ad altro ricovero o valorizzazione ambulatoriale della pratica di ricovero) nella ricognizione ed elaborazione di modelli propositivi da sottoporre nei momenti di negoziazione e monitoraggio di essa al soggetto erogatore con lo scopo di sviluppare concretamente soluzioni che incidano sulla qualità globale dell'offerta, compatibili con le esigenze della struttura ma sempre nell'ottica della corretta gestione del percorso assistenziale e dell'interesse del cittadino. Tale prospettiva risulta particolarmente necessaria nel tentativo di ridisegnare la rete assistenziale regionale con i provvedimenti sull'assistenza per subacuti. In ambito ambulatoriale saranno privilegiati i controlli di tipo informatizzato onde favorire la rilevazione di situazioni ad alto rischio di opportunismo o ancora di errata modalità/rendicontazione delle prestazioni.

Tenuto conto, infine, delle principali novità introdotte tra il 2011 ed il 2012 dalla Direzione Generale di Sanità in termini di adeguatezza dei percorsi assistenziali che hanno portato allo sviluppo della tipologia di ricovero per Subacuti e alle Macroattività Ambulatoriali Complesse (MAC) quest'ultima come opportuna evoluzione del Day Hospital non chirurgico, si considereranno le stesse tra le priorità del controllo in termini di appropriatezza del ricovero (per i subacuti) e della congruenza tra quanto erogato e quanto previsto dai pacchetti assistenziali (per le MAC).

Si sintetizzano gli obiettivi per il 2011 nelle Tabelle 6 e 7 che seguono.

Tabella 6 – Obiettivi per il 2012 (attività di ricovero)

ATTIVITA' DI RICOVERO (NOC)		
Criticità rilevate	Obiettivi 2012	Indicatori
Necessità di presidiare la qualità delle prestazioni erogate in rapporto alla percentuale regionale minima prevista per la verifica	Controllo della produzione totale comprensivo di D.H e degenze ordinarie e Subacuti come da indicazioni regionali	Raggiungimento del 10% della produzione
	Adempimento alle indicazioni di programmazione regionale per il 2012 esplicitate nel documento correlato deliberato dalla giunta regionale per ciò che concerne gli obblighi informativi	Attivazione degli adempimenti previsti
	Adempimento alle indicazioni di programmazione regionale per il 2012 esplicitate nel documento correlato deliberato dalla giunta regionale per ciò che concerne gli aspetti metodologici	Rispetto delle proporzioni tra selezione mirata e casuale nell'ambito prevalente di sistemi di verifica di congruenza e per la quota di autovalutazione

Tabella 7 – Obiettivi per il 2012 (attività ambulatoriale)

ATTIVITA' AMBULATORIALE (NOC)		
Criticità rilevate	Obiettivi 2012	Indicatori
Completezza della prestazione sanitaria	Controllo di un numero adeguato di prestazioni ambulatoriali per tipologia e struttura considerate le indicazioni quantitative della DGS Lombardia per il 2012.	Controllo del 3,5% della produzione totale (riferimento disponibile del 2011).
Controllo su eventuali opportunitismi e/o errate modalità di rappresentazione/rendicontazione delle prestazioni sanitarie.	Privilegio del controllo formale statistico-informatizzato nelle attività di verifica.	Raggiungimento di almeno il 60% dei controlli effettuati con metodo informatizzato sistematico.
Macroattività Ambulatoriali Complesse	Appropriatezza della prescrizione e della rendicontazione della tipologia specifica	Controllo di almeno l'80% delle prestazioni ambulatoriali MAC erogate dalla Azienda Ospedaliera di Lodi

3. CONTROLLI IN AMBITO PSICHIATRICO

Attività svolta nel 2011

Il controllo nei confronti delle strutture di tipo psichiatrico dedicate sia alla residenzialità psichiatrica sia alla psicoorganicità avviene indagando i seguenti aspetti:

presenza di richiesta di ricovero (impegnativa del MMG se paziente al domicilio o dello Specialista per pazienti ricoverati in strutture pubbliche o private accreditate) e/o proroga

autorizzazione dell'ASL di residenza (rilasciata anche nei giorni successivi all'ingresso del paziente per evitare ritardi nel ricovero stesso come da circolare regionale)

presenza di programma riabilitativo nella cartella clinica

presenza continuativa del paziente durante il ricovero (con eventuale annullamento della retta giornaliera per assenze dal reparto superiori a 2 notti)

Questa ASL ha definito, in accordo con la Direzione Sanitaria del Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di San Colombano al Lambro, per l'area della psicogeriatría ed altra psicoorganicità, criteri di appropriatezza dei ricoveri nei vari reparti individuando: *tipologia dell'utenza da trattare modalità di accesso al reparto-profilo di trattamento-durata del trattamento-percorso di cura.*

Da alcuni anni presso l'ASL di Lodi è attiva una procedura (condivisa con la Direzione Sanitaria del Centro Sacro Cuore di Gesù di San Colombano al Lambro) di autorizzazione preventiva al ricovero, per i cittadini residenti nell'ASL di Lodi, che l'ASL si impegna a rilasciare entro 5 gg. dalla richiesta, ha permesso di ottenere:

appropriatezza dei ricoveri sulla base delle reali necessità cliniche

coinvolgimento degli Specialisti Ospedalieri nella definizione dei passaggi in cura

coinvolgimento dei MMG e Specialisti ospedalieri

rapporto con i famigliari con loro coinvolgimento nel percorso di cura per un rientro protetto al domicilio

controllo della spesa per i residenti in ASL

L'autorizzazione preventiva introdotta in questi anni ha permesso di rendere molto più semplici i controlli sulla attività di ricovero svolta nel Centro ed ha ridotto i contenziosi sulla appropriatezza dei ricoveri stessi.

Questa procedura è stata inserita tra le procedure certificate UNI EN ISO 9001: 2000 ed è parte integrante del documento "dimissioni protette" aggiornato nel 2011.

3.1 Attività svolta nel 2011

Nell'anno 2011 sono stati effettuati controllo a campione su 72 cartelle cliniche di pazienti dimessi nell'anno su un totale di 210 dimessi dal Centro Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli di S.Colombano A.L.

Su indicazione della Regione Lombardia nel 2011 sono state controllate tutte le 95 cartelle cliniche dei pazienti seguiti dal CPS per i quali era stato definito un programma di PRESA IN CARICO.

Secondo le disposizioni regionali tale modalità di cura ambulatoriale deve rispondere a requisiti specifici di appropriatezza :

trattamento limitato a pazienti con disturbo psichico grave

erogazione di attività multiprofessionale

erogazione di attività in diverse sedi e tipologie di strutture (CPS, SPDC, Comunità Terapeutiche, CD)

interventi superiori a 5 nell'anno.

Il controllo eseguito ha evidenziato l'appropriatezza delle prese in carico ma ha anche evidenziato la presenza di pazienti gravi che , pur se seguiti con trattamenti complessi di cui sopra, non sono stati segnalati come tali nel programma informatizzato regionale che raccoglie i dati di attività (psiche Lombardia).

Una più attenta rendicontazione (già attivata nella seconda parte del 2011) da parte dei CPS permetterà di valorizzare adeguatamente le attività effettivamente erogate.

Il DSM ha definito una procedura per regolamentare la contenzione in SPDC secondo criteri di appropriatezza e sulla base di linee di indirizzo regionale. Il documento è stato inviato alla regione per la validazione.

3.2 Programmazione 2012

La tabella che segue riassume le principali linee di indirizzo per il 2012 sulla specialistica psichiatrica riabilitativa ed ambulatoriale

	Attività specialistica	
criticità	Obiettivi 2012	indicatori
Appropriatezza dei trattamenti presso il CPS	Controllo delle cartelle cliniche dei pazienti seguiti con programmi di “presa in carico “ dal CPS	Controllo del 100% delle cartelle cliniche di “presa in carico “
Mantenimento degli standard di appropriatezza in ambito psichiatrico	Controllo dei trattamenti riabilitativi in ambito psichiatrico	Verifica A campione di almeno 70 trattamenti riabilitativi conclusisi presso il Centro Sacro Cuore di Gesù FBF
Prosecuzione dei progetti innovativi psichiatrici regionali – quarta annualità	Prosecuzione del monitoraggio sull’andamento dei progetti innovativi in area psichiatrica	Invio alla regione di 2 relazioni semestrali
Messa a regime dei progetti innovativi regionali – secondo anno	Prosecuzione del monitoraggio sull’andamento dei progetti innovativi biennali in Neuropsichiatria dell’infanzia	Invio alla regione di 2 relazioni semestrali

4 TEMPI D’ATTESA E ACCESSIBILITÀ ALLE PRESTAZIONI

4.1 Principi generali del monitoraggio e controllo dei tempi di attesa

L’erogazione delle prestazioni ambulatoriali (prime visite specialistiche e primo accesso alla diagnostica ambulatoriale) entro tempi appropriati rispetto alle necessità di cura dei cittadini e la facilità d’accesso a tali prestazioni (prenotazione, orari d’attività, logistica), rappresentano una componente fondamentale dei Livelli Essenziali d’Assistenza (L.E.A.) ed un obiettivo prioritario per l’ASL che nel 2011 ha messo in atto i seguenti interventi:

- adozione del piano aziendale attuativo per il governo dei tempi di attesa per l’anno 2011, come da indicazioni regionali (regole di sistema 2011 – DGR IX/9637 dell’1/12/2010)
- controllo sui tempi di attesa e modalità d’erogazione da parte delle strutture pubbliche e private accreditate che operano nell’ASL;
- azioni volte al miglioramento continuo nell’appropriatezza delle prescrizioni da parte dei Medici Prescrittori (Specialisti Ospedalieri, MMG, PLS) permettendo l’erogazione entro tempi d’attesa rapportati alla gravità clinica;
- applicazione della DGR n. IX/1775 del 24/05/2011 di recepimento della suddetta intesa Governo, Regioni e Province Autonome e di approvazione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa, con revisione del piano aziendale adottato a gennaio

4.2 Attività svolta nel 2011

Nel corso del 2011 sono state effettuate 12 rilevazioni informatizzate sui tempi d’attesa riguardanti 49 prestazioni ambulatoriali, 15 interventi chirurgici e 7 tipologie di radioterapia.

Nei mesi di aprile e ottobre sono state effettuate due rilevazioni NAZIONALI della durata di una settimana ciascuna.

Durante la rilevazione di ottobre è stata effettuata in contemporanea una rilevazione nazionale sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramoenia e intramoenia allargata per le strutture pubbliche e in regime di solvenza per le strutture private accreditate a contratto

Sulla base dei tempi rilevati nell’anno precedente e delle indicazioni regionali, l’ASL ha definito con gli erogatori tempi obiettivi di mantenimento e miglioramento, inserendo il monitoraggio ed il rispetto dei tempi regionali nella contrattazione integrativa.

In ottemperanza alle regole per l’esercizio 2011 di cui alla DRG n. IX/9637 dell’1/12/2010 e della successiva DGR n. IX/1775 del 24/05/2011 è stato approvato il documento "PIANO AZIENDALE ATTUATIVO PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA DELL’ASL DELLA PROVINCIA DI LODI – PIANO 2011”.

Il piano è stato recepito con deliberazioni n. 16 del 26/01/2011 e n. n. 235 del 13/07/2011 e pubblicato sul sito aziendale.

Durante l'anno 2011 sono stati effettuati due controlli direttamente in Azienda Ospedaliera per la verifica dei dati rilevati durante le indagini regionali.

4.2.1 Risultati delle attività dei controlli svolti

L'analisi dei tempi d'attesa ha guidato le azioni di miglioramento promosse dall'ASL nel corso dell'anno, grazie ad un ritorno informativo immediato agli erogatori dei risultati registrati con evidenza delle aree critiche. Va precisato che la rilevazione interessa solo le PRIME VISITE/ PRIMI ACCESSI escludendo i controlli per le quali la Regione prevede tempi fino ad un massimo di 180 giorni.

Elaborando i dati ottenuti dalle rilevazioni effettuate nel 2011 si è definito l'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni controllate, suddiviso per azienda erogatrice (A.O. di Lodi, Medi-Care e Centro Radiologico Lodigiano) e sono state individuate le criticità su alcune prestazioni ed aree di erogazione, segnalate, di volta in volta, agli erogatori per l'adozione di azioni correttive.

Complessivamente nel territorio dell'ASL di Lodi le prestazioni di diagnostica strumentale sono state erogate per il 98% dei casi entro 60 giorni (con il 90% entro i 30 giorni), le visite specialistiche soggette a monitoraggio (cardiologia, ginecologica, neurologica, oculistica e ortopedica) sono state erogate al 95% dei casi entro i 30 giorni

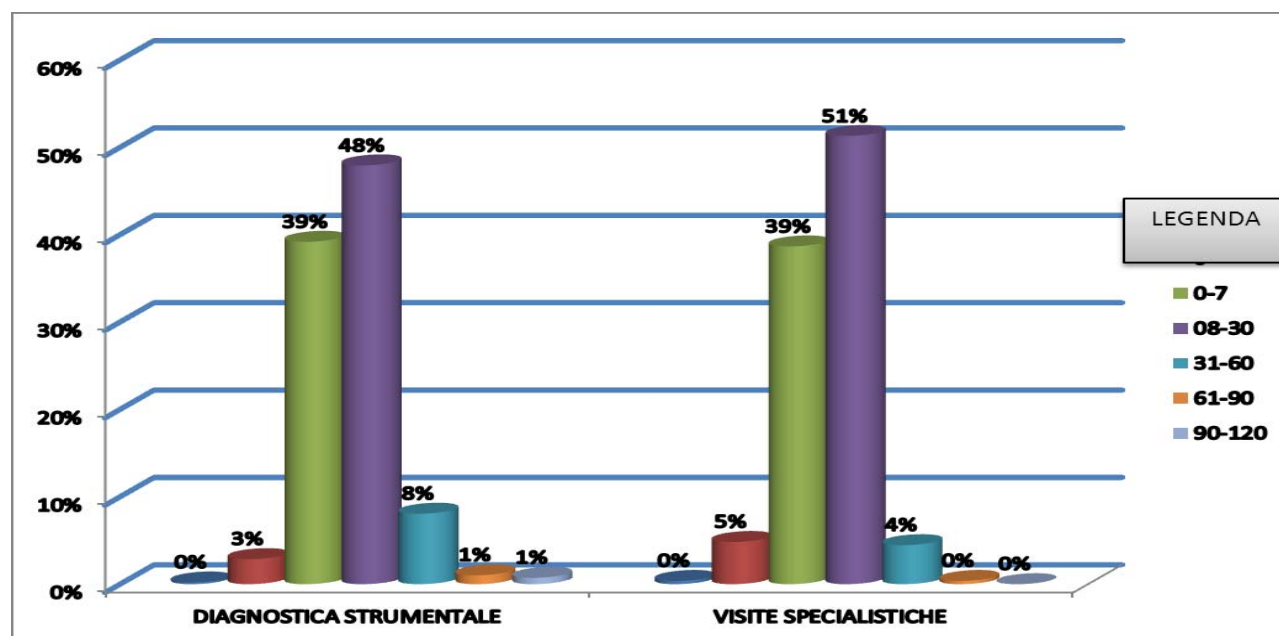
Tali percentuali sono migliorare rispetto al 2010.

Le rappresentazioni grafiche di seguito riportate riguardano i tempi d'attesa suddivisi per fasce di giorni di attesa: 0-7 giorni, 8-30 giorni, 31-60 giorni, 61-90 giorni e 90-120.

Mediamente la Regione prevede un tempo massimo di 30 giorni per le VISITE SPECIALISTICHE e di 60 giorni di attesa per le PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE ad eccezione della cataratta ambulatoriale per la quale la Regione prevede un tempo massimo di 180 giorni:

Grafico n. 1

valori percentuali di evasione della domanda per le prestazioni di diagnostica strumentale e per le prime visite specialistiche sui 12 monitoraggi attuati nel 2011



tipologia prestazione	FASCE GIORNI DI ATTESA						TOTALE
	0	0-7	08-30	31-60	61-90	90-120	
DIAGNOSTICA STRUMENTALE	3%	41%	46%	8%	1%	1%	100%
VISITE SPECIALISTICHE	4%	33%	53%	8%	1%	0%	100%
Totale complessivo	3%	39%	48%	8%	1%	1%	100%

Così suddiviso:

tipologia prestazione		FASCE GIORNI DI ATTESA						
		0	0-7	08-30	31-60	61-90	90-120	TOTALE
DIAGNOSTICA STRUMENTALE	STRUTTURA PRIVATA	1%	39%	55%	5%	0%	0%	100%
	STRUTTURA PUBBLICA	3%	43%	42%	9%	1%	1%	100%
TOTALE diagnostica strumentale		3%	41%	46%	8%	1%	1%	100%
VISITE SPECIALISTICHE	STRUTTURA PRIVATA	3%	21%	74%	3%	0%	0%	100%
	STRUTTURA PUBBLICA	4%	36%	50%	9%	1%	0%	100%
TOTALE visite specialistiche		4%	33%	53%	8%	1%	0%	100%
TOTALE complessivo		3%	39%	48%	8%	1%	1%	100%

MACRO AREE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	FASCE GIORNI DI ATTESA							NUMERO PRESTAZIONI MONITORATE		
		0	0-7	08-30	31-60	61-90	>90	90-120	PRI-VAT I	PUB - BLI CO	TOTA- LE
DIAGNOSTICA STRUMENTALE											
ECO(CO-LOR)DOPPLER	ECO(COLOR)DOPPLER TSA	2%	22%	70%	6%	0%	0%	0%	93	109	202
	ECO(COLOR)DOPPLER ARTI	2%	20%	70%	8%	0%	0%	0%	64	73	137
	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	0%	15%	47%	38%	0%	0%	0%	34	154	188
ECOGRAFIA	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	0%	20%	58%	22%	0%	0%	0%	50	62	112
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	3%	19%	74%	4%	0%	0%	0%	81	114	195
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME	3%	32%	54%	12%	0%	0%	0%	445	543	988
	ECOGRAFIA OSTETRICA - GINECOLOGICA	0%	5%	88%	8%	0%	0%	0%	14	57	71
ENDOSCOPIA	COLONSCOPIA	0%	27%	55%	18%	0%	0%	0%		77	77
	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	0%	18%	55%	27%	0%	0%	0%		59	59
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	3%	97%	0%	0%	0%	0%	0%		110	110
MAMMOGRAFIA	MAMMOGRAFIA	0%	32%	66%	2%	0%	0%	0%	65	74	139
MOC	MOC	0%	25%	58%	13%	4%	0%	0%	34	44	78
OCULISTICA	CATARATTA	0%	0%	0%	0%	25%	0%	75%		61	61
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	0%	8%	92%	0%	0%	0%	0%	17	119	136
ORL	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	0%	17%	37%	17%	20%	9%	0%	10	71	81

PNEUMOLOGIA	SPIROMETRIA	0%	57%	41%	2%	0%	0%	0%	12	94	106
RADIOGRAFIA-FIA	COLONNA	11%	89%	0%	0%	0%	0%	0%	69	98	167
	TORACE	17%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	76	263	339
	DEGLI ARTI	12%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	109	192	301
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)	COLONNA	6%	32%	45%	17%	0%	0%	0%	241	311	552
	CERVELLO	2%	24%	50%	24%	0%	0%	0%	88	165	253
	MUSCOLOSCELETRICA	0%	39%	48%	12%	0%	0%	0%	134	103	237
	ADDOME	0%	13%	88%	0%	0%	0%	0%	31	13	44
TAC	CAPO	0%	46%	53%	1%	0%	0%	0%	88	224	312
	RACHIDE	0%	44%	56%	0%	0%	0%	0%	30	88	118
	TORACE	0%	45%	55%	0%	0%	0%	0%	25	69	94
	ADDOME	0%	46%	54%	0%	0%	0%	0%	246	600	846
	BACINO	0%	46%	54%	0%	0%	0%	0%	21	59	80
EEC	ELETTROENCEFALOGRAMMA	0%	60%	40%	0%	0%	0%	0%		13	13
ECG	ELETTROCARDIOGRAMMA	0%	83%	17%	0%	0%	0%	0%	52	86	138
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	0%	36%	42%	21%	0%	0%	0%	8	70	78
	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	0%	19%	65%	15%	0%	0%	0%		76	76
MACROAREE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	0	0-7	08-30	31-60	61-90	>90	90-120	PRIVATI	PUBBLICI	TOTALE
EMG	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	0%	23%	46%	20%	11%	0%	0%	8	113	121
RIEDUCAZIONE MOTORIA	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE	0%	8%	62%	31%	0%	0%	0%		27	27
totale diagnostica strumentale									2.145	4.391	6.536
VISITE SPECIALISTICHE											
PRIMA VISITA SPECIALISTICA	CARDIOLOGICA	6%	47%	47%	0%	0%	0%	0%	72	587	659
	CHIRURGICA VASCOLARE	4%	13%	52%	30%	0%	0%	0%	22	50	72
	DERMATOLOGICA	0%	44%	56%	0%	0%	0%	0%		574	574
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2%	21%	36%	33%	7%	0%	0%		284	284
	ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	3%	77%	20%	0%	0%	0%	0%		240	240
	GASTROENTEROLOGICA	0%	23%	61%	16%	0%	0%	0%		134	134
	GINECOLOGICA	0%	26%	73%	1%	0%	0%	0%	40	346	386
	OCULISTICA	5%	28%	68%	0%	0%	0%	0%	137	898	1.035
	ONCOLOGICA	6%	94%	0%	0%	0%	0%	0%		76	76
	ORL	10%	29%	56%	6%	0%	0%	0%	70	504	574
	ORTOPEDICA	4%	29%	61%	6%	0%	0%	0%	87	496	583
	NEUROLOGICA	2%	30%	68%	0%	0%	0%	0%	25	262	287
	PNEUMOLOGICA	4%	30%	45%	21%	0%	0%	0%	17	172	189
UROLOGICA/ANDROLOGICA	2%	16%	38%	36%	4%	4%	0%	24	159	183	
totale prima visita specialistica									494	4.782	5.276
TOTALE COMPLESSIVO PRESTAZIONI MONITORATE									2.639	9.173	11.812

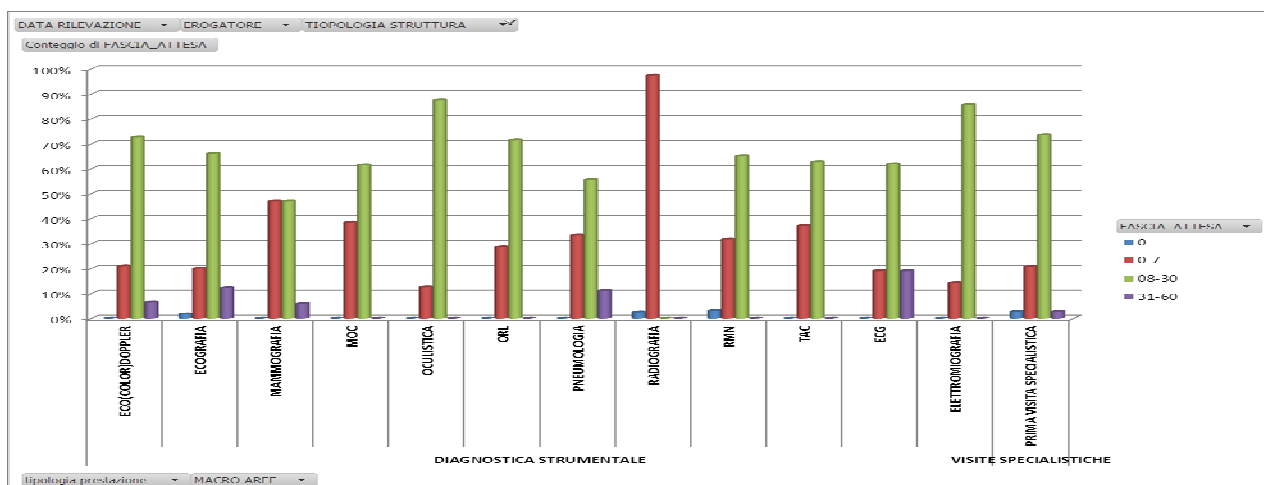
Per quanto riguarda i tempi di attesa delle prestazioni dei ricoveri programmabili erogati dall'Azienda Ospedaliera si è riscontrato il costante rispetto dei tempi concordati con tempi minimi nettamente inferiori ai tempi regionali.

Dalla tabella sottoriportata si evince che in totale sono state monitorate 15 tipologie di ricovero per un totale di 1.304 prestazioni, alcune prestazioni hanno tempi regionali differenti a seconda del codice di priorità indicato dal prescrittore:

PRESTAZIONI	TEMPO REGIONALE	01-LODI			02-S.ANGELO			03-CASALE			04-CODOGNO		
		n.	min	max	n.	min	max	n.	min	max	n.	min	max
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	30	16	3	15				7	6	8			
CATARATTA	180	17	26	95									
CHEMIOTERAPIA*	30	24	4	20				37	1	15			
CORONAROGRAFIA	30	75	2	16									
EMORROIDECTOMIA	60	17	28	67	18	30	57				33	7	34
	180	6	54	60	6	47	67				1	33	33
ENDOARTERIECTOMIA DI ALTRI VASI DEL CAPO E DEL COLLO	30	22	1	12									
	60	28	1	41									
ERNIA INGUINALE	60	341	23	47	159	23	58				84	8	45
	180				6	94	98						
INTERV. CHIRURGICI TUMORE COLON RETTO	30	21	3	8							17	1	8
INTERV. CHIRURGICI TUMORE POLMONE	30	9	1	8									
INTERV. CHIRURGICI TUMORI DELL'UTERO	30	10	5	17							28	4	13
INTERVENTI SUL GINOCCHIO	60	55	16	84							66	44	61
MASTECTOMIA	30	102	3	14							3	7	7
PROSTATECTOMIA RADICALE	30	9	0	32									
PROTESI D'ANCA	60	6	47	62							16	27	57
	180	9	69	82							15	54	96
TONSILLECTOMIA	30	6	0	26									
	60	26	32	62									
	180	9	89	93									
Totale complessivo		808			189			44			263		

L'analisi dei tempi delle prestazioni ambulatoriali ha inoltre evidenziato che gli erogatori privati (che effettuano solo alcune prestazioni ambulatoriali) hanno rispettato sempre i tempi di attesa regionali (grafico 2).

Grafico n. 2 = valori percentuali di evasione della domanda da parte degli erogatori privati



Per l'Azienda Ospedaliera, che eroga oltre il 90% delle prestazioni ambulatoriali nell'ASL di Lodi, alcune prestazioni specifiche hanno evidenziato tempi di attesa ottimali e l'impegno è quindi quello di mantenere tali situazioni (ECG, ECG da sforzo e RX dei vari distretti corporei che sono erogati sempre entro 30 giorni con la maggior parte nei primi sette giorni) indipendentemente dai tempi massimi previsti dalla Regione, considerandole aree di eccellenza. (grafici. 3 e 4)

Grafico n. 3 = valori percentuali di evasione della domanda da parte dell'azienda ospedaliera di Lodi delle prestazioni di DIAGNOSTICA AMBULATORIALE

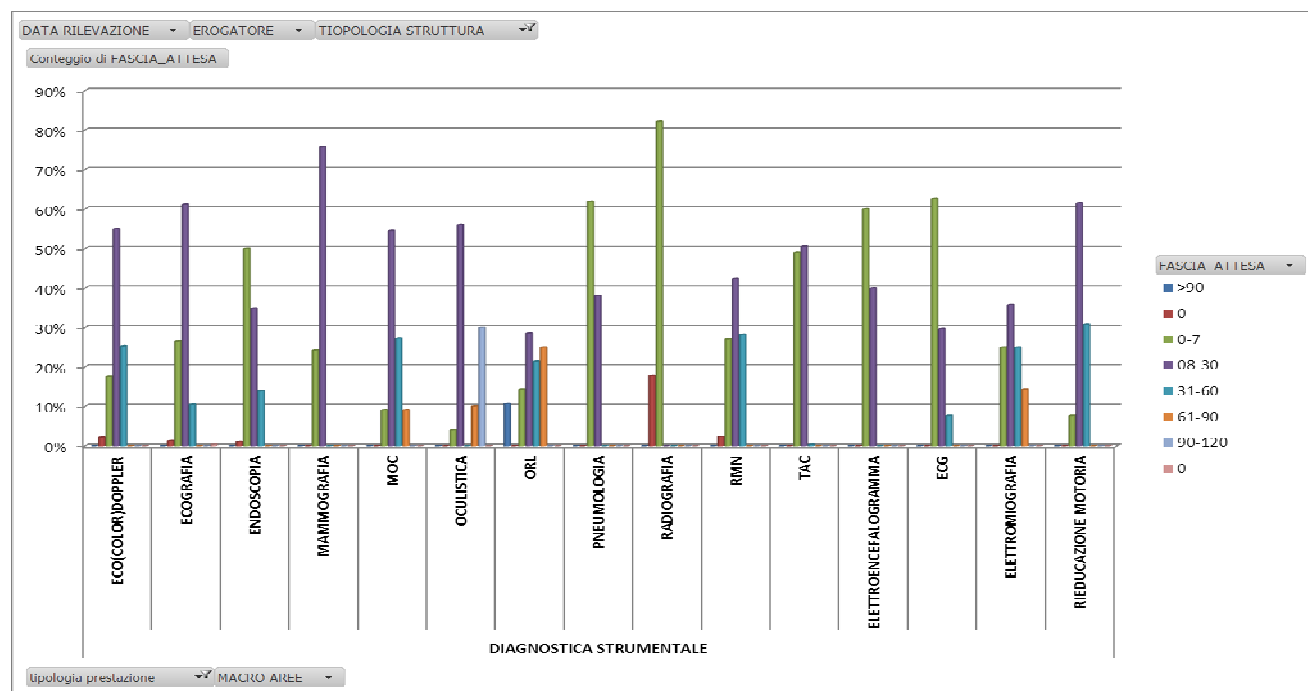
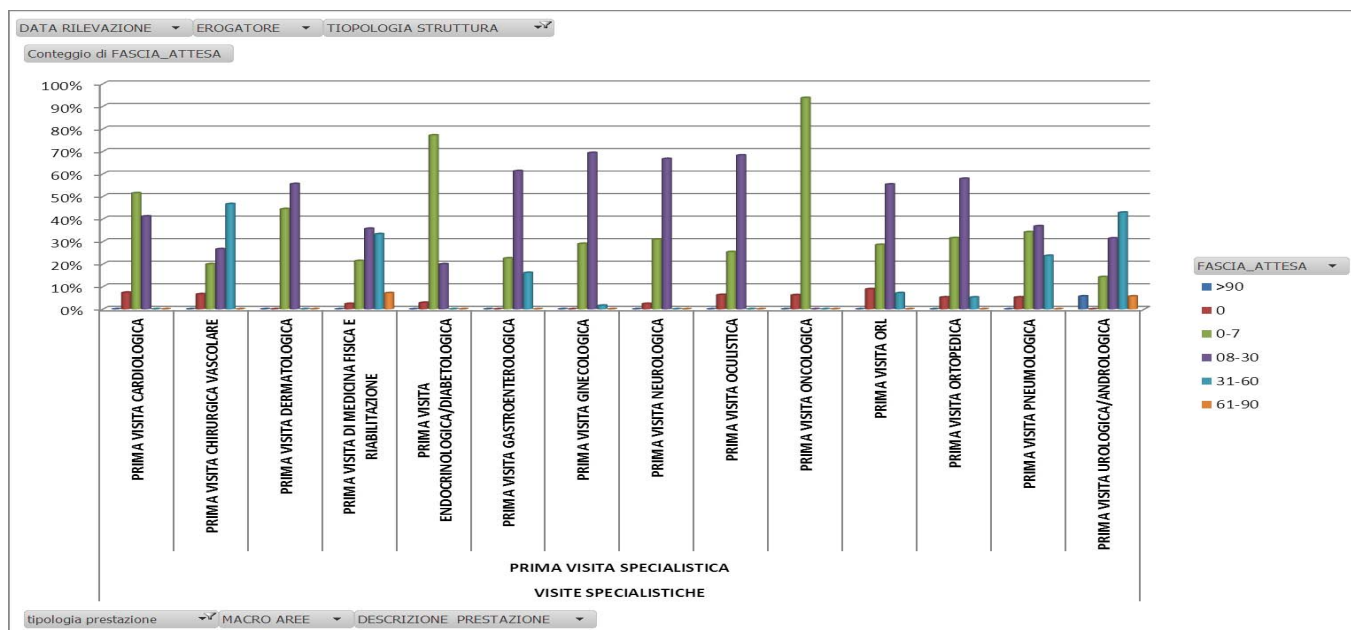
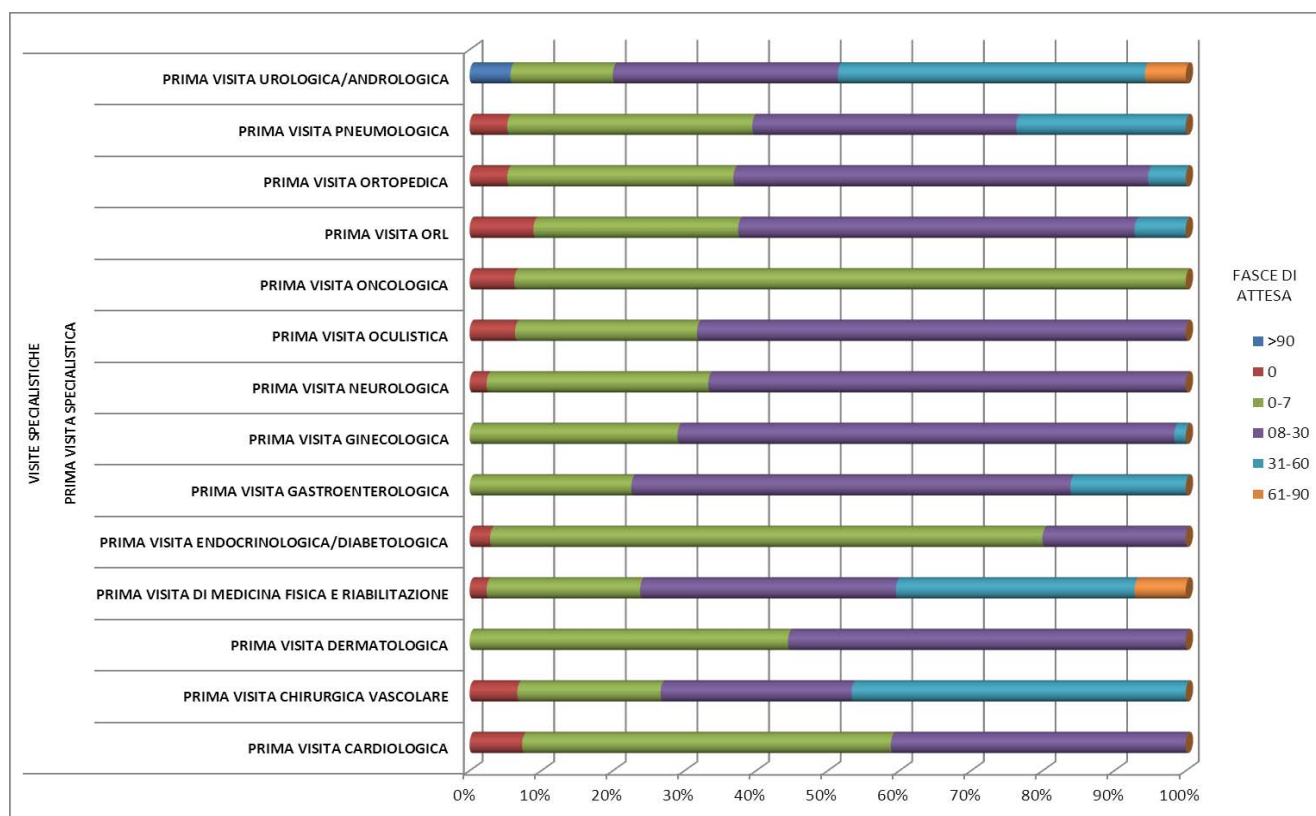


Grafico n. 4 = valori percentuali di evasione della domanda da parte dell'azienda ospedaliera di Lodi delle prestazioni riguardanti le PRIME VISITE SPECIALISTICHE



Le aree critiche rilevate nel corso dell'anno riguardano la prestazione di diagnostica strumentale "ESAME AUDIOMETRICO TONALE" e molte delle prime visite specialistiche, introdotte nel monitoraggio regionale dal mese di maggio 2011, quali PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE, DERMATOLOGICA, DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE, ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA, ORL, PNEUMOLOGICA e UROLOGICA/ANDROLOGICA

Grafico n. 5 = dettaglio percentuali di evasione della domanda da parte dell'azienda ospedaliera di Lodi delle PRIME VISITE SPECIALISTICHE



4.3 Programmazione 2012

Gli obiettivi per il 2012

- Aggiornamento del PIANO AZIENDALE ATTUATIVO PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA, così come previsto dalle Regole di esercizio 2012 (DGR n.IX/2633 del 6/12/2011 – allegato 11)
- Applicazione delle regole di sistema 2012, relativamente all'esecuzione dei monitoraggi mensili sulle prestazioni ambulatoriali e sui ricoveri
- Mantenimento dei tempi d'attesa raggiunti nel 2011 per le prestazioni che hanno valori ottimali;
- Inserimento nella negoziazione dei contratti dei progetti mirati al miglioramento/mantenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero e all'accessibilità dei servizi
- Verifica semestrale dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali previste dalla DGR n. IX/1775 del 24/05/2011

5 ASSISTENZA PROTESICA

Come assistenza protesica s'intende la fornitura di ausili tecnici o presidi sanitari a favore di cittadini residenti nell'ASL. L'assistenza protesica è in molti casi un elemento integrante essenziale alla possibilità di dimettere al domicilio un paziente anziano, affetto da pluripatologie o da postumi d'episodi acuti, laddove permette ad esempio il mantenimento/miglioramento dell'autonomia motoria raggiunta, la prevenzione di patologie da allettamento oppure la continuità di trattamento con ausili o presidi applicati in sede di ricovero.

All'interno di tale tipo di assistenza si distingue:

- l'assistenza protesica maggiore (fornitura di protesi ed ausili ricompresi nel nomenclatore nazionale quali protesi d'arto, scarpe ortopediche, carrozzine, letti, protesi acustiche, ecc.. che possono essere standard oppure personalizzati);
- l'assistenza protesica minore e integrativa comprende i presidi sanitari che vengono erogati attraverso le Farmacie territoriali, oppure al domicilio (pannoloni, siringhe, strisce reattive per glicemia e glicosuria, cateteri, sacche per stomia, ecc.).

5.1 Attività svolta nel 2011

Le azioni intraprese nel 2011 sono state orientate verso il miglioramento dell'accessibilità dei pazienti alla prescrizione ed alla fornitura di protesica maggiore, minore ed integrativa nonché ad un controllo della spesa sulla base del rispetto della appropriatezza prescrittiva ed autorizzativi.

Sono di seguito riportati i principali interventi:

- sono stati confermati gli accordi con le Farmacie territoriali sull'utilizzo di sistemi informatici nel rilascio delle autorizzazioni per presidi (web-care) che hanno permesso di ridurre il numero di accessi degli utenti agli uffici distrettuali
- si è confermata la sperimentazione attivata nel 2010 per la prescrizione diretta via web di presidi per pazienti stomizzati (in collaborazione con la gastroenterologia della AO di Lodi) che ha seguito con tale modalità 51 pazienti
- è stata attivata dal primo luglio la sperimentazione regionale di prescrizione on-line di protesi ed ausili protesici (assistenza protesica maggiore) che permette di evitare ai cittadini di recarsi agli sportelli ASL distrettuali per la autorizzazione, potendosi rivolgere subito ai negozi autorizzati oppure venendo contattati telefonicamente al domicilio dalla ASL per la fornitura di quanto prescritto. Dal mese di luglio a ottobre tale procedura, che ha coinvolto circa 50 specialisti prescrittori della AO di Lodi, è stata utilizzata già nel 27% delle prescrizioni con grande vantaggio per i pazienti che non si devono più recare alla ASL per l'autorizzazione
- si è mantenuto un costante controllo sulla spesa protesica attraverso analisi dei costi a cadenza bimestrale, il potenziamento della modalità di acquisto diretto e tramite piattaforma regionale. Gli interventi hanno permesso di contenere l'aumento di spesa per protesica maggiore considerando che è proseguita la fornitura alle RSA (come da disposizioni regionali); nell'insieme, a fronte di un aumento di cittadini invalidi pari al 5%, si è registrato un aumento di spesa pari al 4%, mentre è rimasta costante per i presidi diabetici pur in presenza di un aumento di utenti.

5.2 Programmazione 2012

Nel corso dell'anno si intendono consolidare le azioni in atto tese a migliorare l'accesso alla prescrizione e fornitura protesica dei pazienti attraverso sistemi informatizzati ed il maggior coinvolgimento degli specialisti

- monitorare costantemente i costi per assistenza protesica secondo una cadenza bimestrale inviando le relazioni e le analisi previste alla regione nel rispetto delle risorse assegnate dalla regione sulla base di costo pro capite sulla popolazione pesata
- monitorare costantemente i costi per protesica sostenuti dall'ASL a favore di pazienti ricoverati in RSA così come previsto da procedure regionali del 2009 e dagli accordi con le RSA del 2010
- migliorare l'accessibilità alla fornitura protesica con ulteriore snellimento delle procedure amministrative per i pazienti con patologie croniche.

5.2.1 Azioni previste

- monitorare la prescrizione on-line secondo le direttive regionali di controllo della appropriatezza prescrittivi;
- estendere l'utilizzo del sistema informatizzato regionale Assistant RL da parte degli specialisti prescrittori;
- mantenere incontri di formazione e informazione con i Medici specialisti ospedalieri onde assicurare il mantenimento di uniformità di percorso nella prescrizione on-line;
- partecipazione al tavolo regionale sull'assistenza protesica;
- applicazione regole 2012 per flusso informativo mensile verso la Regione sulla spesa protesica, sugli errori prescrittivi degli specialisti e sull'analisi bimestrale di andamento di spesa;
- rinnovo della gara per magazzino ausili con introduzione di modalità innovative;
- mantenere ed implementare la progettazione specifica con gli specialisti ospedalieri sulla prescrizione informatizzata di presidi per stomizzati attraverso il programma web-care;
- implementare l'acquisto di ausili facendo ricorso alla piattaforma regionale acquisti; potenziare il recupero ed il riutilizzo di ausili standard attraverso il magazzino protesica.

6. SERVIZIO FARMACEUTICO

Il Servizio Farmaceutico Territoriale svolge attività di programmazione, sviluppo, coordinamento, controllo e monitoraggio dell'assistenza farmaceutica nell'ambito territoriale e tutte le competenze, previste dalla legislazione regionale, in materia di vigilanza a livello territoriale, riguardo alle farmacie convenzionate ed alle strutture direttamente gestite.

L'assistenza farmaceutica diretta è integrata da n. 68 farmacie convenzionate e da n. 14 dispensari, che soddisfano le necessità farmaceutiche della popolazione dell'intera provincia.

L'assistenza farmaceutica gestita e controllata dall'A.S.L., comprende le seguenti voci di spesa:

	2010	2011	%
Farmaceutica convenzionata	39.304.090	39.844.571	1,4
Doppio canale distribuzione diretta ASL (PHT)	1.678.049	1.152.594	-31,3
Doppio canale in convezione con farmacie	723.869	869.337	20,1
Distribuzione diretta a pz. domiciliari e a Servizi ASL	1.468.934	1.605.334	9,3
File F	13.960.264	15.232.118	9,1
Ossigenoterapia a lungo termine	194.744	207.880	6,7
Prodotti per pazienti nefropatici	29.802	32.368	8,6
prodotti per pazienti celiaci	457.965	633.000	38,2
Nutrizione enterale	80.697	95.000	17,7
Nutrizione parenterale	81.000	74.020	-8,6
RSA, ADI, Consultori, Continuità Assistenziale	85.070	86.725	1,9

6.1 Attività svolta nel 2011:

Le attività di controllo sulla farmaceutica territoriale possono essere diversificate nelle seguenti principali categorie:

1. Vigilanza ispettiva
2. Vigilanza convenzionale
3. Vigilanza amministrativa
4. Assistenza farmaceutica diretta
5. Assistenza farmaceutica integrativa
6. Farmacovigilanza
7. Appropriatelyzza, governo clinico e informazione sul farmaco
8. Controlli ed invii dei flussi informativi

Area del controllo	Azioni	Risultati 2011	Indicatori
Vigilanza ispettiva	è realizzata tramite ispezioni preventive, straordinarie ed ordinarie, tendenti ad assicurare qualità, e correttezza delle prestazioni farmaceutiche erogate da farmacie, parafarmacie, grossisti e depositari presenti sul territorio.	Nell'anno 2011 sono state effettuate le seguenti ispezioni da parte della Commissione Ispettiva: n. 13 farmacie n. 2 dispensari n. 1 parafarmacie n. 2 depositi farmaceutici	Verifica dei requisiti amministrativi e professionali richiesti.
Vigilanza convenzionale	Attraverso la Convenzione (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie D.371/98), l'Ufficio Farmaceutico instaura con le farmacie un rapporto di tipo economico ed anche di collaborazione per la miglior utilizzazione, con effetti sinergici, delle risorse finanziarie, tecniche e professionali disponibili.	Controllo mensile delle DCR e conseguenti addebiti ed accrediti. Controllo mensile delle fatture emesse dalle farmacie territoriali. La C.F. (Commissione Farmaceutica) ha esaminato le ricette spedite sino a dicembre 2010 al fine di verificare gli errori formali e sostanziali.	Notifica dei controlli alle farmacie convenzionate
Vigilanza amministrativa	Il controllo tecnico dei records di File F trasmessi dalle strutture accreditate prevede la verifica della tipologia del farmaco, della congruità del prezzo e la richiesta di rimborso di farmaci utilizzati secondo le indicazioni terapeutiche autorizzate, nonché la non simultaneità della fornitura del farmaco con il ricovero (con esclusione delle modalità previste per i farmaci in tipologia 5 e il DH 410J).	N. 8 verifiche ispettive presso l'A.O. Provincia di Lodi	Per i farmaci oncologici e oftalmologici sottoposti a scheda di monitoraggio AIFA è stato effettuato il controllo dei records di File F fino al 100% (percentuale di controllo richiesta da Regione: 75%).
Assistenza farmaceutica diretta	Distribuzione diretta di farmaci di classe A, PHT, H ed esteri agli aventi diritto. Fornitura domiciliare ai pazienti in nutrizione artificiale ed OLT.	Verifica mensile dell'appropriatezza delle erogazioni, nel rispetto delle indicazioni, piani terapeutici e dei prezzi applicati. Verifica della modalità di acquisto più vantaggiosa in termini economici (adesione a gare consorziate, regionali se attivate)	Oltre 500 pazienti assistiti in forma diretta con fornitura mensile/bimestrale secondo Piani Terapeutici e conseguente razionalizzazione della spesa
Assistenza farmaceutica diretta (per conto)	La distribuzione di farmaci in doppio canale A(PHT), acquistati dall'ASL e distribuiti tramite le farmacie convenzionate (distribuzione per conto) consente una razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale	Controllo mensile delle DCR e degli importi esposti nel rigo L. La Commissione Farmaceutica Aziendale ha esaminato le ricette spedite	Razionalizzazione della spesa

		sino a dicembre 2010 al fine di verificare gli errori formali e sostanziali. Sono richiesti i rimborsi delle ricette Doppio canale relative ad assistiti di altre ASL/Regioni alle competenti ASL.	
Assistenza farmaceutica diretta ai servizi ASL	Rientra nell'assistenza diretta anche l'erogazione di farmaci e dispositivi medici ai Servizi dell'ASL: Ser.T., RSA di Codogno, Servizio Medicina preventiva nelle Comunità, Continuità Assistenziale, A.D.I., Consultori Familiari, Servizi di sanità animale.	Controllo delle richieste dei CDC. Monitoraggio mensile della spesa.	Razionalizzazione della spesa
Assistenza integrativa	E' in vigore l'accordo con le farmacie convenzionate ed altri esercizi commerciali autorizzati operanti nell'ambito territoriale per l'assistenza integrativa in trattamento domiciliare, che garantisce agli assistiti condizioni di massima efficienza-efficacia-qualità tramite il software Web -Care 2.	Dal 2011 il controllo mensile dell'erogazione a cura delle farmacie/altri esercizi autorizzati è effettuato da SANTER per accordo regionale	Razionalizzazione della spesa
Farmacovigilanza (FV)	L'attività di farmacovigilanza con la raccolta e la valutazione delle segnalazioni di "reazioni avverse" da farmaco nonché le conseguenti informative di ritorno agli operatori sanitari realizza una miglior conoscenza del profilo rischio-beneficio che emerge dall'impiego dei farmaci.	Informativa di ritorno ai MMG/PLS segnalatori e comunicazioni a tutti i medici delle note ministeriali relative a ADR. L'ASL partecipa ai progetti regionali di FV "Ossif" (da diversi anni) e "Viger" (da settembre 2011)	N° delle segnalazioni ADR e comunicazioni a mezzo stampa (Filo Diretto) . Sensibilizzare la rilevazione e segnalazione delle ADR da parte degli operatori sanitari.
Appropriatezza, governo clinico ed informazione sul farmaco	- Analisi delle prescrizioni farmaceutiche dei MMG/PdF, specialisti ospedalieri, monitoraggio di farmaci soggetti a limitazioni prescrittive (note AIFA, Piani Terapeutici). - Tavoli di lavoro interaziendali ASL/AO con gli specialisti ospedalieri per la definizione e condivisione di Piani Diagnostico-Terapeutici (PDT), Prontuari alla dimissione che prevedono la promozione, presso i prescrittori del territorio (delle aziende erogatrici e MMG/PLS) della prescrizione di farmaci equivalenti al momento della dimissione. - Verifiche della corretta applicazione dei PDT e dei Prontuari concordati. - Verifiche di appropriatezza distrettuali con i MMG/PLS. Informazione periodica indipendente ai prescrittori del territorio sull'uso appropriato del farmaco, con indicazioni farmaco-economiche, a mezzo stampa oppure nell'ambito di corsi (anche accreditati ECM).	Le azioni intraprese sono meglio descritte nella sezione sotto la tabella.	Governo clinico Controllo della spesa farmaceutica territoriale Promozione del farmaco equivalente Informazione indipendente sul farmaco

Verifica ed invio flussi informativi	Il Servizio Farmaceutico garantisce il rispetto degli obiettivi regionali di sistema relativi alla completezza e tempestività dei seguenti flussi informativi previsti dal D.M. 31/07/2007: - distribuzione per conto effettuata dalle farmacie territoriali, comprensiva anche dei dati di acquisto farmaci da parte dell'ASL; - distribuzione dei farmaci dalle strutture sanitarie di competenza territoriale in File F(tipologie 6 e 11); - distribuzione diretta dei farmaci (file F tipologia 13); - terza sezione buoni stupefacenti (invio trimestrale). Inoltre dal 2011 sono attivi i seguenti flussi, in ottemperanza alla DGR 937/2010: - Flusso informativo dei dispositivi medici (da agosto 2011). - Flusso osservatorio contratti.	Verifica e successivo invio in Regione alle scadenze richieste	N. invii mensili entro la scadenza, con % di errore entro i limiti previsti.
Spesa farmaceutica secondo D.R.6678/03	Rispetto del tetto di spesa assegnato	Relazione bimestrale dei dati di spesa relativi, rilevazione criticità e conseguenti azioni di governo, condivise con gli erogatori territoriali.	N. 6 Piani di governo della spesa farmaceutica territoriale, inviati in Regione entro le previste scadenze.

Appropriatezza, governo clinico e informazione sul farmaco

Il monitoraggio e l'analisi della prescrizione farmaceutica sono uno strumento indispensabile per l'ASL di Lodi, nella definizione delle risposte ai bisogni sanitari della popolazione.

L'intervento dell'Asl si articola, partendo dalla condivisione delle analisi della prescrizione farmaceutica con i MMG e PdF, nonché con l'Azienda Ospedaliera, in programmi tesi a promuovere l'appropriatezza della prescrizione nel complesso e in modo mirato per aree critiche individuate.

Tenendo conto delle indicazioni regionali le azioni attuate nel 2011 sono state le seguenti:

Iniziative interaziendali (ASL e AO di Lodi) di sensibilizzazione (di concerto con l'Ordine dei Medici) tese a diffondere tra gli operatori sanitari l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci equivalenti (in particolare ATC: A02, C10, C09, C08). Sono organizzati n. 3 incontri, in più edizioni a livello distrettuale, con la partecipazione dei MMG e degli specialisti ospedalieri dell'AO di Lodi e focalizzati in particolare sulla prescrizione dei farmaci equivalenti. Ulteriore iniziativa interaziendale è relativa all'istituzione del tavolo tecnico interaziendale ASL/AO per definire le linee guida per il trattamento farmacologico dell'ipertensione. A tale tavolo partecipano rappresentanti di MMG, specialisti cardiologi dell'A.O. di Lodi, medici e farmacisti dell'ASL.

Aggiornamento del prontuario alla dimissione, condiviso tra ASL ed AO, in cui sono state espresse le iniziative aziendali tese a diffondere tra gli operatori sanitari l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci equivalenti (in particolare ATC: A02, C08, C09, C10) in coerenza con le valutazioni di efficacia comparata. Tale prontuario è aggiornato con cadenza annuale ed è disponibile sulle pagine web delle aziende ASL ed AO di Lodi.

Iniziative di informazione, anche attraverso mezzo stampa ("Filo Diretto"), per i medici prescrittori del territorio e per i clinici ospedalieri. Sul periodico "Filo Diretto" (mensile di informazione per i MMG/PLS, redatto dal Dipartimento di Cure Primarie e Continuità Assistenziale), vengono dati aggiornamenti relativi ai farmaci, ai nuovi farmaci equivalenti disponibili sulle liste di trasparenza AIFA, all'andamento prescrittivo della farmaceutica territoriale, focalizzando l'attenzione sulle classi farmacologiche più critiche dal punto di vista della spesa (7 articoli).

Monitoraggio dei PDT (Piani Diagnostico-Terapeutici) condivisi con l' A.O. di Lodi per la gestione dei paziente affetti da patologie croniche (BPCO, diabete).

Controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche registrate, alle limitazioni delle note AIFA, alla corretta compilazione dei Piani Terapeutici ed alla valutazione, nelle patologie croniche e per specifiche classi di farmaci, del livello di aderenza in termini di persistenza in terapia, utilizzo di farmaci equivalenti, aderenza alle note AIFA, tramite la verifica incrociata tra la prestazione farmaceutica erogata e le informazioni presenti in B.D.A per singolo assistito (esenzioni, patologie, ricoveri e prestazioni specialistiche).

Al fine di consentire a ciascun MMG una verifica del proprio profilo prescrittivo, l'ASL restituisce a ciascun MMG con periodicità trimestrale un ritorno informativo relativo ai consumi farmaceutici dei rispettivi assistiti, rapportando tali consumi ad indicatori di riferimento a livello di Distretto, ASL, Regione. Il report contiene anche indicatori di accesso alle prestazioni specialistiche, ambulatoriali e di ricovero.

Oltre alle procedure di controllo sopra esposte, l'ASL e i MMG effettuano delle verifiche collegiali che si configurano come incontri per piccolo gruppo tra medici con diversa collocazione rispetto alle medie prescrittive (normo, ipo e iperprescrittori) su base regionale al fine di identificare e verificare specifiche condizioni clinico-epidemiologiche e di condividere percorsi di miglioramento continuo (n° 57 MMG convocati). Con cadenza annuale, sono inoltre effettuate verifiche prescrittive per singolo medico, nel caso di superamento di specifici indicatori di spesa (n° 9 MMG convocati sulla prescrizione anno 2010).

Nel 2011 è stato inoltre sviluppato un monitoraggio delle prescrizioni SSR e delle lettere di dimissioni a cura degli specialisti dell'A.O. di Lodi, per verificare la coerenza della prescrizione con il prontuario alle dimissioni condiviso, in particolare per gli ATC: A02, C10, C09, C08, con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva e la prescrizione dei farmaci equivalenti anche da parte degli specialisti ospedalieri.

Appropriatezza dei Piani Terapeutici e loro gestione in rete, attraverso la definizione concordata tra ASL e AO di un flusso informatizzato relativo ai farmaci soggetti a P.T. Nel corso del 2011 sono state informatizzate tutte le tipologie di piani terapeutici previsti dall'AIFA ed è stato incrementato il numero di unità operative che li utilizzano.

6.2 Programmazione 2012

6.2.1 Obiettivi

Al fine di realizzare un costante governo della prescrizione farmaceutica, compatibilmente con le risorse disponibili, si intende nel 2012 ulteriormente sviluppare e approfondire le seguenti iniziative già attivate nel 2011.

- Vigilanza sulle farmacie, gli esercizi di vicinato (parafarmacie, corner), sui depositi di farmaci territoriali e sui presidi dell'ASL al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni farmaceutiche;
- Invio del flusso informativo completo relativo alla distribuzione di farmaci attraverso le strutture sanitarie di competenza territoriale (File F tipologia 6 e 11);
- Invio del flusso informativo completo relativo alla distribuzione diretta (File F tipologia 13) e per conto effettuata attraverso le farmacie (Web-DPC);
- Invio di specifico flusso informativo sulla titolarità delle farmacie e dei dispensari farmaceutici;
- Invio del flusso sui dispositivi medici;
- Invio del flusso sui contratti di acquisto dei prodotti farmaceutici;
- informazione mirata e promozione della prescrizione dei farmaci equivalenti (in particolare ATC: A02, C10, C09, C08, N06) mediante eventi informativi rivolti sia ai MMG/PLS che agli specialisti delle strutture sul territorio; verifica della prescrizione in dimissione, a cura degli specialisti.
- Sperimentazione da parte dell'A.S.L. di nuove forme di informazione farmaceutica indipendente e comparata, prevedendo appositi nuclei di formazione indipendente.
- Redazione con cadenza bimestrale, da parte dell'A.S.L., del piano di governo sulla spesa farmaceutica territoriale alla luce del monitoraggio mensile derivante dai flussi informativi .

- Promozione e monitoraggio dell' applicazione di percorsi Diagnostico-Terapeutici condivisi tra ASL e AO per l'uso appropriato di farmaci in patologie croniche ad alto costo, in particolare con quanto è previsto dalla DGR 2057/2011 per il PDT relativo all'HIV-AIDS.

- Condivisione tra AO e ASL di iniziative interaziendali tese a diffondere tra gli operatori sanitari l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci equivalenti (in particolare ATC: A02, C10, C09, C08, N06) in coerenza con il Prontuario alle dimissioni, condiviso ed aggiornato. Inserimento di nuove sessioni nei Prontuari alle dimissioni, riguardanti l'uso dei farmaci "biosimiliari" nei pazienti di nuova diagnosi.

condivisione di iniziative comuni tra ASL e A.O. per i medici prescrittori del territorio e delle strutture ospedaliere che diffondano il corretto utilizzo dei Piani Terapeutici e la loro gestione in rete;

- verifica dell'appropriatezza di utilizzo dei farmaci in specifiche patologie ad alto costo e nei percorsi di cura delle patologie croniche attraverso l'utilizzo delle informazioni presenti nelle basi dati amministrative (BDA), intesa come persistenza in terapia, utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, aderenza alle note AIFA, controindicazioni/interazioni tra farmaci nelle politerapie, per specifici gruppi di pazienti.

vigilanza sui farmaci ospedalieri ad alto costo erogati in File F dalla struttura erogatrice del territorio

6.2.2 Criticità

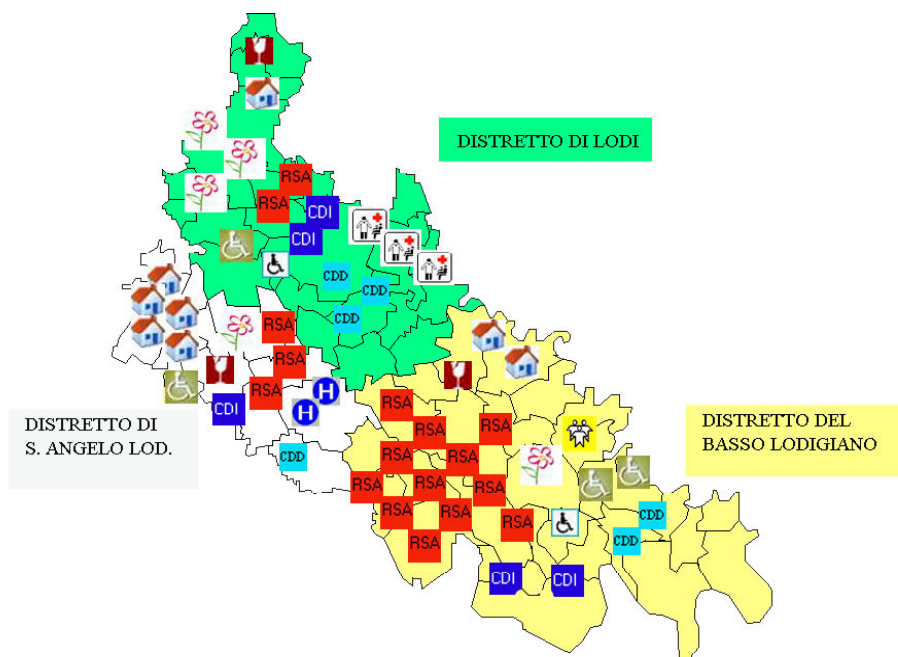
Il farmaco equivalente, che pur rappresenta una risorsa per il mantenimento degli equilibri economici del sistema, è ancora visto con "diffidenza" dalla classe medica. Si rileva una costante tendenza alla prescrizione di farmaci innovativi ad alto costo, e la difficoltà di promuovere una sinergia di comportamenti prescrittivi tra gli Specialisti e i MMG nella continuità assistenziale ospedale-territorio, soprattutto nel rispetto del Prontuario alle Dimissioni, delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici.

7. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SOCIO SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE

7.1 Articolazione della rete d'offerta dei servizi socio-sanitari

Tab.1: Unità d'offerta socio sanitarie autorizzate/accreditate ubicate nel territorio dell'ASL di Lodi aggiornate al 03/01/2012

TIPOLOGIA		TOTALE	DISTRETTO BASSO LODIGIANO	DISTRETTO LODI	DISTRETTO S. ANGELO
	CDD- Centri diurni disabili	6	2	3	1
	CSS- Comunità alloggio Socio Sanitaria	2	1	1	
	RSD- Residenze Sanitarie Disabili	4	2	1	1
	IDR- Istituti di riabilitazione	1			1
	Strutture ambulatoriali riabilitative (sedi)	3		3	
	Hospice	1	1		
	CDI- Centri diurni integrati	5	2	2	1
	RSA- Residenze Sanitarie Assistenziali	17	12	2	3
	Strutture Sert	3	1	1	1
	Consultori Familiari	4 (6 sedi)	2	3	1
	Comunità per Tossicodipendenti	8	2	1	5



Tab. 2

STRUTTURE SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI ACCREDITATE AREA ANZIANI			
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura e Comune	posti autorizzati	posti accreditati
R.S.A.	"CASA SANTA TERESA" - LIVRAGA	50	50
R.S.A.	"SANTA FRANCESCA CABRINI" - S. ANGELO LODIGIANO	126 (+ 7 p.l. extrarecettività)	123
R.S.A.	"ISTITUTO SANTA SAVINA" - LODI	83	80
R.S.A.	"PICCOLA CASA DIVINA PROVVIDENZA" - MALEO	75	75
R.S.A.	"LUIGI CORAZZA" - MALEO	46	30
R.S.A.	"SANTA CHIARA" - LODI	259 (+ 9 p.l. extrarecettività)	259
R.S.A.	"FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE CODOGNO ONLUS" - CODOGNO	142 (+ 2 p.l. extrarecettività)	142
R.S.A.	"FONDAZIONE "ING. P. ZONCADA" BORGHETTO LODIGIANO	85	85
R.S.A.	"ANGELICA VITTADINI – TERZAGHI" - CASALPUSTERLENGO	80	80
R.S.A.	"VALSASINO" - SAN COLOMBANO AL LAMBRO	70	70
R.S.A.	"FONDAZIONE MILANI ONLUS" - CASTIGLIONE D'ADDA	57	55
R.S.A.	"FONDAZIONE SEN. GROSSI – FRANZINI" - SENNA LODIGIANA	50	50
R.S.A.	"FONDAZIONE VIGONI DELLA SOMAGLIA ONLUS" - SOMAGLIA	77	77
R.S.A.	"RSA DELL'A.S.L. DI LODI" - CODOGNO	60	60
R.S.A.	"SANTA FRANCESCA CABRINI" - CODOGNO	60	60
R.S.A.	"MONSIGNOR SALVADERI" - MELETI	77	77
TOTALE POSTI LETTO RSA		1. 397	1. 373
		(+ 18 p.l. extrarecettività)	

Tab. 3

STRUTTURE SOCIO SANITARIE DIURNE ACCREDITATE AREA ANZIANI			
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura e Comune	posti autorizzati	posti accreditati
C.D.I.	CDI "GIRASOLE" - CASALPUSTERLENGO	40	40
C.D.I.	CDI "COMM. CARLO MARZAGALLI" - LODI	30	30
C.D.I.	CDI FONDAZIONE CABRINI - S. ANGELO LODIGIANO	30	30
C.D.I.	"CDI DI CODOGNO" - CODOGNO	20	20
C.D.I.	CDI "BONOMI" - TAVAZZANO CON VILLAVESCO	20	20
TOTALE POSTI CDI		140	140

Tab. 4

STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE AREA RIABILITAZIONE			
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura e Comune	posti volumi autorizzati	posti /volumi accreditati
I.D.R.	VALSASINO -San Colombano al Lambro	60	45 ricovero ordinario area gen/geriatrica 15 mantenimento-stabilizzazione-reinserimento + 3500 Prestazioni ambulatoriali area gen/geriatrica
Strutture RIAB.	FONDAZIONE DON GNOCCHI (ambulatorio centrale di Lodi) FONDAZIONE DON GNOCCHI (ambulatorio periferico di Lodivecchio)	N. 20.211 Prestazioni ambulatoriali area gen/geriatrica +	N. 18.315 Prestazioni domiciliari area gen/geriatrica
Strutture RIAB.	AIAS -Lodi	N. 5.000 Prestazioni ambulatoriali accreditate area gen/geriatrica	

Tab. 5

STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE AREA DISABILITA'			
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura e Comune	Posti autorizzati	Posti accreditati
C.D.D.	AMICIZIA - CODOGNO	30	30
C.D.D.	IL MELOGRANO - SAN COLOMBANO AL LAMBRO	30	30
C.D.D.	VOLO LIBERO - CASALPUSTERLENGO	30	30
C.D.D.	VILLA IGEA - LODI	30	30
C.D.D.	DANELLI DAY - LODI	30	30
C.D.D.	EXCALIBUR - LODI	10	10
TOTALE POSTI CDD		160	160

R.S.D.	FONDAZIONE STEFANO ED ANGELA DANELLI - LODI	25	25
R.S.D.	AMICIZIA - CODOGNO	30	30
R.S.D.	SACRO CUORE DI GESU' - S. COLOMBANO AL LAMBRO	60	60
R.S.D.	PRIMAVERA - CODOGNO	10	10
TOTALE POSTI RSD		125	125
C.S.S.	AMICIZIA -CASALPUSTERLENGO	10	6
C.S.S.	LE MARGHERITE -LODI	10	9
TOTALE POSTI CSS		20	15

Tab. 6

STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE TERMINALITA'			
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura e Comune	Posti autorizzati	Posti accreditati
Residenziale per pazienti terminali	HOSPICE DI CODOGNO	10	10

Tab. 7

STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE AREA DIPENDENZE				
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura	posti autorizzati e accreditati terapeutico/riabilitativo	posti autorizzati e accreditati pedagogico/riabilitativo	posti autorizzati e accreditati servizio specialistico
TOX	COMUNITA' IL MOLINO		18	
TOX	COMUNITA' ALFAOMEGA	14		6
TOX	COMUNITA' LA COLLINA	15		
TOX	COMUNITA' FONTANE		20	
TOX	COMUNITA' IL PELLICANO	27		
TOX	COMUNITA' OASI 7 CASA MAHIMA	15		
TOX	COMUNITA' IL GABBIANO	23		
TOX	COMUNITA' MARIA MADRE DELLA SPERANZA	31		
TOTALE POSTI		125	38	6

Tab. 8

Tipologia Struttura	Denominazione Struttura	Sede Struttura
TOX	SERT LODI	Via Pallavicino n. 57/A – LODI
TOX	SERT CASALPUSTERLENGO	Piazza Cappuccini n. 1 – CASALPUSTERLENGO
TOX	SERT SANT'ANGELO LODIGIANO	Via Donizzetti n. 3 – S. ANGELO LODIGIANO

Tab. 9

ENTI ACCREDITATI EROGAZIONE ADI/VOUCHER SOCIOSANITARIO	
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura
ADI/VSS	ARCHE' Soc.Coop.Soc.ar.l
ADI/VSS	CURE DOMICILIARI ASL
ADI/VSS	IL MOSAICO SERVIZI Coop. Soc. ar.l
ADI/VSS	PRONTO CASA Soc. Coop. Soc
ADI/VSS	ADI SANITAS di Caresana Nadia & C SAS

Tab. 10

STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE AREA CONSULTORIALE	
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura
Consultorio privato	LA FAMIGLIA UCIPEM onlus
Consultorio privato	CENTRO PER LA FAMIGLIA
Consultorio privato	IL MANDORLO
Consultorio pubblico con 3 sedi distrettualizzate	CONSULTORIO FAMILIARE ASL DI LODI

Tab. 11

STRUTTURE SOCIOSANITARIE AUTORIZZATE/IN ESERCIZIO PER EFFETTO DIA			
Tipologia Struttura	Denominazione Struttura e Comune	posti autorizzati	posti accreditati
R.S.A.	“CASA FAMIGLIA PETRANCA” SAN ROCCO AL PORTO	20	-

Tab. 12 Quadro di sintesi:

STRUTTURE SOCIO - SANITARIE UBICATE NEL TERRITORIO DELL'ASL E SOGGETTE A VIGILANZA			
Tipologia di struttura	n.	posti autorizzati	posti accreditati
Centro diurno per persone disabili (CDD)	6	160	160
Comunità alloggio socio sanitaria per persone disabili (CSS)	2	20	15
Residenze sanitario assistenziali per persone disabili (RSD) accreditate	4	125	125
Istituto di riabilitazione (IDR)	1	60	60
Strutture Ambulatoriali riabilitative riclassificate (sed)	3	prestazioni	prestazioni
Centro diurno integrato (CDI) accreditato	5	140	140
Hospice	1	10	10
Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) accreditate	16	1397	1373
Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) autorizzate	1	20	0
Servizi privati per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite	8	169	169
Ser.t	3	3 sedi distrettualizzate	
Consultori familiari privati accreditati	3		
Consultori familiari pubblici accreditati	1	3 sedi distrettualizzate	
Totale unità d'offerta	54		
Totale n. di sedi da sottoporre a vigilanza	56		
Soggetti accreditati per l'erogazione di prestazioni socio - sanitarie integrate ADI/VSS	5	Operanti sull'intero territorio ASL	

Tab. 13 Articolazione distrettuale delle sedi:

Articolazione distrettuale delle strutture socio - sanitarie soggette a vigilanza ubicate nel territorio				
Numero e Tipologia	Distretto Basso Lodigiano	Distretto Lodi	Distretto S. Angelo Lodigiano	
N. 6 CDD Centri Diurni Disabili	2	3	1	
N. 2 CSS Comunità Alloggio Socio-Sanitaria	1	1		
N. 4 RSD Residenze Sanitarie Disabili	2	1	1	
N. 1 IDR Istituti di Riabilitazione			1	
N. 3 Strutture Ambulatoriali Riabilitative		3		
N. 1 HOSPICE	1			
N. 5 CDI Centri Diurni Integrati	2	2	1	
N. 17 RSA Residenze Sanitarie Assistenziali	12	2	3	
N. 3 Strutture SERT	1	1	1	
N. 4 Consultori Familiari (di cui 1 pubblico con 3 sedi e 3 privati)	2	3	1	
N. 8 Comunità per Tossicodipendenti	2	1	5	
Totale Sedi di u.d.o. soggette a vigilanza per distretto	25	17	14	
Totale Sedi di u.d.o. soggette a vigilanza nell'Asl	56			
N. 5 Soggetti Accreditati per l'intero territorio ASL per erogazione ADI/VSS	5			

7.2 Attività di vigilanza e controllo in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale: il Piano dei Controlli 2012

Nel 2011, l'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e Controllo attività socio – sanitarie, ha proseguito le iniziative già avviate negli anni precedenti volte a sostenere e a sviluppare il livello di corresponsabilità tra “Asl – controllore” ed “Erogatore - controllato” e a ricercare prassi di maggiore integrazione con altri Servizi aziendali preposti ai controlli.

In particolare in ambito sociosanitario :

con i gestori e gli operatori delle RSA e dei Servizi (RSD-CDD-CSS) rivolti alla Disabilità:

Si sono conclusi i Tavoli di lavoro finalizzati alla condivisione di un modello di contratto d'ingresso che, in conformità alle recenti indicazioni normative, sia in grado di dare certezza ai rapporti che devono intercorrere tra le parti, specialmente in materia di consenso informato dell'ospite e di trasparenza delle rette applicate. I gestori presenti (in rappresentanza di circa il 75% delle RSA del territorio e del 100% delle u.d.o. rivolte alla Disabilità) si sono impegnati ad integrare i propri modelli di contratto di ingresso alla luce degli esiti dei tavoli. Va precisato che l'adozione di un contratto d'ingresso conforme alle normative e la sua corretta applicazione per tutto l'arco dell'anno 2011, costituiva anche uno degli indicatori per l'assegnazione della remunerazione della qualità aggiunta RSA per l'anno 2010 (d.g.r IX/400 del 05.08.2010). In relazione agli sviluppi dei tavoli di lavoro, diversi gestori hanno promosso al loro interno azioni volte a sensibilizzare e ad informare i familiari dei congiunti inseriti in struttura sulla necessità ed opportunità di avviare il percorso per la nomina dell'amministratore di sostegno e/o del Tutore e ad illustrare il contratto d'ingresso in relazione ai diversi compiti e responsabilità.

è proseguito il percorso di sperimentazione delle apposite check list predisposte per la rilevazione di indicatori di qualità in RSA ed RSD e finalizzate alla costruzione di un sistema di benchmarking delle strutture (Moduli M40 ed M41 della Procedura P11). Tale percorso è risultato più complesso di quanto si potesse originariamente ipotizzare. Soprattutto per le RSA le difficoltà maggiori hanno riguardato inizialmente la condivisione con i Gestori di univoche metodologie di rilevazione dei dati (cosa che ha comportato una notevole dilatazione dei termini per il completamento della rilevazione) e successivamente, la difficoltà, e per alcuni item l'impossibilità, di elaborare report con valori confrontabili. Nonostante le criticità sopra descritte, completata la fase di caricamento dei dati, si è proceduto a sintetizzare quelli riferiti ad indicatori comparabili. Nello specifico, con riferimento

all'area della disabilità, l'elaborazione degli items riferiti al personale ed i dati relativi sono stati illustrati e restituiti ai Gestori nell'ambito di un tavolo di lavoro tenutosi in data 29 aprile 2011. Per quanto riguarda invece le RSA gli indicatori elaborati e i cui esiti sono stati restituiti ai gestori, hanno riguardato : Tasso assenteismo complessivo con ferie, Tasso assenteismo senza ferie, Standard gestionale reso, Percentuale formazione personale (complessivo), Tasso di saturazione p.l. accreditati, Tasso turn-over utenza, Tasso di dimissioni utenza.

Con i gestori delle unità d'offerta dell'area disabilità (RSD/CDD/CSS) oltre a quanto sopra detto:

sono proseguiti gli incontri dedicati all'analisi delle attività svolte, delle prestazioni erogate in relazione a : tipologia di utenza accolta /classificazione SIDI, standard richiesto/standard erogato, composizione percentuale del mix erogato in relazione alle diverse figure che concorrono a standard, rotazione sui posti, etc.

Nel corso di tali incontri è emersa da parte dei gestori l'esigenza di approfondimenti ulteriori riferibili ad :

analisi e gestione delle liste d'attesa

ipotesi di studio per la diversificazione dei percorsi di cura dei disabili "anziani" inseriti in u.d.o. residenziali, in termini di obiettivi di cura, di attività, di luoghi e spazi fisici meglio rispondenti ai bisogni legati all' "invecchiamento" di tale utenza.

L'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e Controllo attività sociosanitarie ha inoltre collaborato con :

il **PAC aziendale** per la definizione di un percorso esitato nell'approfondimento delle tecniche di gestione dei dati, con particolare riguardo ai flussi oggetto di debito informativo da parte delle u.d.o. sociosanitarie. Obiettivo dell'USS è quello di poter desumere, dalla reportistica predisposta dal PAC sulla base di indicatori specifici per tipologia di unità d'offerta indicati dall'USS, elementi significativi per un approfondimento conoscitivo delle singole strutture, di perfezionare gli ambiti di attività da sottoporre a maggiore controllo e gli strumenti del controllo stesso.

la **Provincia di Lodi** nell'ambito di un percorso formativo rivolto agli infermieri delle RSA del territorio dal titolo "Ruolo dell'infermiere nelle residenze sanitario assistenziali"

l'USC Accreditamento Sanitario Med. Legale – Risk Management- Qualità aziendale per la realizzazione di un percorso formativo di approfondimento delle "linee guida" in materia di prevenzione delle cadute, rivolto agli operatori delle 17 RSA e delle 4 RSD del territorio. L'evento formativo, finalizzato alla riduzione del rischio di cadute all'interno delle strutture, è stato articolato in tre edizioni, ognuna di due mezze giornate, e si è tenuto presso le sedi di n. 3 RSA. Complessivamente hanno partecipato n. 130 operatori così rappresentati : n. 53 ASA/OTA/OSS, n. 39 I.P./Coordinatori Infermieristici, n. 17 Fisioterapisti, n. 12 Medici, n. 6 Educatori Professionali, n. 3 Assistenti Sociali.

Si precisa inoltre che :

si conferma come prassi ormai consolidata la collaborazione avviata nel 2009 con il Dipartimento di Prevenzione (PSAL) volta a valutare gli adempimenti predisposti dai Legali Rappresentanti degli Enti erogatori a seguito dell'introduzione del D. Lgs. n. 81/08. Viene utilizzata, a tal fine, un'unica modulistica che, raccolta in sede di sopralluogo dalla Commissione di Vigilanza, viene poi trasmessa per i controlli di competenza allo PSAL. Tale collaborazione proseguirà anche nel 2012

sono stati ormai assunti a prassi operativa gli esiti del tavolo di lavoro attivato nel 2010 con l'USC Accreditamento Sanitario finalizzato alla ricognizione dei professionisti che operano sia in strutture sanitarie che in strutture sociosanitarie, alla verifica dei titoli di studio e delle tipologie dei contratti in essere. Sia in fase di istruttoria che di vigilanza ordinaria, infatti, viene posta particolare attenzione alla verifica del possesso dei titoli di studio e, per i professionisti tenuti, dei relativi certificati di iscrizione agli Albi/Ordini professionali. Nello specifico, per quanto concerne l'area degli anziani, si dispone di un database per ogni RSA che consente di monitorare, con sufficiente tempestività, il requisito riferito all'impiego di personale in possesso di titoli di studio adeguati.

7.3. Analisi generale delle attività di controllo: attività svolta nel 2011

L'attività di vigilanza relativa alla verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione/accreditamento, programmata annualmente, è stata monitorata e pianificata all'interno di apposite riunioni, in genere a cadenza mensile, a cui sono stati presenti i componenti della Commissione di Vigilanza addetti a tale tipologia di verifiche. Ogni sopralluogo viene di norma pianificato nel corso di tali riunioni tenendo in considerazione prioritariamente i seguenti elementi:

la composizione del "team ispettivo" (sia in termini numerici che in termini di professionalità coinvolte)

la scelta delle unità d'offerta da sottoporre a vigilanza (sia come tempistica che come codici di rischio) le aree (gestionali, strutturali, organizzative, etc) da "indagare" in modo particolarmente approfondito nel corso del sopralluogo

Ognuno dei su esposti elementi che "orientano" e regolamentano la pianificazione dell'attività di vigilanza, oltre che sul rispetto dei dettami normativi si basa anche su valutazioni di tipo organizzativo e qualitativo. La "stabilità" raggiunta nel tempo sia dal sistema delle unità d'offerta del territorio sia dall'equipe preposta ai controlli consente, inoltre, di tenere unificati i tre aspetti sopra citati. Fermo restando, infatti, che tutte le u.d.o. sociosanitarie, indipendentemente dallo status erogativo, vengono sottoposte a vigilanza almeno una volta l'anno, per la programmazione delle visite di vigilanza, di norma, si tengono in considerazione prioritariamente:

la data di effettuazione dell'ultima vigilanza e/o istruttoria;

gli esiti delle precedenti vigilanze;

eventuali "indicatori di rischio" emersi da precedenti visite e/o dall'analisi dei Flussi oggetto di debito informativo;

l'esistenza di piani di adeguamento;

eventuali richieste legate a specifiche disposizioni regionali (es: verifica mantenimento indicatori della Qualità aggiunta RSA, rilevazione e monitoraggio Piani Programma, obiettivi di qualità con assegnazione di risorse vincolate al loro raggiungimento, adozione contratto d'ingresso, diffusione esiti customer satisfaction, etc).

Per quanto attiene, invece, alla **composizione del "team ispettivo"** la stessa viene stabilita assicurando la presenza, **per ogni sopralluogo**, di figure competenti in materia di **verifica dei requisiti strutturali e tecnologici unitamente** ad altre professionalità con competenze in materia di **requisiti organizzativo gestionali**.

Viene così sempre salvaguardata:

la dotazione numerica dell'equipe addetta all'effettuazione delle verifiche nelle sedi delle u.d.o. prevista dalla normativa;

la multi-professionalità della stessa;

l'effettuazione di almeno una verifica annuale di tutti i requisiti su ogni u.d.o.

Per la "scelta" delle figure professionali che vanno di volta in volta a comporre il team ispettivo si tende di norma a valorizzare la "competenza specifica", il know how maturato dai singoli componenti la Commissione, in modo da garantire, nel contempo, la specializzazione degli interventi ed una maggiore razionalizzazione delle risorse umane disponibili.

Di seguito si riporta un quadro esemplificativo della composizione del team ispettivo che nell'ASL di Lodi effettua in maniera congiunta i sopralluoghi sia in ordine alle varie istruttorie (DIA/Autorizzazione, CPE, Parere Accreditamento, Conferma accreditamento, etc) sia in ordine alla vigilanza ordinaria e/o straordinaria sulle u.d.o. socio - sanitarie e su quelle socio - assistenziali.

Tab. 1 : Composizione team ispettivo

Tipologia di sopralluogo	Verifica requisiti strutturali e tecnologici	Verifica requisiti organizzativo - gestionali
DIA/Autorizzazione/CPE	Almeno 1 figura tra quelle di: - Medico Igienista - Tecnico della Prevenzione - Geometra	Almeno 1 figura tra quelle di: Assistente Sociale Educatore Professionale Psicologo
Parere Accreditamento Conferma accreditamento		
Vigilanza ordinaria e/o straordinaria u.d.o. sociosanitarie e socioassistenziali		
Il team ispettivo può avvalersi, per la verifica dei requisiti soggettivi e di onorabilità o per l'approfondimento di aspetti di natura amministrativa e giuridica, della figura di un laureato in Giurisprudenza che opera nel Settore Affari legali dell'Azienda, ma che è anche componente sia della Commissione di Vigilanza sia della Commissione preposta alla vigilanza e al controllo sulle persone giuridiche di diritto privato ex artt. 23 e 25 c.c.		

Relativamente alla **verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione/accreditamento**, il Piano dei Controlli sociosanitari anno 2011 prevedeva l'effettuazione di n. 56 sopralluoghi di vigilanza sulle n. 56 sedi di u.d.o. sociosanitarie attive al 01.01.2011. L'obiettivo programmato, in continuità con quanto già garantito negli anni precedenti, era quello di assicurare la vigilanza sul 100% delle strutture sociosanitarie autorizzate e/o accreditate superando, pertanto, la percentuale dell'80% prevista dalla D.G.R. n. 937/10.

In conformità a quanto stabilito dall'allegato 12 della DGR n. 937 del 01/12/2010, il Piano dei Controlli 2011 prevedeva, invece, l'effettuazione dei **controlli di appropriatezza** sulle seguenti unità d'offerta socio – sanitarie accreditate: RSA,RSD, Consultori,CDD,CSS,CDI, SMI, Erogatori ADI.

Anche per questa tipologia di verifiche, in continuità con quanto già garantito negli anni precedenti, si è invece proceduto ad effettuare il controllo di appropriatezza su tutte le u.d.o. accreditate , con la sola eccezione di una struttura (come meglio precisato al punto 7.6.1).

La sottostante tab. 2 rappresenta un quadro di sintesi dell' attività svolta nell'anno 2011 in termini di numero di sopralluoghi sulle u.d.o. sociosanitarie.

Per una più completa lettura , vengono così identificati i “motivi” sottostanti gli stessi:

sopralluoghi di vigilanza ordinaria : finalizzati alla verifica di tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativo – gestionali previsti dalle normative di riferimento;

sopralluoghi per il controllo di appropriatezza finalizzati alla verifica dell'erogazione delle prestazioni all'utente, sia in termini assistenziali che organizzativi;

sopralluoghi per le diverse istruttorie (DIA/Autorizzazione, parere accreditamento, conferma accreditamento)

Tab. 2: Sopralluoghi effettuati in ambito sociosanitario per tipologia di verifica

U.D.O. ACCREDITATE				
Numero e tipologia u.d.o.	Numero sopralluoghi di Vigilanza Ordinaria	Numero sopralluoghi di Controllo Appropriatezza	Numero sopralluoghi per Istruttorie (DIA, parere accreditamento, conferma accreditamento)	Totale Numero sopralluoghi
6 Sedi Consultoriali	12	7	1	20
8 Comunità Tox	8	8	3	19
3 SerT	3	3	1	7
2 CSS	2	2		4
5 CDI	5	5	3	13
16 RSA	17	17	5	39
1 Hospice	2	1	1	4
6 CDD	6	6	3	15
4 RSD	5	3	2	10
1 IDR	1	1		2
3 Sedi Riabilitative	3	3	3	9
55 Tot. Sedi u.d.o. accreditate	64	56	22	142
U.D.O. AUTORIZZATE				
1 RSA	1			1
1 Tot. Sedi u.d.o. autorizzate	1			1
56 Tot. Sedi u.d.o. sociosanitarie Accreditate/autorizzate	65 Tot. sopralluoghi di vigilanza	56 Tot. sopralluoghi Controlli appropriatezza	22 Tot. sopralluoghi per istruttorie	143 Tot. Numero Sopralluoghi

Oltre all'attività "tipica" sopra descritta, viene effettuata anche una significativa e rilevante attività di verifica documentale che, in base all'oggetto della verifica, può essere espletata o presso le strutture o in sede ASL. Tali verifiche, effettuate dai soli componenti dell'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e controllo attività sociosanitarie, sono sinteticamente riassunte nella sottostante tabella 3.

Quest'anno, per esempio, si è proceduto alla verifica, su base documentale, del mantenimento degli indicatori del Premio Qualità aggiunta RSA ai sensi della D.G.R. n. 400/10. Le verifiche effettuate sul mantenimento dell'indicatore n. 4 relativo al "Contratto d'ingresso", sono state tutte espletate presso le sedi delle RSA.

Altre verifiche documentali hanno riguardato l'analisi di un Flusso trimestrale, introdotto già dal 2010 nell'ottica del potenziamento delle azioni volte all'auto-controllo da parte dei gestori delle u.d.o. dell'area disabilità, relativo alle ore lavorate da tutto il personale che concorre a standard. Si tratta di una sorta di Scheda struttura trimestrale che consente alla Vigilanza di verificare, con maggiore puntualità, ed incrociando i dati con le rendicontazioni trimestrali oggetto di debito informativo regionale, il rispetto del requisito gestionale riferito allo standard.

Tab. 3: Attività ulteriore effettuata, o tramite sopralluogo presso le u.d.o. sociosanitarie o in sede ASL, finalizzata a verifiche di tipo documentale

U.D.O. ACCREDITATE				
Numero e tipologia u.d.o.	Numero verbali per tipologia di verifica	Con sopralluogo	In sede ASL	Totali verbali
16 RSA	3 per verifica applicazione cauzione fruttifera 15 per verifica Premio Qualità aggiunta (DGR 400/10) 7 per verifica applicazione contratto d'ingresso	10	15	25
6 CDD	24 per verifica trimestrale ore rese dagli operatori su giornate presenza classi SID.i		24	24
4 RSD	12 per verifica trimestrale ore rese dagli operatori su giornate presenza classi SID.i		12	12
1 IDR	1 per verifica obiettivi RAR 2009/2010	1 sia in sopralluogo che in sede		1
27 u.d.o. accreditate	62 Tot. verbali Documentali/Tipologia di verifica	11 verbali con sopralluogo	51 Verbali in sede	62 Totale verbali

I dati di tab. 2 riferiti all'attività svolta nel 2011, precisano che gli obiettivi previsti dal Piano dei Controlli 2011 sono stati ampiamente raggiunti. In particolare:

L'attività di vigilanza è stata assicurata, con n. 65 sopralluoghi su n. 56 sedi di u.d.o. sociosanitarie, nella misura del 116% che diventerebbe pari al 145,45 % se si considerasse l'espletamento della stessa secondo le regole regionali che la fissano all'80% delle sole u.d.o. accreditate;

L'attività di controllo dell'appropriatezza è stata assicurata per tutte le tipologie di u.d.o. accreditate, in percentuali variabili da un minimo del 20% fino al 100% delle prestazioni. per quanto attiene, inoltre, all'attività riferita alle diverse **istruttorie** va detto che la stessa è stata sempre espletata nel rispetto dei tempi per le stesse previsti dalla normativa.

Sintesi degli esiti delle vigilanze/controlli sulle u.d.o. sociosanitarie

Le evidenze ed i riscontri avuti in sede di vigilanza e controllo, ma anche in occasione delle diverse istruttorie svolte nell'anno 2011, testimoniano di un generale rispetto dei requisiti previsti dalle specifiche normative da parte delle diverse tipologie di unità d'offerta sociosanitarie. In particolare il sistema delle unità di offerta residenziali e diurne rivolte agli anziani appare abbastanza consolidato. Quindici delle 16 RSA accreditate, infatti, sono ormai in possesso di autorizzazione definitiva al funzionamento. Nel corso dell'anno, in virtù di quanto sopra detto ed in un'ottica di sempre maggiore attenzione alla trasparenza ed alla tutela dei diritti dei cittadini/ospiti, per le strutture rivolte agli anziani si è pertanto deciso di ampliare lo spettro delle verifiche, estendendole maggiormente ad aspetti di natura "amministrativa".

Va anche detto che, a seguito dell'evoluzione dei bisogni delle persone che si rivolgono alle unità d'offerta sociosanitarie e dello stato di salute delle stesse, riconducibile sempre più a situazioni di grande fragilità e complessità, in questi ultimi anni, il sistema delle u.d.o. socio- sanitarie, in particolare quelle rivolte alla popolazione anziana e disabile, sulla base di precise indicazioni regionali, si è "attrezzato" per assicurare risposte il più adeguate possibili alle nuove intervenute necessità assistenziali. Nel territorio dell'ASL di Lodi alcune u.d.o hanno compiuto apprezzabili sforzi per assicurare, a tali esigenze, risposte qualitativamente valide, sia in termini strutturali che in termini organizzativo – gestionali. Sono così state realizzate, prevalentemente all'interno di RSA, "aree

dedicate” all’accoglienza di persone in Stato Vegetativo o affette da SLA, o “aree protette” per l’ospitalità di persone con gravi compromissioni del quadro cognitivo – comportamentale.

Inoltre alcuni Servizi sia diurni che residenziali rivolti alla disabilità hanno strutturato spazi innovativi, caratterizzati da una forte “personalizzazione” degli ambienti, ma anche degli approcci globali di “presa in carico”, delle metodologie e degli strumenti d’intervento a favore di minori e di persone giovani affetti da Disturbo Generalizzato dello Spettro autistico.

Per quanto attiene ai servizi dell’area Consultoriale si è avuto riscontro di un funzionamento orientato alla facilitazione dell’accesso, alla ricerca di connessioni con i diversi servizi/istituzioni invianti ed, in taluni casi, anche all’offerta di spazi strutturalmente ben personalizzati ed accoglienti.

Nell’ambito dei Servizi rivolti alle persone con problemi di dipendenza, in corso d’anno è stato emesso parere per l’autorizzazione/accreditamento definitivi a seguito di conclusione del piano programma per la sede del SERT di Lodi ed una Comunità ha ampliato la propria capacità ricettiva ed ottenuto l’ampliamento dell’accreditamento, senza contratto, di n. 3 ulteriori posti. Permangono, anche se in maniera piuttosto residuale rispetto alle precedenti annualità, alcune non conformità riferite alle certificazioni di tossicodipendenza imputabili, prevalentemente, ai Servizi invianti più che ai gestori delle Comunità.

Le strutture preposte alla riabilitazione sono ormai tutte in esercizio attraverso autorizzazione definitiva al funzionamento/DIA. Si è infatti completato il piano di adeguamento delle due sedi (centrale e periferica) della struttura riabilitativa gestita dalla Fondazioni Don Gnocchi Onlus, per le quali è stata rilasciata, nel mese di dicembre, autorizzazione definitiva. Nell’ambito delle verifiche operate sia sull’unica u.d.o. residenziale del territorio (IDR Valsasino) sia sulle sedi ambulatoriali si è avuto riscontro di un buon funzionamento delle stesse.

In applicazione della D.G.R. n. 937/10 è stata volturata la DIA e l’accreditamento dell’Hospice di Codogno a favore dell’ASL, proprietaria dell’immobile, ed è stata aggiudicata la gestione, tramite gara, ad una Cooperativa. Nei diversi passaggi si sono manifestate alcune prevedibili criticità anche se nell’anno si è avuto un progressivo e significativo aumento del tasso di saturazione di questa unica struttura sociosanitaria territoriale deputata ad accogliere persone in fase di terminalità.

Sono state complessivamente elevate n. 25 prescrizioni che, peraltro, sono state risolte entro la tempistica indicata ed applicate decurtazioni sia di ore lavorate da figure con titolo di studio non idoneo, sia di somme introitate (per classificazioni non adeguate dell’utenza, per il non mantenimento di un indicatore per la premialità della qualità aggiunta, per giornate di assenza esposte senza che sia stato reso lo standard dovuto per le stesse, per carenze gestionali) ed applicata una sanzione a titolo di penale.

7.3.1.: Controlli di appropriatezza anno 2011

Per quanto attiene ai n. 55 sopralluoghi effettuati per le verifiche dell’appropriatezza sulle u.d.o. accreditate, si precisa che come negli anni precedenti è stata esclusa dal controllo, per la peculiarità degli ospiti ex DGR 5000/2007 inseriti e per le criticità della struttura, la RSD del Fatebenefratelli di San Colombano al Lambro, riconvertita da IDR ex art. 26 (*). E’ stata invece sottoposta a controllo di appropriatezza la RSD accreditata nel corso dell’estate 2011, ma non contrattualizzata e che ha avviato nell’autunno una sperimentazione approvata da decreto regionale.

I criteri adottati per le verifiche di appropriatezza sono stati i seguenti :

diversificazione delle percentuali relative al campione da esaminare, in funzione di alcuni “indicatori” quali ad esempio: cambi classe peggiorativi, alta % di Classi SOSIA - SIDI di maggiore fragilità, recente attivazione dell’unità d’offerta, esistenza di sperimentazioni in atto, etc;

Applicazione e valorizzazione della "multiprofessionalità" della composizione delle équipes in funzione della tipologia di unità d’offerta da sottoporre a controllo. La composizione dell’équipe addetta, pur se vincolata dalla scarsità delle risorse umane disponibili “dedicate a questa funzione, è stata operata “selezionando” le figure professionali ritenute più idonee in riferimento al tipo di servizio da controllare. Per esempio, nell’ambito dei servizi per la disabilità, le verifiche sono state garantite almeno da due tra le seguenti figure : Educatore professionale, Fisioterapista, Assistente Sociale,

Psicologo. Nell'ambito, invece, dei Servizi per persone tossicodipendenti (CT Tox) almeno da due tra le seguenti figure: Medico con competenze specifiche nel settore delle Dipendenze, Educatore Professionale, Assistente Sociale. Per le RSA i controlli hanno sempre visto la presenza del medico geriatra e dell'assistente sociale, per le Strutture della riabilitazione sia residenziale che in altri regimi di erogazione dal medico geriatra e dal fisioterapista sempre coadiuvati dall'assistente sociale.

Si riporta un quadro descrittivo della composizione "tipo" del team ispettivo che, di norma, effettua nell'ASL di Lodi i sopralluoghi per i controlli di appropriatezza delle diverse u.d.o. sociosanitarie.

Tab. 4 : Composizione team ispettivo per controlli appropriatezza:

Tipologia di u.d.o	Professionalità disponibili all'interno della Commissione di Vigilanza**
Area Anziani	Medico Geriatra, I.P., Assistente Sociale, Psicologo (Medico Resp. le Accreditamento Sanitario – solo per RSA a gestione diretta)
Area Disabilità	Educatore professionale, I.P., Fisioterapista, Assistente Sociale, Psicologo
Area Consultoriale	Educatore professionale, Assistente Sociale, Psicologo
Area Dipendenze	Medico con competenze specifiche nel settore delle Dipendenze, Educatore Professionale, Assistente Sociale, Psicologo
Area Riabilitazione	Medico geriatra, Fisioterapista, Assistente sociale
Area Terminalità	Medico Palliatore, Assistente Sociale, Psicologo

** Quest'anno, pur continuando a far parte della Commissione di Vigilanza dell'ASL per le verifiche di appropriatezza, la figura dell'Infermiere Professionale non ha potuto garantire l'apporto che, negli anni precedenti, ha sempre assicurato per i controlli sulle u.d.o. dell'Area Anziani e dell'Area della Disabilità.

Come si evince dalle tabelle n. 1 e n. 4 sia per la vigilanza che per i controlli di appropriatezza la Commissione di Vigilanza dell'ASL di Lodi risulta dotata delle idonee professionalità necessarie all'espletamento delle diverse funzioni di competenza. La Commissione risulta, inoltre, caratterizzata da una buona rappresentanza di professionalità differenziate. Si tratta indubbiamente di un punto di forza che testimonia della volontà aziendale di garantire, il più possibile, interventi qualificati e competenti in questi ambiti, a tutela dei cittadini che fruiscono dei servizi sociosanitari del territorio.

Va detto, però, che l'impegno per le attività di vigilanza e controllo garantito da importanti figure professionali quali: Medici (dall'Igienista al Geriatra, etc), Fisioterapisti, Tecnici della Prevenzione, Geometra ed I.P. è assolutamente "residuale" rispetto alle attività principali di competenza degli stessi. Questo rappresenta, indubbiamente, un elemento di debolezza che non favorisce il processo di costruzione di una "base culturale" oltre che operativa che vada al di là dei "tempi fisicamente dedicati" ai controlli. Per poter promuovere, pro-gettare e attuare in maniera stabile e sistematica, azioni ed interventi mirati al miglioramento della qualità dei servizi erogati da parte degli enti gestori, è auspicabile si possa sviluppare all'interno della Commissione di Vigilanza un maggiore "senso di appartenenza", da raggiungere attraverso un maggior "radicamento" dei diversi professionisti oltre che attraverso un potenziamento del numero di addetti dedicati a tempo pieno a tali attività.

Di seguito si riporta il quadro di sintesi dei controlli di appropriatezza effettuati:

Tab. 5 Controlli di appropriatezza anno 2011

Unità d'offerta accreditate	Verifiche di appropriatezza	Contenuto verifiche	Universo	n. verifiche effettuate
6 sedi Consultorio Familiare	Percentuale di cartelle dei nuovi utenti presi in carico e che abbiano usufruito di prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione variabile da un minimo del 20% ad un massimo del 100%	Congruietà con la registrazione da Flusso 13 FAM Multiprofessionalità ove richiesta nella prestazione resa	1734	445 n. cartelle controllate
3 RSD *	% di fascicoli pari al 27% degli ospiti inseriti in struttura	Presenza del fascicolo sanitario e sociale. Coerenza classificazione SIDI con i contenuti del fascicolo sanitario e sociale e del programma individualizzato. Coerenza tra le attività previste dal PEI e personale impiegato	n. 59 ospiti inseriti	n. 16 fascicoli
6 CDD	20% di fascicoli degli ospiti accolti	Presenza del fascicolo sanitario e sociale. Coerenza classificazione SIDI con i contenuti del fascicolo sanitario e sociale e del programma individualizzato. Coerenza tra le attività previste dal PAI e personale impiegato	n. 151 ospiti	n. 31 fascicoli
2 CSS	100 % dei fascicoli relativi agli ospiti fruitori di Voucher di lungo-assistenza in ogni singola struttura	Coerenza tra Voucher di Lungo – Assistenza ed interventi / obiettivi previsti dal programma individualizzato	n. 10 ospiti con Voucher di Lungo -assistenza	n. 10 fascicoli
5 CDI	Percentuale media di fascicoli esaminati per CDI pari al 21,66% dei posti accreditati	Coerenza tra la documentazione raccolta nel fascicolo sanitario e sociale/PAI /	n. 120 posti accreditati al 01.01.2011	n. 26
16 RSA	Percentuale media di fascicoli esaminati pari al 20,66% dei p.l. accreditati	Coerenza tra la documentazione raccolta nel fascicolo sanitario e sociale/PAI e la classe SOSIA	n. 1350 posti letto accreditati e contrattualizzati al 01.01. 2011	n. 279 fascicoli
8 CT TOX	Certificazioni di tutti gli ospiti che risultano presenti in comunità o che sono stati ospitati in CT nei primi 2 trimestri 2011	Certificazioni di dipendenza e coerenza tra tipologia comunità ed indicazioni contenute nelle certificazioni	n. 217 ospiti	n. 217 certificazioni
3 SERT	10% delle cartelle degli utenti in carico alla data del 30/09/2011 nelle 3 sedi SERT	Congruietà tra le prestazioni riportate nella cartella e quelle registrate nel flusso del Sistema Informativo Dipendenze	1284 utenti	129 cartelle
1 HOSPICE	25% delle cartelle degli ospiti dell'anno 2011, stimati sul numero di persone (23) ricoverate nel primo trimestre 2011	Coerenza diagnosi - ricovero, del piano terapeutico predisposto, degli interventi/obiettivi previsti dal programma individualizzato e le prestazioni erogate, dei tempi di ricovero	92 ospiti	23
1 IDR	Cartelle ospiti che hanno usufruito di ricovero ordinario, di tutti gli ospiti in SV presenti alla data del controllo e di prestazioni ambulatoriali Verifica progetti RAR 2009/2010	Coerenza tipologia di prestazione/PRI/pri Verifica obiettivi di budget Verifica azioni richieste dai progetti RAR 2009/2010	453 utenti di cui : 188 ricoverati in area generale geriatrica 87 ricoverati in mantenimento 166 che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali 12 persone in SV	- n. 25 cartelle di ospiti ricoverati in Area G.G. - n. 11 cartelle di ospiti ricoverati in mantenimento - n. 16 cartelle di persone che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali - n. 12 cartelle di persone in S.V.
3 sedi RIABILITATIVE	Cartelle persone che hanno usufruito di trattamenti ambulatoriali e domiciliari 10% prescrizioni da Ricettario Unico	Coerenza tipologia di prestazione/PRI/pri Verifica adozione Ricettario Unico attraverso la coerenza tra Diagnosi/Protocollo Diagnostico Terapeutico	Volumi complessivamente e accreditati	- n. 157 cartelle di utenti che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali - n. 95 cartelle di utenti che hanno usufruito di prestazioni al domicilio

Controlli di appropriatezza area anziani:

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Le verifiche di appropriatezza hanno riguardato n. 279 Fascicoli Socio Sanitari .

Quest'anno per il controllo di appropriatezza è stata garantita una percentuale media pari al 20,66% del totale dei posti letto accreditati alla data del 01.01.2011. Anche per il 2011, in continuità con gli anni precedenti, i criteri principali adottati per la "selezione" del campione da sottoporre a controllo hanno riguardato:

- i "livelli di maggior fragilità";
- i cambi classe peggiorativi.

Esiti dei controlli (RSA)

In sintesi le verifiche effettuate sui n. 279 Fascicoli Socio Sanitari hanno evidenziato:

una sostanziale corretta tenuta del fascicolo socio – sanitario e la conferma della graduale implementazione di una metodologia di lavoro multi - professionale integrato

la pressoché totale corrispondenza tra la classe SOSIA attribuita e la documentazione contenuta nei Fascicoli degli ospiti

una maggiore attenzione alla corretta rilevazione e conseguente registrazione delle cadute nella scheda Sosia

i PAI esaminati risultano sufficientemente personalizzati sia nella tempistica di revisione che nella definizione delle strategie di intervento

la conferma dell'orientamento da parte di alcune strutture al coinvolgimento, laddove possibile, dei familiari nella formulazione e/o comunicazione dei PAI ed una maggiore attenzione alla documentazione relativa al consenso sanitario informato

la possibilità di ulteriore miglioramento nell'esplicitazione di indicatori di esito all'interno dei PAI

E' stata richiesta la riclassificazione Sosia per 3 dei 279 Fascicoli esaminati (tutti i 3 fascicoli sono a carico di un'unica RSA) avendo riscontro per tutti di un cambio classe migliorativo. E' stata quindi avviata la procedura di riclassificazione e, conseguentemente, di recupero delle somme indebitamente introitate dalla struttura.

Centri Diurni Integrati (CDI):

I controlli effettuati confermano il progressivo peggioramento dei livelli di autonomia degli utenti che accedono alla rete dei servizi semiresidenziali.

A questa tendenza al peggioramento delle condizioni di salute dell'utenza, le strutture operanti sul territorio sono riuscite in buona misura a far fronte intercettando la domanda espressa, adeguando, ove possibile, oltre ai propri interventi anche la propria capacità ricettiva. Dall'esame dei fascicoli si è avuta una sostanziale conferma che i CDI sono in grado di modulare una offerta assistenziale sufficientemente rispondente a criteri di flessibilità e personalizzazione.

Anche i modelli organizzativi appaiono orientati ad una flessibilità dei tempi di apertura e di accoglienza, confermando la tendenza ad una buona personalizzazione degli interventi. Inoltre i tempi di permanenza degli ospiti all'interno dei CDI testimoniano della validità di tale servizio in termini di alternativa all'istituzionalizzazione dell'anziano.

Controlli di appropriatezza area delle disabilità

Residenze Sanitarie Disabili (RSD):

Le verifiche operate nelle 2 RSD "storiche" del territorio non hanno evidenziato particolari criticità. Si è richiesto al Gestore di una RSD un più puntuale aggiornamento del fascicolo e del PEI da parte dei professionisti che non operano in struttura in modo continuativo ma che garantiscono, tuttavia, importanti prestazioni specialistiche programmate nei PEI (esempio : esperto di acquaticità, shiatsu,

ecc). Anche nel 2011 non si è effettuato il controllo di appropriatezza nella RSD “Sacro Cuore di Gesù” di San Colombano al Lambro che dal 2009, a seguito di divieto a nuovi inserimenti, opera esclusivamente su pazienti disabili cronici ex DGR n. 5000/2007 ormai residuali (n. 34) e molto anziani. Da febbraio 2010, il Gestore, accogliendo l’indicazione fornita dall’USS scrivente, ha attivato un gruppo, composto da 15 operatori della RSD, impegnati nella progettazione e verifica di procedure e linee guida “propedeutiche” alla riorganizzazione dell’unità d’offerta, una volta giunti a conclusione i lavori previsti dal piano programma.

E’ stata invece effettuata una prima verifica della sperimentazione attivata a seguito di Decreto n.8599 del 26/09/2011, nella RSD “Primavera” di Codogno. Si tratta di una sperimentazione che, prendendo spunto dalla sperimentazione regionale del nuovo modello di valutazione e classificazione per utenti ADI, si rivolge alla disabilità prodotta da Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (DGS), adottando, con i necessari ed opportuni adattamenti, la medesima metodologia di valutazione. La sperimentazione viene sostenuta da un gruppo di operatori in possesso di formazione specifica in materia di autismo che, sulla base delle nozioni acquisite, operano con un approccio psico-educativo strutturato. La prima verifica operata su tutti i Fascicoli degli utenti inseriti nella sperimentazione ha dato evidenza di un’importante personalizzazione e specializzazione sia degli strumenti adottati sia degli interventi ad oggi attuati. In particolare, per ogni utente, sono state individuate le specifiche aree di bisogno, attraverso Assessment individuali di tipo riabilitativo, infermieristico e medico. A tutti gli utenti sono state somministrate le seguenti scale di Valutazione:

Scala FIM

SID.i

A.A.P.E.P

E.F.I

ICF

Barthel

Tinetti (solo al bisogno)

Braden.

E’ prevista l’adozione di ulteriori strumenti di valutazione e di operatività per le aree educativa e medica. In particolare, per l’area educativa verrà introdotto il “Quaderno del decimo sistema” che ridefinisce tutti gli aspetti dell’assessment, secondo i criteri internazionali AAMR (American Association on Mental Retardation).

Apprezzabile risulta lo sforzo fin qui operato per l’individuazione di indicatori che consentano di misurare i livelli di previsto miglioramento in relazione agli obiettivi prefissati per la “specificità” dell’utenza inserita.

Comunità Socio – Sanitarie (CSS)

I controlli sono stati operati su tutti i fascicoli degli utenti beneficiari di Voucher di Lungo – Assistenza. Si è avuto sostanzialmente riscontro di un buon lavoro da parte dei Gestori. Ad un Gestore è stata tuttavia segnalata la necessità di una più puntuale attivazione e di un costante monitoraggio delle procedure per la prevenzione delle ulcere da decubito, in relazione alla presenza di pazienti a rischio o con decubiti in corso.

Centri Diurni per persone Disabili (CDD):

I Fascicoli sanitari ed assistenziali esaminati risultano, per la maggior parte delle strutture, chiari e coerenti con la scheda SIDi; analogamente i PEI risultano ben congeniati per rispondere agli specifici bisogni degli utenti.

E’ stato tuttavia richiesto:

ad una struttura una migliore definizione nel progetto riabilitativo - fisioterapico dei criteri di valutazione degli obiettivi, a servizio anche della loro successiva ridefinizione

ad un'altra struttura di implementare nei PEI l'evidenza delle attività svolte dagli operatori "specialisti", quali logopedista, TNPEE, musicoterapista, ecc, che non sono stabilmente presenti presso l'u.d.o.

Controllo di appropriatezza area famiglia

Consultori :

La verifica dell'appropriatezza relativa alle 6 sedi Consultoriali accreditate ha riguardato n. 445 cartelle. Il criterio usato per la scelta del campione è stato quello di verificare le situazioni con maggior numero di prestazioni fruite e con prestazioni diversificate per tipologia. Gli esiti delle verifiche hanno complessivamente dato evidenza di una buona precisione nella tenuta delle cartelle e nella registrazione delle prestazioni.

Controllo di appropriatezza area riabilitazione

IDR Valsasino

Le verifiche hanno riguardato n. 64 fascicoli/cartelle e precisamente:

n. 25 fascicoli di ospiti ricoverati in Area Generale e Geriatrica,

n. 11 fascicoli di ospiti ricoverati in Area di Mantenimento,

n. 16 fascicoli di persone che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali

e tutti i n. 12 fascicoli relativi ai pazienti presenti in Stato Vegetativo.

Dai controlli non sono emerse criticità particolari e da tutte le cartelle visionate si è avuto riscontro di piani d'intervento adeguatamente articolati e di un puntuale aggiornamento da parte di tutti i professionisti coinvolti (Medici, IP, FKT, OSS, ASA) nei progetti RAR 2009/2010.

In particolare gli interventi rivolti a favore delle persone in SV hanno testimoniato una importante attenzione da parte dei professionisti impegnati nelle diverse aree e si è confermata l'adeguatezza strutturale degli spazi riservati a "nucleo dedicato" che si caratterizza per l'idoneità ad assicurare l'accoglienza nel rispettosi della privacy sia dell'ospite che dei familiari.

Strutture riabilitative (3 sedi)

Fondazione Don Gnocchi (2 sedi)

Le verifiche hanno riguardato complessivamente n. 206 fascicoli e, più precisamente:

n. 87 relativi a persone che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali individuali

n. 24 relativi a persone che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali di gruppo

n. 95 fascicoli relativi a persone che hanno usufruito di prestazioni domiciliari.

I fascicoli esaminati sono risultati ben compilati e puntualmente aggiornati, sia rispetto agli obiettivi sia rispetto agli interventi. Non sono emerse criticità particolari e si è avuto, altresì, riscontro della corretta adozione del Ricettario Unico.

AIAS

Sono stati verificati i fascicoli relativi a n. 46 minori che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali. I riscontri riferiti sia all'attività svolta sia alla tenuta dei fascicoli sono stati positivi.

Hanno avuto esito positivo anche i controlli effettuati sulle cosiddette "prestazioni indirette"; vi è stato, infatti, riscontro della corrispondenza tra le prestazioni indirette rendicontate nei flussi informativi (incontri tra operatori ed insegnanti o genitori) e la loro puntuale registrazione nei Fascicoli. Per quanto attiene alle verifiche sull'utilizzo del Ricettario si è avuto evidenza che nella prescrizione sono sempre specificate la diagnosi e la fascia di riferimento e che le stesse risultano puntualmente riportate nel PRI

Controllo di appropriatezza area dipendenze

SERT

Il criterio per la definizione del campione da sottoporre a controllo è stato casuale ed ha riguardato il 10% degli utenti in carico alla data del 30/09/2011 nelle 3 sedi SERT. Sono state così verificate:

- n. 34 cartelle relative a n. 334 utenti in carico presso il SERT di Casalpusterlengo
- n. 24 cartelle relative a n. 240 utenti in carico presso il SERT di S. Angelo Lodigiano
- n. 71 cartelle relative a n. 710 utenti in carico presso il SERT di Lodi

Gli esiti dei controlli sulla sede di Lodi hanno evidenziato la sostanziale congruità tra le prestazioni registrate nelle cartelle e quelle riportate nel Flusso del Sistema Informativo Dipendenze, e documentato una buona prassi nella tenuta delle cartelle. Per le sedi SERT di Sant'Angelo e di Casalpusterlengo si sono riscontrate, invece, alcune imprecisioni riferibili a date non corrispondenti, codici errati, prestazioni non registrate.

CT Tossicodipendenti

In n. 4 delle 8 Comunità presenti sono stati riscontrate complessivamente n. 17 certificazioni non conformi (12 di abuso e non di stato di dipendenza, 5 rilasciate in data successiva a quella di inserimento per soggetti provenienti da regime carcerario) mentre si è riscontrata una totale coerenza tra la tipologia di comunità e l'indicazione della stessa nella certificazione rilasciata dai SERT/SMI .

Controllo di appropriatezza Hospice

Sono state verificate ad inizio anno n. 23 cartelle pari al 25% delle persone ricoverate nell'anno 2011 stimate sul numero di ricoverati nel primo trimestre 2011. I Fascicoli sono risultati coerentemente compilati, ben tenuti ed i PAI articolati e puntualmente aggiornati. Tuttavia, nel corso di un successivo controllo, sono state riscontrate criticità, comunque sanate nei tempi previsti.

Controllo di appropriatezza dell'erogazione ADI-VSS/Credit

Nell'anno 2011, infine, l'ASL, attraverso l'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e Controllo attività sociosanitarie, ha verificato il mantenimento dei requisiti di accreditamento degli erogatori accreditati per VSS/Credit. Per ogni erogatore sono state compiute verifiche relative a : le dotazioni organiche, le professionalità coinvolte, le tipologie contrattuali, ore da contratto, i titoli di studio e le iscrizioni agli Albi/Ordini per i professionisti tenuti.

Per quanto attiene ai controlli di appropriatezza riferiti alle prestazioni domiciliari sociosanitarie integrate – VSS/Credit si precisa che vengono assicurati tramite l'U.O. Valutazione Cure Socio Sanitarie alla cui sintesi si rimanda.

7.3.2: Istruttorie svolte nel corso del 2011

Nel 2011 *l'attività di monitoraggio dei piani programma* delle u.d.o. ancora interessate da lavori di ristrutturazione e/o dall'acquisizione di certificazioni mancanti ha riguardato le seguenti u.d.o.:

- la Struttura riabilitativa "Fondazione Don Gnocchi – 2 sedi - (con scadenza 2011) che ha concluso i lavori entro i tempi previsti ed ottenuto il rilascio di autorizzazione definitiva;
- la RSD " Sacro Cuore di Gesù" derivante da riconversione dell'IDR ex art. 26 con piano programma con scadenza al 2014;
- la sede del SERT di Lodi che ha concluso il piano programma per cui è stato rilasciato parere per aut/accr definitivo;
- la RSA di Codogno a gestione diretta ASL

Per il monitoraggio dei piani programma sono state rispettate le scadenze per l'invio alla Regione delle rendicontazioni previste. Allo stato attuale rimangono nell'intero territorio soltanto due strutture ancora interessate da piani programma.

L'attività istruttoria si è caratterizzata invece per :

il rilascio di autorizzazioni per le strutture che hanno concluso i piani programma;
il rilascio di verbali di conferma DIA
l'espressione di parere per l'accreditamento e/o ampliamento e/o conferma permanenza
requisiti di accreditamento

Il **“rilascio di autorizzazione definitiva al funzionamento, a seguito di conclusione dei piani programma”**, ha riguardato:

la Struttura riabilitativa “Fondazione Don Gnocchi con le 2 sedi di Lodi (Ambulatorio centrale) e di Lodi Vecchio (Sede periferica);
il Servizio per le Dipendenze dell'ASL per le tre sedi SERT con parere per rilascio autorizzazione/accreditamento definitivi
mentre si è proceduto a confermare l' autorizzazione provvisoria sino al 31/03/2012 per la RSA di Codogno a gestione ASL, ai sensi di quanto disposto all'allegato 15 della D.G.R. n.2633/11

il **“rilascio di verbali di conferma DIA”** ha riguardato:

il CDD “Danelli Day” di Lodi per trasferimento di parte delle attività relative al “Modulo Minori” in locali dedicati ed annessi allo stesso CDD
la RSA “Luigi Corazza” per ampliamento ricettività da n. 40 a n. 46 p.l.
la Struttura riabilitativa AIAS di Lodi per ampliamento dei volumi da n. 5000 a n. 7000 prestazioni ambulatoriali
la CT per tossicodipendenti “Il Gabbiano” di Pieve Fissiraga per ampliamento ricettività da n. 20 a n. 23 p.l.

L'**“espressione di parere per l'accreditamento e/o per l' ampliamento e/o conferma”** si è sostanziata, invece, nelle seguenti istruttorie:

CDD “Danelli Day” di Lodi, parere accreditamento ulteriori n. 10 posti per un totale di n. 30 posti
CDI “Comm. Carlo Marzagalli” dell'ASP Santa Chiara per ampliamento accreditamento da n. 20 a n. 30 posti
RSD “Primavera” di Codogno per parere accreditamento per n. 10 posti letto
Hospice di Codogno, parere voltura accreditamento da Cooperativa Sociale “Azzurra” ad ASL, proprietaria dell'immobile, in applicazione della D.G.R. n. 937/2010
Struttura riabilitativa AIAS di Lodi per parere ampliamento dei volumi accreditati da n. 5000 a n. 7000 prestazioni ambulatoriali
CT per tossicodipendenti “Il Gabbiano” di Pieve Fissiraga per parere ampliamento accreditamento da n. 20 a n. 23 p.l.
RSA “Angelica Vittadini – Terzaghi” di Casalpusterlengo per parere accreditamento di ulteriori n. 18 p.l., per un totale di n. 80 posti letto accreditati
Consultorio “Centro per la Famiglia” di Lodi conferma della permanenza requisiti di accreditamento
RSA “Piccola Divina Provvidenza” di Maleo conferma della permanenza requisiti di accreditamento a seguito ampliamento di ulteriori n. 5 p.l. per un totale di n. 75 p.l.
CDI “Girasole” di Casalpusterlengo conferma della permanenza requisiti di accreditamento

CDI “Comm. Carlo Marzagalli” dell'ASP Santa Chiara conferma della permanenza requisiti di accreditamento
RSD “Primavera” di Codogno conferma della permanenza requisiti di accreditamento
CT per tossicodipendenti “Il Gabbiano” di Pieve Fissiraga, conferma della permanenza requisiti di accreditamento
parere per conferma accreditamento delle n. 16 RSA accreditate ubicate nel territorio dell'ASL di Lodi

7.3.3: Attività di controllo amministrativo sulle persone giuridiche di diritto privato

La Commissione per la Vigilanza ed il Controllo amministrativo delle persone giuridiche di diritto privato ex art 23 e 25 del c.c., sta predisponendo la relazione che deve essere trasmessa alla Regione, entro il 31 gennaio di ogni anno, relativa ai n. 5 controlli effettuati come previsto dal Piano dei Controlli per l'anno 2011. Oltre alle verifiche documentali svolte su statuti, atti deliberativi dei CDA, bilanci, atti dei revisori, in corso d'anno è stato effettuato n. 1 sopralluogo presso la sede di una Fondazione sottoposta a controllo. Si sono inoltre tenuti n. 4 incontri in sede ASL con rappresentanti di n. 2 Fondazioni territoriali su richiesta delle stesse. Due componenti della Commissione hanno inoltre partecipato all'incontro tenutosi a Milano il 20/12/2011 indetto dalla Direzione Centrale Affari Istituzionali e Legislativo della Regione.

7.3.4. Vigilanza sulle u.d.o. sociali

In seguito dell'emissione da parte della Regione del Decreto n. 1254 del 15/02/2010 che ha fornito le prime indicazioni in ordine ad esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociali, l'ASL nel mese di novembre 2010, ha formalmente sottoscritto un accordo di programma con l'Ente Capofila del Piano di Zona, attraverso il quale, prendendo atto del succitato Decreto, sono state approvate le procedure per la gestione condivisa a livello territoriale della messa in esercizio e della vigilanza delle unità d'offerta sociali. Pertanto, nel corso del 2011, l'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e controllo attività sociosanitarie per l'ASL e l'Ufficio di Piano in rappresentanza dei 62 Comuni della provincia di Lodi hanno dato seguito, nel rispetto delle competenze reciproche, alla collaborazione sancita con tale Accordo. Sono stati effettuati n. 8 incontri, di tipo operativo, per la discussione congiunta delle situazioni trattate e sono state gettate le basi per la verifica ed il monitoraggio delle procedure in atto. In data 5/12/2011, nell'ambito della Conferenza dei Sindaci, sono stati restituiti da parte dell'ASL gli esiti dell'attività di vigilanza svolta nel periodo gennaio – novembre 2011 riferibile sia a sopralluoghi effettuati a seguito di CPE sia a sopralluoghi effettuati per la cosiddetta "vigilanza ordinaria". In quest'occasione è stata fornita ai Sindaci una rappresentazione aggiornata dell'articolazione delle u.d.o. sociali nel territorio lodigiano, suddivisa per ambito distrettuale, numero e tipologia di unità d'offerta, dotazione di posti, tipologia di gestione e sono state illustrate le principali criticità riscontrate nel loro funzionamento. Sono state, peraltro, anticipate alcune ipotesi di azioni correttive che si intendono attuare a parziale modifica dell'Accordo in scadenza al 31 marzo 2012. In particolare si ritiene di dover procedere ad una revisione delle procedure ad oggi applicate in materia di CPE e di vigilanza, nell'ottica di:

una loro ulteriore semplificazione;

un apporto consulenziale ai Comuni ed agli Enti gestori sempre più significativo in riferimento alla materia da parte dell'Ufficio di Piano;

un maggior coinvolgimento/responsabilizzazione dei Comuni rispetto alle azioni da attuare per il ripristino delle conformità in relazione agli esiti delle vigilanze

Nel 2011 per quanto attiene l'attività di *vigilanza svolta nel settore socio – assistenziale*, sono stati effettuati n. 69 sopralluoghi. In Tab. 1 si riporta la sintesi di dettaglio:

Tab. 1 – Sopralluoghi di vigilanza su u.d.o. sociali

Numero e Tipologia di unità d'offerta	Numero sopralluoghi effettuati	Sopralluogo per vigilanza ordinaria	Sopral luogo per CPE	Sopral luogo per vigilanza straordinari a	Numero u.d.o. a cui sono state elevate contestazioni in sede di sopralluogo
NIDI	20	14	5	1	11
NIDI FAMIGLIA	9	6	3		2
MICRONIDI	1		1		1
CENTRI PRIMA INFANZIA	1	1			1
CENTRI RICREATIVI DIURNI	10	1	9		
COMUNITA' FAMILIARI	4	4			2
COMUNITA' EDUCATIVE	7	6	1		2
ALLOGGI ALL' AUTONOMIA	2		2		1
COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI	1	1			1
CENTRO SOCIO - EDUCATIVO	5	5			1
SFA	4	4			1
PRONTO INTERVENTO ADULTI	1	1			
COMUNITA' DI RISOCIALIZZAZIONE ADULTI	2	2			
CENTRO DIURNO ANZIANI	1	1			
CASA ALBERGO	1	1			
Totali	69	47	21	1	23

Esiti vigilanze:**NIDI**

Le principali criticità riscontrate nelle 20 strutture sottoposte a vigilanza hanno riguardato prevalentemente aspetti di natura organizzativo – gestionale (compresenza di operatori non sempre garantita (8), Carta dei Servizi incompleta(3), presenza di personale con titolo di studio non idoneo (12), non rispetto dei parametri previsti dalla normativa riguardanti il rapporto numerico operatori/minori (3), esubero della capacità ricettiva (1), carenza documentale in sede al momento del sopralluogo (1), inadeguatezza di un locale (1).

MICRONIDI

Nel corso del 2011 è stato sottoposto a vigilanza 1 Micronido a seguito di Comunicazione Preventiva d'Esercizio. In sede di sopralluogo è stata rilevata la mancata compresenza degli operatori in alcune fasce orarie.

NIDI FAMIGLIA

Due delle strutture vigilate hanno presentato un esubero di bambini frequentanti superando, quindi, la capacità ricettiva prevista dalla vigente normativa.

CENTRO PRIMA INFANZIA

Dal punto di vista organizzativo e gestionale il Centro risponde pienamente ai criteri previsti dalla normativa. E' stata elevata una contestazione relativa alla mancata documentazione presso la sede dell'u.d.o. del certificato di verifica dell'impianto elettrico di messa a terra.

COMUNITA' EDUCATIVE

Sono stati effettuati n. 7 sopralluoghi di cui 1 a seguito di CPE presso n. 7 strutture. Presso due strutture si è avuto evidenza del mancato rispetto, in alcune fasce orarie, del rapporto numerico operatori/utenti inseriti, in un'altra Comunità si è rilevata l'assenza in struttura di almeno 1 operatore che garantisse la " pronta disponibilità" in fascia mattutina, quando i minori sono a scuola .Sono inoltre state elevate n. 2 contestazioni per titolo di studio non idoneo.

COMUNITA' FAMIGLIARI

Presso n. 2 strutture non era presente al momento del sopralluogo la necessaria documentazione atta a rendere espletabili le verifiche dei requisiti organizzativo - gestionali.

COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI

A seguito della conclusione delle opere di adeguamento, già rilevata nell'anno 2010, si è acquisito l'atto di autorizzazione definitiva al funzionamento emesso dal Comune . Sono state elevate n. 2 contestazioni, in sede di sopralluogo, relative alla conservazione ed al mantenimento degli spazi della struttura.

N.B.: Si precisa che le due Comunità Alloggio, presenti nel territorio lodigiano e che risultano accreditate con il Servizio Socio Sanitario Regionale, non vengono computate tra le u.d.o. socio – assistenziali ma tra quelle socio – sanitarie e pertanto, ogni anno, regolarmente sottoposte a vigilanza Ordinaria oltre che a Controllo di appropriatezza.(Vd. CSS)

CENTRI SOCIO EDUCATIVI

Nessuna criticità riscontrata.

CASA ALBERGO

Nessuna criticità è stata riscontrata.

CENTRI RICREATIVI DIURNI – CRD Sono stati vigilati n. 10 CRD , 9 di essi a seguito di Comunicazione Preventiva d'Esercizio. Le nuove attivazioni hanno presentato le seguenti criticità: carta dei servizi priva di elementi previsti dalla normativa (1), non disponibilità del documento attestante le caratteristiche antinfortunistiche di giochi, arredi ed attrezzature (1), mancanza di documentazione attestante l'avvenuta verifica dell'impianto elettrico di messa a terra (4), inidoneità del titolo di studio del coordinatore (2). Solo 3 CRD sono risultati essere subito conformi.

7.3.5. Articolazione delle u.d.o. sociali

A completamento della sintesi dell'attività svolta nell'anno 2011 in ambito di vigilanza sulle u.d.o. socio – assistenziali ed a premessa del successivo paragrafo relativo alle azioni previste per l'anno 2012, si ritiene importante richiamare il quadro di contesto del territorio lodigiano, fotografando l'universo delle strutture sociali non temporanee, aggiornato al 03.01.2012, di cui la Commissione di Vigilanza è a conoscenza, in quanto in possesso di autorizzazione al funzionamento e/o Comunicazione Preventiva d'Esercizio verificata.

Tab. 2 : “Universo u.d.o. socio – assistenziali” alla data del 03/01/2012.

Unità d'offerta socio - assistenziali che risultano in possesso di autorizzazione al funzionamento/Comunicazione Preventiva suddivise per tipologia e distretto

Tipologia	Basso Lodigiano	Lodi	Sant'Angelo Lodigiano	Totali
NIDO	10	20	7	37
NIDO FAMIGLIA		6	3	9
MICRONIDO	1	2	1	4
CENTRO PRIMA INFANZIA		1		1
CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE (CAG)	4			4
COMUNITA' EDUCATIVE	2	4	1	7
COMUNITA' ALLOGGIO ADULTI E PRONTO INTERVENTO		1		1
COMUNITA' DI RISOCIALIZZAZIONE E REINSERIMENTO		2		2
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA		2		2
COMUNITA' FAMILIARI	1	4	2	7
CENTRI SOCIO EDUCATIVI (CSE)	1	3	1	5
COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI ** (non accreditata come CSS)		1		1

SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA (SFA)	1	2	1	4
CENTRI DIURNI ANZIANI		1		1
CASA ALBERGO	1			1
Totale u.d.o socio – assistenziali	21	49	16	86

Di seguito si riportano le Tabelle di dettaglio, **aggiornate al 03/01/2012**, delle “U.d.o. socio – assistenziali” per Tipologia di u.d.o./Comune di ubicazione/Posti.

colore giallo: Distretto di Lodi

colore azzurro: Distretto del Basso Lodigiano

colore verde: Distretto di S. Angelo Lodigiano

AREA ANZIANI

Tab. 3

CASA ALBERGO

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	N. POSTI AUTORIZZATI
1	CASA ALBERGO "MONSIGNOR CARLO SALVADERI"	Meleti	8

Tab. 4

CENTRO DIURNO ANZIANI			
N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	N. POSTI AUTORIZZATI
1	CENTRO DIURNO ANZIANI DEL COMUNE DI LODI	Lodi	80

AREA MINORI

Tab. 5

COMUNITA EDUCATIVA

N.	DENOMINAZIONE U.D.O	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	"COMUNITA' DI ACCOGLIENZA ALLA VITA"	Lodi	5
2	"KIRIKU"	Cavenago d'Adda	10
3	"MARCELLINO"	Borghetto Lodigiano	10
4	COMUNITA' EDUCATIVA MADRE - BAMBINO SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO "ARTEMISIA L'INCORONATA"	Zorlesco Casalpusterlengo	4
5	COMUNITA' EDUCATIVA MADRE - BAMBINO "ARTEMISIA L'INCORONATA"	Zorlesco Casalpusterlengo	10
6	"CASA OCEANO"	Lodi	10
7	"ARTEMISIA JUNIOR"	Cavenago d'Adda	10
7	<i>Totale posti</i>		59

Tab. 6

ALLOGGI PER L'AUTONOMIA

N.	DENOMINAZIONE U.D.O	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	"COMUNITA' BETANIA"	Lodi	5
2	"CASA PROTEZIONE DELLA GIOVANE"	Lodi	5
2	<i>Totale posti</i>		10

Tab. 7

CENTRO DI PRIMA INFANZIA

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	CENTRO PRIMA INFANZIA	Zelo Buon Persico	15

Tab. 8

NIDO FAMIGLIA

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	IL SEMINO 1	San Colombano al Lambro	5
2	IL SEMINO 2	Borghetto Lodigiano fraz. Casoni	5
3	IL SEMINO 3	Borghetto Lodigiano fraz. Casoni	5
4	PESCIOLINI VERDI	Sordio	5
5	PESCIOLINI ROSSI	Sordio	5
6	LA CASA DELLE FAVOLE	Boffalora d'Adda	5
7	I PINGUINI	Tavazzano	5
8	IL CORTILE DEI BIMBI	Lavagna di Comazzo	5
9	NIDO GIOCONDO	Casalmaiocco	5
9	<i>Totale posti</i>		45

Tab. 9

MICRONIDO

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	"C'ERA UNA VOLTA"	Valera Fratta	10
2	"BOROTALCO"	Cervignano d'Adda	10
3	"TANTE COCCOLE"	Comazzo	10
4	"L'ALBERO DEI SOGNI"	Guardamiglio	10
4	<i>Totale posti</i>		40

Tab. 10

ASILI NIDO

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	"IL PAESE DEI BAMBINI"	Brembio	13
2	"PIANETA BAMBINO"	Casalpusterlengo	60
3	"BABY BIRBA"	Casalpusterlengo	16
4	"MONDOBIMBO"	Codogno	60
5	"PRIMI PASSI"	Codogno	18
6	"L'AQUILONE"	Cornegliano Laudense	25
7	"DIETRO L'ANGOLO"	Corno Vecchio	25
8	"CARILLON"	Lodi	62
9	"GIROTONDO"	Lodi	72

10	"IL BRUCO"	Lodi	24
11	"MARY POPPIN'S"	Lodi	20
12	"CANOSSA"	Lodi	29
13	"SAN FRANCESCO"	Lodi	30
14	"LE GEMME DI BABY CITY"	Lodi	38
15	"LA COCCINELLA"	Lodi Vecchio	30
16	"LE MARMOTTE"	Mulazzano	24
17	"COLIBRI"	Ospedaletto Lodigiano	17
18	"SAN GIUSEPPE"	Somaglia fraz. San Martino Pizzolano	16
19	"PRE-MATERNA"	San Colombano al Lambro	30
20	"44 GATTI"	Sant'Angelo Lodigiano	45
21	"LA FELICITALPA"	Montanaso Lombardo	29
22	"POLLICINO"	Caselle Lurani	20
23	"IL FRUTTETO"	Pieve Fissiraga	16
24	"MARY POPPIN'S"	Graffignana	31
25	"BIMBOLANDIA HAKUNA MATATA"	Lodi	15
26	"PICCOLO PRINCIPE"	San Martino in Strada	13
27	"CALIMERO GANG"	Sant'Angelo Lodigiano	23
28	"IL PULCINO"	Lodi Vecchio	17
29	"IL GATTO SILVESTRO"	Zelo Buon Persico	12
30	"C'ERA UNA VOLTA... "	Fombio (fraz. Retegno)	22
31	"CALIMERO GANG"	Cornegliano Laudense	16
32	"SUORE SACRAMENTINE DI BERGAMO"	Castiraga Vidardo	24
33	"IL BOSCO INCANTATO"	Casalmaiocco	17
34	"BIO"	San Martino in Strada	24
35	"IL GRILLO PARLANTE"	Livraga	14
36	"POLLICINO"	Galgagnano	15
37	"IL GIARDINO DEI BIMBI"	Tavazzano	18

Tab. 11

CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	N. MINORI
1	"ORATORIO CAPPUCCINI"	Casalpusterlengo-	170
2	"LA BALENA"	Casalpusterlengo	60
3	"ORATORIO SAN LUIGI GONZAGA"	Castelnuovo Bocca d'Adda-	90
4	"CENTRO GIOVANILE ORATORIO SAN LUIGI"	Codogno	120
4	<i>Totale minori</i>		440

Tab. 12**COMUNITA' FAMILIARI**

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	"TORRETTA"	Lodi	4
2	"MADONNA DELLA FONTANA"	Lodi	6
3	"L'ARGINE"	Senna Lodigiana	6
4	"LA MONGOLFIERA"	Borghetto Lodigiano	6
5	"GRUPPO FAMILIARE 1"	Lodi	6
6	"GRUPPO FAMILIARE 2"	Lodi	6
7	"SANTA BRIGIDA"	Borghetto Lodigiano	6
7	<i>Totale posti</i>		40

AREA ADULTI**Tab. 13****PRONTO INTERVENTO ADULTI**

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	PRONTO INTERVENTO ADULTI MASCHILE "CASA ACCOGLIENZA DON LUIGI SAVARE'	Lodi	10
1	<i>Totale posti</i>		10

Tab. 14**COMUNITA' DI RISOCIALIZZAZIONE E REINSERIMENTO**

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	"CASA ACCOGLIENZA DON LUIGI SAVARE'" (MASCHILE)	Lodi	10
2	"SAN GIACOMO"-(FEMMINILE)	Lodi	17
2	<i>Totale posti</i>		27

AREA DISABILITA'**Tab. 15****COMUNITA' ALLOGGIO HANDICAP**

N.	DENOMINAZIONE U.D.O.	SEDE U.D.O.	POSTI AUTORIZZATI
1	COMUNITA' DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE PER PERSONE CON DISABILITA' "CAMPO MARTE"	Lodi	10
1	<i>Totale posti</i>		10

N.B.: Si precisa che due Comunità Alloggio presenti nel territorio lodigiano e che risultano accreditate con il Servizio Socio Sanitario Regionale ("CSS Le Margherite" di Lodi e "CSS Amicizia" di Casalpusterlengo), non vengono computate tra le u.d.o. socio – assistenziali ma tra quelle socio – sanitarie.

Tab. 16**SFA**

N.	DENOMINAZIONE U.D.O	SEDE U.D.O
1	" LE PLEIADI SERVIZI"	Lodi
2	" IL MOSAICO"	Lodi
3	" AMICIZIA"	Codogno
4	"CENTRO SACRO CUORE DI GESU'"	San Colombano al Lambro

Tab. 17

CSE			
N.	DENOMINAZIONE U.D.O	SEDE U.D.O	POSTI AUTORIZZATI
1	"ATHENA"	Lodi	30
2	"BERGOGNONE"	Lodi	20
3	"AMICIZIA"	Codogno	20
4	"LAVORO E ARTE"	Lodi Vecchio	10
5	"CENTRO SACRO CUORE DI GESU'"	San Colombano al Lambro	15
5	<i>Totale posti</i>		95

Alle u.d.o. socio – assistenziali di cui alle su riportate tabelle, si devono aggiungere ulteriori u.d.o. temporanee – Centri Ricreativi Diurni (CRD) - attive nei periodi estivi e variabili numericamente (tra i 70 – 80). Nel corso del 2011 si è avuto riscontro di n. 9 nuove aperture che sono state tutte vigilate a seguito di CPE.

Nel corso del 2011 il sistema delle unità di offerta sociali sul territorio dell'ASL di Lodi, pur non presentando sostanziali variazioni da un punto di vista numerico, è stato comunque caratterizzato da una serie di cambiamenti . In breve si riportano i principali:

la comunità educativa (Casa Kronos di Lodi) dopo una sospensione iniziata lo scorso anno, ha chiuso definitivamente la propria attività;

ha cessato l'attività un Nido Famiglia ("Baliabea" di Somaglia)

ha avviato l'attività un Micronido nel distretto di Lodi ("Tante coccole" di Comazzo);

hanno avviato la propria attività due nuovi Nidi Famiglia ("Il Cortile dei Bimbi" di Lavagna di Comazzo e "Nido Giocondo" di Casalmaiocco)

si è aperto un nuovo Nido nel distretto di Lodi ("Il Giardino dei bimbi")

Rispetto al 2010:

sono aumentati i posti a servizio della prima infanzia e precisamente :

- 1) i posti in Nido di n. 35 unità, arrivando ad una dotazione territoriale pari a n. 980 posti di cui n. 546 nel distretto di Lodi, n. 261 nel distretto del Basso Lodigiano e n. 173 nel distretto di S. Angelo Lodigiano
- 2) i posti in Nido Famiglia di n. 5 unità, per complessivi n. 45 posti
- 3) i posti in Micronido di n. 10 unità, per complessivi n. 40 posti

a seguito della chiusura di una struttura , sono diminuiti di sei unità i posti in Comunità Educativa.

Complessivamente sono n. 59 posti , di cui n. 35 nel distretto di Lodi, n. 14 nel distretto del Basso lodigiano e n. 10 nel distretto di S. Angelo Lodigiano.

7.3.6.: Criticità Area socio – assistenziale

A partire dalle criticità già dettagliate nella sintesi dell'attività svolta sulle diverse u.d.o. e che hanno portato all'elevazione di n. 46 contestazioni in sede di vigilanza, sembra utile ribadire la necessità che vengano messe in atto azioni volte al superamento di atteggiamenti ravvisati come potenzialmente "rischiosi" per la qualità dei servizi offerti. Si ritiene, infatti, che anche il "sistema delle u.d.o. socio – assistenziali", così come quello socio – sanitario, non possa prescindere da una "regia" che poggi su solide basi programmatiche. Diversamente, uno dei rischi che si corre è quello di veder "spuntare" sul territorio unità d'offerta che rispondendo a bisogni, sicuramente legittimi ma di altra natura (compressione del mercato del lavoro, su tutti), chiudono i propri battenti dalla "sera alla mattina" o tendono ad abbassare i livelli qualitativi dei servizi offerti, in un'ottica di abbattimento dei costi (utilizzo di personale precario e poco pagato che si traduce inevitabilmente in alto turn over, etc). Questo ruolo di "regia" spetta a quegli attori istituzionali (Comuni, Ufficio di Piano, Assemblee distrettuali, etc) che, in virtù delle funzioni di competenza e della conoscenza non solo del contesto della singola municipalità ma anche di quello più ampio provinciale, sono in grado di promuovere servizi ed unità di offerta davvero rispondenti alle reali necessità del territorio.

Dall'altra parte anche i gestori delle unità d'offerta sociali sono chiamati progressivamente ad agire in un'ottica meno individualistica e "d'improvvisazione" che tenga invece, sempre più in seria considerazione il contesto di riferimento.

Inoltre, anche in funzione dei prossimi futuri accreditamenti in ambito sociale, è sicuramente necessario e non più solo auspicabile che anche il mondo delle realtà socio – assistenziali si doti di strumenti e prassi in grado di rispondere al meglio alle esigenze di trasparenza e controllo.

Nonostante, infatti, l'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e Controllo attività sociosanitarie abbia da tempo inviato specifiche informative ai gestori in tal senso e nonostante tale necessità venga regolarmente ribadita dalla Commissione di Vigilanza in sede di sopralluogo, non è infrequente riscontrare situazioni in cui viene ancora disattesa (mancanza presso le sedi della documentazione relativa alle verifiche periodiche sugli impianti e/o di strumenti per la rilevazione dell'effettiva presenza in servizio del personale, non rispetto dei tempi concessi per l'integrazione della documentazione, etc).

Nel 2012 la Commissione di Vigilanza intende proseguire la propria attività declinando le funzioni di competenza sulla prerogativa dell' "essere vigili", attenti cioè prima di tutto ai bisogni ed alle istanze dei cittadini che usufruiscono dei servizi , che molto spesso sono i più fragili ed in quanto tali devono avere la sicurezza di potersi avvalere di servizi "affidabili" e di qualità. In quest'ottica di "qualificazione" dei servizi per facilitare i gestori nell'attuazione di "corrette prassi" nella gestione dell'unità d'offerta, l'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e Controllo attività sociosanitarie, ai primi di gennaio 2012, invierà a tutte le u.d.o. presenti sul territorio una ulteriore nota informativa che verrà pubblicata anche nel sito aziendale dell'ASL.

Continuerà anche la collaborazione sopra citata con i Comuni per il tramite dell'Ufficio di Piano in vista del rinnovo con revisione del succitato Accordo di programma in materia di CPE e di vigilanza delle u.d.o. sociali.

7.3.7 Attività programmata per il 2012

Nel 2012 l'USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e Controllo attività sociosanitarie assolverà tutte le funzioni istituzionali proprie e, attraverso la Commissione di Vigilanza , espletterà l'attività di vigilanza e controllo, sulla base delle Linee di indirizzo regionali approvate con la D.G.R. n. 8496 del 26 novembre 2008 ed in osservanza a quanto stabilito dalla D.G.R. n. 937 del 01/12/2010, dalla D.G.R. n. 2633 del 06/12/2011 e dalle eventuali disposizioni che verranno emanate nel corso dell'anno.

Le più recenti innovazioni introdotte dalle normative regionali in materia di accreditamento istituzionale , di contrattualizzazione e budgetizzazione, congiuntamente alle previste adozioni di provvedimenti diretti alla modifica complessiva della D.G.R. n. 8496/08 per quanto attiene all'esercizio, all'accreditamento ed alla vigilanza e controllo di appropriatezza, alla semplificazione dei processi di messa in attività e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie, alla definizione

di un “modello di accreditamento universale”, alla definizione di requisiti regionali per l’esercizio e l’accreditamento dell’Assistenza Domiciliare Integrata con il superamento dell’attuale sistema basato su patti di accreditamento territoriali, alla riforma del sistema di welfare da realizzare anche attraverso azioni e progetti sperimentali che spostino l’attenzione dall’*offerta* di servizi e strutture alla *domanda*, richiedono ai servizi di Vigilanza un forte impegno a caratterizzare in maniera strutturata e sistemica la propria attività. E’ proprio in considerazione dei processi di semplificazione delle procedure per la messa in esercizio e per l’accreditamento di unità d’offerta socio sanitarie e dello sviluppo del sistema di intervento sulle “fragilità” programmato da Regione Lombardia che diventa sempre più cogente la funzione di vigilanza e controllo a tutela dei cittadini che si rivolgono alle strutture in un contesto di piena applicazione del principio di libera scelta. Ma se da un lato è necessario potenziare le ispezioni in loco ed estendere sempre più le azioni di controllo anche agli ambiti del controllo amministrativo, dall’altro non si può pensare ad un controllo tout court, svincolato dalla corresponsabilità tra controllore e controllato. Si devono quindi potenziare anche le attività volte al confronto su specifiche tematiche, alla ricerca e alla elaborazione di linee guida di *good practice* a valenza territoriale finalizzate a supportare i processi di miglioramento della qualità offerta ai cittadini da parte degli erogatori, a promuovere e sostenere processi di autocontrollo da parte degli erogatori stessi.

Del resto la riforma in atto del sistema di welfare volta, come si diceva, ad assicurare il passaggio dal “sistema dell’offerta” a quello “della domanda”, sostiene e conferma il processo già avviato in questi anni a tutela del cittadino portatore di bisogni sempre più “complessi”. E’ proprio su questi presupposti che l’intero sistema delle u.d.o. sociosanitarie deve sapersi rinnovare, ritarando con flessibilità e trasparenza la propria offerta sui bisogni del cittadino più che sulle peculiarità intrinseche al proprio sistema di funzionamento. Si tratta di azioni che attraverso un ripensamento anche culturale dei concetti e dei significati del “prendersi cura” presuppongono che vengano nel contempo affinati, resi flessibili e perfezionati i modi, i tempi, i percorsi, gli strumenti attraverso i quali viene declinata (per esempio a favore di un anziano in una RSA piuttosto che in un CDI, o di un minore piuttosto che di un adulto all’interno di un CDD, di una famiglia all’interno di un Consultorio o di un SERT/SMI, etc). Ogni progetto di assistenza, infatti, nella misura in cui restituisce dignità alla persona, si configura come dimensione costitutiva della singola unità d’offerta, indipendentemente dalla sua tipologia o dal suo status erogativo, cui conferisce senso, “mission” e “vision”. I tavoli di lavoro, attivati ormai da anni con i gestori delle unità d’offerta rivolte ad anziani e a disabili, rappresentano proprio un “luogo” all’interno del quale ricercare, in un’ottica di collaborazione-partecipativa e senza negazione alcuna delle differenze nei ruoli tra le parti, i percorsi migliori che consentono di mettere al centro del sistema dell’offerta dei servizi, prima di tutto, la persona ed i suoi bisogni.

A sostegno di tali azioni diventa pertanto prioritario non solo che i team ispettivi a ciò preposti siano dotati di adeguate professionalità e con competenze specifiche rispetto ai compiti assegnati, ma che anche l’assegnazione del personale alle funzioni di controllo non rientri in un ambito di residualità poco compatibile con lo sviluppo operativo dei procedimenti connessi alle attività stesse.

Anche per il 2012 si conferma l’impegno ad assicurare la vigilanza sul 100% delle unità d’offerta sociosanitarie sia accreditate che autorizzate e/o in esercizio tramite DIA presenti al 03.01.2012 e a garantire il controllo sulle stesse nel rispetto di quanto stabilito dalla DG.R. n. 937/10 e confermato dalla D.G.R. n. 2633 del 6/12/2011.

L’attività dell’ USS Dipartimentale Accreditamento Qualità e Controllo attività sociosanitarie nel 2012 sarà inoltre caratterizzata da un forte impegno mirato a:

effettuare tutte le verifiche eventualmente disposte dai competenti Uffici regionali in riferimento alle Sperimentazioni territoriali in atto e/o attivabili

rinnovare, nelle more della definizione dei requisiti regionali e con scadenza al 30/06/2012, i Patti di accreditamento ad oggi in essere degli erogatori ADI/VSS

dar seguito agli adempimenti conseguenti alla prevista adozione del provvedimento regionale col quale saranno definiti i requisiti regionali per l'accreditamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata

assolvere i compiti di spettanza relativi all'implementazione dell'applicativo "Anagrafe Unica Famiglia" delle u.d.o. socio-sanitarie

proseguire le collaborazioni con gli uffici della Direzione Sociale preposti alla contrattazione ed alla negoziazione di budget con gli enti gestori dei servizi socio-sanitari

proseguire le collaborazioni già in atto da anni con il PAC aziendale, con lo PSAL e con l'USC Accredimento Sanitario per la condivisione di aspetti dell'attività e di tematiche a valenza trasversale

potenziare le connessioni con i diversi settori dell'Azienda che, per attività di competenza e/o per specifiche progettualità, "impattano" sul sistema delle unità d'offerta socio-sanitarie, al fine di evitare la segmentazione degli interventi e promuovere una riflessione congiunta degli esiti (Progetto Sobane, Progetto Farmaceutica in RSA, etc)

proseguire, nell'ambito della vigilanza sulle unità d'offerta sociali, la collaborazione avviata nel 2010 con i Comuni, per il tramite dell'Ufficio di Piano e sancita dall'Accordo di Programma approvato con Deliberazione ASL n. 361 del 04/11/2010 in materia di CPE e vigilanza. Sulla base dell'esperienza maturata in corso d'anno, si ritiene di dover procedere ad una revisione delle procedure in uso in materia di CPE e di vigilanza sulle u.d.o. sociali, finalizzata all'ulteriore semplificazione e ad un maggior sostegno da parte dell'Ufficio di Piano ai Comuni nel loro compito di riconduzione a conformità le u.d.o. che presentano criticità, anche attraverso l'applicazione degli istituti previsti dal Decreto n. 1254/10

In sintesi si conferma che l'attività di vigilanza e controllo sulle u.d.o. socio-sanitarie e socio-assistenziali si svilupperà attraverso :

	azioni	strumenti
1	Individuazione per ogni struttura di indicatori specifici di rischio	Attraverso l'utilizzo di dati già in possesso desumibili dai verbali di sopralluogo pregressi o da strumenti regionali, quali la scheda struttura, già attivi per alcune tipologie di u.d.o. , dai flussi oggetto di debito informativo e dalla reportistica integrata da Datawarehouse aziendale
2	Individuazione delle équipes preposte ai controlli in funzione: a) delle competenze specifiche, b) del tipo di controllo da svolgere	Applicazione e valorizzazione della "multiprofessionalità" della composizione delle équipes di vigilanza e controllo
3	Adempimenti relativi all'applicativo regionale "Anagrafe Unica Famiglia "	Implementazione ed aggiornamento puntuale dei dati relativi alle unità d'offerta socio-sanitarie ed ai gestori attraverso l'Applicativo Regionale
4	Coinvolgimento degli enti erogatori nel percorso di superamento delle criticità, di mantenimento dei punti di forza e di miglioramento della qualità offerta	incontri di gruppo per l'analisi e la restituzione dei dati ASL, analisi comparative degli stessi, tavoli di lavoro su diverse tematiche , etc

5	<p>Collaborazione con l'Ufficio di Piano nel rispetto di quanto stabilito dalle "procedure in materia di CPE e di vigilanza sulle u.d.o. sociali" approvate con deliberazione ASL n. 361 del 04/11/2010</p> <p>- Revisione delle procedure nell'ottica dell'ulteriore semplificazione</p>	<p>Applicazione delle procedure, incontri, strumenti telematici (posta elettronica,etc)</p> <p>- Approvazione di procedure revisionate entro i termini di scadenza dell'Accordo di Programma (31/03/2012)</p>
6	<p>Collaborazione con :</p> <p>i Servizi preposti alla contrattualizzazione ed alla negoziazione con gli enti gestori di u.d.o. sociosanitarie per i necessari riscontri relativi all'attività di vigilanza e controllo</p> <p>i Servizi aziendali che per specifiche competenze e/o diverse progettualità intervengono nelle unità d'offerta sociosanitarie</p>	<p>Incontri, esiti verbali di sopralluogo e/o documentali, reportistica varia, relazioni.</p>

Criticità	Obiettivi 2012	Indicatori
Necessità di pianificare e programmare in modo integrato le funzioni e le attività in capo alla Commissione di Vigilanza	Programmare e pianificare gli interventi atti a garantire le funzioni relative a: esercizio, accreditamento, vigilanza e controllo	Effettuazione di riunioni della Commissione di Vigilanza di tipo programmatico ed organizzativo (almeno 8 all'anno)
Necessità di verificare il mantenimento dei requisiti di autorizzazione/accreditamento previsti dalle normative di riferimento per le unità d'offerta socio - sanitarie	Realizzare sopralluoghi in tutte le unità d'offerta socio – sanitarie autorizzate ed accreditate	almeno 56 sopralluoghi (100%)
Necessità di verificare l'appropriatezza delle prestazioni nella misura del 10% di quelle erogate	Effettuare controlli di appropriatezza sulle seguenti unità d'offerta socio – sanitarie accreditate: RSA,RSD, Consultori,CDD,CSS,CDI, SMI, Erogatori ADI, in conformità a quanto stabilito dall'allegato 12 della DGR n. 937 del 01/12/2010 e confermato dalla D.g. r. n. 2633 del 06/12/2011 – allegato n. 15	10% delle prestazioni erogate
Necessità di effettuare Vigilanza e controllo amministrativo sugli Enti Gestori di u.d.o. socio – sanitarie ex artt. 23 e 25 del codice civile tramite apposita Commissione interna	Effettuare verifiche a campione sulle Fondazioni ex artt. 23 e 25 c.c.	Almeno 5 verifiche
Necessità di verificare il possesso dei requisiti previsti dalle normative di riferimento da parte di unità d'offerta socio – assistenziali già autorizzate e/o in esercizio e di quelle che si attiveranno sulla base di CPE (Comunicazione Preventiva d'Esercizio)	Realizzare sopralluoghi di vigilanza : a seguito di CPE e su attivazione da parte dei Comuni per il tramite dell'Ufficio di Piano, nel rispetto della Procedura approvata con Deliberazione ASL n. 361 del 04/11/2010 - ordinaria su u.d.o. già in esercizio	almeno n. 60 sopralluoghi per CPE e per vigilanza ordinaria

Proseguirà inoltre l'attività relativa:al mantenimento della certificazione di qualità della procedura P11 al rispetto degli adempimenti del codice etico comportamentale all'applicazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 2633 del 06/12/2011, con particolare riguardo all'allegato n. 15

8 PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATTIVITA' DI PREVENZIONE

In Regione Lombardia l'attività dei servizi di prevenzione volta al controllo ufficiale delle attività e delle strutture che comportano un rischio per la salute delle singole persone, dei lavoratori e della popolazione è stata profondamente innovata negli ultimi anni, in forza dei principi di responsabilizzazione ed autocontrollo di ciascun soggetto del sistema socio economico, semplificazione delle procedure amministrative, potenziamento dei controlli a posteriori in corso di attività a regime, programmazione della azione di controllo parametrata al livello di rischio, efficienza nell'utilizzo delle risorse anche grazie ad una maggiore integrazione all'interno del sistema regionale della prevenzione. La concreta realizzazione di tali principi si traduce nella stesura, da parte delle Autorità Competenti Locali, del " Piano integrato dei controlli ", il cui principale obiettivo è fornire strumenti per indirizzare risorse e utilizzare metodi di controllo ufficiale omogenei e innovativi nelle differenti categorie di attività presenti nel territorio regionale. Tale piano si armonizza con altri sistemi correlati quali il sistema di gestione per la qualità ed il codice etico aziendale, puntando al coordinamento interno e alle sinergie tra le istituzioni e le parti sociali del territorio. Per i Servizi ASL che svolgono attività connesse alla sicurezza alimentare l'attività di controllo ufficiale è stata ulteriormente definita dalla introduzione, cogente dal primo gennaio 2011, degli standard operativi del Manuale delle Autorità Competenti Locali, predisposto ai sensi del Regolamento (CE) n. 882:2004 e del Decreto Direzione Generale Sanità N. 7630/2009: " Standard di organizzazione e funzionamento delle ASL Lombarde".

Il Piano 2012 è stato redatto tenendo conto di tali modifiche normative e in armonia con la DGR: n. 2633/11 " Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 "con particolare riferimento all'Allegato relativo a: "Attività di Prevenzione Mediche e Veterinarie delle ASL " con l'intento di sviluppare logiche di intervento della Prevenzione ispirate a criteri integrati di studio-controllo-indirizzo-informazione, educazione e comunicazione in un contesto normativo e culturale in forte evoluzione, secondo un approccio di sistema, che travalica i confini di Unità Operativa e va oltre l'esclusivo punto di vista del Singoli Servizi.

Obiettivi caratterizzanti la programmazione anno 2011 sono:

1. garantire il rispetto degli obiettivi di cui alla DGR sopra richiamata fissati per i Dipartimenti di Prevenzione secondo gli indirizzi di declinazione successivamente emanati dalla UO Prevenzione regionale;
2. recepire le Linee di indirizzo regionali in materia di " Standard di funzionamento dei Servizi ASL competenti in materia di sicurezza alimentare ;
3. applicare le Linee guida regionali in materia di vigilanza e controllo per i Dipartimenti di Prevenzione;
4. garantire un modello di rendicontazione tramite i sistemi informativi regionali
5. applicare un sistema di "pesatura" delle attività soggette a controllo in funzione del rischio connesso con l'attività svolta, che consenta la definizione di priorità di intervento;
6. implementare sistemi di elaborazione e reportistica in grado di riorientare le successive attività di controllo nei confronti delle principali criticità incontrate ;
7. sviluppare l'integrazione, il coordinamento e la collaborazione pur nel pieno rispetto delle specificità tecniche e organizzative, tra i Dipartimenti e i Servizi della ASL;
8. orientare ai principi della semplificazione amministrativa e della scientificità sul piano dei contenuti.